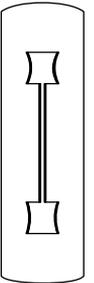


BOGOTÁ, COLOMBIA · VOL. 35, N.º 1 (ENERO-JUNIO) · AÑO 2021
ISSN: 0120-3045 (IMPRESO) · 2256-5752 (EN LÍNEA)

Vol.
35
Número 1
2021

maguaré



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

maguaré

VOL. 35, N.º 1 (ENERO-JUNIO) · AÑO 2021
ISSN 0120-3045 (IMPRESO) · 2256-5752 (EN LÍNEA)

www.maguare.unal.edu.co
DOI:10.15446/mag

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA · FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

Departamento de Antropología · Bogotá, Colombia

Maguaré es una revista semestral dirigida al público latinoamericano y de otras regiones del mundo, cuyo objetivo principal es la divulgación de trabajos e investigaciones originales en antropología, que contribuyan al avance de la disciplina. La revista propende por la apertura temática, teórica y metodológica, por medio de la publicación de documentos centrados en una perspectiva antropológica, aun cuando sean relativos a otras áreas, con el fin de crear redes de conocimiento y promover la interdisciplinariedad.

Los autores y autoras son responsables directos de sus artículos. Por lo tanto, *Maguaré* no asume responsabilidad sobre las ideas, expresiones, contenidos o tesis que en estos se pronuncien.



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons BY-SA (Atribución-CompartirIgual) que puede consultarse en [Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

DIRECTORA Y EDITORA:

Marta Zambrano, *Universidad Nacional de Colombia, Bogotá*

COMITÉ EDITORIAL:

Andrés Salcedo Fidalgo, *Universidad Nacional de Colombia, Bogotá*

Marta Saade, *Universidad Externado de Colombia, Bogotá*

Juana Camacho, *Instituto Colombiano de Antropología e Historia, Bogotá*

Zandra Pedraza Gómez, *Universidad de los Andes, Bogotá*

COMITÉ CIENTÍFICO:

Phillippe Bourgois, *Universidad de Pensilvania, Estados Unidos*

Rosana Guber, *Universidad Nacional de San Martín, Argentina*

Christian Gros, *Universidad de París, Francia*

Stephen Hugh-Jones, *Kings College, Cambridge, Inglaterra*

Joanne Rappaport, *Universidad Georgetown, Estados Unidos*

EQUIPO DE EDICIÓN:

Tatiana Herrera Rodríguez

Margarita Durán Urrea

Pablo Simón Acosta

Valeria Moreno

Laura Andrea González

Verónica Cortés

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá

CONTACTO:

Revista *Maguaré*

Departamento de Antropología

Universidad Nacional de Colombia

Cra. 30 n.º 45-03, edificio 212, oficina 130

Tel.: 316 5000 ext. 16336, Bogotá, Colombia

revmag_fchbog@unal.edu.co

IMÁGENES DE PORTADA Y PORTADILLAS:

Chonon Bensho

Portada: "Inin Nete". Portadillas: "Rao Nete",

"Numabo Nete", "Maya Kené"

La revista *Maguaré* está incluida en:



DOAJ. Directory of Open Access Journal



Directory of Academic and Scientific Journals



Fuente Académica Premier de EBSCO



Dialnet



Latindex



Banrepcultural
Red cultural del Banco de la República

Biblioteca Virtual Luis Ángel Arango



OEI - CREDI - Bases de Datos



Public Knowledge Project



Google Scholar



Anthropological Literature



Ulrich's Web



CIRC. Clasificación integrada de revistas científicas (categoría C)



Academic Keys - Academic Journals



Elektronische Zeitschriftenbibliothek EZB (Electronic Journals Library), Alemania



Matriz de Información para el Análisis de Revistas - MIAR



REDIB (e-Revistas)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

RECTORA:

Dolly Montoya

VICERRECTOR:

Francisco José Román Campos

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

DECANO:

Carlos Guillermo Páramo Bonilla

VICEDECANA DE INVESTIGACIÓN Y EXTENSIÓN:

Nubia Yaneth Ruiz Ruiz

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

DIRECTORA:

Laura de La Rosa Solano

Ciudad Universitaria:

Auditorio León de Greiff, piso 1

Tel.: 316 5000 ext. 17639

www.unlalibreria.unal.edu.co

libreriaun_bog@unal.edu.co

Librería de la U

www.lalibreriadelaun.com

Dirección de Bibliotecas. Grupo de Colecciones

Hemeroteca Nacional Carlos Lleras Restrepo

Av. El Dorado n.o 44A-40

Telefax: 316 5000 ext. 20082. A. A. 14490

canjednb_nal@unal.edu.co

DISTRIBUCIÓN Y VENTAS

UN La Librería, Bogotá

Plazoleta de Las Nieves

calle 20 n.º 7-15

Tel.: 316 5000 ext. 29490



CENTRO EDITORIAL

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS

www.humanas.unal.edu.co

Ciudad Universitaria, edificio 205

Tel.: 316 5000 ext. 16208

Bogotá D. C.

Dirección del Centro Editorial · Rubén Darío Flórez

Coordinación editorial · Catalina Arias Fernández y Julián

David Morales

Corrección de textos en español · Edwin Algarra

Corrección de estilo en inglés · Julián Morales

Corrección de estilo en portugués · Catalina Arias

Coordinación de diseño · Juan C. Villamil

Maquetación · Carlos Contreras

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	11
TATIANA HERRERA	
MARTA ZAMBRANO	
MARGARITA DURÁN	
PABLO SIMÓN ACOSTA	
VERÓNICA CORTÉS	
LAURA GONZÁLEZ	
VALERIA MORENO	
ARTÍCULOS	
RECIBIR Y DONAR SANGRE: ¿ENTRE LA SOLIDARIDAD, LA GENERACIÓN DE LAZOS SOCIALES Y LA COSIFICACIÓN? LAS PARADOJAS DE LA TRANSFUSIÓN EN UN CONTEXTO CLÍNICO PLURICULTURAL	17
LILIANA GÓMEZ-CARDONA · McGill University · Montreal · Canadá	
ENTRE LAS PRESENCIAS, LOS PLIEGUES Y LA RACIONALIDAD: VIDA Y PROCESOS DE ORDENAMIENTO ASOCIADOS A LA PROFILAXIS PREVIA A LA EXPOSICIÓN (PREP) EN COLOMBIA	51
DIEGO VALLEJO-DIAZ · Universidad Externado de Colombia · Bogotá · Colombia	
ENCUENTROS ENTRE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LATINOAMÉRICA, 2009-2019	87
TATIANA HERRERA · Universidad Nacional de Colombia · Bogotá · Colombia	
TIEMPOS Y ESPACIOS PARA EL CUIDADO: PERSPECTIVAS ETNOGRÁFICAS DESDE LA EXPERIENCIA DE QUIEN CUIDA	127
VANESSA ROBLEDO · Universidad Nacional de Colombia · Bogotá · Colombia	

BENSHOANON: EL PROCESO CURATIVO DE LA MEDICINA TRADICIONAL DEL PUEBLO INDÍGENA SHIPIBO-KONIBO	159
PEDRO FAVARON · Clínica de Medicina Tradicional y Centro de Estudios Ancestrales Nishi Nete · Ucayali · Perú	
CHONON BENSHO · Asociación de Artistas y Sabios del Pueblo Shipibo-Konibo METSÁ · Ucayali · Perú	
SUMISAS, AGRADECIDAS Y OBEDIENTES. REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PERSONAL DE SALUD SOBRE LAS USUARIAS DE GINECOBSTERICIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN MÉXICO	179
VIAANI CORAL MENDOZA · Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas) · Oaxaca · México	
EN EL CAMPUS	
RESPIRAR POR LA HERIDA: APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A LAS METÁFORAS DE LAS HERIDAS DE LEPRO EN AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA	211
ALEJANDRA GÓMEZ-GARCÍA · Pontificia Universidad Javeriana · Bogotá · Colombia	
LO RECIENTE	
LINA BRITTO, MARIJUANA BOOM: THE RISE AND FALL OF COLOMBIA'S FIRST DRUG PARADISE	241
Por: FRANKLIN REYNEL BONIVENTO · Universidad Nacional de Colombia · Bogotá · Colombia	
AUTORAS Y AUTORES DE MAGUARÉ, VOL. 35, N.º 1	247
EVALUADORAS Y EVALUADORES DE MAGUARÉ, VOL. 35, N.º 1	249
NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS	250

TABLE OF CONTENTS

PRESENTATION	11
TATIANA HERRERA	
MARTA ZAMBRANO	
MARGARITA DURÁN	
PABLO SIMÓN ACOSTA	
VERÓNICA CORTÉS	
LAURA GONZÁLEZ	
VALERIA MORENO	
ARTICLES	
RECEIVING AND DONATING BLOOD: BETWEEN SOLIDARITY, THE GENERATION OF SOCIAL TIES, AND OBJECTIFICATION? THE PARADOXES OF TRANSFUSION IN A PLURICULTURAL CLINICAL CONTEXT	17
LILIANA GÓMEZ-CARDONA · McGill University · Montreal · Canadá	
BETWEEN PRESENCES, FOLDS, AND RATIONALITY: LIFE AND PREP-RELATED ORDERING PROCESSES IN COLOMBIA	51
DIEGO VALLEJO-DIAZ · Universidad Externado de Colombia · Bogotá · Colombia	
ENCOUNTERS BETWEEN MEDICAL ANTHROPOLOGY AND THE GENDER PERSPECTIVE IN LATIN AMERICA, 2009-2019	87
TATIANA HERRERA · Universidad Nacional de Colombia · Bogotá · Colombia	
TIMES AND SPACES OF CARE WORK: ETHNOGRAPHIC PERSPECTIVES FROM THE CARE WORKER'S EXPERIENCE	127
VANESSA ROBLED0 · Universidad Nacional de Colombia · Bogotá · Colombia	

BENSHOANON: SHIPIBO INDIGENOUS PEOPLE'S TRADITIONAL MEDICINE CURATIVE PROCESS.	159
<p>PEDRO FAVARON · Clínica de Medicina Tradicional y Centro de Estudios Ancestrales Nishi Nete · Ucayali · Perú</p> <p>CHONON BENSHO · Asociación de Artistas y Sabios del Pueblo Shipibo-Konibo METSÁ · Ucayali · Perú</p>	
SUBMISSIVE, GRATEFUL, AND OBEDIENT. HEALTH PERSONNEL'S SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE GYNAECO OBSTETRICS PATIENTS AT A PUBLIC HOSPITAL IN MEXICO	179
<p>VIAANI CORAL MENDOZA · Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas) · Oaxaca · México</p>	
FROM THE CAMPUS	
BREATHING WOUNDS: METAPHORS OF LEPROSY WOUNDS IN AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA (COLOMBIA)	211
<p>ALEJANDRA GÓMEZ-GARCÍA · Pontificia Universidad Javeriana · Bogotá · Colombia</p>	
BOOK REVIEWS	
LINA BRITTO, MARIJUANA BOOM: THE RISE AND FALL OF COLOMBIA'S FIRST DRUG PARADISE	241
<p>By: FRANKLIN REYNEL BONIVENTO · Universidad Nacional de Colombia · Bogotá · Colombia</p>	
CONTRIBUTORS TO MAGUARÉ, VOL. 35, N° 1	247
PEER REVIEWERS, MAGUARÉ, VOL. 35, N° 1	249
GUIDELINES FOR PRESENTATION OF ARTICLES	256

CONTEÚDO

APRESENTAÇÃO	11
TATIANA HERRERA	
MARTA ZAMBRANO	
MARGARITA DURÁN	
PABLO SIMÓN ACOSTA	
VERÓNICA CORTÉS	
LAURA GONZÁLEZ	
VALERIA MORENO	
ARTIGOS	
RECEBER E DOAR SANGUE: ENTRE A SOLIDARIEDADE, A GERAÇÃO DE LAÇOS SOCIAIS E A COISIFICAÇÃO? OS PARADOXOS DA TRANSFUSÃO EM UM CONTEXTO CLÍNICO PLURICULTURAL	17
LILIANA GÓMEZ-CARDONA · McGill University · Montreal · Canadá	
ENTRE PRESENÇAS, DOBRADURAS E RACIONALIDADE: VIDA E PROCESSOS DE ORDEM ASSOCIADOS À PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) NA COLÔMBIA	51
DIEGO VALLEJO-DIAZ · Universidad Externado de Colombia · Bogotá · Colombia	
ENCONTROS ENTRE A ANTROPOLOGIA MÉDICA E A PERSPECTIVA DE GÊNERO NA AMÉRICA LATINA, 2009-2019	87
TATIANA HERRERA · Universidad Nacional de Colombia · Bogotá · Colombia	
TEMPOS E ESPAÇOS PARA O CUIDADO: PERSPECTIVAS ETNOGRÁFICAS DA EXPERIÊNCIA DE QUEM CUIDA	127
VANESSA ROBLEDO · Universidad Nacional de Colombia · Bogotá · Colombia	

BENSHOANON: O PROCESSO CURATIVO DA MEDICINA TRADICIONAL DOS POVOS INDÍGENAS SHIPIBO-KONIBO	159
PEDRO FAVARON · Clínica de Medicina Tradicional y Centro de Estudios Ancestrales Nishi Nete · Ucayali · Perú	
CHONON BENSHO · Asociación de Artistas y Sabios del Pueblo Shipibo-Konibo METSÁ · Ucayali · Perú	
SUBMISSIVAS, AGRADECIDAS E OBEDIENTES. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PESSOAL DE SAÚDE SOBRE AS USUÁRIAS DA GINECO-OBSTETRÍCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO MÉXICO	179
VIAANI CORAL MENDOZA · Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas) · Oaxaca · México	
NO CAMPUS	
“RESPIRAR PELA FERIDA”: UMA ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA DAS METÁFORAS DAS FERIDAS DE LEPROSA EM ÁGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA (COLOMBIA)	211
ALEJANDRA GÓMEZ-GARCÍA · Pontificia Universidad Javeriana · Bogotá · Colombia	
O RECIENTE	
LINA BRITTO, MARIJUANA BOOM: THE RISE AND FALL OF COLOMBIA’S FIRST DRUG PARADISE	241
Por: FRANKLIN REYNEL BONIVENTO · Universidad Nacional de Colombia · Bogotá · Colombia	
AUTORAS E AUTORES DE MAGUARÉ, VOL. 35, N.º 1	247
AVALIADORES E AVALIADORAS DE MAGUARÉ, VOL. 35, N.º 1	249
NORMAS PARA A APRESENTAÇÃO DE ARTIGOS	258

PRESENTACIÓN 35-1

Este número reúne siete trabajos que dialogan con los desarrollos canónicos y contemporáneos de la antropología médica y de la salud. Combinando las apuestas de la antropología médica crítica y de antropología médica interpretativa, Liliana Gómez estudia la transfusión de sangre. Revisa los hallazgos de las investigaciones antropológicas sobre el proceso de cosificación y mercantilización de esta sustancia corporal, que aporta grandes ganancias para las farmacéuticas, y la matiza mediante una investigación etnográfica que pone el ojo en los agentes. Se detiene en el valor simbólico como don y acto de solidaridad que le otorgan sus beneficiarios, en este caso, padres y madres de infantes transfundidos. A partir de la teoría antropológica del don, Gómez propone que la transfusión es la circulación de la sangre que involucra un tejido de relaciones empáticas de intercambio entre distintas personas. A diferencia de las teorías clásicas del don, en este caso la reciprocidad, que perpetúa y renueva el ciclo, no recae sobre la persona donante, que por requisito debe ser anónima, sino que se retribuye de maneras indirectas, como agradecer o donar sangre, por ejemplo.

Como Gómez, Diego Vallejo se ocupa de los entramados interpersonales que modulan el uso y las percepciones de las tecnologías médicas, en este caso, la profilaxis previa a la exposición, también llamada profilaxis preexposición o PREP, diseñada para prevenir el contagio del VIH. Por un lado, su investigación muestra que los usuarios que la obtienen fuera del sistema formal de salud no lo hacen en solitario, sino en presencia y con la participación de otros y desde una lógica del cuidado. Contrapone estas prácticas colectivas con los discursos y acciones de médicos y salubristas, algunos usuarios y activistas, que entienden y promocionan a los usuarios de la salud como mónadas racionales y autónomas, separadas de sus redes sociales y de la acción política. En un entramado afectivo complejo en el que se cruzan y oponen lo “salvaje” y lo institucionalizado, el autor contrasta las voces de consumidores, vendedores, personal de salud y activistas con objetos múltiples que promocionan e informan sobre la PREP.

También Vanessa Robledo explora el cuidado, esta vez encarnado en quienes cuidan cotidianamente a familiares que padecen enfermedades

crónicas. Se detiene con empatía en la manera como el trabajo de cuidado afecta sus percepciones y experiencias de tiempo y espacio. A partir de conversaciones y observación con las personas que se ocupan del cuidado, Robledo analiza la manera en que la enfermedad modifica sus condiciones de existencia, muchas veces aplazando sus planes y poniendo en suspenso trayectorias laborales mientras propone pensar el cuidado como un trabajo constante y progresivo, que entreteje las relaciones de género, el amor y la moral, y solo culmina con la muerte de la persona cuidada.

En coincidencia y disidencia con Robledo, Viaani Mendoza se enfoca en quienes cuidan, no por amor filial o familiar, sino por formación y profesión: internos e internas de último año de la carrera de medicina y sus mentores en un hospital público en México. Mendoza examina de manera crítica las representaciones sociales sobre las usuarias de ginecobstetricia y la manera como estas legitiman el maltrato, la experimentación y la violencia obstétrica. Al describir mediante estereotipos a las pacientes, como pobres, analfabetas, rurales y sumisas, las y los estudiantes de medicina disfrutaban del trato otorgado a quienes ya se han graduado, actúan sin supervisión y marcan distancias radicales con sus pacientes.

En el artículo publicado en la sección *En el campus*, Alejandra Gómez persigue el tema del cuidado, en esta ocasión desde las interacciones entre el personal de enfermería y las personas enfermas de lepra. Asimismo, explora la manera como estos agentes nutren el conocimiento práctico del tratamiento de esta enfermedad durante las curaciones a domicilio. Ahonda sobre las metáforas a varias voces, basadas en las experiencias corporales, sensoriales y emocionales que comparten los y las pacientes con el personal, que humanizan y dotan de emociones a las heridas mientras abren caminos para tratamientos alternativos, basados en la confianza mutua.

En sintonía con Alejandra Gómez, pero desde un lugar terapéutico y analítico diferente, Pedro Favaron y Chonon Bensho se interesan también por los saberes otros. Como integrantes del pueblo shipibokonibo de la Amazonía peruana, esta pareja de profesionales aborda el proceso curativo en la medicina tradicional de este pueblo. A partir de una sugerente apuesta etnográfica y escritural que deja de lado, cuestiona y desestabiliza las categorías eurocéntricas para concentrarse en las ontologías propias y las epistemologías indígenas, se detienen en el

poder de los saberes ancestrales del *merana* (médico tradicional) para tratar las enfermedades de sus pacientes.

En conjunto y sin excepción, estos seis artículos le sacan partido al enfoque etnográfico para indagar por las prácticas, saberes, experiencias y percepciones de una diversidad de agentes desigualmente situados en escenarios contrastantes y heteróclitos: hospitales públicos en Montreal, Canadá (Gómez) y Oaxaca, México (Mendoza); las brigadas móviles de curación a domicilio en el antiguo leprosario y ahora municipio de Agua de Dios, Colombia (Gómez); la región del Ucayali en la Amazonia peruana (Favaron y Bensho), y los encuentros y desencuentros entre activistas, usuarios y personal médico, y las experiencias de personas cuidadoras en Bogotá, Colombia (Vallejo y Robledo).

Para situar sus apuestas investigativas, metodológicas y teóricas, y a la vez para conocer la producción reciente de la antropología de la salud en nuestro país y en América Latina, el artículo de revisión de Tatiana Herrera resulta de gran utilidad. La autora hace un balance de los artículos de investigación en antropología médica y de la salud publicados entre 2009 y 2019 en Latinoamérica. También identifica las tendencias recientes de análisis de esta subdisciplina y se interesa en particular por los trabajos que dialogan con la perspectiva de género, señalando su importancia para comprender las maneras en que mujeres y hombres experimentan la salud y la enfermedad de manera diferencial en distintos contextos, para profundizar en las experiencias corporales generalizadas de padecimiento, atención y tratamiento, e indagar por los retos cotidianos que enfrentan las personas para cuidar de sí mismas.

Precisamente, en feliz coincidencia, las aproximaciones de los artículos reunidos en este número resuenan con algunos de los derroteros trazados por Herrera: abren nuevas posibilidades analíticas al poner en diálogo los enfoques reconocidos de la antropología médica y los conceptos clásicos de las ciencias sociales (L. Gómez y Mendoza); aprovechan las contribuciones de la perspectiva de género (Mendoza); examinan el cuidado (A. Gómez, Robledo y Vallejo); se interesan por el cuerpo y las emociones (Robledo y A. Gómez); le sacan partido analítico a las más recientes propuestas teóricas de los estudios sociales de la ciencia (Vallejo), y se nutren de los estudios decoloniales y las propuestas interculturales (Favaron y Bensho).

Quisiéramos cerrar esta presentación resaltando el bello trabajo visual de una de las autoras, Chonon Bensho, que acompaña este número. Sus ilustraciones nos invitan a transitar por diversos escenarios etnográficos de la salud y la enfermedad. Su obra habla en imágenes de las relaciones interpersonales entre humanos y no humanos y lo trascendente. Es finalmente en este haz de relaciones, siempre con otros y con otras presencias, donde emerge la posibilidad de existencia, una existencia que experimentamos en apertura con el mundo que nos rodea. Por ello, invitamos a pensar la enfermedad como algo encarnado, que va más allá de la interpretación, y la salud como algo más que un objeto condicionado por saberes hegemónicos. La antropología médica y de la salud tienen en sus manos un amplio campo de exploración de nuevas sensibilidades que afectan y transforman los cuerpos sanos y sufrientes.

Tatiana Herrera

Marta Zambrano

Margarita Durán

Verónica Cortés

Valeria Moreno

Laura Andrea González

Pablo Simón Acosta

ARTÍCULOS



RECIBIR Y DONAR SANGRE: ¿ENTRE LA SOLIDARIDAD, LA GENERACIÓN DE LAZOS SOCIALES Y LA COSIFICACIÓN? LAS PARADOJAS DE LA TRANSFUSIÓN EN UN CONTEXTO CLÍNICO PLURICULTURAL

LILIANA GÓMEZ-CARDONA*
Universidad McGill, Montreal, Canadá



*lgomcard7@hotmail.com ORCID: [0000-0003-2285-4296](https://orcid.org/0000-0003-2285-4296)

Artículo de investigación recibido: 16 de julio de 2020. Aprobado: 11 de octubre de 2020.

Cómo citar este artículo:

Gómez-Cardona, Liliana. 2021. "Recibir y donar sangre: ¿entre la solidaridad, la generación de lazos sociales y la cosificación? Las paradojas de la transfusión en un contexto clínico pluricultural". *Maguaré* 35, 1: 17-50. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96662>

RESUMEN

En este artículo abordo la transfusión de sangre desde el punto de vista de algunas familias de diferentes orígenes sociales, nacionales y económicos que residen en Montreal (Canadá), cuyos hijos e hijas son transfundidos. Mi objetivo es examinar la experiencia de recibir una transfusión y las opiniones frente al sistema de donación de sangre. Me baso en una metodología cualitativa a partir de la observación participante, entrevistas semidirigidas y el análisis temático. Exploro las perspectivas de las personas desde la antropología médica crítica, y el debate sobre el alcance social y cosificante de los sistemas de tratamiento de los tejidos orgánicos. Con base en este trabajo, concluyo que las familias perciben el sistema de recolección de sangre de manera ambivalente y tienen diferentes reacciones frente al anonimato, la restitución de la sangre y los lazos que se generan entre donantes y receptores.

Palabras clave: antropología médica, biosocialidad, diversidad cultural, donación, sangre, transfusión.

**RECEIVING AND DONATING BLOOD: BETWEEN
SOLIDARITY, THE GENERATION OF SOCIAL TIES, AND
OBJECTIFICATION? THE PARADOXES OF TRANSFUSION
IN A PLURICULTURAL CLINICAL CONTEXT**

ABSTRACT

In this article, I examine blood transfusion from the point of view of families of diverse social, national, and economic backgrounds who live in Montreal (Canada), whose children are being transfused. My objective is to explore the experience of receiving a transfusion and the opinions regarding the blood donation system. Based on a qualitative methodology centered on observations, semi-directed interviews, and thematic analysis, I discuss the participants' perspectives within the framework of critical medical anthropology, and the social and dehumanizing scope of organic tissue treatment systems. Drawing on my fieldwork, I conclude that these families perceive the blood collection system ambivalently. Families have different reactions regarding anonymity, blood restitution, and donor-recipient connections.

Keywords: biosociality, blood, cultural diversity, donation, medical anthropology, transfusion.

**RECEBER E DOAR SANGUE: ENTRE A SOLIDARIEDADE, A GERAÇÃO
DE LAÇOS SOCIAIS E A COISIFICAÇÃO? OS PARADOXOS DA
TRANSFUSÃO EM UM CONTEXTO CLÍNICO PLURICULTURAL**

RESUMO

Este artigo expor a transfusão de sangue desde a perspectiva de algumas famílias cujos filhos e filhas são transfundidos, e que são de diferentes origens sociais, nacionais e econômicos, com residência em Montreal (Canadá). Meu objetivo é examinar a experiência de receber uma transfusão e as opiniões sobre o sistema de doação de sangue. Utilizo uma metodologia qualitativa baseada na observação participante, entrevistas semidirigidas e análise temática. Eu exploro as perspectivas de pessoas desde a antropologia médica crítica e o debate sobre o escopo social e coisificante dos sistemas de tratamento de tecidos orgânicos. Com base neste trabalho, concluo que as famílias percebem o sistema de coleta de sangue de forma ambivalente e têm reações diversas frente ao anonimato, à restituição do sangue e aos vínculos que se geram entre doadores e receptores.

Palavras-chave: antropologia médica, biossocialidade, diversidade cultural, doação, sangue, transfusão.

INTRODUCCIÓN¹

La transfusión de sangre, una práctica social

En este artículo abordo la transfusión de sangre desde el punto de vista de madres y padres de familias cuyos hijos/hijas reciben dicho procedimiento. Exploro las opiniones con respecto a la transfusión, a la donación anónima de sangre, a la donación que proviene de un donante desconocido y al sistema de recolección y tratamiento de la sangre. Analizo también diferentes perspectivas en el marco de la antropología médica crítica, que ha debatido críticamente sobre la bioindustria de tejidos orgánicos. En este artículo cuestiono el alcance social de los sistemas de recolección y distribución de la sangre, así como su poder para cosificar, humanizar o crear redes de solidaridad.

A la vez, propongo una mirada antropológica de la transfusión de sangre como una práctica social atravesada por un conjunto de sentidos y valores inscritos en un contexto cultural y clínico específico. Mi objetivo es examinar la experiencia de recibir una transfusión desde la perspectiva de las personas que la reciben y de los familiares que las acompañan.

Teniendo en cuenta el papel central que ocupa la donación de sangre en la transfusión y los sistemas de salud contemporáneos, este tema no se puede pasar por alto cuando se aborda la transfusión. Además, dado su lugar importante y valor simbólico y social, donar ha sido un tema clásico de la antropología. En este contexto, el presente estudio también

1 Esta investigación fue posible gracias al apoyo financiero del Grupo de Investigación sobre la Transfusión de Sangre (GRTS), la Fundación Sainte-Justine, el Fondo de Investigación de Salud de Quebec (FRSQ) y la Asociación para la Anemia Falciforme de Quebec (AAFQ). Mi investigación doctoral fue precedida por un estudio piloto llevado a cabo en el Hospital Sainte-Justine, bajo la supervisión de Sylvie Fortin (antropóloga) y Jacques Lacroix (médico), y producido por Martin Latreille (antropólogo). M. Latreille también realizó una revisión de la literatura sobre la transfusión de sangre (2009). El objetivo principal de dicha revisión y del estudio piloto fue aportar una dimensión social a un proyecto médico más amplio. Después de llevar a cabo este estudio piloto, el GRTS quiso explorar más las dimensiones sociales y antropológicas de la transfusión. Así, durante mi investigación doctoral me enfoqué en desarrollar estas dimensiones y profundizar en algunos de los puntos identificados en el estudio piloto.

se inscribe en el marco de la teoría del don desde un punto de vista antropológico.

La sangre: un recurso terapéutico antiguo y en evolución

En la historia de la medicina, antes de realizar transfusiones de sangre, los médicos consideraban que un exceso de sangre —de “humor sanguíneo”— debía ser eliminado del organismo. La sangría o flebotomía hacía parte de los procedimientos utilizados desde la antigüedad, tanto en el marco de lo que hoy conocemos como la medicina occidental europea como en otras medicinas que se desarrollaron en el Medio-Oriente o en Asia. En la historia de la medicina occidental, el concepto de inyectar sangre con fines terapéuticos es relativamente reciente. Los primeros intentos de transfusión datan de 1665, cuando se hacían transfusiones de un animal a otro; también las primeras transfusiones de un animal a un ser humano datan del siglo XVII, cuyo objetivo era transmitir las propiedades benéficas del animal (Latreille 2009; Felts 2000). Las primeras transfusiones de humano a humano fueron realizadas hacia 1818. A lo largo del siglo XX surgieron las primeras cánulas, lo que facilitó la transfusión directa de brazo a brazo y el reemplazo de las jeringas. Durante la Primera Guerra Mundial, se desarrollaron técnicas para conservar la sangre y se organizaron redes que permitieran involucrar a donantes. Los primeros bancos de sangre se crearon en la década de 1930. El periodo de posguerra llevó al origen de la transfusión moderna, gracias al descubrimiento del sistema humano de antígenos, la capacidad de conservar la sangre por más tiempo, el fraccionamiento del plasma y la introducción de las bolsas de plástico (Lock 2001, 2002; Starr 1998). Actualmente, la medicina transfusional incluye varias etapas: la donación de sangre, su transformación, el almacenamiento y la reinyección. La transfusión consiste en administrar uno de los componentes de la sangre (glóbulos rojos, plaquetas, granulocitos, plasma) provenientes de uno o más sujetos sanos (donantes), a uno o más sujetos enfermos (receptores). Las transfusiones se usan para tratar enfermedades de la sangre, como la hemofilia, la anemia falciforme, la talasemia y la leucemia. Este procedimiento también se usa para contrarrestar hemorragias importantes que pueden ocurrir durante accidentes, partos o cirugías: “La transfusión de sangre es un elemento esencial en el cuidado de los pacientes, que ayuda a salvar vidas y mejorar la salud de millones de personas en todo el mundo” (Latreille 2009, 3).

Estudios antropológicos sobre la transfusión de sangre

Si bien desde el comienzo de la disciplina numerosos trabajos etnográficos han documentado las creencias y ritos relacionados con la sangre en diferentes contextos socioculturales (Frazer 1996 [1890]; Robertson Smith 1927 [1890]; Durkheim 1897; Grassineau 2007; Fantauzzi 2008; Copeman 2009; Lederer 2008; Douglas 1966), la literatura antropológica sobre la transfusión de sangre es escasa. En cambio, dichos trabajos se han enfocado en los aspectos simbólicos de la sangre, sin abordar esta sustancia durante el acto transfusional: “El tema de la transfusión ha sido curiosamente olvidado en el campo de la antropología médica y los estudios sobre el cuerpo; aunque estos temas se han desarrollado considerablemente en las últimas décadas” (Latreille 2009, 31). Esta situación también resulta peculiar, ya que numerosos estudios antropológicos y sociológicos se han interesado en las personas que donan sangre (Steiner 2003; Healy 2006; Waldby y Mitchell 2006; Godbout 2000; Fantauzzi 2008; Copeman 2011), así como en el trasplante de órganos, procedimiento que también consiste en el reemplazo de un tejido humano (Fox y Swazey 1974; 1992; Lock 2002; Sharp 2007; Sanner 2003; Healy 2006).

En cambio, la transfusión sanguínea ha sido principalmente estudiada desde las perspectivas médica, microbiológica y técnica. En general, la literatura médica ha analizado a las personas que reciben una transfusión desde el ángulo de los riesgos transfusionales (VIH, VHC) y mediante métodos cuantitativos (Casteret 1992; Lee, Mehta y James 2003; Banning et al. 2006; Lee 2006; Barrett, Moore y Staines 2007; Al-Drees 2008). Los sistemas de donación de sangre y las estrategias para aumentarlas también han sido abordadas desde el punto de vista médico, antropológico y sociológico. Sin embargo, muy pocos estudios cualitativos en antropología han examinado en profundidad las percepciones que los receptores de sangre tienen de esta y de la transfusión. Las dinámicas relacionales y sociales en torno a la recepción de la donación de sangre y la transfusión tampoco han sido ampliamente investigadas.

METODOLOGÍA

En esta investigación seguí una metodología cualitativa y etnográfica, basada en la observación participante y las entrevistas semidirigidas. El trabajo de campo tuvo lugar entre 2013 y 2014 en el Hospital Pediátrico

Universitario Sainte-Justine de Montreal (Canadá), en donde entrevisté pacientes de la unidad de cuidados intensivos (contexto agudo) y de la unidad de hemato-oncología (contexto crónico). En estas unidades clínicas ultraspecializadas, los y las pacientes, con problemas de salud muy complejos o cuya prevalencia es baja, reciben atención de nivel tercero y cuarto en las especialidades médicas y quirúrgicas correspondientes. En estos servicios, el personal está altamente calificado y las plataformas técnicas están a la vanguardia del conocimiento científico. Montreal, ciudad en la llevé a cabo esta investigación, es una urbe cosmopolita con una importante población inmigrante proveniente de diferentes países. El número de personas nacidas fuera de Canadá y que vive actualmente en Montreal pasó de 21% en 1981 a 34% en 2016 (Statistiques Canada 2016).

Poblaciones estudiadas

Los criterios de inclusión de los pacientes y familias fueron los siguientes: haber recibido al menos una transfusión de sangre; recibir atención en cuidados intensivos o hemato-oncología; ser pacientes de 0 a 18 años; ser pariente del paciente; diversidad nacional, social y étnica. Por otra parte, los criterios de inclusión de los profesionales de salud apuntaron a tener experiencia en medicina transfusional. Para reclutar a los participantes, el contacto con algunas personas “clave” del entorno hospitalario fue muy importante, especialmente la colaboración de las enfermeras.

La población principal estuvo compuesta por algunos menores que habían recibido transfusiones y sus familiares. En total, entrevisté a 64 personas (18 menores y 46 adultos). Este grupo se divide en dos subgrupos correspondientes a la unidad clínica de atención. Uno de ellos estuvo formado por menores con afecciones de salud agudas, quienes recibieron transfusiones por un corto periodo de tiempo y en cuidados intensivos (4 menores y 13 adultos). El otro subgrupo estuvo formado por menores afectados por problemas de salud crónicos, quienes habían recibido varias transfusiones en la unidad de hemato-oncología (32 adultos y 15 menores). La mayoría de los adultos entrevistados fueron las madres de familia (72%). En cuanto al origen nacional de los adultos, la mayoría son francés-canadienses (65%), seguidos por latinoamericanos (15%), africanos (10%), europeos (3%), anglocanadienses (3%), asiáticos (2%) e indígenas (1%). Si bien durante mi trabajo de campo escuché los testimonios de varios

menores, sus narraciones sobre los temas abordados en este artículo son muy escasas y, por ello, no han sido incluidas. Sin embargo, los puntos de vista de los menores han sido considerados dentro del análisis y los resultados que presento.

Técnicas de recolección de datos

El trabajo de campo incluyó tres componentes complementarios: entrevistas semiestructuradas (64), observaciones participantes y estudios de caso (cinco familias). Determiné el número de entrevistas y observaciones con base en los principios de diversificación y saturación. Traté de tener en cuenta la mayor variedad de casos con el objetivo de llegar a un panorama lo más completo posible de las diferentes representaciones y perspectivas sobre la transfusión. Para lograr dicha diversificación, utilicé como criterios de evaluación metodológica la saturación empírica y saturación teórica (Pires 1997).

Entré en contacto con los menores y sus familias en el medio hospitalario. Algunos actores clave que trabajan allí (directores de departamento y enfermeras) facilitaron mi ingreso y me pusieron en contacto con las familias que ellos consideraron pertinentes. Aunque hubiese querido abordar otras familias (por ejemplo, una que había rechazado la transfusión), debí respetar las recomendaciones de dichos actores clave y aceptar la lista de familias disponibles. Hice las entrevistas en el idioma elegido por los participantes (francés o español) y cada una duró entre 30 y 60 minutos. Las entrevistas fueron grabadas en la mayoría de los casos y transcritas en su totalidad. Una guía de entrevista me sirvió para abordar a los participantes y responder mis preguntas de investigación. El proceso de redacción de la entrevista se basó en mis reflexiones y en las guías desarrolladas previamente como parte de un estudio piloto realizado por M. Latreille (bajo la supervisión de S. Fortin) en el hospital Sainte-Justine. Los principales temas fueron los siguientes: la trayectoria terapéutica del menor; las representaciones y creencias en torno a la sangre; la vivencia de la transfusión; el impacto de la transfusión en la vida del menor y la familia; la trayectoria social de la familia; la percepción de las compañías que recolectan y procesan la sangre; la opinión con respecto del donante de sangre.

Las observaciones las realicé *in situ* en los medios clínicos en donde los menores recibían las transfusiones. Específicamente, presencié

las transfusiones de sangre, los momentos previos y posteriores a estas, al igual que las interacciones entre el paciente, su familia y los profesionales de la salud que administraban la transfusión, principalmente las enfermeras. Sin embargo, no pude observar las consultas entre las familias y los médicos, debido a que estos últimos no lo aceptaron. Hice cinco estudios de caso de familias con el objetivo de profundizar ciertos aspectos y condensar ciertas tendencias.

Consideraciones éticas

Esta investigación fue aceptada por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Sainte-Justine (archivo 367). Las personas que participaron en las entrevistas y observaciones lo hicieron de manera libre y voluntaria, mediante la firma de un documento de consentimiento libre e informado. Cuando la obtención de la firma del consentimiento no fue posible (por el estado de salud o en el caso de los menores de 14 años), obtuve la aprobación de los padres/madres. He protegido la confidencialidad de los datos durante todo el estudio; por eso, no revelo la información que permite identificar a las personas. Para citar a los participantes, utilizo seudónimos. Cada una de las etapas de esta investigación tuvo como principios el respeto, la libertad, la igualdad, la transparencia y el diálogo.

La población secundaria estuvo compuesta por médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud que participan en las transfusiones de sangre (cinco en cuidados intensivos y once en hemato-oncología).

ANÁLISIS

Mi aproximación se inspiró en la teoría fundamentada, según la cual la recopilación y el análisis de los datos se realizan simultáneamente, en un proceso dialéctico. Me serví del enfoque inductivo, con el fin de favorecer la aparición de categorías significativas para las personas estudiadas. Estas categorías constituyeron los temas emergentes y me llevaron a revisar los conceptos teóricos elegidos inicialmente. Por ejemplo, *recibir y donar sangre e identidad humana* fueron tomando importancia durante el trabajo de campo y me llevaron a plantearlos como una de las categorías de análisis centrales. El método analítico fue el análisis temático, que permite un examen sistemático y metódico de la información textual, a partir de la lectura repetitiva de las transcripciones hasta identificar temas comunes y cada vez más depurados (Given 2008).

Primero hice un análisis vertical mediante el cual clasifiqué y analicé el material de cada entrevista en sí mismo. Los temas específicos de cada entrevista los relacioné con los datos sociodemográficos de cada paciente y su familia. Resumí cada entrevista destacando sus puntos principales. Este análisis se basó en las categorías y ejes explorados en las entrevistas, como los siguientes: el simbolismo de la sangre, la transfusión de sangre y la identidad, los conocimientos sobre el circuito de donación de sangre y el o la donante, la socialización en torno a la transfusión de sangre, la transfusión de sangre y los lazos familiares, etc. En segundo lugar, analicé los datos horizontalmente, organizando la información de todas las entrevistas realizadas con cada grupo entrevistado (cuidados intensivos y hemato-oncología), de acuerdo con los temas desarrollados y emergentes. Este análisis me permitió tener una visión general de cada uno de los grupos, sus tendencias y variabilidad interna en relación con las categorías exploradas y los temas emergentes. Esta información también la interpreté teniendo en cuenta cada contexto sociodemográfico y las trayectorias sociales. El último nivel de análisis fue transversal, y dio lugar a una comparación entre los datos recopilados en el contexto de cuidados intensivos y los recopilados en el contexto de atención crónica. Con este enfoque puse en perspectiva la variable *tiempo* en la trayectoria terapéutica (duración y velocidad del curso de la enfermedad/tratamiento) y el entorno clínico específico, con el fin de comprender mejor su papel y su impacto en la forma de vivir la transfusión, etc.

Desafortunadamente, no pude observar los encuentros entre médicos y familias, lo que me impidió corroborar lo que expresaron estas últimas. Teniendo en cuenta que no pude entrevistar todas las familias por diferentes motivos (algunos padres en cuidados intensivos se sentían desbordados por la situación que vivían y no querían participar en el estudio; otras familias fueron descartadas por las enfermeras en hemato-oncología), es posible que no haya oído ciertos puntos de vista. Mis análisis podrían entonces estar centrados en los progenitores que tenían una percepción más bien favorable del procedimiento médico y de las relaciones clínicas. Sin embargo, con mi trabajo etnográfico y analítico he buscado resaltar una concepción del ser humano compleja, en la que diferentes dimensiones entran en juego (social, biológica, técnica, moral). También he logrado dinamizar el diálogo entre los diferentes campos del conocimiento y la práctica, mediante una crítica constructiva a las ciencias de la salud y

a las ciencias sociales, sin privilegiar una visión biologizante o cosificante de los seres humanos.

Recibir una donación de sangre por medio de una transfusión

Recibir sangre y la posibilidad (o no) de donarla fueron temas que abordé con las personas que participaron en este estudio. Estos temas hacen parte de las tres etapas del ciclo del don formulado por Marcel Mauss (2002 [1925]). Según este autor, el don comprende tres momentos: el de dar, el de recibir y el de devolver. En este sentido, dar implica la obligación de aceptar y de retribuir. De manera general, los padres/madres entrevistadas consideran que recibir sangre es un acto positivo y aceptan la sangre en transfusión. Sin embargo, cabe mencionar que no siempre tienen a disposición otras alternativas terapéuticas, lo que hace que no tengan otra opción que aceptar la transfusión. Aunque algunos padres/madres consideran la sangre como un elemento biológico, su donación también tiene una connotación social. La gran mayoría piensa que la sangre que su hijo/hija recibe está disponible gracias a un acto humano y solidario, y no la ven como un simple objeto o recurso al que tienen derecho. Dicha sustancia no está entonces desvinculada del acto humano de dar a los demás, y ven el ciclo de donación y distribución de la sangre como algo humano que recuerda la vulnerabilidad y la solidaridad entre semejantes. Por ello, mis observaciones contradicen dos puntos principales sostenidos por la literatura académica (Waldby y Mitchell 2006; Godbout 2000) sobre el don de sangre: por un lado, los y las receptoras no siempre ven el dar y recibir sangre como un proceso que implica la despersonalización y cosificación; por otro, la sangre transfundida es realmente recibida como un don.

Varios autores, desde la antropología y la filosofía, hablan de un incremento en el proceso de cosificación durante los últimos años. Dicho proceso afectaría tanto la manera de concebir el cuerpo humano como la construcción del yo, y estaría estrechamente vinculado con las biotecnologías desarrolladas en las sociedades contemporáneas (Foucault 1980; Armstrong 1983, citado por Gordon 1988). Según esta perspectiva, las tecnologías médicas tienen diferentes implicaciones en individuos y colectividades, tales como la fragmentación del cuerpo humano, la visión utilitarista de este y su mercantilización. Así, el cuerpo se transforma en un instrumento terapéutico y una fuente de ganancias económicas

(Lock 2000, 2001, 2002; Das 2000; Sharp 2006). Varios de estos estudios abordan este fenómeno desde un análisis marxista de la producción de capital, según el cual la mercantilización de los cuerpos y de los tejidos biológicos, entre otros, tiene una vida social (Taussig 1991). Los intereses económicos de la biotecnología y las industrias farmacéuticas, así como el aspecto objetivante de la medicina, hacen que el cuerpo humano y sus partes sean percibidos como entidades biológicas independientes de la realidad individual y social de la cual hacen parte, y como objetos que se pueden trasladar de un espacio a otro.

En cuanto al circuito de tratamiento de la sangre, una vez que esta se ha recogido y transformado, se despersonaliza y se reduce a la categoría de producto. Así, la sangre es objeto de un manejo racional con miras a su maximización. Para la transfusión, se centrifuga y se fragmenta en diversos componentes, lo que garantiza que se minimice el desperdicio y que varias personas puedan beneficiarse de una sola donación. Además, una multiplicación se lleva a cabo en el otro extremo de la cadena: la sangre recibida no es la misma sangre donada, sino más bien la agregación de productos sanguíneos de varios donantes. La lógica de la utilidad también se manifiesta en términos de tiempo. Por un lado, el banco de sangre debe administrar el tiempo sincronizando el suministro de productos sanguíneos, cada uno con una vida útil diferente, en función de las necesidades de la medicina. Por otro lado, el tiempo invertido, es decir, el tiempo que el donante da, se convierte en vida adicional (vida extra) para el beneficiario y su familia (tiempo familiar). El donante se convierte así en un productor de tiempo que, al ser recibido, se multiplica (Copeman 2005). Una vez donada, la sangre se vuelve propiedad de una economía de tejidos, cuya lógica es maximizar la productividad de los fragmentos extraídos del cuerpo humano (Waldby y Mitchell 2006). La donación de sangre está a cargo de un sistema de intermediarios que pertenecen al aparato estatal o privado. Este sistema permite que la sangre sea transportada al paciente, de la misma manera en que recibe otros medicamentos. Aunque la acción del donante sea libre, las personas que intervienen en el proceso son remuneradas mientras la sangre es transformada y comercializada. Los costos de su colecta, almacenamiento y distribución son tales que la sangre se asemeja a un artículo de mercadería. Según Jacques Godbout y Alain Caillé (1992), esta situación hace que la sangre

no se reciba como un don, sino como una mercancía, o como algo a lo cual se tiene derecho en tanto que ciudadano.

Diferentes trabajos antropológicos también han subrayado procesos relacionados con la cosificación del cuerpo humano. La posibilidad de extraer partes del cuerpo sin causarle daños irreparables conduciría a la desaparición de los atributos místicos y trascendentales que le son corrientemente atribuidos. Entre las consecuencias de este fenómeno también se hallarían el desarraigo, el anonimato, la resignificación de los tejidos corporales, la alienación del cuerpo y la ruptura de los lazos sociales (Rabinow 1996; Lock 2002).

Dicho proceso de cosificación y fragmentación del cuerpo, característico del conocimiento científico y las prácticas médicas, ha sido criticado durante las últimas décadas. La literatura antropológica sobre la medicalización ha señalado la deshumanización de la biomedicina y ha sostenido que los pacientes y sus familias participan en este proceso de cosificación del cuerpo sin saberlo (Lock 2001; Illich 1992, citado por Lock 2000). Sin embargo, según Margaret Lock (2001), una lectura cuidadosa de la literatura sobre la medicalización revela que las personas aceptan, sintiéndose cómodas e incluso a favor, este discurso que reduce el cuerpo y sus partes a la materialidad. Moralizar este discurso podría llevar una carga de responsabilidad, e incluso de culpa, que puede ser muy pesada para las personas involucradas. La cosificación de las partes del cuerpo permitiría eliminar dicha carga y alivianar una experiencia que de por sí conlleva sufrimiento (Lock 2001).

Según mis observaciones, esta cuestión es más compleja de lo que se podría pensar *a priori*. En general, las familias no ven la donación de sangre, su transfusión y recepción como un simple proceso técnico e impersonal que acarrea la deshumanización del cuerpo y los sujetos; por el contrario, la entienden como un acto eminentemente social, basado en sentimientos de empatía y solidaridad. Lejos de percibirla como un producto corporal y un instrumento biológico, ven la sangre donada y la sangre que se recibe como un elemento que circula gracias a la generosidad de las personas y a una organización social regida por principios humanitarios. El circuito de la sangre estaría motivado por valores altruistas y de solidaridad, así como por la necesidad de personas que se hallan en estado de vulnerabilidad. Las familias que entrevisté no perciben el aspecto “cosificante” de la transferencia

de sangre ni sus efectos deshumanizantes. Sin embargo, tampoco ignoran la cosificación del cuerpo y la sangre, puesto que algunas saben que esta sustancia es manipulada por un sistema de producción industrial en el que el nivel económico también entra en juego. Tampoco borran en su totalidad la dimensión social de la transfusión por el entorno médico y técnico en el que se realiza; por el contrario, los receptores hacen énfasis en la dimensión relacional que permite que la sangre pase de una persona a otra.

En este contexto, la perspectiva de los autores que subrayan el poder “cosificante” del sistema de traspaso de sangre no corresponde con el punto de vista de todos los padres y madres entrevistados (Lock 2000; Das 2000; Sharp 2006; Waldby y Mitchell 2006). En cambio, estas familias tienen una perspectiva compleja, que incluye el aspecto material y desarraigado del traspaso de la sangre al igual que su carácter social, humano y benevolente. De esta manera, revelan una visión paradójica de este fenómeno.

Mis observaciones también difieren de las conclusiones de algunos autores respecto a la manera como las personas reciben la sangre en transfusión. Según Jacques Godbout y Alain Caillé (1992), el don de sangre no es un don completo, ya que no incluye el ciclo dar-recibir-retribuir, sino únicamente su primer momento; en esa medida, el don de sangre sería un don unilateral. Este autor también se pregunta si esta donación es un verdadero don en el sentido “clásico” del término, puesto que este no se recibe de inmediato ni se retribuye. Así, el acto voluntario y libre del donante sería el único criterio que permitiría que la donación de sangre fuera considerada un don. Una vez que la sangre se dona al primer receptor (la empresa u organización que colecta la sangre), se convierte en un producto como todos los demás y pierde su carácter de don. Según Jacques Godbout, si la sangre no se recibe como un don, tampoco se retribuye.

Aline Henrion (2007), por su parte, constató que la mayoría de las personas transfundidas que entrevistó consideraba que la sangre, transformada y distribuida por intermediarios remunerados, no era más que una mercancía al igual que un medicamento. Para estos receptores, el que la transfusión fuera reembolsada por la seguridad social privaba aún más el don de su carácter gratuito y altruista. Algunas personas consideraban que la sangre pertenecía a la sociedad y no a determinados

individuos. Por lo tanto, la donación de sangre no se percibía como una donación en el sentido maussiano del término.

Sin embargo, los datos que recopilé tienden a reflejar una definición más reciente del don, según la cual la donación de sangre no implica la obligación de reciprocidad y cuestiona el principio de irreversibilidad (quien recibe no puede tomar el papel de donante) (Sahlins 1976; Testart 2007). En esta perspectiva, la donación no se define comparando lo que circula entre el donante y el receptor, sino por la naturaleza e intensidad del vínculo entre las personas. Precisamente así concebían los progenitores que entrevisté la donación de sangre que recibía su hijo/hija. Cuando pensaban en el acto que les permitió tener acceso a esta sustancia, la valoraban como un verdadero don, como un regalo, ya que el donante principal lo había hecho de manera voluntaria y gratuita. Es decir, eran conscientes del hecho de que la sangre transfundida proviene de una donación y la aceptan como tal, independientemente de la capacidad o posibilidad real de retribuir a su vez, y del proceso de transformación por el cual pasó la sangre.

Retribuir la donación de sangre

El acto de devolver el don recibido constituye uno de los tres momentos que componen el don según la teoría de Mauss (2002 [1925]). Para este autor, dar implica la obligación de recibir y devolver. Al abordar esta pregunta con las familias participantes, corroboré que este es un tema complejo debido a la obligación de mantener el anonimato de los donantes que rige dentro del sistema de recolección y transfusión de sangre de Quebec (Canadá). Frente a esta pregunta, las familias reaccionaron de diferente manera. Así, los receptores no pueden conocer quiénes son los donantes ni entrar en comunicación o recompensar dicha donación. Esta circunstancia es similar a la donación de órganos en las sociedades occidentales contemporáneas, ya que se caracteriza por el secreto de la identidad de la persona donante y no implica un acto de reciprocidad como un contra-don (Bibeau 2006).

No obstante, durante mi trabajo de campo encontré muy pocos padres/madres que no sintieran la obligación de retribuir la sangre que su hijo/hija había recibido. De hecho, solo una minoría piensa que dicha donación era voluntaria y que, una vez donada, la sangre ya no pertenece a quien la dona, quien, por demás, no debe esperar nada a cambio. Las familias

que compartían este punto de vista se encontraban principalmente en el contexto de cuidados intensivos y experimentaban un alto nivel de estrés debido al precario estado de salud de su hijo/hija, y a otras dificultades familiares y sociales que resultaban de dicha situación. Sin embargo, fue un punto de vista poco común y con varios matices.

Hasta cierto punto, esta perspectiva coincide con la que sostiene Richard Titmuss (1997 [1970]), según la cual, en un sistema de recolección gratuito y voluntario, los receptores de sangre no sienten la obligación de retribuir y no se crea ninguna relación entre las diferentes partes. En este contexto, donar sangre sería algo impersonal, cuyo destino sería desconocido y la relación entre donantes y receptores indirecta. El o la receptora no recibiría la sangre como un don que requiere un contradón, sino como un tipo de mercancía o bien colectivo desprovisto de la obligación de reciprocidad. Las conclusiones de Titmuss, sin embargo, no se basan en evidencias empíricas. En su análisis, trata a los receptores de manera abstracta en términos de “demanda de sangre”, y sus percepciones y sentimientos parecen darse por sentados. Jacques Godbout (Godbout y Caillé 1992) se pronuncia de manera similar al afirmar que el receptor no muestra gratitud u otros sentimientos hacia el donante porque no recibe la sangre como un don, sino como una mercancía o una cosa. Las inferencias de estos autores parecen estar de acuerdo con algunos de mis hallazgos. Sin embargo, la información que recogí muestra que este punto de vista no es el único y que no puede generalizarse a todas las personas que reciben sangre. Por el contrario, varias familias experimentaban un sentimiento de deuda y un deseo de retribuir la sangre que su hijo/hija recibió. Sin embargo, los pacientes no pueden donar sangre porque su estado de salud y su edad no les permiten hacerlo. Además, muchos padres/madres, principalmente en hemato-oncología, lamentan que no sea posible conocer a los donantes de sangre y se sienten frustrados al no poder expresar su gratitud a quienes tanto han hecho por la salud de su hijo o hija. Ante esta situación, algunas personas mencionaron otras formas de retribución que no necesariamente implican donar sangre. Lorena, madre de Carlos (16 años), de origen anglocanadiense, habló de diferentes formas de comunicar los sentimientos de gratitud hacia los donantes:

Admito que, cuando estaba bajo el programa de donación dirigida, me hubiera gustado escribir una nota a la persona o a las tres

personas, y luego decir algo... que en nuestras vidas ha cambiado. Pero me dijeron que tenía que permanecer en el anonimato, así que, está bien, está bien. Es una pena que no podamos agradecer a las personas, por ejemplo, a las personas que dan, ya sabes, escribir algo en una página en algún momento dado. (Lorena, madre de Carlos, 16 años)

Muchas familias fueron enfáticas en su deseo de agradecer a los donantes. Les interesaba sobre todo mostrarles gratitud por haber dado sangre, más que conocer su identidad. Juan, padre de Julio (7 años), de origen francés-canadiense, ejemplifica la opinión de la mayoría de las familias que tienen hijos/hijas transfundidos en hemato-oncología: “No necesitamos conocer la fuente, es solo alguien que da. Solo decir gracias por dar vida, la sangre. No necesariamente conocerlo”. Para la mayoría de estas familias, el simple hecho de querer agradecer al donante sería una forma de restituir el don que recibieron, sin necesidad de un intercambio real. También Aline Henrion (2007) ha observado que tanto los receptores que pueden donar sangre, como aquellos que no, expresaban un deseo de retribuir a los donantes agradeciéndoles. Sin embargo, no podían agradecer a los donantes, ya que su identidad estaba protegida. Para esta antropóloga el sentimiento de tener que retribuir no necesitaba realizarse concretamente, ya que el simple deseo de agradecer reemplazaría el contradón. Además, Henrion sugiere que el hecho de que las personas entrevistadas den de su tiempo y hablen de su experiencia también sería una forma de retribuir el don. Mis observaciones apoyan algunas de sus conclusiones, debido a que el contradón no es objetivo, pues no necesariamente se traduce en acción, sino es más bien subjetivo, porque quien recibe siente el deseo de retribuir y una sensación de deuda. En este orden de ideas, el deseo de agradecer a quien dona puede considerarse como una dimensión que cumpliría, en sí misma, la función de contradón.

Por su parte, otras familias pensaban que no se trataba solo de agradecer al donante, sino de agradecer a todas las personas que donaron, así como a todas las que contribuyen al funcionamiento del sistema de recolección, procesamiento y distribución de la sangre. Además, para algunas familias mostrar gratitud religiosa o espiritual era una condición indispensable, incluso previa al acto de agradecer al donante

mismo. Al respecto, Pénélope, de origen colombiano, madre de Óscar (4 años) en hemato-oncología, comentaba lo siguiente: “Diría ‘gracias’, si la persona hace un gesto de dar, o si es un regalo de Dios. Creo que proviene de lo más profundo... Creo que primero tenemos que agradecerle a Dios”. Así, aunque la donación de sangre se realiza y se recibe de forma anónima, se inscribe en una dimensión social y en las redes simbólicas en las que participan las personas. De acuerdo con Gilles Bibeau (2006), el sistema anónimo de don es parte de la relación que los humanos mantienen con los dioses, lo sagrado y el orden social y simbólico. El sistema de donación, recepción y contradón de sangre debe, por lo tanto, pensarse en todas estas dimensiones.

Además de querer agradecer al donante de sangre, varias familias indicaron que esta retribución fuera más tangible. Sin embargo, la mayoría de ellas no lo hicieron así mediante la donación de sangre, por ejemplo. Las familias también mencionaron otras formas de retribuir la sangre que habían recibido; algunas agregaron que tenían seres queridos que donaban sangre regularmente; otras hablaron de la importancia de motivar a diferentes personas a donar, como Nidia, de origen francés-canadiense:

Creo que toda la familia tiene una conciencia diferente ahora.

Donamos sangre en el pasado, estamos seguros de que donaremos tanto como podamos de ahora en adelante. Podemos ver todo lo que la sangre puede hacer también; sí, nos cambió, también la cambió a ella, creo que ahora vamos a decirle más a la gente sobre la importancia de dar. Nosotros vemos en la televisión, vemos todo eso, pero cuando nos toca de verdad, a veces nos pasa, quizás, prestamos menos atención, pero ahora se convierte en nuestra realidad. (Nidia, madre de Fernanda, 14 años)

La necesidad de recibir transfusiones regulares en el contexto de la hemato-oncología lleva a los padres/madres a ver la donación de sangre desde una perspectiva diferente. Concretamente, se dan cuenta de lo importante que es la sangre para la salud y del valor que tiene su buen uso. Como consecuencia, estas familias buscaban compartir esta toma de conciencia con las personas que las rodeaban y motivar la práctica de la donación de sangre. Esta es una manera de retribuir la sangre recibida por su hijo/hija, mantener el sistema de tratamiento de la sangre en vigor y activarlo. A Carlos (16 años), anglocanadiense, por ejemplo, lo

contactó una empresa recolectora de sangre para participar en campañas publicitarias y motivar la donación voluntaria de este fluido. Otras formas de retribuir este don, según algunas familias, era hacerle un favor a alguien, independientemente del objetivo y de la persona a quién se dirigiera. Aunque esta estrategia puede parecer bastante indirecta, los padres/madres la consideraban una manera de satisfacer los dones de sangre recibidos. Vilma, madre de Lucía (15 años), de origen chileno, lo expresó así:

Creo que es importante que la persona que recibe la sangre esté agradecida ya que la recibió; que ella realmente agradezca esta oportunidad, no necesariamente con el donante, como un asunto personal. Creo que esto no debería ser un acto personal. Creo que es la conciencia de gratitud, vas a decir “OK, ¿qué puedo hacer para ayudar a alguien más?” No necesariamente al que me ayudó. (Vilma, madre de Lucía, 15 años)

En general, no se trata de una deuda como tal, sino de un reconocimiento. De hecho, quienes participaron en este estudio recibieron la sangre transfundida como una donación hecha con “buen corazón” y sin ninguna expectativa de restitución, basada en una actitud desinteresada y, por lo tanto, parte de una reciprocidad generalizada (Sahlins 1976); es decir, como un tipo de deuda con un valor positivo, que no se experimenta como una obligación de devolver, sino como una necesidad de reconocimiento y agradecimiento que, por lo tanto, no se siente como una carga, sino como un privilegio.

Mis observaciones confirman la pertinencia de una concepción más amplia que aquella que defienden algunos/as antropólogos/as y sociólogos/as, según la cual el ciclo “normal” del don incluye los actos de dar, recibir y retribuir (Mauss 2002 [1925]). De hecho, la imposibilidad de retribuir la sangre recibida donando la misma sustancia puede compensarse con la intención de expresar gratitud hacia el donante, incluso si esto solo es posible de manera abstracta. Este deseo en sí actúa como un contradón, sin necesidad de una compensación material concreta. Además, este puede dirigirse no solo a la persona que realizó la donación, sino también a quienes participaron en las diversas etapas del sistema de manipulación de la sangre. También puede dirigirse hacia seres que se sitúan en una dimensión sagrada, ya que, según ciertas

familias, estos también están en el origen de la sangre disponible para transfundir. Así, la dinámica activada por la donación de sangre gira en torno a las redes de reciprocidad que unen a los seres humanos con los antepasados y los dioses. En este contexto, el traspaso está en el centro del funcionamiento de los vínculos sociales y constituye un sistema sobre el que se apoya el orden social y el orden simbólico.

Los lazos que se tejen alrededor de la transfusión

La inexistencia de una relación concreta entre donantes y receptores de sangre, debido al carácter anónimo de esta donación, no significa que no se pueda establecer un vínculo entre ellos. De hecho, algunas personas, principalmente aquellas con quienes trabajé en la unidad de hematología, con menores que han recibido transfusiones durante un periodo de tiempo prolongado, percibían la existencia de un vínculo abstracto entre donantes y receptores. No se trata de un sistema mecánico, en el que los individuos realicen actividades conjuntamente o constituyan un grupo caracterizado por la proximidad física. Más bien es una relación que se establece en el plano mental entre las partes involucradas en la transferencia de sangre. Para estas familias, existía un tipo de vínculo intangible entre donantes y receptores, que no es menos real por ser intangible. Aunque algunas personas no creerían que se establezca un parentesco como tal, consideraban que se generaba un tipo de relación abstracta e imaginaria entre las partes, debido a las constantes transfusiones.

Esto está lejos de una relación de tipo comunitario basada en la proximidad social. Sin embargo, de acuerdo con Maurice Godelier (1996), incluso en contextos en los que no existen relaciones directas entre los individuos, los dones conservan un carácter personal, por abstracto que este sea. De hecho, los sujetos que participan en el sistema de donación son a menudo representados de manera ficticia en nuestras sociedades. Ejemplo de ello son las campañas publicitarias para recaudar fondos con el fin de combatir una enfermedad (Godelier 1996) o las campañas para fomentar la donación de sangre. En estas campañas, siempre hay personas que representan a quienes donan y a quienes se beneficiarían potencialmente de las donaciones (Héma-Québec 2017).

De esta forma, la imaginación es una dimensión importante del proceso de personalización de los sujetos que participan en el traspaso de sangre. Igualmente, la relación entre las partes se juega en el plano del

imaginario. El sistema de distribución de sangre es un espacio a través del cual se produce una especie de “comunidad imaginada” que, según Anderson (1991), difiere de una comunidad real, ya que la primera no se basa en interacciones directas entre sus miembros. Las personas en esta comunidad no se conocen necesariamente entre sí, y a veces ni siquiera saben de su existencia. Por otro lado, en una comunidad imaginada, las personas se perciben como pertenecientes a un grupo y comparten una especie de comunión. Aunque otros elementos más precisos integran la noción de comunidad imaginada propuesta por Anderson (1991), en un sentido amplio permite pensar la sociabilidad que se desarrolla entre los principales actores del sistema de donación y recepción de sangre.

La mayoría de las familias en las dos unidades clínicas e independientemente de su situación socioeconómica argumentó que el sistema de traspaso de sangre actuaba como un dispositivo que une a las personas. Dado que el intercambio de esta sustancia puede llevarse a cabo entre individuos que difieren en varios sentidos (fenotipo, género, religión, etnia, origen nacional), crea una especie de unión entre ellos. Según varias familias, la donación y transfusión de sangre atraviesan las fronteras culturales y otras barreras sociales gracias a la expresión de sentimientos de solidaridad y generosidad que estimulan. De esta manera, emerge un tipo de comunidad conformado por diferentes seres humanos basado en un valor de ayuda mutua. Nubia, de origen mexicano, madre de Fernanda (14 años), lo comentó así:

Cuando doy, no es saber a quién le doy, tal vez a nadie, no cambiaría nada, es una vida y todas las vidas son importantes, sin importar el color de la persona, la raza, el idioma, las creencias. Cuando dono sangre, sé que es para los niños, pero puede salvar a cualquier niño, puede salvar a cualquiera, ya sea un bebé, lo que sea. Es lo único que tenemos igual en todas partes. (Nubia, madre de Fernanda, 14 años)

Para otros padres/madres donar y recibir sangre también tenía una dimensión trascendental que iba más allá de cualquier interés individual. Las palabras de Gabriel, nacido en Argelia, padre de Sebastián (12 años) y Clara (7 años), ambos transfundidos en hemato-oncología, abundan en este sentido: “salvar una vida es muy importante; quien salva a un ser humano salva toda la humanidad”. Los testimonios de estas personas van en el mismo sentido de los escritos de Georges Bataille (2011)

sobre el don. Para este autor, el don no obedece a una lógica de la reciprocidad como lo defendía Mauss, sino que está anclado en el horizonte de lo sagrado, ya que el desapego del orden material permite el acceso al orden espiritual. Por ello, donar como acto de desapego de la propia materialidad y de solidaridad con los seres humanos está imbuido de trascendencia.

Del mismo modo, Jacob Copeman (2011) descubrió que, para los donantes de sangre en una región de la India, este acto tenía un carácter que se asemeja al ascetismo religioso, ya que les permitía purificarse, perfeccionarse, alcanzar la liberación del ciclo de renacimientos y acumular una reserva de mérito espiritual. Aunque en los casos documentados por Copeman (2011), las motivaciones espirituales se manifiestan más claramente, también conocí algunas familias practicantes de alguna religión, para quienes la donación de sangre tenía un propósito trascendental. De igual manera, dicha trascendencia no era necesariamente de tipo religioso, sino que podía ser un desapego del yo y del orden material en un contexto secular.

En este orden de ideas, Margaret Lock (2001) habla de la donación de órganos como una forma de trascendencia en las sociedades modernas. Dicho proceso se refuerza debido al principio de anonimato y actúa como una especie de sacrificio en el que la destrucción del bien sacrificado lleva a la adquisición de un poder espiritual. Los testimonios que escuché permiten afirmar que esta idea de trascendencia también es relevante en el contexto de la transfusión de sangre, sobre todo en el contexto de cuidados crónicos en donde los y las pacientes necesitan de transfusiones permanentes.

Además, mis hallazgos coinciden en gran medida con el modelo de don altruista que, según Titmuss (1997 [1970]), se basa en los principios de voluntariado, gratuidad y anonimato. Del mismo modo, Godbout y Caillé (1992) señalan que, en los sistemas de intercambio de las sociedades modernas, las relaciones alrededor de la donación van más allá de los límites del grupo de pertenencia. Esta capacidad de dar a extraños, propia de las donaciones modernas, está impulsada por el Estado y permite a las personas entender las donaciones como un valor moral en sí mismo, incluso si el receptor o receptora está fuera de sus redes familiares y relaciones personales. Cuando el don incluye a “extraños” o “forasteros”, se fortalece su aspecto altruista. Este

tipo de donación está lejos de ser de tipo comunitario; se trata de un don gratuito sin obligaciones ni requerimientos a cambio.

Sin embargo, unas pocas personas que conocí principalmente en cuidados intensivos eran menos optimistas acerca de las intenciones altruistas del sistema de donación y recolección de sangre. En cambio, pensaban que su impacto social sería más bien mitigado. Aunque estas familias sabían que la sangre utilizada en la transfusión provenía de un don de otro ser humano, no consideraban que esta donación estuviera motivada y que desencadenara actitudes altruistas y fraternales entre las personas. Esta posición se explicaría porque, según ellos, la transfusión ocupa un lugar secundario en los cuidados que recibía su hijo/hija. Además, vivir en una situación social y familiar particularmente difícil también jugaba un papel en la apreciación de estas familias. Por ejemplo, Elena, madre soltera de Eduardo (18 meses), no creía que la sangre recibida fuera un gesto generoso del donante, sino que la percibía como un derecho: “¡Pago mis impuestos, por lo tanto, tengo derecho a la salud! Tengo derecho a eso, ¡yo no le doy nada a nadie!”.

Aparte de unos pocos casos, los participantes no aludieron a una racionalidad mercantil o industrial subyacente al sistema de suministro de sangre, idea central en varios análisis (Steiner 2003; Godbout 2000; Waldby y Mitchell 2006). Jacques Godbout (2000; Godbout y Caillé 1992), por ejemplo, afirma que el Estado no fomenta el comportamiento altruista en los sistemas de donación, sino que mantiene la complicidad con el mercado y rompe los lazos interpersonales. Catherine Waldby y Robert Mitchell (2006), además, consideran que estos sistemas no producen intrínsecamente solidaridad social o civil y no garantizan necesariamente la dignidad del donante.

En resumen, las percepciones de los padres/madres sobre las relaciones entre donantes y receptores permiten concluir que este sistema de circulación de la sangre es tanto fuente de solidaridad y cohesión social como origen de tensiones y divisiones. La capacidad del sistema de recolección de sangre para reforzar las fronteras entre grupos e individuos no encuentra gran resonancia en los testimonios de las familias que conocí. Algunos investigadores podrían ver en esta situación una prueba de la efectividad del sistema de transferencia de sangre a la hora de ocultar ciertos intereses en juego, especialmente los de orden político, ético y económico. Por mi parte, propongo una lectura más compleja y matizada del fenómeno,

que tenga en cuenta las diferentes dimensiones macro, meso y micro-sociales, así como las individuales que lo atraviesan.

Transfusión de sangre, identidad humana y biosocialidad

Varias familias de las dos unidades clínicas afirmaron que todos los seres humanos tienen la misma sangre y que las únicas diferencias entre los individuos tienen que ver con su grupo sanguíneo. Estas familias tienen diferentes orígenes nacionales y creencias religiosas, pero comparten un nivel de educación universitaria. Según ellas, el hecho de compartir la misma sangre permite establecer una identidad humana y el sentimiento de pertenencia a una sola comunidad. Gabriel, padre de Sebastián (12) y Clara (7), ilustra esta perspectiva de la siguiente manera: “la sangre es la misma para todos los humanos. Un ser humano es un ser humano, solo difiere en los grupos sanguíneos A, B y O, factores Rhesus y otros factores de coagulación”. Gabriel relató que en Argelia, país en donde nació, las personas a veces se niegan a donar o recibir sangre de extraños, porque creen que al hacerlo corren el riesgo de morir. Según él, estas personas estaban mal informadas, pues no sabían que existe compatibilidad entre los grupos sanguíneos y que la sangre se regenera. Gabriel, quien se encontraba desempleado en el momento de la entrevista, aprendió dicha información trabajando como bacteriólogo médico en su país de origen.

Varios adultos, sobre todo en hemato-oncología e independientemente de sus prácticas religiosas y nivel económico, afirmaron que el hecho de que la especie humana tenga la misma sangre puede llevar a superar ciertas fronteras, que pueden ser significativas en ciertas circunstancias. Más allá de las diferencias étnicas, fenotípicas, culturales y religiosas, la sangre es algo común de todos los seres humanos. Vilma, madre de Lucía (15 años), de origen chileno, lo expresó de la siguiente manera:

La sangre es algo que nos une a todos. Eso significa que los chinos que viven en China, a quienes nunca conoceré, pero que tienen el mismo grupo sanguíneo que yo, podrían darme su sangre. Realmente es algo que nos une. (Vilma, madre de Lucía, 15 años)

Otras familias también mencionaron nociones como la de especie humana para contradecir cualquier posible correspondencia entre los grupos sanguíneos y los grupos étnicos. En general, estos/as padres/

madres pensaban que “la sangre es solo sangre, ya sea que provenga de un musulmán, un judío o lo que sea”. Por lo tanto, parece haber un sentimiento de identidad frente a todos los seres humanos, sea cual sea su origen nacional o social, su fenotipo, “raza”, prácticas religiosas, tradiciones culturales, etc. Esta visión se refleja en la aceptación irrestricta de la sangre para su hijo/hija. A los padres/madres no les molestaba el hecho de que la sangre proviniera de una persona con características físicas o socioculturales diferentes de las suyas: “La sangre, siempre que provenga de un ser humano, siempre será la misma, y en su forma más simple: sangre humana”. El punto de vista de estas familias confirma lo que la literatura antropológica ha documentado con respecto de los sentimientos de pertenencia y solidaridad que se establecen a través de la sangre, y los cuales pueden ir más allá de la familia y extenderse a las alianzas entre grupos, clases sociales e, incluso, la nación (Evans-Pritchard 2002 [1937]; Grassineau 2007; Fantauzzi 2008). Sin embargo, ningún estudio había demostrado que estos sentimientos de identidad puedan extenderse a la especie humana. Mis observaciones tienden a confirmar esta observación, puesto que la mayoría de las familias asociaron la sangre con una humanidad común.

La concepción científica de la sangre también puede ser el fundamento de esta percepción. Los científicos usan generalmente atributos biológicos, como los grupos sanguíneos, para asociarlos con ciertas poblaciones. Dichos atributos biológicos pueden convertirse en características de inclusión y exclusión, que se pueden utilizar de manera descontextualizada y hacen posible la reproducción de un discurso en el que la raza aparece como un hecho biológico (Lock y Nguyen 2010). Sin embargo, al contrario de lo que algunos autores señalan, las personas con quienes trabajé enfatizaron la capacidad de los diferentes grupos sanguíneos de poner en relación personas que normalmente estarían separadas por diferentes razones (geográficas, étnicas, sociales, de clase). Así, vemos una especie de popularización del conocimiento científico que aboga por la compatibilidad entre donantes y receptores con el mismo grupo sanguíneo. Las familias, sin embargo, percibían este asunto como un criterio de inclusión y no de exclusión, asegurando que la existencia de distintos tipos de sangre sobrepasaba las fronteras étnicas y sociales y permitía el acercamiento entre las personas.

Este modelo también coincide con la idea de que la sangre es algo universal que se puede compartir, independientemente de las características físicas y sociales de las personas involucradas en el intercambio. Según Margaret Lock y Kim Nguyen (2010), bajo esta idea se encuentra cierta inspiración humanista y universalista del movimiento de la Ilustración, según el cual el conocimiento sobre el cuerpo humano, que se define principalmente por sus características biológicas, ayudaría al avance de la civilización moderna y beneficiaría a todos. Estas familias también apoyaban la concepción biológica de que el cuerpo de todos los seres humanos es esencialmente idéntico y que, por lo tanto, no hay diferencias biológicas fundamentales entre ellos.

Varios autores han mostrado que esta concepción estandarizada del cuerpo es reductora, incluso engañosa, por su lógica de medir las condiciones orgánicas y establecer estados de normalidad y anormalidad basados en desviaciones estadísticas (Canguilhem 2009 [1966]; Foucault 1994; Hacking 1990; Lock y Nguyen 2010). Sin embargo, varias de las personas que entrevisté percibían la dimensión inclusiva y positiva de este aspecto: la posibilidad de intercambiar sangre entre diferentes personas sin detenerse en otras características como algo unificador y constructivo. De hecho, tanto dar como recibir sangre fortalecería el sentido de comunidad y pertenencia. Al hacerlo, el sistema de donación y transferencia de sangre implicaría una forma de sociabilidad. Sin embargo, más que la solidaridad orgánica expresada en la proximidad física es más bien un tipo de sociabilidad que moviliza a las personas a hacer circular un “bien” (sangre) que algunos tienen en exceso y otros necesitan. Asimismo, se traduciría en un sentido de comunión e identificación entre los sujetos que participan en dicho sistema.

El circuito de recolección y transferencia de sangre es un fenómeno que se puede comprender con los conceptos de biosocialidad y biosentimentalismo propuestos por Paul Rabinow (1996) y Lesley Sharp (2006b). Según el primer autor, la biosocialidad es una forma de producción de identidad humana que se basa en la articulación entre el conocimiento genético, las enfermedades hereditarias y los movimientos sociales. Sharp, por su parte, ha argumentado que tal transformación no solo produce un sentido de identidad, sino también emociones fuertes y prácticas más radicales que las observadas por Paul Rabinow. Por lo tanto, propone que la biotecnología, como el trasplante

de órganos, se considere como una nueva forma de sociabilidad, y que la biología, la incorporación y los sentimientos deben concebirse como dimensiones estrechamente relacionadas e inseparables.

Al igual que estos autores, encontré la formación de una sociabilidad basada en el conocimiento biomédico y los desarrollos biotecnológicos. Este tipo de sociabilidad se caracteriza sobre todo por la aparición de una identidad individual y colectiva basada en la enfermedad que afecta al paciente (una enfermedad de la sangre como la anemia falciforme y la talasemia), en particular en familias con menores tratados en hematología. Además, muchos/as de estos/as padres/madres argumentaron que tanto dar como recibir sangre fortalecía el sentido de comunidad y pertenencia al mismo grupo. Por lo tanto, esta sociabilidad se expresa mediante la movilización de las personas para hacer circular la sangre entre individuos que pueden dar y otros que la necesitan. En general, existía una motivación que tenía como objetivo promover el movimiento de la sangre entre las personas. El hecho de que sea un líquido que pasa de un cuerpo a otro promueve, en cierto modo, el proceso de identificación entre quienes lo dan y quienes lo reciben. El intercambio de sangre permite crear y objetivar, hasta cierto punto, una especie de alianza o, al menos, una identidad común.

Así, para quienes reciben transfusiones continuamente estas actúan como desencadenantes de un proceso de identificación, comunión y acercamiento entre los sujetos involucrados. De igual manera, la literatura antropológica ha documentado que los donantes expresan las múltiples implicaciones que tiene el intercambio de sangre en las relaciones sociales y entre los individuos y su entorno (Grassineau 2007; Fantauzzi 2008; Copeman 2011; 2009; Waldby 2006). En todos los casos, se dinamizan los lazos interindividuales y la construcción de un sentido de lo colectivo.

Además, de acuerdo con Rabinow (1996), la biomedicina también es un espacio para la biosocialidad. Sobre este tema, la genética y la psiquiatría son campos de estudio donde estas preguntas se plantean hoy con particular fuerza, ya que involucran cuestiones relacionadas con la identidad de los individuos de una manera más directa y porque el discurso social y la biologización contribuyen a dar forma a estas construcciones de identidad. Aunque el campo de la transfusión de sangre actualmente es menos innovador y central que en el pasado, también

constituye un campo que nos permite ver la fuerza con la que un proceso biomédico conduce a una dinámica social que perdura en el tiempo. Por estas razones, el sistema de transfusión de sangre se hace inteligible a través de los conceptos de biosocialidad y biosentimentalismo, ya que las entidades biomédicas y nociones como la de sangre humana conducen a una biologización de la vida de las personas, un sentido de identificación y una revitalización del sentido de lo colectivo. Así, la práctica de la transfusión se presta a identidades colectivas que toman forma en torno a las etiologías y la circulación y uso terapéutico de dicha sustancia. Las nociones de biosocialidad y biosentimentalismo permiten circunscribir estas construcciones de identidad y estos vínculos que se tejen en torno a la donación de sangre y su transfusión.

CONCLUSIÓN

En general, los progenitores valoran y reciben los dones de sangre de manera positiva. Sin embargo, ignoran los detalles del proceso de recolección y procesamiento de esta sustancia. La sangre que se recibe repetidamente en transfusión en la unidad de hemato-oncología se considera a menudo como una donación hecha por alguien, mientras que, en un contexto de cuidados intensivos, las familias tienden a pensar en la transfusión como un mero procedimiento médico.

Los receptores de sangre subrayan principalmente los motivos altruistas y desinteresados de los donantes y tienden a idealizarlos. Sin embargo, las razones que llevan a los donantes a realizar tal acto van más allá de las que son contempladas por los receptores. El principio de anonimato es una fuente de preocupación para algunas familias, particularmente aquellas con un menor que padece una enfermedad de la sangre y cuyo tratamiento incluye las transfusiones como terapia central. Estas preocupaciones no siempre son expresadas o conocidas por los profesionales de la salud ni los responsables del sistema de recolección y distribución de sangre. Al contrario de lo que indica la literatura, la capacidad de restituir la sangre suscita diferentes reacciones y actitudes en las familias. Todos aquellos que se benefician de la sangre no se sienten obligados a devolver la donación recibida. Por otro lado, a muchas familias les gustaría ser responsables de la donación recibida y proponen diferentes formas de donación que no implican necesariamente la retribución exacta de la sangre. Así, agradecer al donante, incluso si solo es posible de forma

abstracta, actuaría como un don. Este reconocimiento puede también dirigirse a seres que se encuentran en una dimensión de lo sagrado. La perspectiva de la dinámica de la donación de sangre va entonces va más allá del circuito de donación y contradón, y se inscribe en las relaciones entre humanos y con orden simbólico.

En general, las personas perciben la donación de sangre como un gesto social que va más allá del dominio estrictamente biológico. No se recibe como una mercancía o como un recurso material, puesto que es inseparable del acto humano de dar a los demás. En esta medida, la dimensión social de la transfusión de sangre no desaparece por completo, a pesar del entorno médico y técnico en el que se realiza. Esta situación es paradójica, puesto que el sistema de recolección de sangre y los bancos de sangre efectúan una despersonalización del donante, mientras que los receptores llevan a cabo una especie de personalización e idealización de los donantes mediante un proceso imaginario. Además, muchos receptores creen que algún tipo de conexión intangible tiene lugar entre ellos y los donantes. Este tipo de relación es difícil de definir para las personas, pero se considera que existe, especialmente en el contexto de cuidados crónicos.

También se destacan los sentimientos de pertenencia y solidaridad que surgen alrededor de la sangre y su transfusión. Estos pueden ir más allá de la familia y otras categorías sociales, como el grupo étnico, la comunidad religiosa y la nación. Para la gran mayoría de las familias con quienes trabajé, a pesar de las diferencias étnicas, fenotípicas, culturales y religiosas, la sangre constituye algo que es común de todos los seres humanos. Por lo tanto, no siempre excluyen las diferencias basadas en la biología (como los grupos sanguíneos), sino que la forma como las perciben puede variar. Para la mayoría, estas diferencias son realidades que nos permiten sobrepasar las fronteras que existen en otras situaciones.

Finalmente, perciben el sistema de recolección de sangre de manera ambivalente. Si bien para unos cuantos padres y madres el anonimato del donante es fuente de preocupación, la mayoría piensa que este sistema promueve la solidaridad entre las personas y pone fin, por lo menos temporalmente, a las fronteras biológicas y sociales. En otras palabras, el circuito de donación de sangre activa el sentido de humanidad compartida y de comunidad basada en la ayuda mutua. Además,

algunas madres y padres ven en este sistema un alcance trascendental, ya que compartir la sangre es un acto de desapego de una parte de sí mismo. Por lo tanto, transferir esta sustancia genera potencialmente el sentido de colectividad alrededor de nociones etiológicas y de la sangre. En consecuencia, dar y recibir sangre es, por así decirlo, una fuente potencial de solidaridad y cohesión social al mismo tiempo, que puede generar tensiones y divisiones; puede servir para afianzar o disminuir las fronteras entre los grupos y las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Drees, Abdul Majeed. 2008. "Attitude, Belief and Knowledge about Blood Donation and Transfusion in Saudi Population". *Pakistan Journal of Medical Sciences* 24, 1, 74-79.
- Anderson, Benedict. 1991. *Imagined Communities: Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*. Nueva York/Londres: Verso.
- Banning, Maggi et al. 2006. "Current Perceptions of Canadian Autologous Blood Donors". *Vox Sanguinis* 91, 2: 157-161. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1423-0410.2006.00808.x>
- Barrett, Rachel, Ronald G. Moore y Anthony Staines. 2007. "Blood Transfusion in Ireland: Perceptions of Risk, a Question of Trust". *Health, Risk & Society* 9, 4: 375-388. DOI: <https://doi.org/10.1080/13698570701612600>
- Bataille, Georges. 2011. *La part maudite. Précédée de la notion de dépense*. Paris: Éditions de Minuit.
- Bibeau, Gilles. 2006. "La question du don dans le don d'organes: une perspective anthropologique". En *La transplantation d'organes. Enjeux et paradoxes*, dirigido por Sylvaine De Plaen. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Canguilhem, Georges. 2009. *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Casteret, Anne-Marie. 1992. *L'affaire du sang*. Paris: La Découverte.
- Copeman, Jacob. 2005. "Veinglory: Exploring Processes of Blood Transfer Between Persons". *Journal of the Royal Anthropological Institute* 11, 3: 465-485. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9655.2005.00246.x>
- Copeman, Jacob. 2008. "Violence, Non-Violence, and Blood Donation in India". *Journal of the Royal Anthropological Institute* 14, 2: 278-296. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9655.2008.00501.x>

- Copeman, Jacob. 2009. *Veins of Devotion: Blood Donation and Religious Experience in North India*. Nuevo Brunswick: Rutgers University Press.
- Copeman, Jacob. 2011. "Excessifs dons de sang. Dévotion et ascétisme en Inde". *Terrain. Anthropologie & Sciences Humaines* 56: 106-119. DOI: <https://doi.org/10.4000/terrain.14213>
- Das, Veena. 2000. "Traumatisme et témoignage: implications pour la communauté politique". *NAQD* 18, 2: 151-167.
- Douglas, Mary. 1966. *De la souillure: essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris: Maspero.
- Durkheim, Émile. 1897. "De la définition des phénomènes religieux". *L'année Sociologique* (1896/1897-1924/1925) 2: 1-28.
- Evans-Pritchard, Edward. 2002. *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Oxford University Press.
- Fantauzzi, Annamaria. 2008. "Un inter-esse problématique. Ethno-anthropologie du don du sang chez les immigrants marocains de Turin". *Revue du MAUSS Permanent*. <https://www.journaldumauss.net/?Un-inter-esse-problematique>
- Felts, John H. 2000. "Richard Lower: Anatomist and Physiologist". *Annals of Internal Medicine* 132, 5: 420-23. DOI: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-5-200003070-00023>
- Foucault, Michel. 1980. *The History of Sexuality*. Nueva York: Vintage Books.
- Foucault, Michel. 1994. *La naissance de la clinique*. Paris: Quadrige.
- Fox, Renée y Judith P. Swazey. 1974. *The Courage to Fail: A Social View of Organ Transplants and Dialysis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fox, Renée y Judith P. Swazey. 1992. *Spare Parts: Organ Replacement in American Society*. Nueva York: Oxford University Press.
- Frazer, James. 1996 [1890]. *The Golden Bough. A Study in Comparative Religion*. New York: Penguin.
- Given, Lisa. M. 2008. *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Godbout, Jacques y Alain Caillé. 1992. *L'esprit du don*. Montréal/París: Éditions la Découverte.
- Godbout, Jacques. 2000. *Le don, la dette et l'identité: homo donator versus homo oeconomicus*. Montreal: Boréal.
- Godelier, Maurice. 1996. *L'énigme du don*. Paris: Fayard.

- Gordon, Deborah. 1988. "Tenacious Assumptions in Western Medicine".
En *Biomedicine Examined*, editado por Deborah Gordon y Margaret M. Lock, 19-56. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Grassineau, Dominique. 2007. *Au fil du sang. Usages thérapeutiques et politiques du sang humain à Ngazidja, Union des Comores*. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales. Centre Universitaire de Mayotte, Dembeni.
- Hacking, Ian. 1990. *The Taming of Chance*. Cambridge: Cambridge University Press. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511819766>
- Healy, Kieran. 2006. *Last Best Gifts: Altruism and the Market for Human Blood and Organs*. Chicago: University of Chicago Press.
- Héma-Québec. 2017. *Transformation du don de sang*. [en línea]. <https://www.hema-quebec.qc.ca/sang/savoir-plus/transformation-don.fr.html>
- Henrion, Aline. 2007. "Le don de sang. Approche ethnographique du recevoir et du rendre". *Revue du MAUSS permanente*. <http://www.journaldumauss.net/?Le-don-de-sang>
- Latreille, Martin. 2009. "Anthropologie du sang et de la transfusion sanguine: une recension des écrits". *Centre de recherche de l'Hôpital Sainte-Justine*.
- Lederer, Susan. 2008. *Flesh and Blood. Organ Transplantation and Blood Transfusion in 20th Century America*. Nueva York: Oxford University Press.
- Lee, David H., Manali D. Mehta y Paula. D. James. 2003. "Differences in the Perception of Blood Transfusion Risk between Laypeople and Physicians". *Transfusion* 43, 6: 772-778. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1537-2995.2003.00401.x>
- Lee, David. 2006. "Perception of Blood Transfusion Risk". *Transfusion Medicine Reviews* 20, 2: 141-148. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmr.2005.11.006>
- Lock, Margaret. 2000. "On Dying Twice: Culture, Technology and the Determination of Death". En *Living and Working with the New Medical Technologies*, editado por Margaret Lock, Allan Young y Alberto Cambrosio, 233-262. Nueva York: Cambridge University Press.
DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511621765.011>
- Lock, Margaret. 2001. "The Alienation of Body Tissue and the Biopolitics of Immortalized Cell Lines". *Body & Society* 7, 2-3: 63-91. DOI: <https://doi.org/10.1177/1357034X0100700204>
- Lock, Margaret. 2002. "Human Body Parts as Therapeutic Tools: Contradictory Discourses and Transformed Subjectivities". *Qualitative Health Research* 12, 10: 1406-1418. DOI: <https://doi.org/10.1177/1049732302238751>

- Lock, Margaret y Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Chichester/West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Mauss, Marcel. 2002. *Essai sur le don: forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. París: Presses Universitaires de France.
- Pires, Alvaro P. 1997. "De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales". *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, editado por Deslauriers Poupert, Laperrière Groulx, Pires Mayer, 3-54. Montréal: Gaëtan Morin, Éditeur.
- Rabinow, Paul. 2005. "Artificiality and Enlightenment: From Sociobiology to Biosociality". En *Anthropologies of Modernity: Foucault, Governmentality, and Life Politics*, editado por Jonathan X. Inda, 179-193. Malden: Blackwell Publishing. DOI: <https://doi.org/10.1002/9780470775875.ch7>
- Robertson Smith, William. 1890. *Lectures on the Religion of the Semites: Second and Third Series*. Sheffield: Sheffield Academic Press.
- Sahlins, Marshall. 1976. *Âge de pierre, âge d'abondance. L'économie des sociétés primitives*. París: Éditions Gallimard.
- Sanner, Michel. 2003. "Transplant Recipients' Conceptions of Three Key Phenomena in Transplantation: The Organ Donation, the Organ Donor, and the Organ Transplant". *Clinical Transplantation* 17, 4: 391-400.
- Scheper-Hughes, Nancy y Margaret M. Lock. 1987. "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly* 1, 1: 6-41.
- Sharp, Lesley. 2006. *Strange Harvest: Organ Transplants, Denatured Bodies, and the Transformed Self*. Berkeley: University of California Press.
- Sharp, Lesly. 2007. *Bodies, Commodities, and Biotechnologies: Death, Mourning, and Scientific Desire in the Realm of Human Organ Transfer*. New York: Columbia University Press.
- Starr, Douglas P. 1998. *Blood: An Epic History of Medicine and Commerce*. 1st ed. New York: Alfred A. Knopf.
- Statistiques Canada. 2016. *Atlas de la santé et des services sociaux du Québec*. Consultado en <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php>
- Steiner, Philippe. 2003. "Gifts of Blood and Organs: The Market and 'Fictitious' Commodities". *Revue Française de Sociologie* 44: 147-162. DOI: <https://doi.org/10.2307/3323249>.
- Taussig, Michael. 1991. *Shamanism, Colonialism, and the Wild Man*. Chicago: University of Chicago Press.

- Testart, Alain. 2007. *Critique du don: Études sur la circulation non marchande*. París: Syllepse.
- Titmuss, Richard. 1997. *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy*. Londres: Allen and Unwin.
- Waldby, Catherine. 2006. "Umbilical Cord Blood: From Social Gift to Venture Capital". *BioSocieties* 1, 1: 55-70. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1745855205050088>
- Waldby, Catherine y Robert Mitchell. 2006. *Tissue Economies: Blood, Organs, and Cell Lines in Late Capitalism*. Durham/Londres: Duke University Press.

**ENTRE LAS PRESENCIAS, LOS PLIEGUES Y
LA RACIONALIDAD: VIDA Y PROCESOS DE
ORDENAMIENTO ASOCIADOS A LA PROFILAXIS
PREVIA A LA EXPOSICIÓN (PREP) EN COLOMBIA**

DIEGO VALLEJO-DÍAZ*

Universidad Externado de Colombia, Bogotá, Colombia



*diego.vallejo.diaz@gmail.com ORCID: [0000-0003-2838-3034](https://orcid.org/0000-0003-2838-3034)

Artículo de investigación recibido: 3 de julio de 2020. Aprobado: 2 de febrero de 2021.

Cómo citar este artículo:

Vallejo-Díaz, Diego. 2021. "Entre las presencias, los pliegues y la racionalidad: vida y procesos de ordenamiento asociados a la profilaxis previa a la exposición (PREP) en Colombia". *Maguaré* 35, 1: 51-85. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96664>

RESUMEN

Este texto explora la manera en que los procesos de regulación de la profilaxis previa a la exposición o profilaxis preexposición (PREP, por sus siglas en inglés) en Colombia se articulan con la vida de las personas que animan la existencia de esta tecnología, ya sea como usuarios del sistema de salud o fuera de este, vendedores del medicamento, integrantes de organizaciones de base comunitaria que trabajan en torno al virus de inmunodeficiencia humana (VIH), activistas que exigen su disponibilidad o médicos que la prescriben. Propongo un viaje de ida y vuelta entre la experiencia de estas personas y la aparición de un modelo de racionalidad que apuesta por la regulación de la tecnología, a través del cual se pone en evidencia la política ontológica que está detrás de la demanda por la disponibilidad de esta tecnología de prevención del VIH, que pone en tensión las formas comunitarias de participar de la PREP y los marcos centrados en el individuo como agente autónomo.

Palabras clave: medicalización, PREP, prevención del VIH, profilaxis previa a la exposición, regulación farmacéutica.

BETWEEN PRESENCES, FOLDS, AND RATIONALITY: LIFE AND PREP-RELATED ORDERING PROCESSES IN COLOMBIA

ABSTRACT

This text explores the way in which regulation processes of pre-exposure prophylaxis (PREP) in Colombia are linked with the lives of people who animate this technology's existence, whether as users inside the healthcare system or outside of it, prescription-drug sellers, members of community-based organizations working around HIV, activists who demand its availability, or doctors who prescribe it. I propose a back-and-forth path between the experiences of these people and the establishment of a rationality model brought about by the regulation of PREP that reveals an ontological politics behind the demand for the availability of this technology.

Keywords: HIV prevention, medicalization, pharmaceutical control, pre-exposure prophylaxis, PREP.

ENTRE PRESENCAS, DOBRADURAS E RACIONALIDADE: VIDA E PROCESSOS DE ORDEM ASSOCIADOS À PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) NA COLÔMBIA

RESUMO

Este texto explora como os processos de regulação da profilaxia antes da exposição ou Profilaxia pré-exposição (PREP, por sua sigla em inglês) na Colômbia, se articulam com a vida das pessoas que participam na existência dessa tecnologia, sejam usuários beneficiários ou não do sistema de saúde, vendedores do medicamento, membros de organizações de base comunitária que trabalham em torno ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), ativistas que exigem sua disponibilidade ou médicos que a prescrevee-lam. Proponho uma viagem de ida e volta entre a experiência dessas pessoas e a instauração de um modelo de racionalidade que aposta na regulação da tecnologia, evidenciando a política ontológica por trás da demanda pela disponibilidade dessa tecnologia de prevenção do HIV, que coloca em tensão as formas comunitárias de participar da PREP e os contextos centrados no indivíduo como agente autônomo.

Palavras-chave: medicalização, PREP, prevenção do HIV, profilaxia pré-exposição, regulação farmacêutica.

INTRODUCCIÓN¹

La profilaxis previa a la exposición o, sencillamente, profilaxis preexposición (PREP, por sus siglas en inglés) es definida como “el uso de medicamentos antirretrovirales para evitar el contagio del VIH” (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [Onusida] 2016, 3). Esta ha llegado a ser considerada como altamente efectiva en ensayos clínicos realizados con Tenofovir y Emtricitabina —dos antirretrovirales también usados en los esquemas de tratamiento de las personas que ya han sido diagnosticadas con el virus—. Estos ensayos señalan que, con ciertas condiciones de uso, la PREP puede reducir el riesgo de infección hasta en un 90% (Organización Mundial de la Salud [OMS] 2018). Esta cifra de éxito es muy cercana a la del condón que, hasta el momento, es el método más efectivo de prevención. A pesar de que en muchos países del mundo ya existen regulaciones sobre esta tecnología médica, desde 2012 en Colombia su situación es muy ambigua. Apenas en 2019 un medicamento comercial recibió aprobación del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) para esquemas de prevención y no solo como tratamiento para personas ya diagnosticadas con el virus. Su acceso directo no está contemplado en el Plan de Beneficios de Salud (PBS) del sistema público y, antes de su aprobación, los médicos que la conocían debían acudir a la figura de formulación *off-label*, con la que están facultados para prescribir medicamentos cuyos usos no estén contemplados en el registro sanitario.

Esta serie de condicionamientos contribuyó a que las personas interesadas comenzaran a buscar otros medios para proveerse del medicamento para la PREP. Esta forma de consumo del medicamento, que usualmente no se acompaña de controles ni de vigilancia médica, ha sido denominada *PREP salvaje* por los salubristas. Algunas formas en las que las personas acceden al medicamento es importándolo desde otros países, comprándolo a personas que lo reciben como parte de su tratamiento antirretroviral (TAR) del PBS tras haber sido diagnosticadas con el virus, o incluso en lo que algunos médicos que hicieron parte

1 Este artículo expone los elementos principales del segundo capítulo del trabajo “Cruzarse por la vida que aún queda: seducción y vitalidad en torno a la PREP”, realizado para optar por el título de Magíster en Estudios Sociales de la Ciencia, en la Universidad Nacional de Colombia.

de mi trabajo de campo llaman “mercados negros”, tales como tiendas virtuales en redes sociales o vendedores de pastillas al menudeo en bares y discotecas. Frente a este panorama, un grupo de salubristas y médicos, tanto de agencias internacionales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) como de organizaciones de bases comunitarias, coordinaron esfuerzos desde 2018 para lanzar una plataforma educativa mediante la cual querían difundir el mensaje de no acudir a la PREP salvaje. Sus esfuerzos escalaron hasta que, a finales de 2019, lanzaron una prueba piloto patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Con esta última pretendían establecer criterios de implementación que pudiesen ser aplicados por el Estado colombiano, de manera que la población accediera a los beneficios de esta tecnología para la reducción de infecciones. En síntesis, el esfuerzo de esas agencias internacionales tenía dos frentes: evitar la *PREP salvaje* y buscar que el Estado iniciara un proceso de regulación siguiendo estándares internacionales reconocidos. A lo largo del texto, me referiré a este esfuerzo como la apuesta por la regulación de la PREP.

Este fue el panorama bajo el cual realicé el trabajo de campo del que tomo algunos elementos para este artículo. Desde inicios de 2018 hasta inicios de 2020, seguí una serie de eventos públicos promovidos por el grupo de personas que concretaba esta apuesta por la regulación, al mismo tiempo que me acercaba a personas involucradas con la PREP en Bogotá, ya fuera como usuarios dentro del sistema de salud o fuera de este, personas diagnosticadas con VIH que vendían su medicamento, miembros de organizaciones de base comunitaria, activistas y médicos, con quienes sostuve conversaciones de distintos tipos de profundidad y duración.

En este texto exploro la manera en que se encuentran la apuesta por la regulación de la PREP y los referentes que las personas ya tenían sobre la tecnología a partir del reconocimiento o experimentación directa que los salubristas llaman *PREP salvaje*. Para lograr este fin, divido el texto en tres partes.

En la primera parte exploro un elemento que considero fundamental para la discusión. Observo un conjunto de prácticas en las que las relaciones de los usuarios con otras personas cobran un grado de importancia significativo. Estas prácticas permiten comprender la articulación de los usuarios con la PREP como algo más que un cálculo individual y aislado, pues muestran que se trata de un proceder que tiene lugar

en presencia de, es decir, y siguiendo la reflexión de Isabelle Stengers (2014), haciendo efectivamente partícipes a otros individuos frente a una decisión tomada.

En la segunda parte, examino un conjunto distinto de prácticas en el que, en contravía del escenario anterior, los actores se presentan y son presentados en un marco de comprensión que los reifica como individuos, aplanando y haciendo imperceptible el correlato que acompañaba sus actuaciones. Haré referencia a esta redistribución específica de las presencias frente a las que se actúa como un *pliegue*. Mostraré, por un lado, cómo algunas prácticas de salubristas instauran una idea de individuos autónomos, pero también cómo en algunas situaciones las presencias que componen el mundo de la gente que se suma a la PREP son reordenadas por ellas mismas, de manera que esos otros individuos frente a los cuales se actúa dejan de percibirse. En ese sentido, tanto algunos médicos y salubristas como algunos usuarios o activistas participan de los procesos de pliegue.

Después de introducir estas herramientas analíticas, procedo a explorar, en la tercera parte, algunas prácticas más en las que la apuesta por la regulación debe revestirse de cierto atractivo y, por ende, concretarse en las prácticas como algo más amplio de lo que definen los manuales y protocolos. Estas parecen incluso hacer lo opuesto a plegar y permiten la existencia de elementos que exceden la norma y el criterio científico que se supone regula su práctica.

Seguir estos dos escenarios, en las partes segunda y tercera, a través de prácticas concretas, brinda la posibilidad de destacar la multiplicidad en la que están inmersos la PREP y los y las agentes que se articulan con ella, pues tanto la una como las otras, se concretan de diversas maneras. En estas situaciones la PREP y las personas se hacen de formas distintas lo que permite señalar, siguiendo a Annemarie Mol (2002), que son objetos múltiples.

Finalmente, cerraré el texto planteando un interrogante político sobre la multiplicidad y cómo esta nos cuestiona sobre la vida por la que queremos apostar. Si tanto médicos y salubristas como usuarios de la PREP participan de las prácticas que reiteran o desdibujan su actuar *en presencia de*, si ambos participan de los *pliegues* que reducen o aumentan la participación directa del colectivo en la existencia sociomaterial de esta tecnología, no hay una oposición tajante entre legos y expertos

o entre la mirada médica y la sociedad. En esta última parte sostendré que la reificación de un mundo basado en el individuo autodeterminado y aislado tiene que ver con una racionalidad específica que aparece cada vez con más fuerza en las diversas prácticas en las que se concreta la PREP y que incumbe a todos sus actores. Esta racionalidad es, por lo tanto, un acontecimiento singular, que se perfila como un problema político sobre la realidad de nuestros mundos y que se constituye como central al momento de pensar políticamente tanto la acción de la biomedicina como la participación comunitaria en la materialización de las tecnologías en nuestra sociedad.

ENTRE LA PRESENCIA Y LA PREVENCIÓN

Como parte del esfuerzo de regulación de la PREP en Colombia y con la intención de evitar el uso de la PREP salvaje, entre 2018 y 2020 en varios eventos públicos las organizaciones involucradas buscaron traducir la experticia científica a un lenguaje de difusión accesible mediante encuentros con formato de conversatorio. En dichos escenarios, proponían una serie de preguntas que eran respondidas por profesionales de diversos campos de la salud y al final se abría un pequeño espacio de preguntas del público. En uno de ellos, en 2018, tanto el panel de expertos como un miembro del público pusieron en alerta al resto de las personas asistentes respecto a la circulación de un folleto cuyo contenido calificaron como “desinformación peligrosa” porque —sostenían— invitaba a consumir el medicamento de maneras no aprobadas en términos de frecuencia y respecto al control médico (Diario de campo 1).

Sin embargo, aunque este evento haya cerrado dejando en las y los asistentes una sensación de alerta sobre el folleto, quisiera mostrar que la denuncia que hacían los panelistas tenía de fondo una tensión más profunda que la de advertir sobre una información que calificaban como falsa y que se extiende al encuentro entre las experiencias localizadas de las personas en su relación con la PREP y la lógica sobre la que se condensa el esfuerzo de su regulación. Comienzo entonces por detenerme en el proceso de elaboración del folleto, que pude conocer en mi trabajo de campo, pero también en las experiencias de un par de personas que hacían uso de lo que los salubristas nombraban como *PREP salvaje*, en cuanto me permiten hablar del carácter colectivo de su experiencia con esta tecnología, algo que no es evidente en todas las prácticas en las que se concreta la PREP.

Hacer en presencia de

El folleto en cuestión se titula *Listas para PREP en Colombia* y fue desarrollado por el colectivo *LoveLazers*, que se describe como una plataforma política que busca que la información que pueda ser materia de derechos para personas *queer* esté disponible sin restricciones para hacer uso de ella y se posibilite, de esta manera, una vida sexual no mediada por moralismos. Esta agrupación ha producido folletos en varios idiomas y distintos países, no solo sobre PREP, sino sobre distintos temas relacionados. En este caso, el folleto en cuestión respondía algunas preguntas sobre el funcionamiento de la PREP, qué medicamentos se pueden usar, las formas de tomarlos, sus posibles efectos secundarios y el avance de los procesos de regulación en el país. Nunca invita explícitamente a automedicarse y, a pesar de que recopila las formas posibles de toma del medicamento, incluyendo tanto regímenes diarios como alternados, aclara que el riesgo aumenta según la forma de tomarlo y previene a quienes lo lean al respecto.

Este último aspecto es importante, pues los salubristas y médicos que protagonizan el esfuerzo de regulación en Colombia han determinado que la toma debe ser diaria. Lo han hecho, especialmente, siguiendo los lineamientos de la OMS en 2018 (OPS 2019), que adoptó esta directriz por ser la forma de consumo de la medicación que parece ofrecer mayor porcentaje de efectividad para evitar la infección por VIH. Sin embargo, existen estudios según los cuales otras formas de toma del medicamento tienen un éxito que no es del todo descartable. Algunos muestran posibilidades de evitar la infección con otras frecuencias de consumo, como la *PREP on demand* en la que, por cada contacto que signifique una exposición al virus, se consumen cuatro comprimidos de antirretrovirales. Dos de ellos se toman 24 horas antes del encuentro, uno más, 24 horas después y otro último, a las 48 horas (Molina et al. 2015). Quienes defienden estas formas alternativas de uso de la medicación lo hacen, por ejemplo, según el número y frecuencia de intercambios sexuales de quien usa la tecnología. En una situación, por ejemplo, en que la frecuencia de relaciones sexuales sea semestral, el consumo del medicamento diario sería innecesario. Frente a estas distintas posibilidades, en todos los espacios oficiales que conocí en mi trabajo de campo, los y las profesionales de la salud adscritas al esfuerzo de regulación de la PREP en Colombia mantenían una férrea oposición a su implementación. Algunas, incluso, llegaron

a denunciar públicamente cualquier posibilidad de toma del medicamento que no fuera diaria (Entrevista 1).

Sin embargo, más allá del contenido, quisiera referirme al proceso de elaboración del folleto. Fue lanzado en mayo de 2018, en un apartamento en el centro de la ciudad en el que se presentan frecuentemente proyectos de arte independiente. Las personas que asistieron formaban grupos que iban y venían, en un espacio acogedor, acompañando su conversación con una cerveza o un cigarrillo. El único momento en la que la atención de todas las personas asistentes se centró en un solo tema fue cuando los autores realizaron una corta exposición del folleto que, poco a poco, se fue convirtiendo en una conversación a muchas voces (Diario de campo 1). En gran medida, fueron quienes asistieron a este espacio quienes posteriormente ayudaron a que este folleto circulara por la ciudad. Este tipo de espacio no era sino una réplica de aquellos que animaban el trabajo de *LoveLazers*.

Falk, uno de sus miembros, contó que el trabajo del colectivo inició en 2016, cuando él y otros compañeros decidieron que sus amigos de la escena nocturna y *underground* de Berlín necesitaban conocer esta nueva tecnología de prevención que estaba en circulación, de la que no se les había hecho partícipes. Optaron por crear un primer folleto y con su distribución y circulación lograron influir en el clima político de la capital alemana en muy poco tiempo. Según Falk, apenas un año después de su publicación, el medicamento de la PREP ya se podía comprar en una farmacia por alrededor de cincuenta euros y, para el verano de 2018, ya se anunciaba que probablemente, en un año más, el gobierno lo incluiría dentro del sistema de salud pública (Entrevista 1). Hoy en día, en Alemania la PREP ya está disponible en los hospitales públicos (PREP Watch, 2021).

Los espacios de producción, circulación y consumo de sus apuestas como organización dependían de las relaciones colaborativas y, en esa medida, su posibilidad de hablar de PREP, de producirla como posibilidad, siempre se concretó por la participación de otras personas cuya presencia persistía en distintos registros materiales. Uno de ellos eran las fotografías que hacían parte las exposiciones de *LoveLazers* y sobre la que pude conversar con Falk, mientras las recorríamos. Me explicaba que, para la elaboración de los folletos en cada país, el grupo había decidido que las imágenes usadas debían provenir de las realidades locales y todas ellas

retrataban a la gente a la que le atañe hablar sobre VIH, PREP o cualquier tema similar. Fotografiaban a las personas que se encontraban en las fiestas, la gente que se cruzaba en los espacios de encuentro. En uno de sus folletos, que hablaba sobre la indetectabilidad —una forma de referirse al estado de reducción de la carga viral del VIH en el que existe “un riesgo insignificante de transmitir el virus mediante el intercambio sexual” (Onusida 2018, 2)—, el equipo usó una foto tomada por Faber Franco, titulada *Discordant* (Figura 1). Esta imagen presenta, con un lenguaje visual, los involucramientos mutuos entre personas que componen la apuesta del equipo y permite ver la constitución colectiva de varias personas en un esfuerzo por poner el VIH como tema importante. La fotografía muestra unas personas *en presencia de* las que se actúa, contenidas, involucradas.

Figura 1. *Discordant*



Fuente: Fotografía de Faber Franco para *LoveLazers*. Sin fecha. Folleto en español sobre Indetectabilidad, <https://www.lovelazers.org/co/vih-carga-viral-indetectable/>

La conversación con Falk a propósito de las fotos nos llevó a reflexionar sobre el papel de las muchas personas que han animado el esfuerzo del colectivo por hacer los folletos sobre la PREP. Falk hizo mención, incluso, de las personas que ya habían fallecido y las nombró como parte importante de su apuesta. Él y otros de sus compañeros de *LoveLazers* pertenecen a la generación que vio morir a las primeras personas a causa

del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Para él, la vida de quienes ya no están es una motivación actual:

One [side] of the discussion is really the fear to get the virus [...] if someone tells you “oh yeah! there’s a new pill and you can have sex without condom” it remembers you of people you were losing, remembers you time you were ill, maybe yourself, like positive people in the 90’s that were actually expecting to die, and they are still living (...) I can see younger guys that are not experiencing this thing, I was talking about in their own biographies (...) they get all that in, the trauma. And with PREP you change the perspective, actually is bringing hope, bringing like future. (Entrevista 1)

Parte de la discusión es el miedo al virus [...] si alguien te dice “Existe una nueva pastilla que puedes usar y así tener sexo sin condón”, te recuerda a la gente que perdiste aquel tiempo cuando estuviste enfermo, tal vez tú o la gente que dio positivo en los años noventa y esperaba morir pero siguen vivos. [...] Veo hombres jóvenes que no experimentan lo mismo en sus propias vidas, [...] ellos lidian con ello, con el trauma. Con la PREP la perspectiva cambia, pues trae esperanza, trae futuro. (Entrevista 1)

Esta práctica concreta —la elaboración del folleto sobre PREP— muestra el carácter colectivo de la motivación por articularse con esta tecnología. Allí participan personas de la escena nocturna, amigos que ya fallecieron. Esta descripción reflexiva del miedo señala a la PREP como una posibilidad, que puede tanto abrazarse como negarse, en medio de la relación con el placer o con el miedo, especialmente cuando las personas interesadas hicieron parte de un tiempo en que el virus era casi equivalente a la muerte, tanto propia como de los seres queridos. Los logros de los folletos en Berlín y cualquier tipo de efecto que haya podido producir el folleto en Bogotá son parte de un agenciamiento que no solo pertenece a los miembros de *LoveLazers*, sino que pasa por la capacidad de esas personas en presencia de las cuales se actúa por impulsar una determinación como informar. Algo similar sucedía, desde otra arista, con las vidas de dos personas que hacen uso de la llamada PREP salvaje en Bogotá y cuyas experiencias pude conocer en mi trabajo de campo. Les llamaré Diego y Beto.

Diego recuerda que hacia el 2017 leyó por primera vez algo sobre la PREP en una plataforma virtual llamada *Queer View*. Allí supo que mediante su uso podría prevenir la transmisión del VIH, aunque entendió también que el uso del medicamento podía generar cierto daño en el hígado y riñones, por lo que se decidió a buscar la forma de tomarla “bien”. Tras una experiencia incómoda y fallida con el sistema de salud decidió no acudir a la PREP por medios “oficiales”. En cambio, ingresó a un foro virtual en el que conoció a una persona en Colombia que había sido diagnosticada con el virus y que lo contactó con un hombre en otra ciudad del país que “le facilita PREP a la gente”. Como Diego mismo lo cuenta, con este último estableció una relación de confianza a pesar de la distancia. Desde el principio, el vendedor intentó agotar los medios para que Diego consiguiera el medicamento por su cuenta, a través de la canalización hacia las organizaciones de base comunitaria que podían ayudarle a acceder a la PREP. Tras haber fallado en este esfuerzo, y porque Diego tenía la capacidad de disponer de alrededor de 250.000 pesos colombianos mensualmente, el vendedor comenzó a proveerle el medicamento a través de envíos postales realizados desde su ciudad. La relación no se redujo a una transacción de compra y venta. Si bien las entregas oportunas crearon confianza, el vendedor generó también una relación atenta en la que hablaba constantemente con Diego sobre cómo se sentía tomando el medicamento o sobre los malestares que podía causar la toma los primeros días. Este estado de cercanía y la confianza que producía aquel vínculo motivaron a Diego para recomendar a este vendedor a otras personas de quienes sabía que querían usar la PREP, incluyendo a su propia pareja.

Diego realizó también sus propios controles a través de un médico amigo que le indicaba qué exámenes debía tomar para realizar el monitoreo tanto de VIH e infecciones de transmisión sexual como de su salud renal y ósea. Incluso, la toma de exámenes dependió de relaciones de confianza, pues entre ambos declinaron la idea de acudir al plan de aseguramiento médico público y empezaron a asistir a un laboratorio de toma de muestras en el que la relación con las enfermeras fue determinante:

Yo odio las agujas, las odio profundamente, pero en [nombre de un laboratorio privado] no me queda la cicatriz [...]. [La enfermera del plan de aseguramiento médico público] me dejó un morado. Me quedó doliendo como por cuatro días. Acá la señorita me la

saca [la aguja], me dice “tenlo ahí [el algodón]” y mientras tanto me hace la charla de cualquier cosa que esté sucediendo en la vida de ella. Luego ya me dice que me suelte. Pues, obviamente, con ella sí he sido muy abierto diciéndole que estoy tomando esto y me hago seguimiento de VIH. (Entrevista 2)

Tanto Diego como su pareja han convertido la toma del medicamento y la realización de los exámenes de monitoreo en un asunto de dos. Ambos se acompañan, invierten juntos el dinero para el medicamento e incluso han llegado a acuerdos sobre las relaciones sexuales que pueden tener con otras personas y qué formas de prevención usar en cada caso. El uso de la tecnología se ha constituido así en un elemento de responsabilidad frente al otro.

Algo similar a lo que pasaba con Diego y su pareja sucedía con Beto y la suya. Beto comenzó a usar la PREP en enero de 2019 y llegó a hacerlo por razones que para él fueron inesperadas. En este caso, sin embargo, la motivación de Beto era que su pareja había sido diagnosticada con el virus hacía varios años. A pesar de que comenzó el TAR y hoy es indetectable, la motivación de Beto fue ampliar sus recursos para prevenir la infección. La decisión de hacer uso de la PREP se convirtió en algo compartido. Comenzaron a asistir juntos a las citas médicas e incluso dividieron entre los dos el costo de la medicación.

Esta colectividad en la que está inmersa la PREP bien podría contribuir a reflexionar sobre aquellas condiciones mediante las cuales la tecnociencia se establece y funciona, que obedecen más a las alianzas que al bienestar incuestionable que ofrece. En términos de Bruno Latour (1983), estaríamos ante una explicación acerca de qué aliados logra captar una estrategia tecnocientífica fuera del laboratorio y la manera en que logra coordinar intereses para ponerse en marcha. Sin embargo, más allá de pensar en esta serie de alianzas que permiten a la PREP participar del mundo como una tecnología exitosa, las experiencias que he presentado dibujan un relieve afectivo en el que se inscribe esta tecnología y, por tanto, invita a comprenderla siempre en medio de un devenir en el que se hace difícil trazar los límites entre cuerpos, individuos, cosas y voluntades.

Isabelle Stengers (2014) destaca la posibilidad de pensar en la acción, no desde voluntades individuales, sino desde el agenciamiento colectivo. En su propuesta, la autora señala la manera en que algunas

personas en su relación con la tecnología y el conocimiento, para su caso los científicos, pueden verse o no interpeladas por la vida de otros seres que se articulan a sus acciones, para efectos de su reflexión, los roedores del laboratorio en los procesos de experimentación. La persona que al participar de la ciencia y la tecnología es interpelada puede hacer caso omiso de estos seres que la rodean o bien puede actuar involucrando, en alguna medida, la participación de estos en su proceder. Para la autora, un comportamiento nombrado como “propio” puede adquirir su significación y sus razones por interferencia de aquello frente a lo que se actúa, puede disponer a los “otros u otras” como parte de un conjunto cuya presencia insiste en el comportamiento. A esta labor ética, Stengers la llama actuar *en presencia de*. Siguiendo su reflexión, considero los usos específicos de Diego y Beto de la PREP, así como el trabajo de Falk como una suerte de acciones que ocurren *en presencia de*. El carácter colectivo de los usos y relaciones con la PREP no es solo un elemento de descripción sociológica, sino también una forma de materializar esa intención política que Stengers pone como proyecto para nuestras relaciones con la ciencia y la tecnología.

Si bien el conjunto de prácticas de las que he hablado a lo largo de este apartado no son homogéneas, están en oposición a la idea de un individuo totalmente autónomo y autodeterminado. Por el contrario, estas prácticas pueden ser estudiadas en razón de la lógica en la que se inscriben, siguiendo la propuesta de Annemarie Mol (2008), quien considera que estas siguen ciertas lógicas en cuanto se acoplan a patrones, tendencias, estilos o una suerte de coherencia, lo que no implica que sean homogéneas.

En su texto, Mol (2008) propone la existencia de dos lógicas opuestas. A la primera le llama una *lógica de cuidado*: una especie de “estilo”, una manera de hacerse de manera activa en el mundo, que desafía la idea de “paciente” y deshace los supuestos individualistas de las prácticas, orientadas por hacerlos cuidadosos en los que estar en relación es un elemento insistente para la configuración del proceder de sus agentes. A esta *lógica del cuidado*, Mol opone una *lógica de la decisión*, una manera en que un ideal “occidental” de la decisión, que supone y afirma la existencia de un mundo sustentado por individuos autónomos y autodeterminados, organiza la acción y la interacción, el entendimiento de los cuerpos, la vida cotidiana de la gente, la manera de lidiar con las tecnologías y la distinción entre lo bueno y lo malo (Mol 2008, 7).

Como he intentado mostrar, actuar *en presencia de*, como lo hacen Falk, Diego y Beto, hace que el conjunto de sus prácticas se inscriba en una lógica del cuidado y tengan, por tanto, un carácter político que se opone a un proceso de avanzada de una racionalidad individualista. Sin embargo, lo que Mol llama una *lógica de la decisión* también caracteriza una serie de prácticas que pude reconocer en el trabajo de campo y que trataré a continuación.

PLEGAR PARA CUIDAR

Los esfuerzos que se concretarían en una prueba piloto de PREP en Bogotá, como parte de la apuesta por su regulación, venían acompañados de una campaña de comunicación mediante conversatorios que pasaron de la especificidad técnica de esta tecnología biomédica a sostener juicios de varios niveles sobre la responsabilidad, no solo sexual, sino médica e incluso moral. Uno de los componentes clave de la postura de algunos de los médicos que participaron de los conversatorios era sancionar cualquier forma de uso de la PREP no inscrita en el marco de la vigilancia médica. Por eso, destinaron sus intervenciones, de manera constante, a alertar sobre la *PREP salvaje*, proponiendo a sus usuarios y promotores como personas irresponsables o sin conocimiento. Una de las expertas dijo de manera abierta en uno de esos conversatorios:

Puede ser un consumo irresponsable o que el medicamento se puede prestar a lo que ya nombraba ahora, que tenemos gente consumiendo PREP cuando se supone que en Colombia aún no está legalizado el uso del medicamento como una estrategia preventiva. [...] Lo que pasa es que, como hablamos de PREP como si ya estuviera ¡claro!, hay desconocimiento, pues porque no lo hay —conocimiento—. O sea, el PREP que está es el legal, se compra en mercado negro, se importa, se les compra a pacientes que no consumieron su medicamento. Entonces es muy diferente hablar de una estrategia cuando ya, por ejemplo, Secretaría de Salud, Ministerio, Naciones Unidas se sientan y dicen “vamos a meterle toda la onda a esto”. Las organizaciones de base también están metidas y que empiece a aparecer la educación [...] de algo que no tendría que estar en el mercado ni estar en consumo. [...] Esa tecnología no debería andar rondando por ahí. (Diario de campo 1)

Como se puede apreciar, en contraste con la vida de Diego, que compraba el medicamento por fuera del sistema de salud, o con el trabajo de *LoveLazers*, que apuntaba por un conocimiento más amplio de la información, esta postura implica no solo un grado de desconocimiento frente a la PREP, así sea llamada “salvaje” —de hecho ya está en medio de muchas relaciones—, sino que además considera toda forma de uso de la PREP no incluida en la prueba piloto como una forma de actuar indebida de ciertos individuos. Este ejercicio, por supuesto, reforzaba y sustentaba como decisión racional el inscribirse a la prueba piloto para la prescripción y monitoreo de la PREP. Por eso, considero importante ver cómo, a medida que negaba posibilidades ya existentes, este conjunto específico de prácticas en el campo de la salud propiciaba un elemento particular: la promoción de un sentido de individualidad y racionalidad. Propongo explorar un par de elementos mediante los cuales materializaban esta idea.

En octubre de 2019 se anunciaba ante el público la apertura de la prueba piloto de PREP en Bogotá, en medio de un evento en el que se promocionó una serie de videos. Uno de ellos pretendía dar información a la persona que hubiera tomado la decisión de usarla mencionando únicamente la posibilidad de tomar una pastilla en un régimen diario. Al final del video, aparecía una funcionaria de la OPS diciendo lo siguiente:

Es importante que cada persona que decida utilizar la PREP entienda que la PREP no es una toma de una pastilla y nada más. La PREP es una estrategia que permite acompañar a las personas que están en alto riesgo de contraer la infección de tener una oportunidad diferente de prevención y de conocer otras formas y otras alternativas que les permitan prevenir la adquisición de la misma. Es importante que cada quien se informe, se acerque a las instituciones que están avaladas, a instituciones del Distrito, a instituciones de salud acreditadas que le brinden una información asertiva sobre cómo funciona la PREP y quién puede ser un candidato para el consumo de la misma. (Diario de campo 1)

Dichas intervenciones apuntan, por tanto, a perfilar a un usuario que para estar bien instruido acude a los esfuerzos de regulación, pero que, además, sabe que es un bien propio e individual y, en ese sentido, toma buenas decisiones para sí mismo. El ritmo de estas prácticas contribuye

a afirmar la existencia de un mundo sustentado únicamente por individuos autónomos y autodeterminados, lo que ya desarrollé y llamé previamente, siguiendo a Mol (2008) hace parte de una *lógica de la decisión*.

En esta parte del texto quiero mostrar que lo que alinea ciertas prácticas, tanto de médicos como de usuarios, con una *lógica de la decisión* es una determinación muy específica sobre lo que significa *prevención* para el caso del VIH. Las prácticas que abordaré construyen modelos en los que presuponen que el individuo que se cuida es uno que, autodeterminado por un cálculo y reflexión genérica y no contextual, decide sumarse a ciertos protocolos propios del esfuerzo de regulación de la PREP. Llamaré a esta orientación para modelar al usuario ideal una *racionalidad de la prevención*, una orientación que intenta imponerse sobre la profusión de estas maneras de hacer PREP en presencia de otros, que reifica ese ideal individual en relación con la prevención del VIH. Propongo comprender esta racionalidad como una fuerza de atracción, una dirección que intenta imponerse, mas no como un efecto inmediato sobre la vida de las personas, tanto usuarios como médicos, que opera sin resistencias. Por eso, continúo este texto reflexionando en torno al encuentro de esta racionalidad con las vidas de las personas.

Es importante pensar en cuál es la materialidad que permite hablar de cada uno de los elementos que he venido exponiendo. Para dar un contorno claro a esto que llamo una *racionalidad de la prevención*, recorro a discursos y prácticas que parecían dejar de lado la singularidad y proponer modelos ideales de comportamiento. Esa es la dinámica que quiero seguir en este apartado para pensar cómo el hecho de participar de la PREP, de dar vida a la tecnología biomédica, implica alinearse con ese tipo de registros que excluyen la experiencia colectiva como posibilidad ideal. Lo haré explorando el esfuerzo de hablar desde la experticia que hace *LoveLazers* y las formas en las que Diego se sumó como usuario a la prueba piloto.

Lego experto o plegar presencias en un folleto

El folleto *Listas para PREP en Colombia* (Figuras 2 y 3) tiene la intención de animar procesos para que la PREP sea regulada por el Estado, puesta a disposición y asequible. El folleto contiene un texto extenso y una fotografía tomada por el colectivo como indicaba unas páginas atrás. Propongo analizar más a fondo el proceso de composición.

Los textos del folleto de PREP, en sus distintas versiones, tienen siempre dos partes: una presenta información científica y, en ese sentido, estandarizada, para cualquier versión; la otra recoge datos locales sobre costos, disponibilidad del medicamento y el estado de los procesos de regulación y aprobación, que deben ser actualizados en cada país. Así, la primera parte brinda elementos sobre los cuales apoyarse para discutir sobre la segunda. Consideran que la información de carácter científico fundamenta sus exigencias y por eso, por ejemplo, recogen estudios sobre las distintas posibilidades de toma del medicamento y las presentan a quien lea. La segunda parte del texto, en cuanto recoge datos sobre cada país, supone acercarse a instituciones oficiales como el Invima y a grupos de base comunitaria, para obtener la información. Después de este trabajo, escriben de tal manera que sea explícito para el lector o lectora cuáles son los medios por los que puede acceder a esta. Ambos contenidos del texto muestran que la PREP es algo que se quiere, un bien deseado o que debería ser una opción. La idea de transmitir libremente la información se engancha con la promoción de la tecnología y el texto termina proponiendo lo siguiente: “eres tú el que debe decidir qué es lo mejor para ti”.

Curiosamente, el texto del folleto dispone el esfuerzo de *LoveLazers* en una lógica que resuena con la de los panelistas de los conversatorios, pese a todas sus diferencias. En cuanto es un alegato, toma este tono para crear alianzas, para poner a disposición de su gente una tecnología, su uso de la información científica y de la responsabilidad individual, lo que les permite concretarse en este registro como aquello que Epstein (1995) ha nombrado *legos expertos*, personas que no hacen parte de los circuitos de producción de los contenidos científicos, pero que moldean su lenguaje e incluso sus demandas para poder ser interlocutores reconocidos tanto con estos como con el Estado. Esta figura parece recurrente en la interlocución de la ciudadanía con el gobierno y las farmacéuticas para exigir tratamientos de VIH.

Por esta razón, el folleto es una manera de comprender la relación entre ambos registros, pues antes de ser plegado tiene dos caras: en una de ellas (Figura 2) se aprecia una imagen producto de las sesiones fotográficas en Bogotá y dos columnas de texto; la otra cara (Figura 3) contiene solo texto. Las fotos, como comentaba antes, condensan una experiencia colectiva del hacer, una relación de unos con otros; retratan esos seres en cuya presencia se actúa .

El juego entre las dos caras, entre imagen y texto, hace más evidente lo que quiero señalar: esa confluencia de seres que presenta la fotografía es conducida en el texto hacia una alianza con los estudios científicos y la comercialización farmacéutica. Los entramados afectivos se pliegan dentro del folleto, se ajustan al tono de “la ciencia” y la posibilidad que esta otorga al individuo de decidir. Las presencias, literalmente, se pliegan y aplanan, quedan impresas en tinta y la retórica científica al tiempo que le da autoridad a quien habla, redistribuye la participación de aquellos en presencia de quienes se actúa. No dejaron de existir, devinieron en algo más. El folleto supone un pliegue de algo más que el papel. Seguiré mostrando cómo este proceso sucede también en las vidas de las personas que hacen uso de la PREP.

Cuidar(nos)

Cuando conocí a Diego por primera vez, a mediados de 2019, él hacía uso de estas redes no oficiales para acceder a la PREP. Sin embargo, en diciembre del mismo año, cuando la prueba piloto fue lanzada, él y su pareja se sumaron a ella y no necesitaron más ni de la enfermera del laboratorio donde se hacían las pruebas de control, ni de su amigo médico que leía los exámenes, ni del proveedor de la medicación en otra ciudad para ser usuarios de la PREP. Propongo ver esta transición de manera más lenta, explorando cómo, pese a que parecería que la única diferencia es que la primera era una forma de *PREP salvaje* y la segunda una forma institucionalizada, una y otra práctica participan de distintos registros.

Cuando conversaba con Diego sobre su uso de la PREP, trajo el tema del cuidado y lo puso de frente en su relación de pareja. Mencionó su primera experiencia sexual con un hombre, que fue sin condón:

Yo me sentí muy mal después de esto y al día siguiente fui a hacerme una prueba de VIH, cuando el especialista me dice, en esa época: ‘no, esto es seis meses. Si tú tienes conocimiento [de] que la persona era VIH positivo podemos hacer un tratamiento post exposición’. Yo cojo, llamo a esta persona y me dice: ‘No, mira, la verdad no’. Igual, de todas maneras, son seis meses en los que yo ... o sea... vuelvo a la adolescencia de no querer estar con nadie. (Entrevista 2)

Para su actual relación de pareja, la vida sexual siempre había estado atravesada por este miedo al contagio. De hecho, cuenta cómo su novio tiene un sentimiento mucho más fuerte que él al respecto:

Él además tiene un trauma adicional por su ex. Porque fue una persona que, además de engañarlo mucho, llegó un punto en que supo que no era la única persona con la que tenía relaciones sin preservativo y que, dentro de las personas con las que él había estado, había estado una persona positiva. Independientemente de si esa persona es indetectable o no, existe el riesgo de que las otras personas con las que estuvo no, entonces él cortó esa relación y se hizo la prueba. Descansó por esa parte. (Entrevista 2)

Sin embargo, una vez establecida la relación y con la confianza que lograron construir, decidieron permitirse tener otras parejas sexuales. Al principio el compañero de Diego se resistió a la idea, pero hoy en día saben que hay un número de personas con las que puede pasar que tengan relaciones sexuales sin condón. Hacer uso de la PREP les permitió llevar tanto una vida sexual en la que se controla el miedo como este proyecto de relación:

La verdad, sí ha ayudado bastante, por lo menos en la parte de que él se sienta cómodo con otras personas, que es importante, porque la gracia de tener esta relación es que uno reconoce que uno como persona puede ofrecer ciertas cosas sexuales, pero no todas. Yo soy una persona, no dos o tres. O tampoco tengo una apariencia. Es eso, cuando tiramos con otras personas es literalmente para matar la gana. Pero otra cosa es la parte del proyecto de pareja. (Entrevista 2)

Algo similar sucedía con las motivaciones de Beto. Él había llegado a la PREP por su relación con una persona que había sido diagnosticada con VIH. Sin embargo, su decisión se concretó por una experiencia puntual. Varias autoridades médicas sostienen que la indetectabilidad es equivalente a la intransmisibilidad, pero para Beto se trata de un asunto complejo. Él dice que los temas de la salud y del estigma han hecho pasar muchos interrogantes por su cabeza, especialmente porque ha leído que el riesgo de transmisión nunca llega a cero. En una ocasión, en medio de una relación sexual con su pareja, se rompió el preservativo y su reacción inmediata fue asistir a un servicio de urgencias, ya que sabía que podía acceder a un tratamiento de profilaxis posexposición (PEP, por sus siglas en inglés). La PEP es un manejo farmacológico para reducir el riesgo de infección de VIH, aplicado en las primeras horas después del contacto

con el virus. En Colombia se ha autorizado su acceso en el plan de salud a través de los servicios de urgencias tanto para exposiciones en el ámbito laboral como no laboral. Se ha delimitado, en los protocolos de atención que la PEP solo es eficiente si se administra en las primeras 72 horas después de la exposición al virus (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia [Minsalud] 2017).

Beto relató que tuvo que tomarse unas seis pastillas al día por un mes y, durante ese tiempo, subió de peso y su temperamento se hizo irascible. Una vez pasada esta experiencia decidió consultar al infectólogo y, desde entonces, comenzó a usar la PREP. Él encontró alivio en esta posibilidad: “Es solo una pasta al día, no tiene tantos efectos secundarios y te brinda seguridad. Obvio, sigo con la protección del preservativo, pero con este tratamiento me siento más seguro” (Diario de campo 1). Desde ese momento, Beto dice haber adoptado un régimen de adherencia y haber cumplido a cabalidad la prescripción médica. Mes a mes, compra el medicamento, a pesar de que le parece costoso y de que el lugar en donde lo obtiene tiene precios fluctuantes que oscilan entre 240.000 y 320.000 pesos, valores que paga con mucha dificultad. Pese a los contratiempos, es fiel al protocolo de uso y se aferra a la PREP como método de prevención, a pesar de contar con otros dos medios de prevención como el condón y el tratamiento anti retroviral al que su pareja también ha realizado una buena adherencia.

Las experiencias de Diego y de Beto permiten vislumbrar un elemento importante en relación con las motivaciones para adherirse a la PREP: el cuidarse ellos y a quienes los acompañan. Esta motivación se mantiene, pero se hace evidente en su vida con sus parejas. Ellos también participan de ciertas prácticas en las que el cuidado no es central, sino la idea de prevención como la vinculación de un individuo a una tecnología. Es particularmente la experiencia de Diego la que permite ver esta doble posibilidad.

Al sumarse a la prueba piloto, él participa de ciertas prácticas como la de generar reportes sobre su adherencia al medicamento, sobre el hecho de que se mantuviera con un diagnóstico negativo. Estos reportes, elaborados mediante la consulta médica y el monitoreo, permitirán a la prueba piloto producir una cifra sobre el éxito o no de esta. Diego pasará a ser, dentro de la presentación de resultados de la prueba, un dato que puede soportar el modelo del esfuerzo de regulación. Participará

de lo que Latour (2001) ha llamado la producción de una *referencia circulante*, es decir, de un proceso de traducción entre distintas prácticas en materiales específicos que permiten que la información viaje y genere conexiones distintas, alianzas insospechadas. Se articula, al sumarse a las prácticas del esfuerzo de regulación de la PREP con la producción de la racionalidad de la prevención. En este proceso, Diego participa también de la producción de pliegues, pues al tiempo que procura su cuidado permite la producción de una definición de prevención como la que pronunciaba la profesional en salud con la que abrí este apartado, y que condenaría el hecho de que él hubiera acudido a la *PREP salvaje* anteriormente.

Tanto las experiencias de Falk como las de Diego y Beto permiten ver que hay un cambio en la manera de presentarse en un registro y el otro. He nombrado a esto un ejercicio de pliegue. He tomado el concepto de plegar del proceso que tiene lugar en la producción del folleto mismo, y he señalado que la articulación entre la vida de las personas que usan la PREP y la racionalidad de la prevención que los comprende siguen procesos similares. Al hablar de pliegues me refiero a una condición ontológica, una manera de componer, mediante las prácticas, lo que es cada cosa. Esta idea resuena con la filosofía del pliegue que retoma Bowker (2010). El autor usa la discusión leibniziana sobre las mónadas como principio ontológico: unidades que expresan el ser correspondiente a cada singularidad actual, capaces de integrar tanto lo que es evidente y claro como lo que es confuso y oscuro de cada ser. A partir de estas, Bowker propone comprender cómo el paso entre la unidad y la multiplicidad, el mundo y los seres, se hace como un proceso de pliegue y despliegue entre posibilidades ontológicas y configuraciones materiales, susceptibles a ser actualizadas de distintas maneras por la variación entre estas zonas de claridad y oscuridad.

Entiendo los procesos de articulación con la PREP de las personas, que he venido presentando hasta este punto del texto, como parte de un pliegue. Las diversas prácticas en las que participan tanto médicos y salubristas como activistas y usuarios han permitido entender las maneras en que es posible o no desplegar lo colectivo y ponerlo en el frente de acción, redistribuirlo y articularlo con un discurso que apuesta por un mundo de individuos autodeterminados y que cobra fuerza en el esfuerzo de regulación de la PREP. Sin embargo, este no es un proceso en el que únicamente las personas

tracen sus contornos en unas y otras prácticas de manera distinta, también la tecnología médica se abre y excede la literalidad del manual. Continuaré desarrollando el tema con esta última afirmación.

PRÁCTICAS Y APERTURA EN LO BIOMÉDICO

Para comprender la manera en que la racionalidad de la prevención traza sus límites en relación con la experiencia, propongo hablar de dos dinámicas a partir de un par de experiencias de campo. Primero, hablaré de la práctica médica de un par de profesionales de la salud expertos en VIH en contraste con la generalización de esta racionalidad de la prevención. Luego, me referiré a la forma en que se ha construido la idea de PREP como una pastilla en la promoción de esta. Ambos me permitirán comprender los procesos de reorganización que también suceden en cada uno de estos lugares.

La práctica médica

Los espacios de difusión de la apuesta por la regulación de la PREP iban consolidando y reforzando una postura sobre cuál era la información correcta y cuál la incorrecta, que se esperaba adoptaran las personas que asistían a estos eventos. Uno de los principales criterios tenía que ver con el consumo diario del medicamento, así como con el uso simultáneo de condón como método de prevención, como lo expresa la intervención de una epidemióloga en un conversatorio:

Debe usarse de manera consistente y con una adherencia definida [...] observando todos los estudios, se ha concluido que definitivamente, el modelo más efectivo [...] para prevenir la infección es tomarla al menos seis veces en la semana. [...] Cuando se toma dos días por semana, que es lo que preocupa en los folletos que hemos visto, la posibilidad de adquirir una infección es de 4 por cien o más y cuando se toma de manera consistente, todos los días de la semana, la posibilidad de infección es inferior a 1, llegando a 0. [...] La efectividad, así tomada, asegura es de casi 99% pero debe combinarse con el uso del condón. (Diario de campo 1)

Todo lo que se constituya de manera alternativa es calificado como “mito”, como mentira. Hubo un esfuerzo por sostener que una persona racional seguiría sus indicaciones, adoptaría esta prescripción y la

interiorizaría. Sin embargo, todas estas certezas son producciones que no corresponden necesariamente con la práctica. En los espacios que pude compartir con médicos expertos, tuve la posibilidad de ver cómo su quehacer también debía plegarse para encajar con esta racionalidad de la prevención. Uno de los elementos que debían reducir en su amplitud era el manejo de las pruebas de VIH que se debían practicar periódicamente las personas que están usando la PREP, acorde con la vigilancia médica.

En un espacio que presencié, un médico explicaba a un grupo de gestores comunitarios la manera en que se debían hacer los controles de VIH a las personas que inician la PREP. Un instrumento de diagnóstico recurrente es la prueba rápida. Se trata de un equipo que permite recolectar una gota de sangre de un dedo y combinarla con una sustancia que reacciona, en un *cassette*, para así marcar o no la presencia de anticuerpos asociados al virus. Uno de los gestores comunitarios planteó una duda sobre el funcionamiento de estas pruebas, porque había visto cómo las ventanas, es decir, el intervalo de tiempo en el que las pruebas son capaces de detectar anticuerpos después del “contacto de riesgo”, eran manejadas de diversas maneras por varios profesionales. Existen dos tipos de pruebas rápidas: las de tercera generación, que se conocen por tener una ventana de tres meses, y las de cuarta generación, con una ventana de 15 días. Este gestor había visto profesionales que las aplicaban usando ventanas distintas. El médico respondió lo siguiente:

Si es cierto que la prueba de tercera generación comienza a detectar después del día 22 anticuerpos específicos para VIH, ¿por qué seguimos diciendo que las ventanas son de tres meses? [...] Eso fue una decisión medio arbitraria que tomó el país hace mucho tiempo y ahí quedó, porque puede ser que haya laboratorios que todavía usan segunda generación. Lo que pasa es que las pruebas de cuarta generación se aplican a la población de mayor prevalencia. ¿Qué sucede? Que el antígeno P24 comienza a aparecer el día 12, pero se desaparece al día 40. Entonces si la persona no estuvo en ese tiempo se le pasó y ya no sirve de nada, [...] en general es como un asunto muy personalizado. El mensaje estándar es ‘las ventanas duran tres meses’, pero ya a la hora de uno conversar con la persona qué tanto la persona entiende, qué tanto la persona es perceptiva a entender este tipo de detalles que le estoy dando y qué tanto el asesor maneja los tiempos. (Diario de campo 1)

Las pruebas mismas, al hacerse partícipes de las relaciones para las que se destinan, se reinventan a tal punto que su uso generalizado no corresponde con su capacidad técnica. La racionalidad de la prevención que invita al usuario cuidadoso a realizarse la prueba con frecuencia presenta como “dato” una ficción temporal. La capacidad del reactivo y el *cassette*, la cantidad de infecciones que podrían detectar, se reduce para adecuarse. Algo similar sucede con el uso del medicamento. El régimen diario es cuestionado por algunos médicos. En otra ocasión un médico me explicó lo siguiente:

Bajo la lógica de que el medicamento tiene una vida media larga, alguien se preguntó ‘si yo nada más la uso sólo cuando la necesito’ quitando los días en que no tiene actividad sexual. Yo me pregunto cómo hace uno para agendarse. [...] De ahí la necesidad de tener entrevistas tan particulares, porque uno tiene que preguntarles a las personas cada cuánto tiene relaciones sexuales [...], porque dependiendo de eso puede determinarse si es mejor PREP en demanda o diaria [...] de las personas que yo he seguido en PREP siempre la conversación es honesta, como bueno, ‘¿qué onda con el sexo? ¿Cómo está la cosa?’. ‘No, sí me siento más seguro’, ‘sí, me han pasado por la cabeza ideas de tomar un poquitico más de riesgos’, entonces es, otra vez, vuelva y ajuste una manera que no sea asustando a la gente, sino haciendo conciencia. (Entrevista 3)

Al igual que con las ventanas de las pruebas, la posibilidad de toma depende de la situación y obedece, por tanto, al ritmo de lo práctico, no a una norma ineludible. Un profesional de la salud que viene haciendo seguimiento al uso de PREP de un grupo de veinte personas hace ya más de un año, es decir, previo a la prueba piloto, afirmó tener al menos tres personas para quienes la mejor forma de tomarlo era en la modalidad *on demand* o por demanda.

Finalmente, esto mismo sucede con la prescripción de uso del condón como acompañamiento indispensable para la PREP. Uno de estos médicos hablaba de dos situaciones distintas en las que sentía que esta necesidad no era una condición *sine qua non*. La primera es aquella en que sus pacientes vivían sus vidas sexuales con “paranoia”, algo que, a sus ojos, los mantenía alejados de la posibilidad de disfrutar su vida sexual. Para él, antes de necesitar PREP, condón o una combinación

de los dos, necesitaban un tipo de ayuda que les permitiera vivir una vida sexual menos llena de temor. De hecho, el exceso de barreras le parecía un elemento que podría indicar problemas en el goce:

Si yo sé que no me gustó usar condón, pues no hay lío. Pero si la persona viene [y dice], ejemplo, ‘es que tengo mi pareja que vive con VIH, usamos condón, pero además quiero PREP’. Ok, bien, pero ya tiene una protección que es el condón, ya tiene más o menos una garantía de indetectabilidad con su pareja. ¿De verdad le quiere poner otro elemento? (Entrevista 3)

Frente a estas situaciones, este médico aseguraba la importancia de tener varias opciones que solo se pueden concretar en una buena asesoría totalmente personalizada: “A todos nos ha tocado un médico que ni siquiera lo mira a uno [...]; el que lo formule debe tener unas cualidades especiales, no es una consulta de veinte minutos definitivamente” (Entrevista 3). Y, por otro lado, está la situación de la que sus años de trabajo le han hecho “consciente”, y es que, mientras las prácticas sexuales sin condón sigan siendo calificadas con un juicio negativo, se romperá la posibilidad de evitar infecciones en las personas que no se adapten al sexo convencional, haciéndolas desistir de acceder a un sistema que condena su sexualidad. Desde su postura como médico, insistía en que había que tener capacidad de trabajar desde las prácticas sexuales de cada grupo y no instalar una lógica obligatoria que excluya a una persona del sistema de salud:

Es mi teoría. Hay algunas personas que se liberan todos los frenos, ‘soy un alma libre, qué rico vivir otra vez en los 80, a pelo’. Sus decisiones, sus riesgos. Pero digo yo, desde que la persona esté consciente y de verdad sepa en qué se está metiendo. (Entrevista 3)

En términos de otro profesional de la salud que ha conocido parejas serodiscordantes con más de 10 años de tener relaciones sin condón, esto se expresa como una “moral mojigata”:

La gente venía ‘tirando’ sin condón [...]. Es como cuando hace mil años se preguntaban ‘¿la tierra es redonda o es plana?’; estamos en la misma situación. En algunas ocasiones yo he ido al famoso [Nombre de un encuentro sexual organizado en Bogotá que se anuncia como una orgía y se realiza periódicamente]. Y muchas veces

los manes se molestan porque yo les estoy entregando condones. Pero el hecho de que yo los esté entregando no quiere decir que lo voy a obligar a “condonizarse”. [...] Hay que informarle a la gente; la gente toma decisiones y las toma informada. Asume el riesgo. Creo que tenemos que quitarnos la máscara de estar diciendo ‘usted no se me puede morir’. Es saber que todas las personas vamos a llegar a un ciclo de vida finito y que esto implica no solo la toma de decisiones, sino también la información que tenga ese sujeto para ser consciente de lo que está haciendo. (Entrevista 4)

En su ejercicio ambos desafían la racionalidad instalada de la prevención. En algunas ocasiones, como en los conversatorios del esfuerzo de regulación de la PREP, estos profesionales de la salud reiteraron la norma más general que incluye solo el régimen diario o plantea como totalmente imprescindible el uso del condón. Así, al pasar del registro múltiple a esa forma consistente de registro unívoco en la norma, también participan de un pliegue.

Tomarse la PREP: desplegar la pastilla

Como ya he mencionado, una de las mayores preocupaciones de los salubristas y de las entidades internacionales es la *PREP salvaje*. Hay al menos un elemento que alerta a estas personas, la distribución del medicamento. Como lo comentó una funcionaria en un conversatorio:

No cualquier institución u organización puede estar ofreciendo PREP si no tiene la infraestructura para manejar el medicamento, porque este medicamento, que forma parte del esquema que se utiliza en personas con VIH también, necesita condiciones de almacenamiento, manejo que garantizan la calidad. Los que consiguen por ahí en cualquier aplicación, no sabemos qué calidad tiene, no sabemos cómo ha sido transportado, no sabemos a qué temperatura lo han mantenido, no sabemos muchas cosas. Entonces no podemos decir que ese medicamento, en principio, pueda ser efectivo. (Diario de campo 1)

Sin embargo, esta distribución no solo podría estar a cargo de establecimientos no autorizados. De hecho, sus denuncias en público se refieren a personas que están vendiendo antirretrovirales en bares

y establecimientos públicos de ocio sin ningún tipo de regulación. Para contrarrestar este panorama, estos profesionales de la salud buscaban convencer a las personas de que PREP no es una pastilla, sino una estrategia. Estos mismos profesionales acompañaron su preocupación con un “recordatorio” de ese tipo, como lo expresaron dos de ellos en las intervenciones que presento a continuación:

Queremos quitar un mito enorme frente a PREP: que es la pastilla. No es la pastilla, es una estrategia preventiva muy compleja. [...] No es ‘venga le doy la pastilla, tome empétese a ver cómo sigue’. No, eso no es así. (Diario de campo 1)

PREP no es un medicamento, es una estrategia. Esto implica que usted va a donde un médico que sabe del tema, se testea para saber si tiene VIH y además hepatitis B, porque el medicamento también puede ser usado en la hepatitis B con el agravante de que, si se suspende, la hepatitis B se intensifica. [...] Está rodando en la calle, hay mucha desinformación, no boten la plata, no se los van a dar adecuadamente, es su cuerpo y su seguridad la que está en juego. Infórmese con nosotros, los profesionales de la salud. (Diario de campo 1)

Como ha revelado la experiencia de personas que han hecho uso de la PREP fuera de la institución médica que he descrito en este artículo, no hay relación necesaria entre hacerlo de esta manera y la falta de monitoreo o control. Sin embargo, estos escenarios de preocupación, tanto de médicos como de salubristas, marcan con insistencia la importancia de que quien acuda a este método de prevención sepa que la PREP no es una pastilla. Pero, curiosamente, sus mismas campañas de difusión y las estrategias educativas que proponen se saltan esta puntualidad.

“Tomarse la PREP” fue una de las expresiones más comunes que escuché, en boca de muchas personas, para referirse al consumo del medicamento. Uno de los videos educativos presentados en el evento ya descrito, por ejemplo, mostraba, en sus primeros segundos, a un hombre tomando una pastilla. Una mujer sentada a su lado le preguntaba sorprendida al verlo “¿Usted qué se está tomando?”, a lo que él respondía, con un tono de obviedad, “¡Pues la PREP!” (Diario de campo 1). Sus creadores explicaban que hacían uso de un lenguaje “coloquial” que pudieran entender todas las personas, especialmente los jóvenes,

y que no se quedara en el uso de palabras técnicas. Pero más llamativo aun es el correlato visual que tiene el “tomarse la PREP”. Las campañas mediante las cuales se promovió información sobre la PREP venían acompañadas, en varias ocasiones, por medio de ilustraciones en las que esta es de hecho una pastilla (Figura 4).

Figura 4. Pieza publicitaria del evento “El punto de no retorno”

MANU MOJITO Y
EL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA -
INVITAN A LA EXPOSICION INDIVIDUAL

**EL PUNTO DE NO
RETORNO**

Miércoles 17 de Julio | 7:00pm
Cra 9 # 61 - 84 Crispeta Galería
Exhibición del 17 al 27 de Julio

PrEP
Tablets
30 tablets
Fix orally

CRISPETA GALERÍA
MANU MOJITO
UNFPA
ICPD25

Fuente: Elaborada por Manu Mojito para el Fondo de Población de Naciones Unidas (Unfpa), Bogotá. <https://www.facebook.com/events/508968022979037/>

A pesar de que “tomarse la PREP” no corresponde con la forma en que alguien se vincula a la estrategia PREP, se constituye como la forma de comunicar y apostar a llevar una tecnología biomédica a la vida de las personas, aun cuando no van a encontrar comprimidos que digan “PREP”.

No solo se pliegan las vidas de las personas que se acercan a la PREP y las prácticas de los clínicos, sino que también se desdobra la lógica de la prevención en los espacios en los que se supone debe concretarse, como el consultorio médico o en ciertas prácticas de las campañas de difusión. Se crean dobles que no corresponden con su fundamento

que permiten abrirse a conexiones. La PREP aparece entonces como un elemento múltiple que requiere que las relaciones se moldeen para que confluyan tecnología y usuarios.

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de estas páginas intenté mostrar que, en algunas de las experiencias de las personas que pude conocer en mi trabajo de campo, la llamada *PREP salvaje* se hace en medio de entramados afectivos, de relaciones con otras y con otros que son significativas. Siguiendo a Stengers (2014), estas prácticas revelan la articulación con la PREP como una acción que tienen lugar *en presencia de*, es decir, suponiendo y anteponiendo la colectividad. Las señalé, además, cómo un tipo de prácticas que permiten ver una voluntad que no puede ser reducida al individuo. Sin embargo, mostré también cómo la PREP puede hacerse en otro conjunto de prácticas que están orientadas por una noción de la prevención que se fundamenta en una lógica centrada en el individuo autodeterminado como fundamento del mundo y las relaciones que lo constituyen. Estas prácticas redistribuyen todos estos entramados afectivos de la acción *en presencia de* bajo las imágenes del usuario y propician *pliegues* en el mundo de las personas a las que se refieren.

Los distintos procesos que he tratado a lo largo de este texto develan la multiplicidad que compone a los agentes aquí articulados. En ciertas prácticas, la PREP, los usuarios y los activistas se concretan de determinadas maneras que pueden variar cuando se siguen en otras prácticas. En términos de Annemarie Mol (2002), tienen distintas formas de ser *enactuados*. Existen en medio de varias relaciones y, en esa medida, son el producto de diversos esfuerzos que les hacen posibles en distintos lugares, tales como su relación de pareja, el registro médico o las estadísticas de éxito de la prueba piloto.

Hay, sin embargo, un choque entre estas formas múltiples de llegar a ser de la PREP, de los usuarios y de los activistas. Desde la oposición entre la *lógica del cuidado* y la *lógica de la decisión*, señalé cómo unas de las formas de enactuar a la PREP, a los usuarios y a los activistas declara como enemiga a la otra: la apuesta por la regulación que traza a la PREP salvaje como problema y no cómo elemento de articulación. La racionalidad de la prevención, que acompaña algunos aspectos de la apuesta por la regulación de la PREP, supone una versión que se opone

abiertamente a ciertos procesos de agenciamiento colectivo, mediante los cuales esta tecnología es incluida en relaciones sociales específicas, a pesar de que se podría, sin embargo, reconocer grandes potencialidades en estas, como el éxito de la adherencia que han logrado personas como Diego a través de la alianza con otras personas y de la creación de espacios comunitarios de apropiación.

Todos los agentes involucrados en la PREP parecen participar de ciertas prácticas mediante las cuales un producto tecnocientífico se establece materialmente como realidad, y mediante el cual ciertos elementos pasan por naturalmente relacionados (Stengers, 2010). A este proceso de apertura a relaciones de significación Deleuze y Guattari (1988) lo llaman *desterritorialización*. En el caso de la PREP, los procesos de pliegue en los que participan usuarios, médicos, salubristas y activistas pueden estar sedimentando un modelo de comprensión de la prevención que ignore el cuidado. Por ejemplo, la adherencia lograda por el deseo de cuidar se convierte en silencioso insumo para sostener la idea de la prevención como decisión individual. Por eso, al hablar de una *racionalidad de la prevención* no creo pertinente afirmar la existencia de entidades claramente distintas que la reproduzcan o la sigan, sino de la existencia de una orientación que aprovecha la plasticidad que ofrece la multiplicidad, pero que está normada por unas relaciones entre lo “salvaje” y lo institucionalizado.

Pese a seguir la idea de multiplicidad de Mol (2002), reconozco cierta limitación en otra de sus ideas para pensar este problema. Para la autora, los choques entre las múltiples maneras de hacer un objeto pueden coexistir mediante la distribución que adopten en diversos espacios. En su trabajo, Mol muestra cómo, en la práctica hospitalaria, puede hacerse de distintas formas, incluso contradictorias, una enfermedad como la aterosclerosis. Estas, sin embargo, no entrarán en conflicto mientras se distribuyan de cierta manera en el espacio del hospital. En relación con la PREP, sin embargo, las prácticas en las que se producen las entidades que chocan tienen una diferencia fundamental. La PREP salvaje es perseguida y la apuesta por la regulación institucional de la PREP la propone como objeto peligroso de antemano. Aquello con lo que lidian y de lo que se nutren constantemente estos esfuerzos de creación de normas desde la salud pública es el exceso (Bonelli 2019), eso que sobrepasa el límite de comprensión del pensamiento moderno,

una condición ontológica que desborda los intentos de reducir a fórmulas unívocas la vida. Creo entonces que los procesos de pliegue son un insumo para pensar una serie de políticas de la vida, en las que debemos participar de manera activa, no sobre la sola exigencia de la disponibilidad de tecnologías médicas, sino sobre en qué medida estamos dispuestos a permitir que ellas plieguen la existencia de los otros y otras en presencia de quienes actuamos y, en ese sentido, en nuestras vidas, en un proceso que, potencialmente, nos llevaría a olvidar su naturaleza transitoria y a hacernos, cada vez más, individuos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bonelli, Cristobal. 2019. "Spectral Forces, Time and Excess in Southern Chile". En *The World Multiple: The Quotidian Politics of Knowing and Generating Entangled Worlds*, editado por Keishi Omura et al., 123-139. Londres: Routledge.
- Bowker, Geoffrey. 2010. "A Plea for Pleats". En *Deleuzian Intersections: Science, Technology, Anthropology*, editado por Casper Brun Jensen y Kjetil Rødje, 123-138. Oxford: Berghahn Books.
- Deleuze, Gilles y Félix Guattari. 1988. *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia*. Valencia: Pre-textos.
- Epstein, Steven. 1995. "The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials". *Science, Technology, & Human Values* 20, 4: 408-437. DOI: <https://doi.org/10.1177/016224399502000402>
- Latour, Bruno. 1983. "Dadme un laboratorio y moveré el mundo". *Sociología de la ciencia y la tecnología*. Traducido por Marta I. González García, 237-257. Publicado originalmente en 1983 como "Give me a Laboratory and I will Raise the World". En *Science Observed: Perspectives on the Social Study of Science*. Editado por Karin Knorr-Cetina y Michael Mulkay, 141-170. Londres: Sage. http://www.brunolatourenespanol.org/03_escritos_02_laboratorio.pdf
- Latour, Bruno. 2001. *La esperanza de Pandora: ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona: Gedisa.
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (Minsalud). 2017. *Protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el virus de inmunodeficiencia humana, el virus de la hepatitis B y el virus de la*

- hepatitis C. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/protocolo-riesgo-biologico-its-vih-hepatits.pdf>
- Mol, Annemarie. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Londres: Duke University Press. DOI: <https://doi.org/10.1215/9780822384151>
- Mol, Annemarie. 2008. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Londres: Routledge. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.1168.2.x>
- Molina, Jean-Michel et al. “On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection”. *New England Journal of Medicine* 373, 23: 2237-2246. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1506273>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2019. Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH. Módulo 11: usuarios de la PREP. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50472>
- PREP Watch. 2021. *Germany. A Snapshot of PREP Scale-up, Registration and Resources for Germany*. <https://www.prepwatch.org/country/germany/>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (Onusida). 2016. *Profilaxis pre-exposición oral. Preguntas y respuestas*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_JC2765_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (Onusida). 2018. “Indetectable = Intransmisible. — La salud pública y la supresión de la carga vírica del VIH”. <http://unaids.org/es/resources/documents/2018/undetectable-untransmittable#:~:text=Hoy%20en%20día%2C%20además%2C%20sabemos,virus%20mediante%20el%20intercambio%20sexual>
- Stengers, Isabelle. 2010. “Experimenting with What is Philosophy?” En *Deleuzian Intersections: Science, Technology, Anthropology*. Editado por Casper Jensen y Kjetil Rødje, 39-56. New York: Berghahn Books.
- Stengers, Isabelle. 2014. “La propuesta cosmopolítica”. *Pléyade* 14, 17-41.

Entrevistas

- Entrevista 1: Entrevista realizada a Falk. “El Santo”, Taller de Cerámica. 21 de noviembre de 2018, grabadora de voz.
- Entrevista 2: Entrevista realizada a Diego. Barrio El Chicó. 7 de septiembre de 2019, grabadora de voz.
- Entrevista 3: Entrevista realizada a médico experto en VIH. Oficina en la localidad de Teusaquillo. 18 de julio de 2019, grabadora de voz.

Entrevista 4: Entrevista realizada a enfermero experto en VIH. Oficina en la localidad de Teusaquillo. 15 de agosto de 2019, grabadora de voz.

Diarios de campo

Diario de campo 1: Diario de campo de tesis realizado entre mayo de 2018 y febrero de 2020, Bogotá, notas y registro fotográfico.

ENCUENTROS ENTRE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LATINOAMÉRICA, 2009-2019

TATIANA HERRERA*

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia



*therrerar@unal.edu.co ORCID: [0000-0002-4602-9023](https://orcid.org/0000-0002-4602-9023)

Artículo de revisión recibido: 2 de agosto de 2020. Aprobado: 15 de marzo de 2021.

Cómo citar este artículo:

Herrera, Tatiana. 2021. "Encuentros entre la antropología médica y la perspectiva de género en Latinoamérica, 2009-2019". *Maguaré* 35, 1: 87-126.

DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96665>

RESUMEN

Este texto hace un balance de artículos de investigación en antropología médica en Latinoamérica, publicados entre 2009 y 2019. Destaco en particular los estudios que integran el género como herramienta analítica fundamental en el estudio de las experiencias diferenciadas de salud, enfermedad, prevención, atención y cuidado. Asimismo, propongo que la antropología médica debe dialogar más con esta perspectiva y centrar la atención en las experiencias corporales y en las variadas maneras en las que personas situadas en desiguales lugares del orden social y de género resuelven los retos cotidianos para enfrentar la enfermedad o mantenerse con vida.

Palabras clave: antropología médica, cuerpo, enfermedad, Latinoamérica, perspectiva de género, salud.

ENCOUNTERS BETWEEN MEDICAL ANTHROPOLOGY AND THE GENDER PERSPECTIVE IN LATIN AMERICA, 2009-2019

ABSTRACT

This review article revises medical anthropology research articles in Latin America, published between 2009 and 2019. I particularly highlight the studies that use a gender perspective as a key analytical tool for understanding differentiated experiences of health, disease, prevention, healthcare, and care. I propose that medical anthropology should converse more with gender perspectives, focus its attention on bodily experiences and on the diverse ways in which people located at unequal places of the social and gendered hierarchies solve everyday challenges vis-à-vis disease or to stay alive.

Keywords: body, disease, gender approach, health, Latin America, medical anthropology.

ENCONTROS ENTRE A ANTROPOLOGIA MÉDICA E A PERSPECTIVA DE GÊNERO NA AMÉRICA LATINA, 2009-2019

RESUMO

Este artigo faz um balanço entre artigos de investigação sobre antropologia médica na América Latina que foram publicados entre 2009 e 2019. Destaco em particular os estudos que integram gênero como ferramenta analítica fundamental no estudo de experiências diferenciadas de saúde, doença, prevenção, atenção e cuidado. Proponho que a antropologia médica dialogue mais sob essa perspectiva e focalize a atenção nas experiências corporais e como as pessoas localizadas em lugares desiguais da ordem social e de gênero resolvem, de formas diversas, os desafios diários para enfrentar as doenças ou para permanecer vivas.

Palavras-chave: América Latina, antropologia médica, corpo, doença, perspectiva de gênero, saúde.

INTRODUCCIÓN¹

Este artículo explora las tendencias de los estudios sobre la salud en Latinoamérica entre 2009 y 2019, y se detiene en los trabajos etnográficos con perspectiva de género. El interés de hacer este balance se entronca con mi trabajo de investigación sobre género, cuerpo y salud. En mi recorrido académico en antropología, la perspectiva de género ha arrojado luces sobre las maneras en que las mujeres cuestionan presupuestos biomédicos y toman decisiones terapéuticas para sanar sus cuerpos. De ahí que me preguntara cómo la antropología médica abordaba la salud de las mujeres y cómo ha dialogado con la perspectiva de género en la producción académica regional. Confío en que mi lectura situada sea útil como introducción a este campo de estudio y punto de diálogo, debate y encuentro con otros puntos de vista.

Es importante aclarar que, a pesar de que en los últimos años las corrientes crítica e interpretativa han aportado conceptos y metodologías a la antropología médica, estos son el resultado de acalorados debates iniciados en la década de los noventa, que luego cobraron mucha fuerza en la primera década del siglo XXI (Fassin 2004). Si bien la mayoría de los desarrollos que han contribuido a esta discusión han partido de Europa y Norteamérica, han generado novedosas respuestas en otras latitudes. Para sopesar la fuerza de estos debates en los trabajos más recientes de la antropología médica en Latinoamérica e identificar sus intereses actuales, hice una búsqueda en bases de datos académicas de artículos publicados entre 2009 y 2019 que fueran resultado de investigaciones antropológicas en la región.

Rastreé en distintas bases de datos académicas —Redalyc, Scielo y Latindex— y seleccioné artículos académicos producto de investigaciones etnográficas y reflexiones disciplinares de antropólogos y antropólogas en países latinoamericanos, principalmente Argentina, Brasil, Chile, Colombia y México, y en menor medida Bolivia, Costa Rica, Cuba, Perú, Uruguay y Venezuela. Hice la búsqueda a partir de las palabras

1 Este trabajo es producto de la revisión de antecedentes de la tesis de investigación para optar por el título de magíster en Antropología, Universidad Nacional de Colombia. Agradezco el generoso acompañamiento de Marta Zambrano y los oportunos comentarios de Margarita Durán a lo largo de este escrito.

clave *antropología médica* y *antropología de la salud*, lo que produjo inicialmente más de 100 artículos de distintas disciplinas de las ciencias sociales y médicas que apelaban al análisis antropológico o al método etnográfico. Sin embargo, con la lectura sistemática de los resúmenes y palabras clave, la revisión de la formación de sus autores y autoras, así como la identificación del propósito y los resultados de los artículos, me concentré en aquellos expresamente elaborados desde la antropología médica y que al tiempo usaban la etnografía para comprender la salud y la enfermedad desde la perspectiva de los miembros de una comunidad o grupo social (Guber 2001). Esta revisión arrojó un total de 62 artículos.

Posteriormente, revisé esos 62 artículos de acuerdo con sus estrategias metodológicas: entrevistas (36), observación participante y no participante (26), información secundaria (9), encuestas (2), genealogías (2), talleres (2), grupos focales (1), estudios de caso (1), cartografía social (1), etnografía virtual (1). También los clasifiqué según sus enfoques: interpretativo (14), crítico (20), aplicado (3); y las perspectivas con las que dialogaban: estudios de género (16), salud pública (4), estudios de ciencia y tecnología (2), análisis histórico (2), epidemiología (2). En el diálogo y contraste entre los 16 artículos con perspectiva de género y los 46 restantes, se centra este balance.

Es necesario resaltar que este ejercicio académico deriva de mi interés investigativo y, por tanto, no profundiza en algunos temas de los cuales también se ocupa la antropología médica, tales como la etnomedicina, los saberes médicos tradicionales, la medicina popular, los sistemas médicos alternativos, el enfoque relacional en el análisis de la salud, los retos metodológicos en escenarios médicos, entre otros. Estos temas merecen revisarse en futuros balances que abarquen periodos de tiempo más amplios y distintos lugares de producción académica. De esta forma, como otros balances, este tiene un carácter situado y parcial (Haraway 1995), cuyo propósito es aportar un punto de vista acerca de la antropología médica y los estudios de género para reflexionar sobre la salud.

Antes de presentar los resultados de este balance, contextualizaré de manera sucinta los desarrollos de la antropología médica, sus intereses y aportes, así como el surgimiento y desarrollo de la perspectiva de género en la antropología y los análisis de la salud. A partir del balance del corpus de artículos revisado, destaco en particular los estudios que integran la perspectiva de género para reflexionar sobre su contribución a la antropología médica latinoamericana.

ENTRE LA BIOLOGÍA Y LA CULTURA: APORTES DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA

La antropología ha analizado un amplio rango de experiencias y concepciones de padecimiento y curación de enfermedades en distintos contextos etnográficos y sociales. El subcampo dedicado a esos estudios, la antropología médica, se ha ocupado de la construcción cultural de la enfermedad (Lupton 2012) y del análisis de los sistemas de atención en salud (Kottak 2011), así como de las prácticas médicas de sociedades tradicionales y “modernas” (Garzón 2015).

El aporte fundamental de la antropología médica apunta a que las enfermedades no se reducen a procesos biológicos, porque también están atravesadas por procesos sociales, culturales, políticos y económicos (Menéndez 2017). Entonces, a grandes rasgos, la antropología médica se interesa por los elementos estructurales que afectan los sistemas de atención y prevención de la salud; estudia las prácticas de los sujetos que se desempeñan en escenarios médicos y terapéuticos, y se enfoca en los modos más particulares de experimentar los procesos de enfermar, iniciar itinerarios terapéuticos, recobrar la salud o convivir con dolores físicos y emocionales.

La antropología médica se consolidó como campo de estudio en los años sesenta en Estados Unidos, pero sus anclajes teóricos se remontan a los trabajos sociológicos de Émile Durkheim acerca del suicidio y Erving Goffman sobre los rituales sociales en hospitales (Menéndez 2012). Con base en estos aportes, la antropología cultural norteamericana y la etnología europea elaboraron un aparato conceptual sólido y abrieron el debate sobre la salud y la enfermedad a partir de una diversidad de acercamientos: los de la antropología biológica y su búsqueda de los fundamentos del mestizaje; la antropología cultural, orientada hacia las interpretaciones de la enfermedad; la etnopsiquiatría, preocupada por los lazos entre la cultura y la psique; la etnomedicina, interesada en el saber y prácticas culturales; y el estudio de los rituales terapéuticos e itinerarios de las curas (Fassin 2004).

De acuerdo con Didier Fassin (2004), a pesar de la diversidad de acercamientos, la antropología médica clásica está ligada a un doble presupuesto: primero, se enfoca en la enfermedad como un lugar de encuentro entre la experiencia personal de la persona enferma y su grupo, entre lo biológico y lo social, o entre el saber y el poder; segundo,

su análisis es cultural, pues interpreta las prácticas y representaciones de grupos distantes o cercanos en términos de sus diferencias. Este doble posicionamiento respecto a los asuntos de la salud ha sido caldo de cultivo para los enfoques más conocidos de la antropología médica que, además de los de la antropología de la enfermedad y la antropología de la experiencia, estarían representados por una línea de trabajo conocida como antropología médica crítica (Fassin 2004). Así, desde la década de los sesenta, la antropología médica se nutrió de la economía política y del construccionismo social, lo que dio origen a dos de sus enfoques más fuertes: el crítico y el interpretativo (Lupton 2012).

El enfoque crítico analiza los procesos de salud y enfermedad a la luz de las relaciones de poder que atraviesan los sistemas de salud (Baer, Singer y Susser 1994; Farmer 2003; Lock y Lindenbaum 1993; Menéndez 1983, 1990, 2005; Singer y Baer 1995); el impacto de las políticas públicas de salud (Abadía 2004; Biehl 2004, 2011); el derecho a la salud y la intervención del Estado (Abadía et al. 2013); las estructuras sociales, políticas y económicas que condicionan la salud poblacional (Gómez 2013; Melo 2013; Moreno-Altamirano 2007); las estrategias de actores sociales para enfrentar los problemas de salud y los roles de médicos y curanderos (Suárez 2001). Las experiencias individuales se diluyen en estructuras opresivas, en cuyo caso los malestares y dolencias son la expresión somatizada de resistencias a la opresión (Epele 2017). Este frente de trabajo, informado por una fuerte perspectiva histórica, lee la medicina como una práctica de dominación y la enfermedad como una manifestación del orden social (Fassin 2004; Scheper-Hughes 1993; Taussig 1987). De esta manera, el enfoque crítico influenciado por la teoría económico-política cuestiona la hegemonía biomédica que impide a las personas conocer los orígenes sociales de la enfermedad.

Por su parte, el enfoque interpretativo ha profundizado en las experiencias de padecimiento de enfermedades y se ha centrado en la voz de los y las agentes (Del Monaco 2015; Evia 2015; Gómez 2013; Carrillo 2002) y en la construcción de su subjetividad (Garay y Pinzón 1999), buscando interpretar sus narrativas y relatos sobre el dolor. Desde este enfoque, la antropología médica cuestiona la relación asimétrica entre el “saber verdadero” de la biomedicina y las “creencias erróneas” de las comunidades en torno a la salud. En este enfoque podemos ubicar los desarrollos de la antropología médica norteamericana en los años

ochenta, cuya perspectiva se fundamentaba en el trabajo de campo centrado en los saberes nativos, que cuestionaban los modelos de salud pública y las intervenciones internacionales por medio de la noción de “cultura” para explicar las prácticas y creencias locales sobre la salud, guiadas por otras y diversas racionalidades (Augé 1986; Kleinman 1980, 1988; Good 1994).

Por otro lado, un enfoque que ha tenido resonancia en el campo de la antropología aplicada (Guerrero 1997) es la antropología médica de intervención en los procesos relacionados con la salud, de la mano con la perspectiva de la salud pública (Aparicio 2007; Díaz, Aguilar y Linares 2015; Ramírez-Hita 2005, 2011). Esta busca comprender el contexto para proponer soluciones, ha preguntado por los factores globales que inciden en la salud local y ha propuesto soluciones globales a partir de la comprensión del matiz cultural de las personas que experimentan las enfermedades (Aparicio 2007). Si bien su comprensión de la salud y la enfermedad se centra en los procesos de atención que pueden mejorar la salud de las comunidades y poblaciones, autores como Enrique Beldarraín (2009) señalan que este enfoque antropológico busca alternativas para adaptar la cultura local al sistema médico institucional en regiones indígenas y campesinas, subordinando las prácticas terapéuticas locales al saber institucional.

En Latinoamérica, los fundamentos de la antropología médica tuvieron ecos que vale la pena rastrear para acercarse a los intereses académicos locales en el periodo analizado. Luego de la Segunda Guerra Mundial, se hizo aún más evidente la demarcación geopolítica del mundo entre el “norte” y el “sur”. Esta división imaginaria centró la atención en las desigualdades que afectaban a las poblaciones más vulnerables. Entre los muchos aspectos relacionados con la salud, se identificaron altas tasas de morbilidad y mortalidad (Menéndez 2017). En este contexto, surgió el interés de los organismos multilaterales por desarrollar programas de salud orientados especialmente a las poblaciones indígenas y por generar políticas de salud nacionales. Tal situación propició que varios grupos de profesionales en antropología en Latinoamérica entraran en diálogo con la biomedicina, la salud pública y los procesos de atención de la salud y prevención de enfermedades (Epele 2017). Al mismo tiempo, una perspectiva crítica de la antropología, que ya dialogaba con las corrientes de los grupos académicos de mitad del siglo xx, puso

las relaciones de poder en el centro del debate de los procesos médicos y se centró en estudiar la biomedicina y los saberes sanadores tradicionales como sistemas socioculturales (Menéndez 2017).

DESESTABILIZAR LOS CUERPOS NORMALIZADOS: LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La perspectiva de género permite examinar las relaciones de poder que han definido y normalizado los cuerpos. Por su carácter crítico, los estudios de género cuestionan las codificaciones en torno a los cuerpos de hombres, mujeres y personas de otros sexos. A partir de la historización de la categoría de género formulada por las feministas norteamericanas en los ochenta, Joan Scott (1996) planteó su carácter relacional y doble: como elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y como una forma primaria de relaciones significantes de poder. Precisamente sobre las diferencias entre los sexos, Anne Fausto-Sterling (1992) ha examinado los mitos científicos fundamentados en teorías biológicas sobre los cuerpos sexuales; cuestiona el carácter personal y político de los puntos de vista de científicos y expertos que han definido los cuerpos a partir del sexo biológico sobre la base de evidencia científica. Desde esta perspectiva, la autora ha interrogado las posturas dualistas —macho/hembra, sexo/género, real/construida, naturaleza/crianza— que ubican a las personas en una u otra categoría definiendo su experiencia como seres humanos (Fausto-Sterling 2006).

A partir de estas críticas, el feminismo se ha opuesto con fuerza a la dicotomía naturaleza/tecnología desde el camino trazado por Donna Haraway (1995) y Beatriz Preciado (2008). Estas autoras han reflexionado sobre el papel de las tecnologías en los modos de entender la sexualidad y corporalidad. Las nuevas herramientas tecnológicas y las industrias capitalistas han mostrado las posibilidades de transformar los cuerpos y, por tanto, han puesto en duda la idea según la cual estos son inmodificables y predeterminados como las teorías biológicas tradicionales lo han proclamado.

Por supuesto, las relaciones sociales y las relaciones de poder que marcan el género han tenido un impacto determinante en la salud de las mujeres. En el análisis de la salud, la perspectiva de género posibilita entender las diferencias en los padecimientos en términos de sexo, clase

social, edad y otra serie de variables sociodemográficas. Gracias a sus análisis, ha abierto el camino para reconocer las experiencias de salud y enfermedad de grupos poblacionales que históricamente han sido subordinados; cuestionar las relaciones de poder que definen y atraviesan los cuerpos de las mujeres (Blázquez y Bolaños 2017; Lock y Nguyen 2010; Tovar 2004; Viveros 1995); y desestabilizar la idea de que los cuerpos están completamente predeterminados (Haraway 1995; Preciado 2008). En términos metodológicos, ha hecho importantes aportes para hacer etnografía y cuestionar los órdenes de género desde la propia experiencia corporal (Esteban 2003, 2004).

En sintonía con los estudios feministas, a partir de los años setenta la antropología feminista ha criticado los sesgos androcéntricos de la antropología clásica en su intento por conceptualizar las relaciones sociales a partir del parentesco, y ha examinado los efectos en la subordinación de las mujeres y la distribución desigual del poder (Tovar 2018). Como lo señala Viveros (2017), hasta los años ochenta esta mirada androcéntrica de la disciplina antropológica ubicó a las mujeres como objetos de intercambio. Entre las antropólogas feministas destacan Verena Stolcke (1996), Sherry Ortner (1979), Rayna Reiter (1975) y Henrietta Moore (1991 [1988], citadas por Viveros 2017). Gracias a los desarrollos de la antropología feminista, en su trabajo sobre las relaciones de intercambio a través del don en las sociedades melanésicas, Marilyn Strathern (1988) destaca la categoría de género como una herramienta analítica para abordar las relaciones entre hombres y mujeres diferenciadas por el poder que tienen en el sistema de género. De este modo, la antropología comenzó a sensibilizarse hacia la potencialidad del género para acercarse a las relaciones en la organización de la sociedad y a desnaturalizar los roles históricamente asignados a mujeres y hombres.

Desde la antropología, algunos análisis como el de Emily Martin (2001) han cuestionado las explicaciones médicas del funcionamiento de los ciclos vitales y de los procesos reproductivos, y han visibilizado la manera como usan metáforas no examinadas. Además, han demostrado que la producción científica y médica está atravesada por presupuestos culturales que operan como verdades científicas configurando la corporalidad de hombres y mujeres e influenciando la definición médica de la salud (Viveros 1995). También han analizado cómo la medicalización ha sido una estrategia de control, poder y dominación sobre los cuerpos

de las mujeres y sus procesos reproductivos (Tovar 2004). Asimismo, nutridos por perspectivas antropológicas, los estudios feministas han señalado el androcentrismo científico de la biomedicina que aún busca explicaciones biológicas de las diferencias sociales entre hombres y mujeres. Al mismo tiempo, han identificado como los diagnósticos de las enfermedades revelan las profundas desigualdades entre hombres y mujeres, pues no toman en cuenta las experiencias cotidianas y diversas (Esteban 2003, 2006).

Varios trabajos antropológicos con perspectiva de género se han aproximado a la salud de las mujeres desde sus cuerpos (Tovar 2004; Viveros 1995). Cabe destacar a Mari Luz Esteban (2013), quien ha reflexionado sobre la teoría social y feminista del cuerpo y ha propuesto un método antropológico que supone la propia experiencia corporal como fuente de conocimiento (Esteban 2004), un enfoque etnográfico que, además de examinar las relaciones de poder y desigualdades en la salud, incorpora la experiencia corporal reflexiva (Esteban 2006; Preciado 2008). Entretanto, el concepto de *biologías locales* de Margaret Lock y Vinh-Kim Nguyen (2010) avanza en la comprensión de experiencias personales y sociales situadas, que arrojan luces sobre la materialidad y particularidades del cuerpo. Según estas autoras, las biologías locales funcionan como una útil herramienta de análisis que cuestiona la universalidad de los presupuestos médicos, tanto en los diagnósticos de las enfermedades como en los procesos de medicalización, y permite reflexionar cómo las biologías se configuran localmente por el entrecruzamiento del organismo humano y los elementos económicos, políticos, sociales y culturales. De este modo, reflexionar sobre el cuerpo supone comprender su carácter material y preguntarse por el cuerpo que se hace en contextos específicos de práctica (Martínez Medina 2016).

TENDENCIAS DE LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA EN LATINOAMÉRICA, 2009-2019

A continuación, reviso brevemente las tendencias de estudio de los artículos que integran este balance para centrarme más adelante en aquellos estudios con perspectiva de género, con el fin de identificar sus preguntas, soluciones metodológicas y respuestas etnográficas. Aunque la agrupación por tendencias que presento puede dejar una serie de matices y líneas de análisis por fuera, su intención es resaltar los temas más recurrentes

de la antropología médica en la región presentando algunos de los artículos publicados en la última década que pueden delinear el campo para orientar nuevas búsquedas y reflexiones.

Tensiones entre saberes locales y sistemas hegemónicos de salud

Durante las últimas décadas del siglo xx e inicio del cambio de milenio, la antropología médica crítica se consolidó como un enfoque central de este campo de conocimiento (Ramírez-Hita 2017). Los desarrollos previos que se centraban en el lugar de los saberes tradicionales y ancestrales sobre la salud y su relación con la biomedicina allanaron el camino para cuestionar los programas de salud para poblaciones rurales y grupos étnicos adelantados durante los 80 y 90 en Latinoamérica. Esta preocupación continúa en los trabajos que cuestionan los sistemas de salud hegemónicos (Galarza y Gravano 2013), especialmente cuando afectan a poblaciones indígenas (Piñones, Mansilla y Arancibia 2017; Piñones, Liberona y Montecino 2019), y analizan las percepciones de salud y enfermedad de pacientes que dan cuenta de las desigualdades en las políticas de salud y comunicación de la salud (Briggs 2017). Estos estudios no solo interrogan la atención médica de diversos grupos sociales y étnicos, sino que también formulan propuestas para transformar los procesos de atención de poblaciones locales que se ven afectadas por políticas de salud que no toman en consideración sus particularidades, integrando perspectivas locales sobre la salud y los servicios médicos (Ruiz-Lurduy et al. 2016).

La antropología médica crítica reciente se ha reorientado hacia comprender la manera en que el capitalismo, la globalización, la configuración de las zonas urbanas o los cambios sociodemográficos, como resultado de migraciones o desplazamientos, repercuten en la salud de las poblaciones y escenarios locales. El escenario biomédico se ha vuelto objeto de análisis de situaciones como el diagnóstico y tratamiento de enfermedades (Piñones, Mansilla y Muñoz 2016), y de los encuentros médicos que reproducen condiciones de inequidad (Olarte-Sierra, Suárez y Rubio 2018). Asimismo, ha analizado la salud en contextos urbanos, específicamente en la articulación entre los sistemas médicos y los procesos de segregación de las urbes (Galarza y Gravano 2013); los procesos sociales como la migración que afectan la salud de determinadas

poblaciones en marcos de violencia estructural (Goldberg 2013, 2014, 2016); el papel de la racialización en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (Menéndez 2009; Vega 2017) y las transformaciones de los sistemas etnomédicos (Page 2010).

En consonancia con los estudios que privilegian las percepciones de los pacientes y cuestionan los saberes hegemónicos, algunos trabajos diluyen las fronteras entre enfoques mediante una mirada relacional de la realidad social que aporta sustanciosas críticas a los sistemas de salud dominantes. A partir del análisis de datos, estadísticas y procesos que dan cuenta de las formas de entender la salud que afectan a las personas, médicos y pacientes, y comunidades (Evia 2015), tales estudios reconocen la riqueza del trabajo etnográfico que se aproxima a las experiencias particulares de las personas que reciben y ofrecen atención médica.

Por ejemplo, Tatiana Castillo (2018) acoge la antropología médica crítica como su horizonte de análisis, pero se centra en los significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos de personas con experiencias de diagnóstico psiquiátrico en Santiago de Chile. De este modo, teje un puente entre la crítica a un sistema médico que establece la ruta de curación a los fármacos, por una parte, y la recolección de las experiencias de las personas a partir de las decisiones que toman alrededor de sus enfermedades, por otra. Por su parte, Juan Camilo Arboleda-Sarmiento y Roberto Suárez-Montañez (2016) integran el análisis de salud pública con herramientas metodológicas y conceptuales de la antropología médica. En su investigación se interesan por las trayectorias terapéuticas de un grupo de mujeres musulmanas atendidas por prestadores de servicios oficiales de salud expertos en ginecología, obstetricia y oncología. Los autores analizan el encuentro cultural entre estos dos puntos de vista y cuestionan la manera como el sistema de salud entiende la diferencia cultural.

Subjetividad y salud

Los estudios de antropología médica que ponen el acento en la subjetividad de las personas no han perdido vigencia en Latinoamérica, especialmente en la década entre 2009 y 2019. En países como Colombia (Botero, Polo y Sinuco 2015), México (Eroza 2010; García, Salcedo y Vargas 2010; Ramírez-Hita 2017), Chile (Caroselli 2013) y Argentina (Del Monaco 2014, 2015, 2019; Epele 2016; Domínguez 2017; Luxardo y Alonso 2009;

Margulies 2010; Strasser 2014), hay una amplia producción antropológica desde el enfoque interpretativo. Para abordar la dimensión más individual de la salud, el quehacer antropológico en la región ha privilegiado el uso de técnicas de investigación cualitativa y ha actualizado el uso de algunos conceptos como el de pluralismo médico y eficacia simbólica.

En términos metodológicos, las etnografías inspiradas por el enfoque interpretativo de la antropología médica se aproximan a los relatos de pacientes y médicos (Botero, Polo y Sinuco 2015; Del Monaco 2019; Henaó 2011; Souza et al. 2018), a partir de entrevistas a profundidad, observación participante y revisión documental. Las narrativas de terapeutas se han vuelto relevantes para entender las relaciones médico-paciente desde el punto de vista de quienes ofrecen la atención (Margulies 2010). Nuevas herramientas metodológicas, como la etnografía virtual, han permitido identificar la información que circula en redes acerca de una enfermedad específica, como lo hace Fernanda Martinhago (2018) en su etnografía virtual de una comunidad de Facebook que indaga por las narrativas de madres y padres de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

En el ejercicio etnográfico, además de las entrevistas, la observación participante ha sido un instrumento útil para estudiar escenarios terapéuticos o de práctica médica como los hospitales públicos (Berrío 2017; Botteri y Bochard 2019; Del Monaco 2014, 2015; Dias-Scopel y Scopel 2018, 2019). También ha servido para describir y analizar las prácticas médicas de atención (Epele 2016), de prevención (Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez 2014) y de curación (Madrid de Zito Fontan 2011), entre ellas, las prácticas terapéuticas de grupos indígenas (Dias-Scopel y Scopel 2018, 2019; Pérez 2017) y terapias que incluyen la espiritualidad como dimensión clave en los procesos curativos (Valente, Dias y Marras 2019).

En términos conceptuales, han actualizado las categorías de análisis de la antropología médica para aprovechar su potencial, como “eficacia terapéutica” (Strasser 2014), “pluralismo médico” (Dias-Scopel y Scopel 2019; Piñones, Mansilla y Muñoz 2016; Piñones, Liberona y Montecino 2019) y “calidad y condiciones de vida” (Benítez 2010). Sin embargo, y a pesar de las críticas recientes (Menéndez 2018), aún se publican trabajos con una mirada centrada en las representaciones y concepciones de la salud (García, Salcedo y Vargas 2010) que limita la comprensión de los procesos

materiales y corporales, y reducen la labor antropológica a “develar” aquello que la gente piensa sobre sus estados de salud o enfermedad.

Desde una perspectiva más cercana a los estudios del cuerpo, destacan los estudios que se centran en lo que la gente hace con su salud y en las prácticas, más que en los discursos, que al tiempo comienzan a emplazar el cuerpo como eje articulador de las experiencias de salud y enfermedad. Los estudios que se inscriben en esta propuesta abordan las experiencias corporales particulares de enfermedades marcadas por el dolor, el sufrimiento e incluso la muerte (Martínez Medina y Morales 2015). Con la excepción del trabajo de Martínez Medina (2016), que analiza la emergencia de un cuerpo anatomizado en un escenario de formación médica, o de João Biehl (2016) que, reflexionando sobre la etnografía, aborda los síntomas de una enfermedad como una condición necesaria que toma forma en la coyuntura entre los sujetos, sus biología y las formas de estar en los mundos locales y de los conocimientos prácticos de las personas, no encontré trabajos de corte etnográfico producidos en Latinoamérica que cuestionen o trasciendan la comprensión clásica de la antropología médica sobre la salud y que aborden las prácticas específicas en las que se producen los cuerpos sanos y enfermos. No obstante, poner de presente esta escasez de trabajos de corte etnográfico es una invitación para que la antropología médica se pregunte por la realidad en otros términos, y que considere aquellos elementos materiales que emergen en prácticas y haceres específicos en las dimensiones humanas de la salud y la enfermedad, la vida y la muerte.

El dolor es un eje clave para comprender la experiencia corporal. Algunas investigaciones sobre las experiencias de dolor de pacientes de grupos indígenas (Lavazza 2019) se enfocan en la interculturalidad (Caroselli 2013) y el diálogo con la salud pública y la biomedicina (Díaz, Ramírez y Osorio 2013; Ruiz-Lurduy et al. 2016). Otros estudios se centran en las narrativas de padecimiento de enfermedades que producen dolor crónico como la migraña (Del Monaco 2015) y enfermedades terminales (Luxardo y Alonso 2009), así como estigmas sociales generados por enfermedades como la lepra (Botero, Polo y Sinuco 2015).

En íntima relación con las experiencias corporales, emergen las emociones como categoría de análisis clave para comprender lo que sienten las personas a lo largo de sus experiencias de enfermedad (Eroza 2010; Ramírez-Hita 2017; Suárez-Rienda y López 2019). Romina del Monaco

(2014) examina la relación entre dolor y emociones a partir de los relatos de personas en Buenos Aires, para quienes la sensación de pérdida de control se expresa en sus cuerpos a través de la migraña. De acuerdo con la autora, estas experiencias emocionales adquieren realidad material en los cuerpos, varían según los contextos y están atravesadas por el género, como profundizaré más adelante.

Revisiones y panoramas de la antropología médica en la región

Vale la pena resaltar la importancia de las trayectorias académicas particulares en la organización del campo de estudio (Epele 2017; Menéndez 2018). Algunas revisiones previas del panorama de este campo de estudio han resultado de la actitud reflexiva de quienes reconocen que sus investigaciones e intereses académicos están marcados por su lugar de producción, la realidad de análisis, la línea teórica en la que se apoyan y sus herramientas metodológicas. De allí que, en la reorientación de la antropología médica en Latinoamérica, por ejemplo, en México, estos desarrollos han estado en sintonía con las relecturas y recorridos teóricos de algunos autores latinoamericanos. Así lo hace Eduardo Menéndez (2012) en su genealogía autobiográfica inspirada por corrientes críticas de la postura gramsciana; o Diana Reartes (2017), cuando relata su trayectoria académica desde Argentina hasta México donde conoció justamente el trabajo de Menéndez. Para ambos, la antropología médica crítica ha sido el pilar de sus investigaciones y reflexiones para analizar la situación de los indígenas en México o las teorías que cobraron importancia luego de la dictadura en Argentina.

Desde el amplio conocimiento y experiencia en el campo de la antropología médica mexicana, el estado de la cuestión de la producción antropológica en América Latina entre 1990 y 2015, de Menéndez (2018), se detiene principalmente en México y Brasil para criticar las perspectivas que constantemente olvidan o dejan de lado actores clave en los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención. De acuerdo con este autor, los estudios latinoamericanos de antropología médica del periodo que analiza se concentran en la salud y la enfermedad de grupos étnicos originarios y permanecen inmersos en la aproximación a las percepciones del padecimiento, el sufrimiento y la subjetividad, priorizando el punto de vista de un actor específico mientras solo han incluido débilmente

las condiciones sociales, económicas y políticas en las que se basan. En cambio, reclama una antropología de la experiencia que dialogue con una antropología médica crítica, pero que además considere la interrelación entre diversos actores en sus prácticas más que en las representaciones y discursos; es decir, en lo que hacen y no solo en lo que dicen, para explicar procesos desde un enfoque relacional y no solo puntos de vista (Menéndez 2009, 2018).

La antropología médica aplicada aparece tímidamente como tema de debate en contextos en los que la práctica médica es objeto continuo de reflexión como en Cuba (Beldarraín 2009; Díaz, Aguilar y Linares 2015). Asoman también análisis autoetnográficos sobre la incidencia de la antropología médica en la formación de profesionales de la salud (Gil e Incaugarat 2018) y sobre la potencialidad del concepto de cultura para comprender los procesos de salud y enfermedad en sistemas culturales específicos (Langdon y Braune 2010). En conjunto, sin embargo, estas son aproximaciones que abordan la antropología médica como una herramienta para la formación y el ejercicio médico, más que como un escenario de discusión y reflexión sobre la salud.

María Epele (2017) ha reflexionado sobre las direcciones de la antropología médica en Sudamérica durante las últimas décadas, propiciadas por los desarrollos de la teoría social. La autora identifica una diversidad de posiciones etnográficas y modos de escritura o “giros”, en sus palabras, vinculados con las corrientes teórico-metodológicas dominantes en la antropología y según las lógicas de poder que rodean las dolencias. En términos generales, señala que la antropología médica en esta parte del continente ha seguido rutas de análisis influenciadas por lo que la autora define como los giros cultural, económico, político, epistémico, decolonial y ontológico de la teoría social.

Si bien el panorama trazado por Epele (2017) da cuenta de los trasegares de la antropología médica suramericana, en consonancia con las corrientes dominantes, son los estudios decoloniales los que ofrecen una mirada específica de la antropología latinoamericana interesada en la salud. El punto de vista decolonial se alinea con la crítica al proyecto modernidad/colonialidad de los estudios subalternos, feministas, poscoloniales y del sur global, para analizar la distribución geopolítica de la producción de conocimiento a partir de la crítica al capitalismo, la modernidad, la colonialidad y el patriarcado, y el reconocimiento de la multiplicidad

de epistemologías y saberes (Castro-Gómez y Grosfoguel 2007; Escobar 2003; Quijano 2000). En el caso de la salud, la antropología decolonial se ha orientado por el paradigma de la “interculturalidad” en sus dos versiones: una clásica y funcionalista, que reproduce los dualismos y ubica las otras medicinas en lugares subalternos y complementarios a la biomedicina, y una versión de la interculturalidad crítica, que cuestiona los dualismos, incluye el análisis de las desigualdades de poder y propone estudiar los problemas *con* los otros (Epele 2017). Como señala Eduardo Menéndez (2018), las políticas interculturales de salud apoyadas por la Organización Panamericana de la Salud en la década de los ochenta también fueron un intento de articular la biomedicina con la medicina tradicional, lo que ha producido una serie de críticas por su carácter impositivo y las relaciones de dominación y desigualdad que produjeron (Piñones, Mansilla y Muñoz 2016; Piñones, Liberona y Montecino 2019; Manríquez-Hisaut et al. 2017; Ramírez-Hita 2009, 2017; Vega 2017).

SALUD Y GÉNERO EN LA ANTROPOLOGÍA LATINOAMERICANA RECIENTE

Las tendencias de estudios de antropología médica en Latinoamérica durante el decenio revisado han cuestionado las relaciones de poder que definen el campo de la salud; de ahí la continua influencia del enfoque crítico y cada vez más de la perspectiva de género. El enfoque interpretativo también ha sido importante y ha entrado en diálogo con los estudios sobre el cuerpo y las emociones con una fuerte influencia del norte global. La perspectiva de género ha aflorado como clave del análisis de las experiencias de padecimiento y curación al situar los contextos y poner de presente los cuerpos como lugar del padecer, particularmente en temas relacionados con la salud reproductiva, la violencia gineco-obstetra y los saberes del embarazo y el parto.

Justamente Reartes (2017) resalta el aporte de la perspectiva de género en la antropología médica, a partir del relato de su trayectoria académica. La autora resume el potencial de la perspectiva señalando que esta saca a la luz la manera en que los procesos de salud, enfermedad y atención difieren entre hombres y mujeres, y entre las mismas mujeres y hombres según sus condiciones sociales, políticas y económicas; asimismo, reconoce las distintas formas de enfermar según las creencias y comportamientos de las culturas de género que inciden a su vez en las normas dominantes

de masculinidad y feminidad que refuerzan creencias culturales sobre los cuerpos y la salud. El análisis de las desigualdades de género posibilita identificar las percepciones de mujeres y varones frente a sus necesidades de salud.

Salud sexual y reproductiva

Varios de los estudios de antropología médica con perspectiva de género abordan la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Este tipo de investigaciones amplían la crítica feminista a partir de trabajos etnográficos que resaltan las voces de las mujeres y se preocupan por la manera en que procesos sociales afectan sus cuerpos. Si bien algunos de los estudios revisados no se adhieren explícitamente con la perspectiva de género, abordan críticamente la situación de las mujeres en contextos de salud y atención de diferencia cultural (Arboleda-Sarmiento y Suárez-Montañez 2016), resaltan la labor de las mujeres de comunidades indígenas en las prácticas de autoatención durante la menstruación, el embarazo, el parto y el posparto en un escenario de pluralismo médico (Dias-Scopel y Scopel 2018, 2019; El-Kotni y Ramírez-Pérez 2017), o analizan las experiencias de salud y enfermedad en conjunto con otras dimensiones como la emocional en torno al cáncer (Suárez-Rienda y López 2019) y la racialización en escenarios como los de la salud materna (Vega 2017). En cambio, otros estudios no solo se posicionan desde posturas feministas, sino que también reflexionan sobre el potencial y necesidad de la perspectiva de género en los estudios sobre salud (Berrío 2017). Entre los temas más recurrentes examinados por estos trabajos están las experiencias de embarazo y parto, mortalidad materna y los escenarios de atención ginecobstetra en grupos poblacionales diferenciados por su adscripción étnica o religiosa. Estos estudios cuestionan los órdenes hegemónicos que configuran la salud reproductiva, especialmente de las mujeres, o las experiencias de enfermedades como el cáncer, mientras incorporan al mismo tiempo sus voces y experiencias situadas.

En afinidad con la salud materna, Mounia El-Kotni y Alba Ramírez-Pérez (2017) cuestionan las políticas públicas de salud y sus choques con las decisiones de las mujeres sobre sus cuerpos y su salud reproductiva y sexual. Desde una perspectiva crítica, estas autoras examinan las consecuencias de una política pública en Chiapas, México, que buscaba mejorar la salud materna mediante la capacitación de parteras tradicionales y la posibilidad

de que otorgaran constancias de alumbramiento. Las autoras hicieron un trabajo de campo que combinaba las entrevistas a parteras, madres, trabajadoras de salud y personal de las organizaciones de la salud civil, con la observación participante en organizaciones de la sociedad civil y la cotidianidad de tres parteras. Profundizan así en la manera en que esta política opera como una práctica de control sobre las parteras e influye en la decisión de las madres de bajos recursos para asistir a un hospital y evitar los trámites burocráticos que les dificulta obtener las actas de nacimiento cuando son otorgadas por parteras. A partir de los testimonios, las autoras detallan las circunstancias adversas que enfrentan las mujeres de bajos recursos, en su mayoría indígenas, para registrar a su prole cuando las parteras tradicionales han atendido el parto. De esta manera, la investigación cuestiona las políticas públicas de salud que obstaculizan los procesos registro de nacimiento y subrayan que estos obstáculos burocráticos acaban por favorecer al sistema biomédico. Anotan que esto va en detrimento de las prácticas y conocimientos de las comunidades y, sobre todo, discrimina a las parteras e impide a las madres decidir sobre sus cuerpos. Siguen también los actos de resistencia de parteras, mujeres, organizaciones y comunidades para eludir las instituciones de salud.

En una perspectiva afín, Lina Berrío (2017) aborda la mortalidad materna en mujeres indígenas en México y las transformaciones en las prácticas de atención durante el embarazo y el parto. Desde la antropología médica crítica, la autora analiza la medicalización de la reproducción en dos comunidades indígenas de Costa Chica en el estado de Guerrero, México, —una región con altos índices de mortalidad materna—, a partir de un trabajo etnográfico en dos comunidades indígenas. La perspectiva de género permite identificar las redes de cuidado familiar y el rol de los varones en estas. Si bien las redes familiares operan como protectoras y movilizadoras de búsqueda de atención, al mismo tiempo reproducen relaciones de poder marcadas por condiciones de género y generacionales. Además, pone sobre el tapete la presencia estatal en el cuidado, atención y medicalización de los procesos reproductivos. La metodología de trabajo incluyó encuestas sobre la historia sexual y reproductiva de las mujeres y datos demográficos, lo que permitió construir trayectorias reproductivas individuales y por grupo etario; entrevistas en profundidad con mujeres, hombres, promotoras comunitarias y personal de salud; observación participante en los hospitales básicos comunitarios.

De acuerdo con Berrío (2017), la antropología médica en conjunción con la perspectiva de género permite analizar los procesos de salud-enfermedad-atención en la salud reproductiva y la maternidad, así como para comprender los lugares ocupados por hombres y mujeres en sus estructuras familiares, en la comunidad y en las instituciones de salud. La autora invita además a considerar el género como eje analítico para analizar el papel de los hombres como parte de la diversidad de actores que influyen en las definiciones de la reproducción y en la toma de decisiones en la búsqueda de atención cuando las mujeres están en riesgo de fallecer durante el parto, así como en el embarazo y puerperio. Finalmente, hace un llamado para que las investigaciones tomen en cuenta el papel de los hombres durante todo el proceso reproductivo.

Por otra parte, las enfermedades relacionadas con la salud sexual, como el virus del papiloma humano, han llamado la atención de los estudios etnográficos con perspectiva de género. El trabajo de Mónica Luna-Blanco y Georgina Sánchez-Ramírez (2014) subraya la distancia entre la información biomédica sobre el cáncer cervical y las prácticas de prevención de la población en Chiapas, México. Las autoras se orientan por la perspectiva de género para problematizar las implicaciones del cuidado de la salud en mujeres y varones, y propusieron una metodología participativa a través de la realización de talleres con mujeres y hombres mayores de veinte años, de baja escolaridad, para indagar sobre las representaciones sociales y estados emocionales en torno a las enfermedades de transmisión sexual. Cuestionan cómo las acciones preventivas del sector médico no son efectivas para la población debido a que no transmiten la información de manera clara y comprensible, no han involucrado a los varones en los procesos de prevención y no han tomado en cuenta las condiciones que afectan a las mujeres en la toma de la prueba del Papanicolaou. De acuerdo con los resultados de los talleres, las autoras identificaron que, si bien la población relaciona el virus del papiloma humano como un asunto de transmisión sexual, no se establece como causa de las lesiones cervicouterinas que pueden causar un cáncer.

Encuentros médicos y atención

Un escenario etnográfico recurrente en los trabajos de antropología médica es el encuentro entre médicos y pacientes mujeres. Juan Camilo

Arboleda-Sarmiento y Roberto Suárez-Montañez (2016) analizan el acceso a la salud de un grupo de mujeres musulmanas en Bogotá mediante la indagación sobre sus trayectorias terapéuticas. A partir de la reflexión sobre la diferencia cultural, examinan cómo se desenvuelven los encuentros terapéuticos entre personas culturalmente diferentes y cómo influyen los imaginarios sobre la otredad en los servicios de salud. Para ello, realizaron un estudio cualitativo basado en una encuesta, entrevistas con mujeres de una comunidad musulmana y etnografía en las mezquitas y en los centros de salud donde atendían a estas mujeres, para describir las prácticas de atención previas y posteriores a la consulta. Puesto que el cuerpo es el objeto de auscultación en la consulta de citología, este entra en tensión con la concepción del islam según la cual el cuerpo encarna una forma de ser y estar en el mundo regida por principios religiosos: es un cuerpo sagrado. De este modo, la intimidad expuesta afecta la relación que las mujeres tienen con sus cuerpos. Finalmente, este trabajo cuestiona las prácticas médicas que, por estar antecedidas por la ciencia y la racionalidad, invisibilizan las percepciones y emociones de las mujeres, reduciendo el examen médico a una técnica que desconoce su sistema de creencias. En este escenario, “el cuerpo de la mujer pierde allí su condición privada y se expone en la cama ginecológica bajo una condición liminal entre lo mecánico-orgánico y lo simbólico asociado al género femenino” (Arboleda-Sarmiento y Suárez-Montañez 2016, 40).

Los encuentros médicos también son escenarios de racialización de la diferencia, como lo propone Rosalynn Adeline Vega (2017), en su trabajo sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en el ámbito de la salud materna. Mediante una etnografía multilocal para estudiar la partería y el parto humanizado en México, la autora aborda las opiniones y experiencias de administradores y de personal médico, parteras y madres indígenas, y beneficiarias de un programa de salud pública dirigido a personas indígenas beneficiarias de transferencias monetarias condicionadas, la autora ofrece una cartografía de violencia obstétrica en la que la clase social, el género y las diferencias étnicas marginalizan la atención y ayuda gubernamental. También critica el despliegue del concepto de “interculturalidad”. Gracias a su abordaje etnográfico, que supuso entrevistas a una red de personas en distintas ciudades de México, en California y en Brasil, además de observación

participante en talleres de partería y como integrante voluntaria de una ONG, Vega (2017) propone el concepto de (inter)identificación racial para entender la racialización que promueve la discriminación sin aludir a la raza. Finalmente, pone en evidencia la dinámica de otrificación entre profesionales de la salud reforzando la violencia obstétrica a las mujeres racializadas.

No solo las experiencias de quienes reciben la atención, sino también de los agentes que la ofrecen, son objeto de análisis antropológico. María Raquel Pozzio (2014) se interesa justamente por la especialidad médica de la gineco-obstetricia y su feminización (Pozzio 2014), la violencia obstétrica y el parto humanizado (Pozzio 2016). Aunque no alude a la antropología médica como punto de partida, privilegia la antropología en general y la perspectiva de género como métodos y enfoques clave. Siguiendo los relatos de hombres y mujeres médicas, analiza sus diferentes posturas frente a las prácticas de parto humanizado y señala la manera en que se naturaliza y enraiza la violencia gineco-obstetra en esta especialidad. Asimismo, examina las opiniones de mujeres médicas gineco-obstetras respecto a la experiencia de ser etiquetadas como las “más maltratadoras”, y experimentar la paradoja de ser víctimas y victimarias de la violencia de género institucionalizada. De esta manera la autora cuestiona lo que se entiende por “femenino” y pone de presente que los modos en que las mujeres médicas viven y reaccionan a las tensiones de la profesión y la experiencia paradójica de ser mujeres y médicas permite pensar el género sin esencialismos. Asimismo, pone de presente cómo las prácticas cotidianas de las médicas les permite alejarse de las visiones normativistas y la violencia gineco-obstetra institucional.

En relación con los escenarios de atención a las mujeres, Ester Botteri y Jacqueline Bochar (2019) abordan el embarazo y parto asistido por parteras tradicionales en México. Proponen pensar las prácticas de partería tradicional como una posibilidad de empoderamiento de las mujeres que da valor a su experiencia personal, en contraste con la atención biomédica. Desde una antropología activista, que busca crear puentes entre la academia y los actores sociales y establecer diálogos entre distintas disciplinas como la psicología social, antropología del nacimiento y teorías feministas, las autoras exploran los efectos de la partería tradicional en los cuerpos y emociones de las mujeres a partir de la investigación con parteras tradicionales y mujeres a quienes asistieron

en el parte que combinó la etnografía, la investigación acción participativa y entrevistas a mujeres que parieron con partera tradicional. El ejercicio etnográfico que las autoras presentan en las prácticas durante el parto y el parto incluyen sobadas, rebozo, masajes, uso de plantas e ingestiones calientes y frías. De acuerdo con las autoras, la guía y acompañamiento terapéutico de las parteras permite a las mujeres reconocer su saber en el momento de parir y, en el proceso, sanar experiencias con su linaje materno y partos anteriores atendidos por la biomedicina. A partir de su memoria corporal, las mujeres recobran el poder sobre sus cuerpos, recobran la confianza en su saber y se apropian del proceso del parto para parir placenteramente.

Cuerpo, emociones y cuidado

Cuando se analiza la salud desde la perspectiva de género, el cuerpo se ubica como categoría analítica para comprender que los procesos de enfermar y sanar son materiales, situados y diversos (Lock y Nguyen 2010). Como ya mencioné, el dolor y las emociones se nutren de la antropología médica que ha estudiado las percepciones de las personas y ha interpretado los relatos de salud y enfermedad.

Por esa vía, Romina del Monaco (2014) aborda la relación entre dolor, emociones y género en los relatos de personas que padecen migraña. La autora entrevistó a pacientes de sectores medios y medios bajos, hombres y mujeres, y realizó observación participante en un hospital público de Buenos Aires, Argentina. A través del análisis de las narrativas de las personas sufrientes desde un abordaje fenomenológico y hermenéutico que se fundamenta en la relación entre lenguaje y experiencia (Del Monaco 2015), la autora señala cómo estas experiencias de dolor son contextuales y dependen de las situaciones que viven las personas, así como de las relaciones con otros. La estrategia metodológica del análisis de narrativas “permite acceder a los modos en que las personas dan forma a sus padecimientos y cómo dichas experiencias se articulan con otras vivencias de su cotidianidad” (Del Monaco 2015, 31). La migraña, más que ser una enfermedad definida biomédicamente, corresponde a dolores de cabeza anclados a determinados contextos. De acuerdo con el análisis de las narrativas, el dolor de cabeza está asociado a la pérdida de control emocional, es decir, “sufrir dolores crónicos de cabeza encierra una lógica que integra diversas emociones vinculadas a la vida urbana

que son sistematizadas por los propios actores sociales en diferentes modos de padecer” (Del Monaco 2014, 124). En este caso, el dolor está regulado emocionalmente por las moralidades de distintos grupos que dependen del género y el sector socioeconómico, reproduciendo o fracturando estereotipos. En el caso de las mujeres, las relaciones familiares, los vínculos y las situaciones familiares pueden desencadenar el dolor de cabeza; en cambio, en los dolores de cabeza de los hombres están conectados con emociones “masculinas” como enojo o ira.

Ana Domínguez (2017) resalta también el potencial del diálogo entre la perspectiva de género y el enfoque etnográfico en la comprensión del padecimiento. La autora se concentra en el análisis de una serie de prácticas de cuidado de un grupo de adultos mayores con diabetes en un centro médico de Buenos Aires, Argentina. A partir de etnografía colaborativa que involucra el diálogo constante con las personas interlocutoras en la producción de conocimiento, escruta las relaciones de cuidado basadas en la lógica del autocuidado diabetológico. Analiza cómo mujeres y hombres mayores toman elecciones conscientes y prácticas para el control de la enfermedad. Encuentra cómo las prácticas de cuidado —la medición de la glucemia, la medicación, las comidas y actividades físicas— les dan la vuelta a los roles tradicionales de género en la división sexual del trabajo. Así, por ejemplo, las mujeres que durante su juventud estuvieron sometidas a relaciones basadas en la violencia de género modifican sus estilos de vida en la adultez y recobran espacios de independencia que les permite cuidar mejor de sí; por su parte, los hombres que durante su juventud estuvieron apegados a la jerarquías, durante la adultez, y gracias a la experiencia de sufrir diabetes, también han modificado prácticas de cuidado que antes consideraban a cargo de las mujeres como cocinar, asear su casa, etc. De acuerdo con Domínguez (2017), la experiencia grupal y la resignificación de estas prácticas les ha permitido recibir y producir cuidados que tienen efectos en varias dimensiones de su vida, no solo en la salud, cediendo posiciones cómodas de dominio para generar el cuidado de sí.

A diferencia de otros análisis, el trabajo de Verónica Suárez-Rienda y Oliva López (2019) se concentra en la dimensión emocional de la experiencia de enfermar. Las autoras sitúan la dimensión emocional como categoría cultural clave para el análisis etnográfico de las experiencias de personas con cáncer, enfocándose en el manejo emocional en los

procesos de enfermedad y atención de las personas que la padecen y sus terapeutas en México. A partir de los relatos de mujeres y hombres que padecen de cáncer y biomédicos terapeutas del sistema biomédico tradicionales mayas-toltecas, las autoras identifican una serie de principios de regulación y educación emocional condicionados por concepciones culturales de género que, según las explicaciones de los terapeutas, pueden causar repercusiones en la salud y, por supuesto, en el cuerpo. La dimensión cultural y de género de las emociones revela la manera en que aspectos normatizados como la violencia de género o la represión sexual afectan los estados de salud y enfermedad de las personas.

Aportes y caminos futuros

Este *zoom* de los trabajos etnográficos sobre la salud con perspectiva de género subraya que la antropología médica ha buscado dar respuesta situada en asuntos estructurales que afectan la salud humana en términos corporales, emocionales y vinculares, que se cruzan con el género, la clase social, la raza y las adscripciones étnicas y religiosas. Han cuestionado los saberes institucionalizados sobre la salud y criticado el papel del estado como protagonista de la reproducción humana y ente regulador de la salud de las mujeres. También han puesto sobre el tapete las tensiones entre las definiciones institucionalizadas del cuerpo y las decisiones terapéuticas de las personas. Asimismo, han señalado la manera en que la reproducción de estereotipos condiciona el tipo de atención que las personas reciben, reforzando en muchos casos la violencia médica y la discriminación. En suma, los trabajos de antropología médica que he revisado subrayan el aporte de la perspectiva de género para la comprensión de las maneras en que enfermar, sanar, prevenir, cuidar, morir y engendrar vida no solo tienen que ver con lo biológico, sino con las experiencias concretas y diferenciadas según la posición que se ocupe en el orden de género.

Menéndez (2009) ha señalado con agudeza que los estudios de género en antropología médica tienen pendientes varios análisis; por ejemplo, incluir las experiencias de esterilización masiva en diferentes países latinoamericanos e involucrar la morbilidad y mortalidad de varones que, según este autor, es mayor a la de las mujeres. Sin embargo, no hay que olvidar que históricamente las mujeres han sido objeto de desigualdad, inequidad y discriminación por el hecho de ser mujeres y los estudios de género han hecho visibles, audibles y palpables estas situaciones

ignoradas por largo tiempo por la antropología y otras disciplinas sociales, debido a sus propios sesgos culturales, académicos y de género. Ahora bien, contra sus “tergiversaciones o desconocimientos”, como los califica Menéndez (2009, 162), los estudios que he citado en este artículo han hecho importantes aportes metodológicos y analíticos que, además del enfoque relacional, han ampliado la mirada hacia diversos agentes —pacientes, terapeutas, funcionarios— frente a los problemas de salud que viven personas —mujeres y hombres— y sectores poblacionales —comunidades étnicas y religiosas, histórica y estructuralmente discriminados.

Aunque los estudios feministas y la perspectiva de género han develado las relaciones de poder desiguales entre los sexos, las violencias de género, los roles y estereotipos que desvalorizan lo femenino, la inequidad en las oportunidades en múltiples escenarios laborales, educativos, políticos, etc., aún se requieren esfuerzos para continuar problematizando la producción de la salud y no solamente en los espacios institucionales sino también en la vida diaria y práctica de la gente. Al respecto cabe insistir en que, tomando como muestra el corpus revisado, de un universo de 62 trabajos solo 16 aprovecharon la perspectiva de género para sus análisis, una indicación de que la antropología médica en Latinoamérica todavía requiere ampliar el espectro de preguntas y exploraciones que involucren la visión crítica, relacional y situada del género. Por ello, es necesario pensar no tanto en vacíos, sino en posibilidades aún por explorar, especialmente en un momento histórico de pandemia a causa de la COVID-19 y sus efectos en la salud, no solamente por el virus, sino debidos a las restricciones y condicionamientos en la vida diaria de personas con y sin morbilidades y su fuerte impacto en las mujeres.

Asimismo, vale la pena explorar el espectro de padecimientos del cuerpo en su conjunto y formas de gestionar la salud, que no solo corresponden a la reproducción o la sexualidad, sino en distintos estilos de vida y escenarios que habitan las personas tales como los deportivos, académicos, laborales, afectivos, de ocio, etc. Si bien la biomedicina, la medicina tradicional y las terapias alternativas han sido objeto de análisis de la antropología médica con perspectiva de género, sería nutritivo ampliar la indagación hacia otras prácticas cotidianas que mejoran la salud y que pueden muy bien coincidir con estos sistemas médicos o contradecir sus postulados, ajustándose a lo que las personas desean y a lo que sus cuerpos necesitan.

REFLEXIONES FINALES

En este texto he rastreado y analizado un corpus de 62 artículos académicos de antropología médica publicados durante el último decenio (2009-2019) en Latinoamérica. He identificado sus principales tendencias, ejes temáticos y aportes y, sobre todo, he insistido en las contribuciones claves de la perspectiva de género. Mi propósito es invitar a ampliar y enriquecer el rico y vibrante campo de la antropología médica con nuevos análisis y el examen de otros agentes, camino que ya han emprendido los trabajos con enfoque de género.

La antropología médica ha cuestionado la organización de los sistemas de salud, especialmente la biomedicina y la violencia que deriva de su determinación de los caminos de atención y prevención en la salud. También ha analizado cómo esta violencia se expresa en las relaciones entre médicos y pacientes, y la manera en que esta violencia procede de los intereses económicos y políticos que orientan las políticas de salud. Por otro lado, este campo de estudio se ha centrado en las experiencias de enfermedad y salud en contextos específicos, en la manera como las personas sienten y perciben las enfermedades, y el papel de su subjetividad en la gestión de la salud. Pero cuando nos enfocamos en los sistemas de salud y la hegemonía de la biomedicina, olvidamos que las personas producen su salud cotidianamente a partir de prácticas, ejercicios reflexivos y decisiones sobre sus cuerpos. Y aquí es justamente donde la perspectiva de género nos ha dado una mano.

Desde luego, la antropología médica ha hecho importantes contribuciones a la comprensión de la manera en que las personas asumen la salud en su vida personal y en relación con sus contextos sociales. La antropología médica también nos ha ayudado a comprender que las prácticas de salud no son universales y que la concepción biomédica no es la única que existe. Sin embargo, es tiempo de señalar las limitaciones de su espectro de visión: olvida que la enfermedad o la salud no son dimensiones ocultas que deben ser sometidas a la interpretación o que no basta reducirlas a las relaciones de poder que las moldean. También, y de manera crucial, la salud y la enfermedad son procesos materiales con los que las personas hacen, deshacen o transforman sus cuerpos y sus vidas. De ahí la importancia de una perspectiva de género que aborde la salud desde las experiencias situadas y singulares de personas que diariamente producen salud y enfermedad desde sus particulares contextos y trayectorias de vida.

Gracias a estudios etnográficos con perspectiva de género, hemos entendido que el cuerpo no está “predeterminado”, sino que es contextual y situado. En la ecuación salud-enfermedad-atención-prevención-cuidado los estudios antropológicos no deben ignorar otras dimensiones clave que la perspectiva de género, en conjunción con los estudios sobre el cuerpo e incluso de las emociones, han puesto sobre la mesa; por ejemplo, las relaciones de poder marcadas por órdenes de género que afectan la manera diferenciada como mujeres y hombres viven la salud, deciden sobre su atención, o moldean sus emociones. Pero estos órdenes también se encarnan en los cuerpos. Desconocerlos confina el análisis al plano de la representación y lo simbólico, sin considerar la carne y la materialidad de cuerpos dolientes, cuerpos sanos e incluso de cuerpos muertos.

Ahora bien, las personas resuelven los retos cotidianos de sus experiencias corporales de salud y enfermedad de maneras diversas y sujetas a sus propias condiciones de vida, coordinadas sociodemográficas (sexo, clase, edad, orientación sexual, adscripción étnica, etc.) y también deseos, anhelos, promesas y posibilidades materiales de existencia. Esto no significa desconocer la importancia analítica de la dimensión simbólica o de las interpretaciones de la gente; por el contrario, busca que los análisis detallen cómo esas experiencias de salud y de enfermedad son también carne, flujos, olores y palpitaciones, así como las variadas maneras en que esas experiencias reconfiguran los cuerpos. Tal vez sea necesario preguntar qué pasa allí cuando emerge un tumor y qué hace la gente día a día para resolver su existencia con la humilde intención de ver mejor las cosas (Holbraad 2014). La producción de salud no solo es política, sino también corporal (Fassin 2004), lo que obliga a preguntar ¿cómo se produce el cuerpo?, ¿cómo es la experiencia corporal de enfermarse, tal vez curarse y no morir?, ¿qué pasa con las fibras, tejidos, fluidos, células y todas esas entidades que configuran el cuerpo cuando se experimenta la enfermedad y la salud?, ¿qué hace la gente diariamente con sus padecimientos y qué prácticas terapéuticas involucran en su cotidianidad?

Finalmente, esta revisión, a su vez, abre la puerta a otras que exploren las estrategias metodológicas de la producción antropológica y académica publicada en otros medios: libros, tesis, ensayos y reseñas. Asimismo, sugiere la importancia de formular nuevas preguntas teórico-metodológicas desde la perspectiva de género en la comprensión de los devenires de los

cuerpos sanos y enfermos. También es una invitación a que la producción latinoamericana de conocimiento tome distancia del enfoque interpretativo o crítico y se abra a explorar las capacidades y potencialidades de los cuerpos en sus múltiples dimensiones en diálogo intenso con la perspectiva de género. La antropología médica es un campo fructífero para que las ciencias sociales, en general, y la antropología, en particular, cuestionen y trasciendan las dicotomías entre saberes ancestrales y biomedicina, individuo y sociedad, o biología y cultura, en pos de nuevas formas de producir conocimiento dialógico, situado, reflexivo y sensible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadía, César. 2004. "Políticas y sujetos del sida en Brasil y Colombia". *Revista Colombiana de Antropología* 40: 123-154. DOI: <https://doi.org/10.22380/2539472X.1217>
- Abadía, César, Andrés Góngora, Marco Melo y Claudia Platarrueda, eds. 2013. *Salud, normalización y capitalismo en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Universidad del Rosario; Ediciones desde abajo.
- Aparicio, Alfonso. 2007. "La antropología aplicada, la medicina tradicional y los sistemas de cuidado natural de la salud. Una ayuda intercultural para los padecimientos crónicos". *Gazeta de Antropología* 23, artículo 14. DOI: <http://dx.doi.org/10.30827/Digibug.6988>
- Arboleda-Sarmiento, Juan Camilo y Roberto Suárez-Montañez. 2016. "Atención médica y diferencia cultural. Acceso a atención médica de mujeres musulmanas en Bogotá". *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 15, 31: 30-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-31.amdc>
- Augé, Marc. 1986. "L'anthropologie de la maladie". *L'Homme* 26, 97/98: 81-90.
- Baer, Hans, Merrill Singer e Ida Susser. 1994. *Medical Anthropology and the World System. A Critical Perspective*. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Beldarraín, Enrique. 2009. "¿Estudia el proceso salud-enfermedad la antropología cubana?". *Cuicuilco* 46, 16: 55-70.
- Benítez, José. 2010. "Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica". *Gazeta de Antropología* 26, 2: artículo 47. DOI: <https://doi.org/10.30827/Digibug.6783>
- Berrió, Lina. 2017. "Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas". *Salud Colectiva* 13, 3: 471-487. DOI: <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1137>

- Biehl, João. 2004. "Activist State. Global Pharmaceuticals, AIDS, and Citizenship in Brazil". *Social Text* 22, 3: 105-132. DOI: https://doi.org/10.1215/01642472-22-3_80-105
- Biehl, João. 2011. "Antropología no campo da saúde global. Porto Alegre-Brasil". *Horizontes Antropológicos* 17, 35: 227-256. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/So104-71832011000100009>
- Biehl, João. 2016. "La etnografía en el camino de la teoría". *Etnografías Contemporáneas* 2, 3: 226-254.
- Blázquez, Maribel y Eva Bolaños. 2017. "Aportes a una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual". *Salud Colectiva* 13, 2: 253-265. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1204>
- Botero, Natalia, Daniela Polo y Laura Sinuco. 2015. "La lepra en Colombia: estigma, identidad y resistencia en los siglos XX y XXI". *Revista Salud Bosque* 5, 1: 67-79. DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v5i1.185>
- Botteri, Ester y Jacqueline Bochar. 2019. "Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México)". *Alteridades* 29, 57: 125-135. DOI: <https://doi.org/10.24275/uam/izt/dcsh/alteridades/2019v29n57/botteri>
- Briggs, Charles. 2017. "Descubriendo una falla trágica en las políticas revolucionarias de salud: desde las inequidades en salud y comunicación a la justicia comunicativa en salud". *Salud colectiva* 13, 3: 411-427. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1152>
- Caroselli, Serena. 2013. "El dolor de los pacientes aymara de la comuna de Putre: prácticas terapéuticas y políticas de salud intercultural". *Diálogo Andino* 42: 89-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812013000200008>
- Carrillo, Natalia. 2002. "Mujeres indígenas y antropología médica. El caso del cáncer en Boruca (Costa Rica)". *Revista Antropológica* 20: 215-224.
- Castillo, Tatiana. 2018. "Subjetividad y autonomía: significados y narrativas sobre la discontinuación de fármacos psiquiátricos". *Salud Colectiva* 14, 3: 513-529. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1861>
- Castro-Gómez, Santiago y Ramón Grosfoguel. 2007. "Prólogo. Giro decolonial, teoría crítica y pensamiento heterárquico". En *El giro decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*, editado por Santiago Castro-Gómez y Ramón Grosfoguel, 9-23. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Universidad Central-Iesco; Pontificia Universidad Javeriana-Pensar.

- Del Monaco, Romina. 2014. "Emociones, géneros y moralidades: modos de padecer migraña en Buenos Aires, Argentina". *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 19: 121-142. DOI: <https://doi.org/10.7440/antipoda19.2014.06>
- Del Monaco, Romina. 2015. "La experiencia de padecer migraña: el análisis de narrativas como estrategia metodológica para el estudio de este dolor crónico". *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social* 9, 5: 22-35.
- Del Monaco, Romina. 2019. "‘Ir al punto’, definir plazos y objetivos. Tiempos y palabras en los tratamientos cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina". *RUNA, Archivo para las Ciencias del Hombre* 40, 1: 65-82. DOI: <https://doi.org/10.34096/runa.v40i1.4639>
- Dias-Scopel, Raquel Paiva y Daniel Scopel. 2018. "¿Quiénes son las parteras munduruku? Pluralismo médico y autoatención en el parto domiciliario entre indígenas en Amazonas, Brasil". *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales* 58: 16-33. DOI: <https://doi.org/10.29340/58.1994>
- Dias-Scopel, Raquel Paiva y Daniel Scopel. 2019. "Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autoatenção entre os Munduruku do Estado do Amazonas, Brasil". *Cadernos de Saúde Pública* 35, 3: 1-11. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00085918>
- Díaz, María del Pilar, Nohora Aidée Ramírez y Samuel David Osorio. 2013. "El sentido de las enfermedades por parásitos intestinales en poblaciones americanas, identificando dilemas bioéticos". *Revista Latinoamericana de Bioética* 13, 24: 96-111. DOI: <https://doi.org/10.18359/rli.574>
- Díaz, Zoe, Tania Aguilar y Xiomara Linares. 2015. "La antropología médica aplicada a la salud pública". *Revista Cubana de Salud Pública* 41, 4: 655-665. <https://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n4/spu09415.pdf>
- Domínguez, Ana. 2017. "Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género". *Salud Colectiva* 13, 3: 375-390. DOI: <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2017.1156>
- El-Kotni, Mounia y Alba Ramírez-Pérez. 2017. "Actas que reconocen, actas que vigilan. Las constancias de alumbramiento y el control de la partería en Chiapas". *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos* xv, 2: 96-109. DOI: <https://doi.org/10.29043/LIMINAR.V15I2.533>
- Epele, María. 2016. "El hablar y la palabra: psicoterapias en los márgenes urbanos de la región metropolitana de Buenos Aires". *Antípoda. Revista*

de Antropología y Arqueología 25: 15-31. DOI: <https://doi.org/10.7440/antipoda25.2016.01>

- Epele, María. 2017. “Sobre las posiciones etnográficas en la antropología de la salud en el sur de las Américas”. *Salud Colectiva* 13, 3: 359-373. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1104>
- Eroza, Enrique. 2010. “Las dimensiones visibles e invisibles de la vida social. Narrativas del padecimiento entre los chamulas”. *Revista Pueblos y Fronteras Digital* 5, 10: 58-112. DOI: <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2010.10.147>
- Escobar, Arturo. 2003. “‘Mundos y conocimientos de otro modo’: el programa de investigación de modernidad/colonialidad Latinoamericano”. *Tabula Rasa* 1: 51-86.
- Esteban, Mari Luz. 2003. “El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud”. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 3, 1: 22-39. <https://aen.es/wp-content/uploads/docs/Cuadernos31.pdf>
- Esteban, Mari Luz. 2004. “Antropología encarnada. Antropología desde una misma”. *Papeles del CEIC* 12.
- Esteban, Mari Luz. 2006. “El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista”. *Salud Colectiva* 2, 1: 9-20. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2006.52>
- Esteban, Mari Luz. 2013. *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Evia, Victoria. 2015. “Los procesos de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de los usuarios de una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo, Uruguay: Análisis de trayectos terapéuticos”. *Salud Colectiva* 11, 4: 537-552. DOI: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.794>
- Farmer, Paul. 2003. *Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.
- Fassin, Didier. 2004. “Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud”. *Revista Colombiana de Antropología* 40: 283-318. DOI: <https://doi.org/10.22380/2539472X.1226>
- Fausto-Sterling, Anne. 1992. *Myths of Gender: Biological Theories about Women and Men*. Nueva York: Basic Book.
- Fausto-Sterling, Anne. 2006. *Cuerpos sexuados. La política del género y la construcción de la sexualidad*. Barcelona: Melusina.

- Galarza, Bárbara y Ariel Gravano. 2013. "Salud mental y sistema urbano en una localidad de rango medio". *Avá. Revista de Antropología* 21: 171-194.
<https://rid.unam.edu.ar/handle/20.500.12219/1691>
- Garay, Gloria y Carlos Pinzón. 1999. "Salud y subjetividad urbana". En *Cuerpo, diferencias y desigualdades*, compilado por Gloria Garay y Mara Viveros, 54-82. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Ciencias Humanas.
- García de Alba García, Javier, Ana Leticia Salcedo, Luis Alberto Vargas. 2010. "Conocimiento compartido sobre las causas de la presión arterial alta, en tres grupos de diferente edad de Guadalajara, Jalisco, México". *Espiral* XVI, 48: 181-204.
- Garzón, Omar. 2015. "Aproximación a un estado del arte sobre prácticas de medicina tradicional y popular en Hispanoamérica". *FOLIOS* 41: 157-168.
DOI: <https://doi.org/10.17227/01234870.41folios157.168>
- Gil, Gastón y María Incaugarat. 2018. "La mirada antropológica como parte de la formación de profesionales de la salud. Experiencias y reflexiones". *Praxis Educativa* 22, 3: 37-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.19137/praxiseducativa-2018-220304>
- Goldberg, Alejandro. 2013. "Un abordaje comparativo en torno a la incidencia de la tuberculosis en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo". *REMHU Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana* 21, 40: 93-106.
DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-85852013000100006>
- Goldberg, Alejandro. 2014. "Contextos de vulnerabilidad social y situaciones de riesgo para la salud: tuberculosis en inmigrantes bolivianos que trabajan y viven en talleres textiles clandestinos de Buenos Aires". *Cuadernos de Antropología Social* 39: 91-114. DOI: <https://doi.org/10.34096/cas.i39.1287>
- Goldberg, Alejandro. 2016. "La parte invisibilizada de la migración transnacional boliviana hacia Argentina". *Andamios* 13, 32: 357-378.
DOI: <http://dx.doi.org/10.29092/uacm.v13i32.537>
- Gómez, Liliana. 2013. "Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá". *Maguaré* 27, 2: 21-65. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/48837>
- Good, Byron. 1994. *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Guber, Rosana. 2001. *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Guerrero, Patricio, comp. 1997. *Antropología aplicada*. Quito: Ediciones UPS.
- Haraway, Donna. 1995. *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Henaó, Silvia. 2011. "Percepción de algunos actores del sistema de salud y de justicia sobre los efectos de las reformas constitucional y sanitaria en la práctica médica en Medellín-Colombia". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 29, 1: 34-44. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2011000100005&script=sci_abstract&tlng=es
- Holbraad, Martin. 2014. "Tres provocaciones ontológicas". *Ankulegi* 18: 127-139. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5216374>
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University Press.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.
- Kottak, Conrad. 2011. *Antropología cultural*, 14 ed. México: Mc Graw Hill.
- Langdon, Esther Jean y Flávio Braune Wiik. 2010. "Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud". *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 18, 3: 459-466. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>
- Lavazza, Víctor Hugo. 2019. "Causalidad en la experiencia del dolor, el padecer y la vida cotidiana". *Tabula Rasa* 30: 27-45. DOI: <https://doi.org/10.25058/20112742.n30.02>
- Lock, Margaret y Shirley Lindenbaum, eds. 1993. *The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. Berkeley: University of California Press.
- Lock, Margaret y Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Luna-Blanco, Mónica y Georgina Sánchez-Ramírez. 2014. "Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México". *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos* 12, 2: 67-80. DOI: <https://doi.org/10.29043/liminar.v12i2.343>
- Lupton, Deborah. 2012. *La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Luxardo, Natalia y Juan Pedro Alonso. 2009. "Cáncer e identidades en el final de la vida (Buenos Aires)". *Scripta Ethnologica* xxxi: 17-32. <https://www.redalyc.org/pdf/148/14815616002.pdf>
- Madrid de Zito Fontan, Liliana. 2011. "Farmacopea herbolaria y terapia ritual: una contribución para el estudio de la medicina tradicional de la yunga boliviana". *Scripta Ethnologica* xxxiii: 71-96. <http://clacso.redalyc.org/pdf/148/14820902006.pdf>
- Manríquez-Hizaut, Mónica et al. 2018. "Salud intercultural en Chile: desarrollo histórico y desafíos actuales". *Revista de Salud Pública* 20, 6: 759-763. DOI: <https://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n6.65625>
- Margulies, Susana. 2010. "Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina". *Intersecciones en Antropología* 11, 1: 215-225. DOI: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179515632016>
- Martin, Emily. 2001. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Martínez Medina, Santiago. 2016. "Hacer arterias carótidas en el Laboratorio de Anatomía. Práctica y materialidad en una asignatura de la carrera de Medicina". *Revista Colombiana de Sociología* 39, 2: 31-47. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsc.v39n2.58964>
- Martínez Medina, Santiago y Julia Alejandra Morales Fontanilla. 2015. "Entre muertos y especímenes: hacer cadáveres, anatomía y medicina legal en el laboratorio". *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia* 30, 50: 127-147. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.boan.v30n50a05>
- Martinhago, Fernanda. 2018. "TDAH e Ritalina: neuronarrativas em uma comunidade virtual da Rede Social Facebook". *Ciência & Saúde Coletiva* 23, 10: 3327-3336. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.15902018>
- Melo, Marco. 2013. "Quítate tú pa' ponerme yo'. Un análisis prospectivo de Ciudad Salud desde una perspectiva marxiana". En *Salud, normalización y capitalismo en Colombia*, editado por César Abadía, Andrés Góngora, Marco Melo y Claudia Platarrueda, 413-440. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; Universidad del Rosario; Ediciones desde abajo.
- Menéndez, Eduardo. 1983. *Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata.
- Menéndez, Eduardo. 1990. *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.

- Menéndez, Eduardo. 2005. “Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos”. *Revista de Antropología Social* 14: 33-69. <https://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110033A>
- Menéndez, Eduardo. 2009 “De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas”. *Salud Colectiva* 5, 2: 155-179. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2009.258>
- Menéndez, Eduardo. 2012. “Antropología médica. Una genealogía más o menos autobiográfica”. *Gazeta de Antropología* 28, 3, artículo 03. DOI: <http://dx.doi.org/10.30827/Digibug.22988>
- Menéndez, Eduardo. 2017. “Antropología de la salud en las Américas: Contextualizaciones y sugerencias”. *Salud Colectiva* 13, 3: 353-357. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1548>
- Menéndez, Eduardo. 2018. “Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional”. *Salud Colectiva* 14, 3: 461-481. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1838>
- Moore, Henrietta. 1991. *Antropología y feminismo*. Valencia: Cátedra.
- Moreno-Altamirano, Laura. 2007. “Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica”. *Salud Pública de México* 49, 1: 63-70. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009
- Olarte-Sierra, María Fernanda, Roberto Suárez y María Alejandra Rubio. 2018. “Brigadas de salud en cardiología pediátrica: del triaje médico al triaje social”. *Salud Colectiva* 14, 3: 531-544. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1789>
- Ortner, Sherry. 1979. “¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?”. En *Antropología y feminismo*, compilado por Olivia Harris y Kate Young, 109-131. Barcelona: Anagrama.
- Page, Jaime. 2010. “Aspectos socioculturales que delimitan las diferencias entre los sistemas etnomédicos de Chamula, Chenalhó y Oxchuc en el Estado de Chiapas”. *Revista Pueblos y fronteras digital* 5, 10: 123-150. DOI: <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2010.10.148>
- Pérez, Salvador. 2017. “Recursos bióticos en la atención de la enfermedad”. *Temas Antropológicos* 39, 1: 33-54. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6012466>
- Piñones, Carlos, Miguel Mansilla y Wilson Muñoz. 2016. “‘La agarradura me la atiende en la iglesia’: el diablo como símbolo hegemónico en el pluralismo

- médico aymara pentecostal”. *Chungará (Arica)* 48, 4: 645-656. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562016005000037>
- Piñones, Carlos, Miguel Mansilla y Rodrigo Arancibia. 2017. “El imaginario de la horizontalidad como instrumento de subordinación: la Política de Salud pueblos indígenas en el multiculturalismo neoliberal chileno”. *Saúde e Sociedade* 26, 3: 751-763. DOI: <https://doi.org/10.1590/so104-12902017169802>
- Piñones, Carlos, Nanette Liberona y Barbara Montecino. 2019. “La subordinación ideológica del saber médico andino en la salud intercultural chilena”. *Polis (Santiago)* 18, 54: 224-244. DOI: <https://dx.doi.org/10.32735/so718-6568/2019-n54-1407>
- Pozzio, María. 2014. “El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecobstetricia en México”. *Salud Colectiva* 10, 3: 325-337. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2014.396>
- Pozzio, María Raquel. 2016. “La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica”. *Revista Estudios Feministas* 24, 1: 101-117. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Preciado, Beatriz. 2008. *Testo yonqui*. Madrid: Editorial Espasa Calpe.
- Quijano, Aníbal. 2000. “Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina”. En *La Colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, editado por Edgardo Lander, 201-245. Caracas: Clacso.
- Ramírez-Hita, Susana. 2005. *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz: Cooperazione Italiana.
- Ramírez-Hita, Susana. 2009. “Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano”. *Avá. Revista de Antropología* 14: 1-28. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169013838010>
- Ramírez-Hita, Susana. 2011. “Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad”. *Acta Bioethica* 17, 1: 61-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100008>
- Ramírez-Hita, Susana. 2017. “¿Es posible una antropología médica emancipadora? Reflexiones desde el contexto regional”. *Avá. Revista de Antropología* 31: 185-196. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/1690/169057622009/html/index.html>

- Reartes, Diana. 2017. "Buscando la antropología médica: desde Rosario, Argentina, a la Ciudad de México". *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas* 69: 165-182. <https://mediateca.inah.gob.mx/repositorio/islandora/object/articulo:16504>
- Reiter, Rayna, ed. 1975. *Toward an Anthropology of Women*. Nueva York: Monthly Review Press.
- Ruiz-Lurduy, Rodrigo et al. 2016. "Desarrollo social y salud pública. Reflexiones en torno a la interculturalidad". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 34, 3: 380-388. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n3a12>
- Scheper-Hughes, Nancy. 1993. *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.
- Scott, Joan. 1996. "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Marta Lamas, 265-302. México: PUEG, Porrúa.
- Singer, Merrill y Hans Baer. 1995. *Critical Medical Anthropology*. Amityville: Baywood Publishing Company, Inc.
- Souza, Gislaíne Alves, Karla Giacomini, Janaína Souza Aredes y Josélia Oliveira Araújo Firmo. 2018. "Comunicação da morte: modos de pensar e agir de médicos em um hospital de emergência". *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 28, 3: 1-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280324>
- Stolcke, Verena. 1996. "Antropología del género. El cómo y el porqué de las mujeres". En *Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat*, editado por Joan Prat y Ángel Martínez, 335-344. Barcelona: Ariel.
- Strasser, Georgina. 2014. "La eficacia terapéutica desde el punto de vista de los sujetos en un contexto de pluralismo médico. El papel de la fe más allá de la cura religiosa". *Scripta Ethnologica* xxxvi: 78-106. <https://www.redalyc.org/pdf/148/14832692003.pdf>
- Strathern, Marilyn. 1988. *The Gender of the Gift. Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*. Berkeley: University of California Press.
- Suárez, Roberto, comp. 2001. *Reflexiones en salud: una aproximación desde la Antropología*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Suárez-Rienda, Verónica y Oliva López. 2019. "La dimensión emocional en torno al cáncer. Estrategias de análisis desde la antropología de la salud". *Cuicuilco. Revista de Ciencias Antropológicas* 26, 76: 31-59. <http://>

www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-84882019000300031&lng=es&nrm=iso

- Taussig, Michael. 1987. *Shamanism, Colonialism, and the Wild Man. A Study in Terror and Healing*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tovar, Patricia. 2004. "El cuerpo subordinado y politizado: reflexión crítica sobre género y antropología médica". *Revista Colombiana de Antropología* 40: 253-282. DOI: <https://doi.org/10.22380/2539472X.1224>
- Tovar Patricia. 2018. "La sangre es más espesa que el agua: perspectivas históricas y analíticas sobre los estudios del parentesco y el género". *Maguaré* 32, 1: 17-46. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v32n1.76161>
- Valente, Tania Cristina de Oliveira, Davi James Dias y Stelio Alessandro Marras. 2019. "Curas e terapêuticas espirituais no Brasil: revisão crítica e algumas reflexões". *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* 23: 1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.180132>
- Vega, Rosalynn. 2017. "Í(nter)dentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México". *Salud Colectiva* 13, 3: 489-505. DOI: <https://doi.org/10.18294/SC.2017.1114>
- Viveros, Mara. 1995. "Saberes y dolores secretos. Mujeres, salud e identidad". En *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*, compilado por Luz Gabriela Arango, Magdalena León y Mara Viveros, 149-167. Bogotá: Tercer Mundo Editores; Ediciones Uniandes; GMD.
- Viveros, Mara. 2017. "La antropología colombiana, el género y el feminismo". *Maguaré* 31, 2: 19-60. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v31n2.71518>

TIEMPOS Y ESPACIOS PARA EL CUIDADO: PERSPECTIVAS ETNOGRÁFICAS DESDE LA EXPERIENCIA DE QUIEN CUIDA

VANESSA ROBLEDO*

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia



*vaneza.robledo@gmail.com ORCID: [0000-0002-2101-4917](https://orcid.org/0000-0002-2101-4917)

Artículo de investigación recibido: 7 de julio de 2020. Aprobado: 11 de agosto de 2020.

Cómo citar este artículo:

Robledo, Vanessa. 2021 “Tiempos y espacios para el cuidado: Perspectivas etnográficas desde la experiencia de quien cuida”. *Maguaré* 35, 1: 127-158.

DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96667>

RESUMEN

A partir de la experiencia vivida como eje central del trabajo etnográfico, este artículo tiene como objetivo dar cuenta de las transformaciones de las percepciones del tiempo y el espacio, y su impacto en la vida de las personas cuidadoras a partir de sus relatos y de su participación en el programa *Cuidando a cuidadores*, desarrollado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, entre 2013 y 2014. Adicionalmente, propongo entender la experiencia de quien cuida en términos de *habitus* temporal, mediante la exploración de un campo de presencia particular, condicionado por la aparición y el avance de la enfermedad crónica, y a partir del cual se estructuran las prácticas de cuidado.

Palabras clave: campo de presencia, cuidador/a, *Cuidando a cuidadores*, espacio, experiencia, *habitus* temporal, tiempo.

TIMES AND SPACES OF CARE WORK: ETHNOGRAPHIC PERSPECTIVES FROM THE CARE WORKER'S EXPERIENCE

ABSTRACT

Purporting that lived experience is a central axis of ethnographic work, this article examines the ways in which caregivers perceive the transformations in time and space and their impact on their lives. Based on their stories and their participation in *Cuidando a cuidadores* (Caring for Caregivers), a program developed by the Nursing School at Universidad Nacional de Colombia between 2013 and 2014, I also propose to understand the caregiver's experience as a "temporary habitus". This temporary habitus is mediated by a field of presence; it is conditioned by the onset and progression of a chronic disease; and it structures caregiving practices.

Keywords: caregiver, *Cuidando a cuidadores* (Caring for Caregivers), experience, field of presence, space, temporary habitus, time.

TEMPOS E ESPAÇOS PARA O CUIDADO: PERSPECTIVAS ETNOGRÁFICAS DA EXPERIÊNCIA DE QUEM CUIDA

RESUMO

Este artigo objetiva dar conta das transformações das percepções do tempo e espaço, e seus impactos na vida de pessoas cuidadoras, a partir da sua experiência vivida como eixo central do trabalho etnográfico, com base em suas descrições e de sua participação no programa *Cuidando a cuidadores*, desenvolvido pela Faculdade de Enfermagem da Universidad Nacional da Colombia, entre 2013 e 2014. Além disso, me proponho a compreender a experiência de quem cuida em termos de *habitus* temporário, explorando um campo de presença particular, condicionado pela aparência e o avanço da doença crônica, e a partir da qual se estruturam as práticas de cuidado.

Palavras-chave: campo de presença, cuidador/a, *Cuidando a cuidadores*, espaço, experiência, *habitus* temporário, tempo.

INTRODUCCIÓN¹

Adolfo, un hombre no muy alto, de contextura gruesa, con ojos tristes y cabello crespo, y cuyo sombrero panamá siempre lo hacía identificable en medio de los talleres de cuidadores que organizaba la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional y a los cuales llegué mediante convocatoria pública como asistente, es profesional en administración de empresas, pero a sus 50 años le resulta cada vez más difícil encontrar empleo y, ante la situación de enfermedad progresiva de su tía, cuidar se convirtió en su opción de vida en los últimos años.

A su cargo tenía a su tía y, recientemente, a su mamá, a quien, a pesar de que aún no se le ha diagnosticado el Alzheimer, a diferencia de su tía, según él, “ya se le nota” (Diario de campo 1). La enfermedad del olvido, como también es llamado este padecimiento, es progresiva y empeora con el pasar de los años, por lo que los olvidos repentinos convierten a la persona enferma en alguien retraído y con sentimientos de impotencia frente a la posibilidad de desenvolverse socialmente, en cuestiones tan cotidianas como conversar.

A pesar de que el diagnóstico de la enfermedad no fue algo sorprendente, las necesidades de cuidado de su tía, cada vez más demandantes, sí lo fueron. Inicialmente, Adolfo organizaba su tiempo en turnos y lapsos cortos de cuidado para ella, pero a medida que fue avanzando el padecimiento se convirtió en su cuidador principal, para lo cual dejó la vivienda que compartía con su madre para trasladarse a la casa de su tía y adaptarse a un nuevo espacio. Como él mismo lo refería: “Esto no significa que no saliera del hogar, sino que estaba la mayoría del tiempo a su disposición” (Entrevista 1).

Las labores de cuidado desarrolladas en el hogar comprendían tanto el aseo personal y la alimentación de la enferma como el acompañamiento

1 Los hallazgos de este artículo provienen del trabajo de grado en Antropología, titulado “Vivencias del cuidado: una mirada desde la experiencia del cuidador” (2014), dirigido por el profesor Marco Alejandro Melo Moreno (q.e.p.d.). Agradezco especialmente al profesor Melo por el entusiasmo con el que acogió mi tema de estudio, su colaboración permanente y todo el tiempo dedicado a reflexionar sobre el cuidado. A la vez, agradezco el valioso apoyo del grupo de *Cuidado al paciente crónico y a su cuidador* y su programa *Cuidando a cuidadores* de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, que sirvió como enclave de partida y centro para este trabajo etnográfico.

a citas y controles, ya que, a pesar de que ella contaba con su esposo y con su hijo, ninguno estaba dispuesto a hacerse cargo. Por ello, Adolfo asumió su cuidado de forma total, impulsado por su situación de desempleo y su condición de “solterón”, atribuyéndole lo referente al manejo económico del padecimiento.

Uno de sus mayores temores se hizo realidad después de tres años a causa de un infarto respiratorio: la muerte de su tía, que él mismo consideró como un descanso para ella, quien se liberó de los padecimientos de la enfermedad y, a la vez, como un suceso desestabilizante para él, que desubicó su quehacer cotidiano.

Así como Adolfo, existen alrededor del mundo cientos de personas dedicadas al cuidado de pacientes con enfermedades crónicas. Dicho cuidado va más allá de la actividad práctica y se instaura en la vida cotidiana al ser prestado por familiares, amigos, vecinos y otras personas, conformando un sistema informal que se define, según Domínguez (1999), por su carácter no institucional, no remunerado, y que se regula mediante relaciones no explícitas.

En las dos últimas décadas, el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas han hecho visible esta labor que se ejerce en contextos domésticos pero que repercute en ámbitos sociales más amplios y es uno de los mayores recursos de atención a la salud (de la Cuesta 2007). La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que el número de personas con 60 años o más en todo el mundo alcanzará los 2.000 millones en 2050 (OMS 2012); con ello, la posibilidad de padecer alguna enfermedad o discapacidad se eleva dando origen a una demanda constante de cuidado, un tema que no solo es de corte académico, sino también una realidad social específica.

En el relato de vida de Adolfo coinciden dos de los aspectos clave desde los cuales se puede entender el cuidado a partir de la experiencia subjetiva de quienes cuidan: las transformaciones del tiempo y el espacio en que habitan. Teniendo en cuenta dichas transformaciones, pongo en evidencia la existencia de un campo de presencia en términos de Valencia y Toboso (2009), en el que se desenvuelven las acciones de quienes cuidan y en el que, articulando el concepto de *habitus* de Bourdieu (2007), se configura lo que he denominado un *habitus temporal* de quien cuida, que estructura las prácticas de cuidado y es delimitado temporalmente por el devenir de la enfermedad crónica en la persona cuidada,

entendido este como el proceso de cambio relacionado con el paso en el tiempo y sus consecuencias.

Entender la experiencia de cuidado vinculada a la trayectoria del padecimiento de la persona cuidada permite reconocer el antes y el después en la adopción del rol de cuidador/a, y además da cuenta de la manera en que las prácticas de cuidado se estructuran en concordancia con las necesidades de la persona que tiene el estatus de enferma y su repercusión en la organización de la vida cotidiana de la persona cuidadora.

Consideraciones metodológicas

Este artículo analiza de manera reflexiva la experiencia de ser una persona cuidadora, con datos etnográficos obtenidos a partir de la observación participante en los talleres desarrollados en el programa *Cuidando a cuidadores*, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, entre 2013 y 2014.

La observación de diez sesiones del programa, un espacio dirigido, estuvo condicionada por los supuestos básicos de los que parte el modelo de *Cuidando a cuidadores*, que giran en torno a los indicadores de conocimiento, valor y paciencia, propuestos por Ngozi Nkongho (1990), aplicados en el programa con el fin de fortalecer la habilidad del cuidado (Barrera et al. 2010).

Dicho condicionamiento me permitió, mediante la discusión colectiva, identificar aspectos importantes de lo que implica convertirse y ejercer como cuidador o cuidadora, los cuales exploré posteriormente de manera específica mediante entrevistas semiestructuradas a profundidad. Por tratarse de un espacio institucional y de diálogo estructurado, con moderadores que son agentes especializados en el cuidado médico, en muchos momentos de la socialización, las y los cuidadores solo expresaban algunas partes de la experiencia del trabajo de cuidar; en cambio, en las entrevistas, ellas y ellos expresaban de una forma más abierta sus vivencias, desde espacios propios, otorgándoles sentido a sus palabras, sus gestos y sus silencios.

Así, entrevisté a nueve personas cuidadoras, con edades entre los 30 y 60 años, y entre quienes solo había un hombre, cuyo relato fue fundamental para entender el cuidado desde lo “masculino”. Realicé la selección de las personas entrevistadas a partir de dos características definidas: autorreconocerse como cuidador/a y haber desarrollado las labores de cuidado durante más de seis meses.

Por medio de sus narrativas busqué conocer las experiencias subjetivas de cuidado, así como sus estrategias para afrontar los cambios que implicaba en su quehacer diario. Asimismo, contrasté estos relatos con observaciones realizadas en visitas a algunos de sus hogares, así como acompañamientos en las actividades realizadas por las personas cuidadoras para aliviar los padecimientos de las personas cuidadas.

El grupo entrevistado tenía condiciones sociales y demográficas variadas. Solo dos personas eran solteras y sin hijos; cinco habían cursado estudios profesionales, cuyo ejercicio era su fuente de ingresos, y las cuatro restantes poseían negocios familiares o propios para su sustento. Todas las personas entrevistadas cuidaban a un familiar, en su mayoría padres, madres e hijos y, en menor medida, tías y tíos, cónyuges y suegros; por esta razón, en siete de los nueve casos, la persona enferma tenía una edad similar o era mayor que la persona que lo cuidaba.

Teniendo en cuenta lo anterior, dado que el proceso de envejecimiento por sí solo trae consigo un proceso de deterioro, las enfermedades más comunes eran diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), Alzheimer, artrosis y arterioesclerosis.

EL MUNDO DEL CUIDADO

Entiendo el cuidado desde los postulados feministas materialistas que lo sitúan como un trabajo físico y de carácter relacional, ligado a la división sexual del trabajo, los sistemas productivos y las relaciones de poder, basadas en principios de desigualdad y jerarquía de género, clase y raza (Hirata 2016; Kergoat 2003; Arango y Molinier 2011; Carrasco et al. 2011; Comas d'Argemir 2014). Cuidar tiene como fin satisfacer las necesidades de otro, proporcionando los recursos tanto materiales como afectivos para garantizar su bienestar y subsistencia. De allí que sea considerado como un elemento central para la reproducción social y, a su vez, como un trabajo invisibilizado pero constitutivo de las dinámicas capitalistas.

A partir de la profesionalización del cuidado en el ámbito de la salud, surge una distinción entre el cuidado profesional o formal y el cuidado no profesional o informal. El primero se asocia con dinámicas mercantiles y con una formación específica (enfermería, por ejemplo), validada por el sistema de atención a la salud. En contraposición, el segundo se asocia con la atención circunstancial, empírica y constante desarrollada en la

cotidianidad de los sujetos y que abarca actividades que van más allá del manejo de la enfermedad.

Fue precisamente el cuidado informal o no profesional, que se caracteriza por desarrollarse a nivel de redes sociales, el que observé en mi trabajo etnográfico. Vargas (2011) ha señalado que este trabajo se organiza de manera diferencial en contextos socioculturales y económicos específicos, lo que marca el proceso de atención, la definición de roles diferenciados respecto al cuidado (principales, complementarios y proveedores) y la distribución asimétrica en el reparto de responsabilidades, tiempo y actividades de atención.

El programa *Cuidando a cuidadores* denomina cuidador/a la persona que acompaña y asiste de manera básica a la persona enferma en todo momento, y es “quien se apropia de la responsabilidad del cuidado, participando, asumiendo decisiones y conductas acerca de la persona cuidada” (Barrera et al. 2010, 24); por lo tanto, representa un rol diferente y separado de otros roles sociales.

Los estudios realizados desde las ciencias sociales han buscado aproximarse a la persona cuidadora, analizando el enfermar y el cuidar como experiencias intersubjetivas y relacionales, mediadas por fenómenos culturales que moldean las necesidades biológicas y repercuten en el entorno social (Domínguez 1999; Carrasco et al. 2011; Martínez 2008; Robles 2007; Rogero García 2010; Yañez 2016; Page, Eroza y Acero 2018; Vargas 2011).

La experiencia de quien cuida

La experiencia es la forma como el individuo percibe el mundo; remite a la manera en cómo ve los eventos y cómo estos son interpretados y descritos desde la visión particular del individuo (Bruner 1986). A través de las narrativas de cuidado y tomando como eje central la experiencia, pude aproximarme al cuidado como una práctica social que se inscribe en el marco de lógicas más amplias, en las que se ven inmersos la familia, el género y la construcción del sujeto.

La experiencia de cuidar en todos los casos implicó la aceptación de un rol y de un “deber ser” socialmente definido, marcado por la dicotomía de género, en la que mediante arreglos sociales se transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana (Rubin 1975, citada por Meler 2006) y la jerarquía del patriarcado, que desde la unidad

familiar define los roles masculinos y femeninos en la producción de recursos y la satisfacción de necesidades (Carrasco et al. 2011).

Las mujeres de este estudio entienden el cuidado como práctica que se desprende de su “naturaleza”. Incluso lo perciben como una continuidad de las actividades que, ya sea por la maternidad, la crianza compartida o la atención entre hermanos, habían realizado en otros contextos. Al respecto Bertha (55 años), quien cuidaba a su madre con diabetes, mencionaba que el hecho de ser mujer influyó su decisión de ser cuidadora, pues consideraba que es “una creencia... ha sido un rol de la mujer. Sencillamente desde siempre ha sido así, desde los tiempos de las abuelitas y los abuelitos siempre la mujer debe estar atenta del hombre, del papá y de los hermanos” (Entrevista 2).

Un aspecto que llama la atención en el relato de Bertha, y por el cual según Arango (2011) el cuidado ha sido invisibilizado como trabajo, es el hecho de que en el ámbito doméstico se confunde con el cumplimiento de deberes “evidentes” de la mujer o con la expresión del amor. A pesar de que con la industrialización se inició un proceso de mercantilización de los trabajos desarrollados en el hogar y se estableció el trabajo de cuidado en forma de bienes y servicios, aún se considera este trabajo como responsabilidad exclusiva de las mujeres (Hirata 2016).

Por el contrario, para los hombres el cuidar es un reto que implica el aprender haciendo y, a su vez, genera tensiones, ya que lo brindan en un ambiente mayormente femenino en el que el manejo del cuerpo y las relaciones de poder se tornan conflictivas. Durante una de las sesiones del programa, Javier (58 años) relató su experiencia de cuidado de su madre:

Para mí como hijo fue muy extraño. Mi mamá desde que se enfermó se apegó mucho más a mí... solo quería que yo la cuidara y no le gustaba que mis otros hermanos la atendieran. Tanto es así que yo ahora vivo con ella y he tenido que aprender a cuidarla, como dirían por ahí ‘sobre la marcha’. Todos los días uno aprende cosas nuevas; por eso, para mí es tan importante este grupo. (Diario de campo 1)

En las distinciones que perciben las y los cuidadores, se ponen en evidencia dos principios organizadores de la división sociosexual del trabajo: el primero hace referencia a las diferencias entre trabajos de hombres y trabajos de mujeres (principio de separación) y el segundo es el valor

dado a dichos trabajos (principio jerárquico) (Molinier 2011). El cuidado, al estar social y culturalmente constituido como una tarea femenina, vincula al hombre cuidador a prácticas y discursos que feminizan su labor y, al mismo tiempo, lo sitúan en una posición ambigua dentro de esferas de actividad y prestigio jerárquicamente ordenadas (público-privado).

Otro aspecto relevante en los relatos es la distinción de género que subrayan las y los cuidadores en relación con la sensibilidad y comprensión del otro, habilidades asumidas como femeninas que, incluso, pueden llegar a ser mejores para el cuidado. Ante mis preguntas al respecto, Rosa, de 55 años de edad, quien asumió finalmente el cuidado de su padre después de múltiples turnos compartidos con sus hermanos, mencionó lo siguiente:

La mujer es más delicada, de más respeto, de más cuidado, es más, más suave, el hombre es más brusco... Claro que él lo puede hacer, pero entonces la mujer es más delicada, piensa, mira las cosas, analiza... Tiene una forma diferente de ver las cosas. (Entrevista 5)

De manera similar, María, una mujer soltera que, a sus 50 años, convive y cuida a sus dos padres, señalaba por qué para ella el ser mujer influenciaba el desarrollo del rol de cuidar:

La mujer tiene sentimientos, lo hace (el cuidado) con más sentimientos, que [...] el hombre. Un hombre es como más mecanizado, ¿sí me entiende? Todo lo hace como porque le toca, por inercia... Pero no quiere decir que no haya hombres cuidadores, los hay. (Entrevista 6)

Lo que expresan Rosa y María se relaciona con lo que han analizado Carol Gilligan (2013) y Joan Tronto (1987) sobre la ética del cuidado. Para Gilligan, a pesar de que “el cuidado y la asistencia no son asuntos de mujeres, sino intereses humanos” (Gilligan 2013, 54), la jerarquía patriarcal genera una disociación entre lo racional y lo sentimental, asociando las emociones, el cuerpo y las relaciones a lo femenino. Tronto, por su parte, busca entender la ética del cuidado más allá de la diferencia de género, contemplando las relaciones de poder y desigualdad existentes en la sociedad que determinan quién y cómo se cuida.

Teniendo en cuenta que en la práctica se desarrollan las habilidades y se crea el *saber hacer* en torno a la labor de cuidado, existe el señalado

presupuesto de las posturas feministas, según el cual tanto hombres como mujeres pueden asumir el rol de quien cuida, ya que no existen predisposiciones psicológicas, ni habilidades específicas que hagan a uno u otro más apto para el cuidar (Robles 2007).

Indudablemente, la “obligación” de cuidar en los relatos está ligada a las relaciones de reciprocidad y solidaridad entre los miembros de la familia como parte de los vínculos de parentesco. Tal como plantea la teoría del don de Marcel Mauss (2009), el intercambio de dones se desarrolla ajeno al intercambio comercial e implica la reciprocidad y obligatoriedad; por lo tanto, los dones circulan bajo la premisa de que serán devueltos.

Al respecto, Dolors Comas d’Argemir propone que dicha devolución del don difiere en el tiempo, generando así en ese intervalo un sentimiento de deuda, que en el caso del cuidado está inscrito en un sistema moral específico: “Dar, recibir y devolver cuidados se inscribe en la lógica de la solidaridad familiar y de las obligaciones de género y de parentesco” (Comas d’Argemir 2017, 24).

La mayoría de las personas entrevistadas relató que sus familias tenían la capacidad económica de contratar el servicio de cuidado domiciliario; no obstante, lo contemplaba como una labor familiar que correspondía a un deber moral, en el que subyace la idea de retribución. El desistir del cuidado es considerado para muchos como una acción incorrecta y de abandono.

Para María (50 años), hija única que convive con y cuida a sus dos padres (artrosis/hipertensión), la filiación determina su experiencia como cuidadora.

Es derecho y yo creo que es un deber de uno, porque si los padres por uno vieron cuando uno no había pedido venir al mundo, porque uno nunca pide eso, ya son personas mayores... niños adultos, y necesitan que una persona los cuide. (Entrevista 6)

De acuerdo con lo mencionado por María, Bertha reconocía que, si bien el cuidado es una carga y una responsabilidad, asumir el rol de cuidadora era un “deber de hija”:

El motivo fue desde un principio la responsabilidad, el compromiso, la compensación como hija. Así que fue algo muy natural; ella lo necesitaba, entonces, yo sacaba el tiempo para todas las cosas,

deber de hija, que llaman. Entonces me organicé para atender a mi esposo y atender a mi mami. (Entrevista 2)

En definitiva, pensar el cuidado en términos de una experiencia subjetiva implicó el considerar acciones, sentimientos e interpretaciones de quien cuida en torno a su trabajo.

A continuación, teniendo en cuenta que las acciones de cuidado se transforman en la medida en que la enfermedad lo demanda y surgen nuevas necesidades en la persona enferma, propongo entender el cuidado como un proceso dinámico, cuya organización se manifiesta en dimensiones específicas de tiempo y espacio, modelando la experiencia de quien cuida. Al respecto, Jesús Maldonado (1997) ha propuesto lo siguiente:

Espacio y tiempo son las formas de representación de todas las percepciones, por lo tanto, no se pueden separar... Formas exclusivas del ser humano y difícilmente transmisibles porque impregnan todas las experiencias. No existe ninguna percepción que no esté definida por un tiempo ni un espacio. (34)

TIEMPOS PARA EL CUIDADO

El asumir el rol de quien cuida implica la construcción de tiempos para el cuidado, que se instauran en el día a día de los individuos; entender el funcionamiento de dichos tiempos me permitió acercarme a la experiencia vivida de quienes decidieron ser para otros y reflexionar sobre las transformaciones suscitadas por el cuidado. Cuidar de una persona con enfermedad crónica tiene una característica particular que reside en su incurabilidad, es decir, el cuidado no desaparece con la curación o el alivio de la enfermedad, sino con la muerte de la persona enferma y, por ende, su permanencia en el tiempo es progresiva.

Las y los cuidadores sitúan el inicio del cuidado como ayudas específicas por breves periodos de tiempo, acompañamientos a citas médicas, gestiones administrativas de exámenes y medicamentos y, en menor medida, colaboración en el desempeño de labores cotidianas, todas ellas sin llegar a sustituir funciones corporales y sociales de la persona enferma. Posteriormente, con el devenir específico de la enfermedad, el deterioro orgánico y social de la persona enferma hace del cuidado una condición necesaria y permanente que obliga a quien cuida a adoptar “rutinas

de cuidado” y, en la mayoría de los casos, transforma el trabajo de cuidado como la actividad sobre la cual se estructuran el resto de usos del tiempo.

Para Sandra (57 años), las múltiples enfermedades de su esposo, sumadas a sus dolencias propias, implicaron dividir su tiempo entre el hospital, el hogar y el negocio familiar. Ella relataba que, a pesar de tener ayuda, pues tenía un empleado que le colaboraba en la cigarrería, las demandas del cuidado tanto propias como de su esposo la llevaron a tomar la decisión de cerrar sus puertas al público.

En este proceso, entonces, yo fui acabando con el negocio, no lo vendí, pero fui acabando con él. Igual mi esposo estaba ahí tendido en el cuarto y yo cuidaba de él y del negocio. Como aquí mismo vivimos, entonces era un corre corre de aquí para allá y yo con mi bastón y mis muletas. Yo dije “yo estoy acabando conmigo misma”, y por eso resolvimos acabar con el negocio poco a poco. (Entrevista 3)

Partiendo de la noción del tiempo como una representación social, que permite el encaje y organización temporal de las actividades de individuos y grupos en sociedad (Durkheim 1982), es necesario distinguir entre el tiempo social y el tiempo subjetivo, dos modalidades temporales que coexisten de manera permanente en la experiencia del cuidado.

El primero, el tiempo social, hace referencia al tiempo que imponen actividades como el trabajo y el tomar clase, cuyos ritmos se miden en horas, días, semanas, etc., y que funcionan por ciclos de manera independiente. El segundo, el tiempo subjetivo, es definido por la experiencia interior temporal y medido por las vivencias de acciones existentes en el pasado y en el presente; este tiempo varió en la experiencia del cuidado, en el antes y después de la aparición de la enfermedad, entrelazando los otros roles sociales de quienes han asumido el rol de cuidar en su diario vivir (Robles 2007).

La práctica del cuidado en la vida diaria crea una división en el tiempo social. Por un lado, se hace necesario un *tiempo social para el cuidado* con rutinas y acciones preestablecidas; por el otro, se hace indispensable coordinar el tiempo del cuidado con los tiempos de otros roles sociales.

Entre las estrategias de organización del tiempo social para el cuidado percibidas por las y los cuidadores en los grupos focales en los talleres, está el manejo de planillas para el suministro de medicamentos y alimentos en cantidades formuladas, y el establecimiento de cronogramas para

dar cumplimiento a citas médicas, terapias y demás requerimientos (Diario de campo 1).

En cuanto al cumplimiento de los otros roles sociales las y los cuidadores manifestaron diversas condiciones de adaptación. En el caso de Rosa (55 años), el cuidado de su padre modificó de manera sustancial su tiempo de trabajo como chef, al punto de que en los últimos años el lugar de producción se convirtió en su hogar, desde donde remitía los alimentos y platos preparados a los diferentes clientes.

Los cambios fueron hartísimos, porque en ese entonces... yo toda la vida he trabajado en alimentos; entonces, yo trabajaba, entraba a las 6 de la mañana, pero no sabía a qué hora salía, [...] ya cuando él se enfermó me tocaba acortar mis tiempos de trabajo... el trabajo tocó recortarlo mucho. [...] Las entradas eran más pocas y se dificultaban muchas cosas. (Entrevista 5)

Para dar continuidad a su vida social, las y los cuidadores debían coordinar los tiempos de cuidado con los tiempos en que desempeñaban sus otros roles (trabajadores, esposas, madres, etc.), reconociendo a su vez la existencia de una jerarquía temporal implícita marcada por el cuidado, en cuyo caso el tiempo dedicado a unas actividades, demanda el sacrificio temporal de otras.

Durante las socializaciones en los talleres, Martha (55 años) expresó que delegar funciones le había permitido sacar un fin de semana al mes para realizar labores diferentes a las rutinas de cuidado, apartándose por completo de la persona a la que cuidaba (Diario de campo 1). Lo anterior era de gran importancia para su bienestar ya que, por lo regular, habían sido estas las que habían disminuido drásticamente al instaurarse el tiempo del cuidado.

En cuanto al tiempo subjetivo, este surge a partir de los eventos significativos para quien cuidaba y marcaron un antes y un después entre la aparición de la enfermedad y las demandas de cuidado. Una de las características principales del tiempo subjetivo es la percepción del aumento del flujo de acciones del pasado en el presente y, por ende, la transformación de las prácticas.

Cuidadoras y cuidadores reconocían las acciones de cuidado que desarrollaban cuando la persona enferma empeoraba, pero no percibían como acciones de cuidado aquellas que hacían antes de la crisis y que

se intensificaban en esta, como bajarle un poco el azúcar al jugo o acompañar a la persona enferma todos los meses a su control. En la mayoría de sus relatos el inicio de la enfermedad difería del inicio del rol como cuidador/a; si bien habían conocido el diagnóstico desde un principio, percibieron a la persona enferma como “sana” hasta el momento en que los síntomas de la enfermedad ya eran evidentes.

En el caso de Emilia (40 años), desde que nació su hijo Erick, el diagnóstico no brindaba muchas esperanzas. La enfermedad que padecía atacaba las células madre de su cuerpo, lo que predecía su rápido y evidente deterioro. Sin embargo, ella recordaba que de forma repentina la vida de Erick a partir de sus 10 años se redujo a momentos de crisis y vitalidad, en los que las acciones de cuidado transformaron no solo su vida sino también la de ella (Entrevista 9).

Por tratarse de cuidadores familiares, fue común la mención de la transformación en el comportamiento habitual de la persona enferma con el tiempo, lo que representaba un claro síntoma de la enfermedad. Usaron expresiones como “ya no es el mismo” o “se convirtió en otro” (Diario de campo 1) para referirse a cambios de la persona enferma que marcaron el tiempo subjetivo de la persona cuidadora; ejemplo de ello son el fortalecimiento o deterioro de los lazos familiares, el reconocimiento familiar del otro (en caso de la enfermedad de Alzheimer), o la aparición de episodios de depresión e impotencia, entre otros.

Teniendo en cuenta que el tiempo es un constituyente inherente de cualquier fenómeno social, y apoyándome en Ramos (2005), quien retoma a Rogero García (2010) en su investigación sobre el impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores, me dispongo a explorar el tiempo para el cuidado a partir de tres metáforas discursivas: tiempo como *recurso*, tiempo como *escenario* y tiempo como *horizonte*, a la luz de los datos etnográficos recolectados.

El tiempo como *recurso* lo entiendo como un bien propio, del que se dispone libremente pero dentro de límites cronológicos. El adoptar el rol de cuidador para Adolfo (50 años) estuvo relacionado con la disponibilidad del tiempo como recurso. A pesar de ser profesional, la falta de empleo y su condición de “solterón”, como él mismo lo enfatizaba (Entrevista 1), hizo que fuera más fácil asumir el cuidado de su tía. En el caso de las personas cuidadoras, la adecuada distribución del tiempo les permitió invertir este recurso en un propósito definido: el cuidar.

En cuanto al tiempo como *escenario*, este es quizás la vivencia del tiempo más identificada en los relatos como una trama temporal de horarios y calendarios. En el tiempo como escenario se conjugan las prácticas de cuidado que se desarrollan en el hogar con el entorno externo y las demás actividades necesarias en la vida cotidiana de quien cuida. Retomando el caso de Rosa (55 años), su actividad como chef se vio modificada por su rol de cuidadora, a tal punto de tener que superponer los tiempos para el cuidado con los tiempos para trabajo (Entrevista 5).

Finalmente, el tiempo como *horizonte* está relacionado con las expectativas de los individuos sobre sus acciones en el pasado y en el futuro. Esta vivencia del tiempo para las personas cuidadoras tiene dos connotaciones distintas: por un lado, comprende el compromiso y el deseo mejorar cada día su labor, configurando un futuro temporal en torno al cuidado; por el otro, abarca la incertidumbre del quehacer diario ante la eventual ausencia de la persona cuidada.

En el relato de Bertha (55 años), el cuidado de su madre había implicado el aprendizaje constante mediante el cual se había fortalecido la relación familiar y, a su vez, le había permitido prepararse para el día a día, como ella misma lo refiere:

Estoy haciendo cosas diferentes. Estoy haciendo cosas nuevas con ella, con mi mamá. Estoy haciendo cosas que nunca antes había hecho, en la dedicación con ella de esa manera diferente a lo de antes... cada día tengo muchas cosas para aprender, cada día voy desarrollando más habilidades que antes no tenía. Me voy haciendo más creativa e ingenio la manera de cómo explicarle a ella cosas para comunicarse, para ser más paciente, más comprensiva. Me voy ingeniando cosas, trato de cambiar de rutina, me canso y descanso, y hago otra cosa; y si sé que el día va a hacer así, me preparo. (Entrevista 2)

Como expresó Bertha, subyace la idea de un antes y un después en la experiencia de cuidar que puede ser considerada satisfactoria respecto al deber cumplido, pero a su vez desestabilizante una vez finalizada. En la mayoría de los casos, las y los cuidadores hicieron referencia a la preocupación por el futuro y a la necesidad de retomar aspectos de la vida que habían quedado relegados por las prácticas del cuidado.

Tal es el caso de Adolfo (50 años), cuyo familiar falleció en medio de la realización de este trabajo etnográfico y quien consideró lo siguiente:

Mientras la cuidaba me atemorizaba que en un futuro que no me reconociera, y su muerte. Ahora me siento desubicado, no sé qué hacer con mi vida. Quisiera tener proyectos en el campo agropecuario, pero aún no sé cómo financiarlos, ni me siento preparado aún para hacerlo. (Entrevista 1)

De esta forma, la muerte simbolizaba, tanto para Adolfo como para las cuidadoras, el fin del ciclo de cuidado a partir del cual habían estructurado su vida en los últimos tiempos.

En síntesis, analizar el tiempo para el cuidado desde la perspectiva de la experiencia vivida y a la luz de los discursos sociales del tiempo (Ramos 2005) me permitió comprender el contexto temporal en el que quienes cuidan dotan de sentido sus prácticas y, a su vez, transforman sus vidas en función del bienestar de otra persona. Si bien es cierto que consideraban que habían asumido el rol de cuidar como una decisión voluntaria, las condiciones particulares de cada una de las personas entrevistadas permitieron la construcción de los tiempos para el cuidado (social-subjetivo) y, por ende, el desarrollo de dicho rol.

ESPACIOS PARA EL CUIDADO

Así como el tiempo se divide y diferencia en la experiencia del cuidado, el espacio también se coordina de manera diferencial para dar cabida a las acciones que devienen de cuidar. Debido a su permanencia en el tiempo, las enfermedades crónicas salen del ámbito hospitalario haciendo del hogar el espacio principal del cuidado. Es allí donde se crea un contexto específico para la supervivencia de la persona enferma y se configura un sistema de autoatención entendido como “la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstica/familiar” (Menéndez 1990, 176).

En el momento de la aparición de la enfermedad, no todas las personas cuidadoras cohabitaban con la persona que necesitaba los cuidados. Sin embargo, a medida que se hacía más evidente el deterioro de la persona enferma y las acciones de cuidado eran más demandantes, se hacía necesaria la coresidencia para garantizar el cuidado. En algunos casos la persona cuidadora se instaló en la casa de la enferma, en su mayoría hijas e hijos que retornaron al hogar; en otros casos, se conformaron

familias extensas que convivían el cuidador/a, su familia y la persona enferma. Así lo narró Alma, quien a sus 54 años se mudó a casa de su madre con toda su familia para cuidarla mejor:

Yo vivía fuera de Bogotá hace ocho años, pero cuando sucedió lo de mi mamá. Con mi esposo y mis hijos estábamos viviendo en Fusagasugá... A razón de las complicaciones de ella me tocaba viajar mucho y, entonces, con mi esposo decidimos como en octubre del año pasado (2012) que yo viviera con mi mamá..., sacrificando mi vida familiar. Finalmente, esa situación no duró mucho y terminamos viviendo todos aquí, en la casa de mis padres. (Entrevista 7)

Esta transformación descrita por Alma constituye uno de los cambios más significativos de su experiencia que mencionaron las y los cuidadores, ya que, si bien con la persona cuidada guardaban relaciones de parentesco y nexos emocionales que no la hacían un ser desconocido, el espacio físico y la misma idea de hogar cambiaban profundamente cuando se convertían en lugar de cuidado.

La coresidencia en el contexto espacial de cuidado tiene efectos tanto positivos como negativos en la diada cuidadora–persona enferma. Rogero García (2010) considera que la convivencia puede desarrollar relaciones de cuidado menos problemáticas para la persona que cuida, menos sentimientos depresivos en la persona cuidada y una mayor disponibilidad de las y los cuidadores. No obstante, la cohabitación puede incrementar la percepción de carga, disminuir la satisfacción con el cuidado e interferir en el desarrollo de los otros roles de quienes cuidan, dentro y fuera del hogar.

A pesar de que la coresidencia fue una constante en las narrativas de las personas con quienes trabajé, no fue una condición única para el cuidado; cuando lo asumen más personas, existen arreglos tácitos entre los miembros de la familia que constituyen la estructura de cuidado a partir de su participación, exclusión y distribución de actividades (Vargas 2011). Este es el caso particular de Bertha (55 años), quien con sus otros seis hermanos dividía los cuidados de su madre, debido a la obstrucción arterial producto de la diabetes. A pesar de que su madre vivía sola, nunca lo estaba, ya que mediante turnos de cuidado diferentes personas alternaban la presencia en un mismo espacio adaptado para tal fin (Entrevista 2).

La organización de un ambiente de cuidado implica transformaciones encaminadas a mejorar y facilitar la vida tanto de la persona enferma como de la persona cuidadora en el espacio que habitan. En este sentido, encontré dos tipos de transformaciones surgidas a raíz de la intensificación del cuidado: *modificaciones físicas y resignificación de los espacios*.

Por modificaciones físicas me refiero a todos aquellos cambios permanentes del espacio habitable del entorno humano. Pueden existir modificaciones físicas por gusto, por obligación y justificadas. Las modificaciones por gusto obedecen al mejoramiento estético de un espacio para hacerlo más agradable; las modificaciones obligatorias son aquellas que se realizan por fuerza mayor ante una causa externa natural o humana (terremotos, incendios, fugas, etc.) y, finalmente, las modificaciones justificadas, que se dan por necesidad, están encaminadas a mejorar o facilitar la vida en el hogar.

En las observaciones que realicé en los hogares de las y los cuidadores, las modificaciones justificadas fueron las más evidentes. En general, quienes cuidaban consideraban las modificaciones del espacio como producto de la aparición de la enfermedad y según las necesidades de la persona cuidada; en cambio, hablaban poco o nada de transformaciones que contribuyeran al bienestar de todos miembros de la familia.

Acciones como elevar la taza del baño, instalar barras de seguridad, alargar el tubo de la cánula del generador de oxígeno, adaptar rampas y adecuar objetos para el uso de la persona enferma fueron las modificaciones más comunes. Como lo expresó María Victoria, cuidadora de 65 años, durante una de las sesiones de *Cuidando a cuidadores*:

Adecuaciones, algunas necesarias como las del baño. Para poder entrar la silla al baño tocó quitar la puerta con el marco, tocó quitar la división de la entrada de la ducha al baño. Esas son las adecuaciones más notorias y hay otras como las de las varillas, pero en el espacio no es posible. Lo otro es que ella necesita terapia para que ella pueda movilizarse. (Diario de campo 1)

Las modificaciones físicas buscan crear un ambiente propicio para la persona enferma mediante arreglos domésticos de mobiliario y espacio. Al respecto, algunos autores como Yantzi (2005) y Durán (2005) denotan la existencia de un conflicto entre el espacio público y el espacio privado, debido a que las necesidades de las y los enfermos pasan a un primer

plano, alterando los espacios comunes que corresponden a la familia como unidad y los espacios privados correspondientes a los miembros individuales.

De forma simultánea a las transformaciones físicas del espacio, las familias modifican también su percepción de este: lo que en un principio significaba un espacio con la enfermedad, se transformaba y era percibido de manera diferencial y única.

En las observaciones en viviendas familiares, y en especial en las que aún los matrimonios perduran, fue frecuente que la habitación principal con cama única matrimonial hubiera sufrido un cambio de significado con el devenir de la enfermedad: la separación de espacios para dormir, ya que compartir con la pareja se convierte en algo casi imposible. Esto se agudiza cuando la enfermedad afecta la movilidad, la coordinación o el control de esfínteres de la persona enferma.

Lo anterior se ve reflejado en el relato de Alma (54 años), cuyos padres separaron sus alcobas en búsqueda del descanso y comodidad de la madre, a quien la arterioesclerosis le redujo sustancialmente la movilidad.

Entre las medidas que nos tocó tomar está la separación de mis papás (risas), pero en la separación del espacio; no vaya a creer mis papás son de los que piensan que el matrimonio es para toda la vida... Tocó poner a mi papá en una habitación alejada porque es de esos que escuchan duro la televisión y se la pasan oyendo radio y no, no, así no se puede, mi mamá necesitaba descanso. (Entrevista 7)

El área más importante del hogar pasaba a ser la habitación de la persona enferma, como lo señala Robles (2007), dado que es el lugar donde la persona cuidada pasa la mayor parte del tiempo y en el cual se reúnen tanto los elementos médicos como aquellos objetos que evocan los recuerdos. Sin embargo, no se trata de un espacio aislado, pues conserva la conexión, no solo física, sino también social con el resto de los miembros de la familia, así como de las personas allegadas que lo visitan; allí entran en juego tanto la distribución de objetos y mobiliarios, como la forma de interacción con el mundo a medida que avanza la enfermedad.

Así como el tiempo tiene su representación mediante las metáforas discursivas de *recurso*, *escenario* y *horizonte*, Mario Toboso y Guadalupe Valencia (2008) manifiestan que es posible analizar el espacio en iguales términos y configurar así el contexto general en el que el sujeto actúa.

Siguiendo estos planteamientos, esbozaré a continuación el espacio para el cuidado a partir de las representaciones ya mencionadas y partiendo de las narrativas de las y los cuidadores.

El espacio como *recurso* es entendible como un territorio simbólico y como un bien en disputa. Las y los cuidadores lo mencionaban implícitamente, al aludir a la resignificación del hogar por la aparición de la enfermedad y al cambio tanto del espacio propio de los individuos como del espacio común de la familia. Instaurar el cuidado en el hogar trajo consigo para algunas de las personas cuidadoras tensiones familiares referentes al uso del espacio, la convivencia y el buen vivir.

Al respecto, Sandra (57 años) relataba cómo el espacio en el que vivía con su esposo y en el que desempeñaba su rol de cuidadora era propio solo por una cláusula que impedía que los hijos mayores de él los desalojaran mientras él siguiera vivo:

Se ha convertido en casa familiar, porque mi esposo se la dejó a sus hijos mayores. Nosotros estamos acá es por una cláusula que él dejó. La cláusula se acaba cuando él muera o desista de la cláusula, del usufructo de la casa. Por eso, nosotros estamos aquí; por eso, hemos tenido problemas delicados y, si no hubiera sido por esa cláusula, tal vez ya nos hubiera tocado irnos. (Entrevista 3)

En cuanto al espacio como *escenario*, la metáfora es más clara, ya que es el lugar en donde se desarrolla la acción individual y colectiva. En el caso de los espacios para el cuidado, el escenario principal es el hogar, en donde se ejecutan la mayoría de prácticas del cuidado, que se modifica de manera sustancial para garantizar el bienestar de la persona enferma y, en menor medida, de quien la cuida.

Para Dalia (30 años) las condiciones necesarias para el cuidado de su hijo implicaron una reorganización del espacio colectivo que compartía con sus hermanas, quienes vivían en la misma casa de patrimonio familiar. Las dificultades de movilidad de Juan a raíz de su parálisis cerebral la obligaron a mudarse al primer piso y desplazar a su familia a pisos más altos, cuando ya no era posible cargar a Juan entre sus brazos (Entrevista 8).

Finalmente, el espacio como *horizonte* es considerado a partir de la apropiación y el uso dado a este. Para las y los cuidadores es una apropiación temporal, mediada por su función para con la persona

enferma; si tenemos en cuenta que la coresidencia era uno de los cambios espaciales más significativos para la vida de quien cuida, es posible pensar que la apropiación de los espacios de cuidado culmine con la ausencia de la persona enferma.

A pesar de que nunca fue explícito en las entrevistas el abandono del espacio del cuidado después de la terminación del rol de cuidado, sí se hizo evidente en algunas de las personas cuidadoras la incomodidad de habitar un espacio que no consideran suyo: para Adolfo (Entrevista 1), el apartamento donde residía con su primo y su tío, y para Alma, la casa de su madre a la que tuvo que regresar después de ocho años y donde llegó a convivir con su esposo y sus hijos (Entrevista 7).

En resumen, los espacios para el cuidado son espacios de objetos, recuerdos y significados. El hogar, más allá de ser el espacio en el que se ejerce el cuidado, es el lugar donde toma forma y tiene sentido la experiencia de cuidar. Las y los cuidadores reconocen su constante búsqueda para crear condiciones físicas y simbólicas que satisfagan las necesidades propias de la persona enferma y, asimismo, generar un ambiente favorable para organizar el cuidado en cuanto al quehacer diario.

TRANSFORMACIONES DE LA PERSONA QUE CUIDA: UN HABITUS TEMPORAL

Hasta aquí he analizado la experiencia de ser cuidador/a en las dimensiones de tiempo y espacio, entendiendo cómo los tiempos para el cuidado se construyen a partir de los eventos que, para quien cuida, fueron significativos al marcar un antes y un después entre la aparición de la enfermedad y las demandas de cuidado. A la vez, considero cómo los espacios para el cuidado remiten al hogar como el lugar donde este se estructura y donde se hace más clara la reorganización del día a día.

Además, he adoptado los planteamientos referentes a las representaciones discursivas del espacio y del tiempo, para interpretar los relatos de vida de las y los cuidadores. A partir de dichas consideraciones, y tomando como referencia la noción de *campo de presencia del sujeto* (Toboso y Valencia 2008), propongo entender la experiencia de quien cuida en términos de *habitus*, como un esquema orientador de las prácticas sociales, en este caso en torno al cuidado y como una forma coherente de hacer frente a una situación particular, como lo es la enfermedad crónica.

El *campo de presencia del sujeto* es un campo espacio-temporal: una representación discursiva cuya estructura puede ser vista como una trama que conjuga tres tipos de representaciones (*recurso*, *horizonte* o *escenario*) para ambas dimensiones (el tiempo y el espacio). Dicho campo lo considero como el contexto en el que se desenvuelven las acciones del sujeto, en cuanto es capaz de conocer y de actuar, y donde todo acontecimiento debe integrarse para cobrar algún sentido en su quehacer (Valencia y Toboso 2009).

De esta manera, planteo que los tiempos y los espacios para el cuidado configuran un campo de presencia específico para quienes asumen el rol de cuidar y a partir del cual su experiencia es relatada. Teniendo en cuenta la existencia de dicho “campo de presencia del cuidador/a”, propongo que las prácticas de cuidado que allí se desarrollan pueden ser entendidas en términos de *habitus*, como un sistema de disposiciones duraderas y transferibles, que funcionan como pautas o esquemas de clasificación que orientan valoraciones, percepciones y acciones respecto a la realidad que los sujetos viven cotidianamente (Bourdieu 2007).

De acuerdo con los planteamientos de Bourdieu (2007), los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus*. En el caso de las y los cuidadores, los patrones de comportamiento desarrollados obedecen a una condición particular de existencia: la enfermedad crónica que, si bien no es propia, modifica su vida y obliga a la adopción del rol de cuidar.

La construcción del *habitus* está estrechamente relacionada con el campo en el que se desenvuelve el sujeto. Por lo tanto, las acciones humanas no son simples reacciones a estímulos, sino que llevan consigo la historia activa de las experiencias pasadas (Bourdieu y Wacquant 1995). Para el caso del *habitus* del cuidador, podría plantear su construcción primigenia en el mundo de los cuidados, en el que el sujeto crece inmerso y percibe, valora y siente como necesarios para su desarrollo biológico y social.

Bajo la lógica anterior, podría pensarse entonces que todos somos potenciales cuidadores y, por ende, podríamos desarrollar un *habitus* del cuidador o cuidadora; no obstante, son los contextos socioculturales y económicos específicos en el momento de la necesidad del cuidado los que determinan el proceso de atención y constriñen la adopción del rol de quien cuida y, por tanto, el desarrollo de su *habitus*.

El *habitus* como sistema de disposiciones para la acción y como subjetividad socializada posee dos características específicas: es duradero y transferible. En el contexto del cuidado ambas se hicieron evidentes a partir de la experiencia de quien cuida. Desde la visión de las y los cuidadores, esta durabilidad está ligada al avance de la enfermedad que determina las prácticas del cuidado y su fin con la muerte de la persona cuidada. Al respecto María hacía referencia a la temporalidad de las acciones de cuidado para con los otros y otras, que terminarían ante la ausencia de sus padres:

Mijita, no, ya termina mi misión ahí, por ahí tengo una hermana de mi mamá, NO, ella seguramente piensa que cuando se muera mi mamá yo me voy a ir a lidiar con ella, pero yo ya se lo he dicho a todo el mundo: hasta aquí mi misión, el que me crio es al que cuido y se acabó. (Entrevista 6)

Según el relato de María, la durabilidad del *habitus* de cuidado está determinada por la duración de la enfermedad y, por ende, por la presencia de la persona enferma. De esta manera se podrían entender como temporales las disposiciones para la acción del cuidado.

En cuanto a lo transferible, Martínez (2017) menciona que se puede dar en dos sentidos: intercambiable y reproductivo:

Intercambiable, pues el mismo *habitus* se manifiesta en los distintos campos en los que participa el agente [...]. Y reproductivo, pues la familia lo transfiere a sus hijos, o la escuela al alumnado, o cualquier institución socializadora a los socializados. (Martínez 2017, 3)

Respecto a esta característica, se podría decir que el *habitus* de quien cuida lo reproduce el programa *Cuidando a cuidadores*, del cual la mayoría de las personas entrevistadas participaba y cuyo objetivo era fortalecer la habilidad de cuidado de las y los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. Al hablar del programa, Carmen (55 años) refería lo siguiente: “Yo lo veo como un aprendizaje para un futuro, una no sabe, una tiene hijos, esposo e, incluso para mí, uno suele enfermarse más que el esposo [sonrisas]” (Entrevista 4).

A nivel general, las y los cuidadores aludían lo que habían aprendido como una ganancia para el desarrollo de las prácticas del cuidado.

Reconocerse en el rol social de quien cuida hace pensar que el programa *Cuidando a cuidadores* reproduce el *habitus* temporal del cuidado en un contexto más especializado para tal fin.

En este orden de ideas, ambas características, tanto lo durable como lo transferible del sistema de disposiciones que constituyen el *habitus*, son identificables en los relatos de las y los cuidadores, haciendo evidente la existencia de un “*habitus* del cuidador”. En cuanto a su carácter temporal, este se encuentra ligado a la aparición y duración de la enfermedad, así como a la continuidad del rol de quien cuida; de acuerdo con lo observado, dicho *habitus* se mantiene mientras la persona enferma esté con vida y puede llegar a transformarse en prácticas de cuidado para sí mismo, que perduran así finalice el rol de cuidado.

Ejemplo de ello es lo que relató Bertha (55 años), quien reconoció que había cambiado sus hábitos alimenticios y los de su familia a raíz de las recomendaciones de cuidado para con sus padres:

Yo no tengo, ni nunca me han dicho que [tenga] diabetes ni descalcificación de huesos, pero desde que a mi papá y a mi mamá empezaron a decirles que el exceso de sal, que el exceso de harinas, que el exceso de azúcar, yo misma empecé a cuidarme y a cuidar de mi familia. (Entrevista 2)

En este caso en particular, una forma de cuidado preventivo es la preparación de los alimentos y, aunque es uno de los cambios más mencionados, las personas cuidadoras también manifiestan la inclusión de ejercicios físicos en sus rutinas, que equiparan con las terapias que reciben las personas enfermas en busca de su bienestar.

Para concluir, pensar en la existencia de un *habitus* temporal de la persona cuidadora es reconocer cómo la subjetividad de quien cuida se modifica bajo condiciones particulares de existencia (con el devenir de la enfermedad crónica), moldeando la experiencia vivida en el contexto espacio-temporal en el que se actúa.

CONSIDERACIONES FINALES

Por medio del trabajo etnográfico centrado en la experiencia de las personas cuidadoras, constaté el cuidado como una práctica cotidiana que se desarrolla al interior del hogar y que, más allá de replicar prácticas médicas, cobra sentido en acompañar al quien padece la enfermedad como

persona, atendiendo sus necesidades tanto biológicas como sociales. Dicha atención se estructura de manera informal mediante relaciones no explícitas y no solo repercute en la vida de la persona que recibe los cuidados, sino que también afecta la vida de quien decide brindarlos.

Para reflexionar sobre las narrativas que estructuran la experiencia de quien cuida, fue necesario entender el cuidado como un proceso dinámico, cuya organización se manifiesta en dimensiones específicas de tiempo y espacio. A través de los relatos de las y los cuidadores, pude dar cuenta del campo espacio-temporal que se configura con la adopción del rol de cuidado y las transformaciones que este trae consigo.

Tomando la enfermedad como condición de existencia, y ante la construcción de un tiempo y un espacio específico para el desarrollo de las prácticas del cuidado, analicé la experiencia relatada a partir de las metáforas discursivas de *recurso*, *escenario* y *horizonte*, para evidenciar así el contexto general en el que la persona cuidadora actúa.

La representación del tiempo-espacio como *recurso* corresponde a la del bien del que se dispone y en relación con la que el sujeto es activo. En este caso, el tiempo de cuidado se convierte en el estructurante y el espacio del cuidado se transforma para bienestar del otro. En cuanto a la representación del tiempo-espacio como *escenario*, esta concierne a la de un entorno externo en el que se sitúa todo lo que ocurre y en relación al cual el sujeto es pasivo; las y los cuidadores reconocen así el hogar como el lugar donde se ejecutan las rutinas de cuidado, resignificando espacios y sincronizando tiempos de manera simultánea con otras actividades desarrolladas para dar cumplimiento a otros roles sociales. Finalmente, la representación del tiempo-espacio como *horizonte* atañe a la visión desde dos direcciones contrapuestas: lo ocurrido y lo que ocurrirá. En esta representación se condensa la experiencia de quien cuida respecto a la temporalidad de esta, dictaminada por el deterioro progresivo de la persona enferma y su eventual muerte.

Si bien es cierto que las y los cuidadores tenían condiciones socio-culturales y económicas variadas, pude dilucidar desde sus narraciones la existencia de un campo de presencia específico (campo espacio-temporal), en el que las prácticas de cuidado se estructuran y dotan de sentido la experiencia de cuidar. Es precisamente en ese campo en el que surge un *habitus* temporal como un sistema de disposiciones para la acción que se refuerza en el quehacer diario del cuidado, ligado

a la aparición y duración de la enfermedad, así como a la continuidad del rol de quien cuida.

Dicho *habitus* se desarrolla a partir de la experiencia social; vincula el cuidado como una labor de responsabilidad con el otro y como un trabajo físico que participa directamente en el mantenimiento o en la preservación de la vida. El situar el cuidado como trabajo es entender que “trabajar no solo es transformar el mundo, sino también transformarse uno mismo, producirse uno mismo” (Dejours 1998, citado por Kegoart 2003, 846).

En todas las experiencias relatadas subyace el cuidado como una cuestión de género, una cuestión de amor y una cuestión moral. La primera se refiere a la naturalización del cuidado como una labor femenina que, a pesar de que pueda ser realizada por hombres, se encuentra subordinada e invisibilizada en las dinámicas capitalistas. Por ello, no es fortuito que la mayoría de asistentes del programa *Cuidando a cuidadores* fueran mujeres e, incluso, que su dirección estuviera a cargo de mujeres, lo que revela que, a pesar de que no existen condicionamientos que hagan más apto a uno u otro género para el cuidado, este parece suscribirse a lo femenino.

Respecto al cuidado como cuestión de amor y el cuidado como cuestión moral, ambos abarcan la ética del cuidado y su carácter relacional, y lo sitúan en el debate de la moralidad social sexuada. El deber ser para otro, en la mayoría de los relatos, está ligado a los lazos de consanguinidad y afecto familiares, por lo que fue recurrente la idea de retribución y obligación moral.

Algunas cuidadoras reconocían su experiencia en términos de un deber cumplido y un acto de amor que, aunque implicaba un desgaste físico y emocional, correspondía a una conducta esperada y positivamente sancionada en la sociedad. De igual manera, en cada uno de los casos, las condiciones particulares hicieron que una u otra persona adoptara el trabajo de cuidado como una actividad estructurante.

Ya he mencionado que es un ejercicio reflexivo acerca de la experiencia de quienes asumen el cuidado a partir de los datos etnográficos. En un mundo donde el trabajo de cuidado ha sido devaluado e invisibilizado, dar la voz a los cuidadores y cuidadoras es conocer la manera en que conciben la labor que realizan y la dotan de sentido, permitiéndoles liberarse “de una carga que algunas veces es demasiado pesada”.

Proponer la existencia de un *habitus* temporal para quienes asumen el rol de cuidar es un intento por comprender cómo la enfermedad modifica las condiciones de existencia de los sujetos, modificando su campo de acción (contexto espacio-temporal) y, por ende, transformando sus prácticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango, Luz Gabriela. 2011. "El trabajo de cuidado: ¿servidumbre, profesión o ingeniería emocional?". En *El trabajo y la ética del cuidado*, compilado por Luz Gabriela Arango y Pascale Molinier, 91-109. Bogotá: La Carreta Social Editores.
- Arango, Luz Gabriela y Pascale Molinier. 2011. "El cuidado como ética y como trabajo". En *El trabajo y la ética del cuidado*, compilado por Luz Gabriela Arango y Pascale Molinier, 15-24. Bogotá: La Carreta Social Editores.
- Barrera, Lucy et al. 2010. *Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.
- Bourdieu, Pierre. 2007. *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, Pierre y Loïc J. D. Wacquant. 1995. "Habitus, *illusio* y racionalidad". En *Respuestas por una antropología reflexiva*, 79-99. Ciudad de México: Grijalbo.
- Bruner, Edward. 1986. "Experience and its Expressions". En *The Anthropology of Experience*, editado por Victor Turner y Edward Bruner, 3-30. Chicago: University of Illinois Press.
- Carrasco, Cristina et al. 2011. "Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales". En *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*, editado por Cristina Carrasco, Cristina Borderías y Teresa Torns, 13-97. Madrid: Editorial Catarata.
- Comas d'Argemir, Dolors. 2014. "Los Cuidados y sus máscaras. Retos para la antropología feminista". *Mora* 20, 1: 167-182. DOI: <https://doi.org/10.34096/mora.n20.2339>
- Comas d'Argemir, Dolors. 2017. "El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados". *Quaderns-E De l'Institut Català d'Antropologia* 22, 2: 17-32. <https://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/333109>
- De la Cuesta, Carmen. 2007. "El cuidado del otro: desafíos y posibilidades". *Investigación y Educación en Enfermería* 25, 1: 106-112.

- Domínguez Alcón, Carmen. 1999. "Sociología del cuidado". *Enfermería Clínica* 9, 4: 174-181.
- Durán, María de los Ángeles (coord). 2005. *Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus*. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España.
- Durkheim, Émile. 1982. *Las formas elementales de la vida religiosa*. Madrid: Akal.
- Gilligan, Carol. 2013. "La resistencia a la justicia: una ética feminista del cuidado". En *La ética del cuidado. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas* 30, 40-67. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Hirata, Helena. 2016. "El trabajo de cuidado. Comparando Brasil, Francia y Japón". *SUR. Revista Internacional de Derechos Humanos* 13, 24: 53-64. <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/5-sur-24-esp-helena-hirata.pdf>
- Kergoat, Danièle. 2003. "De la relación social de sexo al sujeto sexuado". *Revista Mexicana de Sociología* 65, 4: 841-861.
- Maldonado, Jesús. 1997. "Sociología del espacio: El orden especial de las relaciones sociales". *Política y Sociedad* 25: 21-36.
- Martínez, José. 2017. "El habitus. Una revisión analítica". *Revista Internacional de Sociología* 75, 3: e074. DOI: <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2017.75.3.15.115>
- Martínez, Ángel. 2008. *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Mauss, Marcel. 2009. *El ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Buenos Aires: Katz.
- Meler, Irene. 2006. "La familia: antecedentes históricos y perspectivas futuras". En *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de subjetividad*, Mabel Burin e Irene Meler, 31-70. Buenos Aires: Paidós.
- Menéndez, Eduardo. 1990. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas).
- Molinier, Pascale. 2011. "Antes que todo, el cuidado es un trabajo". En *El trabajo y la ética del cuidado*, compilado por Luz Gabriela Arango y Pascale Molinier, 45-64. Bogotá: La Carreta Social Editores.
- Nkongho, Ngozi. 1990. "The Caring Ability Inventory". *Measurement of Nursing Outcomes: Self Care and Coping*, editado por Ora Lea Strickland y Carolyn Feher Walz, 3-16. New York: Springer.

- Organización Mundial de la Salud. 2012. “Datos interesantes acerca del envejecimiento”. <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- Page, Jaime, Enrique Eroza y Cecilia Acero. 2018. *Vivir sufriendo de azúcar. Representaciones sociales sobre la diabetes mellitus en tres localidades de los Altos de Chiapas*. San Cristóbal de las Casas: Centro de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Chiapas y la Frontera Sur; UNAM. <http://www.librosoa.unam.mx/bitstream/handle/123456789/2317/17-vivir.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramos, Ramón. 2005. “Discursos sociales del tiempo”. En *Tiempo y espacio: miradas múltiples*, coordinado por Guadalupe Valencia, 525-543. Ciudad de México: Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM; Plaza y Valdés Editores.
- Robledo, Vanessa. 2014. “Vivencias del cuidado. Una mirada desde la experiencia del cuidador”. Trabajo de grado en Antropología, Universidad Nacional de Colombia.
- Robles, Leticia. 2007. *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos. Un estudio cualitativo en el barrio de Oblatos*. Guadalajara: Editorial Universitaria, Universidad de Guadalajara.
- Rogero García, Jesús. 2010. *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero).
- Toboso, Mario y Guadalupe Valencia. 2008. “Una representación discursiva del espacio-tiempo social”. *Estudios Sociológicos* 26, 76: 119-137.
- Tronto, Joan. 1987. “Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado”. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 12, 4: 644-663. Traducción del Programa de Democratización de las Relaciones Sociales. San Martín: Escuela de Posgrado. Universidad Nacional de General San Martín.
- Valencia, Guadalupe y Mario Toboso. 2009. “Aspectos sociológicos y fenomenológicos en el análisis del tiempo”. *Acta Sociológica* 48: 57-85.
- Vargas, Elías. 2011. “No es lo que uno quiere sino lo que le toca. El proceso de cuidados familiares prolongados a los adultos mayores con discapacidad”. Tesis de maestría en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas). <http://repositorio.ciesas.edu.mx/bitstream/handle/123456789/122/M506.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Yantzi, Nicole. 2005. “Balancing and Negotiating the Home as a Place of Caring: The Experiences of Families Caring for Children with Long-Term Care Needs”. Tesis de doctorado en Geografía, Queen’s University.

Yañez, Pedro. 2016. “La pena muda. Sufrimiento en cuidadores de familiares con diabetes mellitus tipo 2 y amputación, en Guadalajara, Jalisco”. Tesis de doctorado en Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas). <http://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/475>

Diarios de campo

Diario de campo 1. Sesiones de programa *Cuidando a cuidadores*, octubre 2013 a marzo 2014, Universidad Nacional de Colombia, Edificio posgrados de Enfermería, Bogotá. Notas y grabaciones de voz.

Diario de campo 2. Visitas a hogares y otras instituciones. Visitas de acompañamiento al Hospital Universitario Méderi y al Hospital Universitario San Ignacio, a charlas informativas sobre el manejo del duelo en el caso de Adolfo y el manejo de la crisis en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en el caso de Sandra. Enero 2014 a mayo 2014, Bogotá. Notas y grabaciones de voz.

Entrevistas

Entrevista 1: Entrevista realizada a Adolfo. Universidad Nacional de Colombia, edificio de Ciencias Humanas, 1 de octubre de 2013, 11:00 a. m., 2 h y 30 min. Grabadora de voz.

Entrevista 2: Entrevista realizada a Bertha. Universidad Nacional de Colombia, edificio de Ciencias Humanas, 8 octubre de 2013, 4:00 p. m., 2 h. Grabadora de voz.

Entrevista 3: Entrevista realizada a Sandra. Casa de la cuidadora, Bogotá, 18 de octubre de 2013, 2:00 p. m., 2 h y 30 min. Grabadora de voz.

Entrevista 4: Entrevista realizada a Carmen. Casa de la cuidadora, Bogotá, 18 de octubre de 2013, 2:00 p. m., 2 h y 30 min. Grabadora de voz.

Entrevista 5: Entrevista realizada a Rosa. Casa de la cuidadora, Bogotá de 30 de octubre de 2013, 3:00 p. m., 2 h. Grabadora de voz.

Entrevista 6: Entrevista realizada a María. Casa de la cuidadora, Bogotá, 10 noviembre de 2013, 2: 45 p. m., 1 h. Grabadora de voz.

Entrevista 7: Entrevista realizada a Alma. Casa de la cuidadora, Bogotá, 15 noviembre 2013, 4:31 p. m., 3 h, Grabadora de voz.

Entrevista 8: Entrevista realizada a Dalia. Casa de la cuidadora, Bogotá, 15 de febrero de 2014, 2:00 p. m., 2 h. Grabadora de voz.

Entrevista 9: Entrevista realizada a Emilia. Casa de la cuidadora, Bogotá, 1 marzo de 2014, 3:00 p. m., 1 h y 30 min. Grabadora de voz.

BENSHOANON: EL PROCESO CURATIVO DE LA MEDICINA TRADICIONAL DEL PUEBLO INDÍGENA SHIPIBO-KONIBO

PEDRO FAVARON*

Académica independiente
Nishi Nete, Clínica de Medicina Tradicional y
Centro de Estudios Ancestrales, Ucayali, Perú

CHONON BENSHO**

Asociación de Artistas y Sabios del Pueblo
Shipibo-Konibo METSA, Ucayali, Perú



*pfavaron@yahoo.com.ar ORCID: [0000-0002-1985-1679](https://orcid.org/0000-0002-1985-1679)

**chononbensho@gmail.com ORCID: [0000-0001-8935-3846](https://orcid.org/0000-0001-8935-3846)

Artículo de reflexión recibido: 26 de junio de 2020. Aprobado: 18 de agosto de 2020.

Cómo citar este artículo:

Favaron, Pedro y Chonon Bensho. 2021. “*Benshoanon*: el proceso curativo de la medicina tradicional del pueblo indígena shipibo-konibo”. *Maguaré* 35, 1: 159-178. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96668>

RESUMEN

El presente artículo ha sido escrito por una pareja de esposos comuneros empadronados de la comunidad nativa de Santa Clara de Yarinacocha, del pueblo shipibo-konibo, uno de los más numerosos de la Amazonía peruana, reconocido por la sabiduría de sus antiguos médicos meraya. El trabajo propone una explicación del proceso curativo de la medicina tradicional desde las propias racionalidades indígenas, sin imponer categorías eurocéntricas, y a partir de un modo de escritura académica intercultural que permite a los saberes indígenas expresarse sin perder su temperamento poético y narrativo. Plantea, asimismo, un diálogo intercultural con la medicina académica y con la sociedad moderna, para tratar de ensanchar la visión sobre el ser humano y la salud.

Palabras clave: filosofía intercultural, medicina tradicional, meraya, saberes ancestrales, shipibo-konibo.

BENSHOANON: SHIPIBO INDIGENOUS PEOPLE'S TRADITIONAL MEDICINE CURATIVE PROCESS

ABSTRACT

This article was written by a married couple registered at the native community of Santa Clara de Yarinacocha, of the Shipibo-Konibo people. The Shipibo-Konibo people are one of the more numerous indigenous groups of the Peruvian Amazonia; they are recognized for the wisdom of the Meraya, their traditional doctors. The work explains the healing process involved in traditional medicine from the standpoint of indigenous rationalities themselves, not from Eurocentric categories. Instead, it uses a mode of intercultural academic writing that allows indigenous knowledge to be expressed without losing its poetic and narrative temperament. To broaden the vision of human beings and health, this article also proposes an intercultural dialogue with academic medicine and with modern society.

Keywords: ancestral knowledges, intercultural philosophy, Meraya, Shipibo-konibo, traditional medicine.

BENSHOANON: O PROCESSO CURATIVO DA MEDICINA TRADICIONAL DOS POVOS INDÍGENAS SHIPIBO-KONIBO

RESUMO

Este artigo foi escrito por um casal de cônjuges comuneiros inscritos na comunidade nativa de Santa Clara de Yarinacocha, do povo Shipibo-Konibo, um dos mais numerosos da Amazônia peruana, reconhecido pela sabedoria de seus médicos antigos meraya. Este trabalho propõe uma explicação do processo de cura da medicina tradicional a partir das próprias racionalidades indígenas, sem impor categorias eurocêntricas, e por meio de uma escrita acadêmica intercultural que permite que o conhecimento indígena se expresse sem perder seu temperamento poético e narrativo. Também se propõe um diálogo intercultural com a medicina acadêmica e com a sociedade moderna para tentar ampliar a visão do ser humano e da saúde.

Palavras-chave: conhecimento ancestral, filosofia intercultural, medicina tradicional, meraya, shipibo-konibo.

INTRODUCCIÓN

Aunque al nacer mis padres me inscribieron en la municipalidad de Yarinacocha con el nombre occidental de Astrith Gonzales Agustín, en shipibo-konibo, que es mi lengua materna, me llamo Chonon Bensho, y significa golondrina de los campos medicinales. Soy una legítima heredera del saber de mis ancestros. Escribo este trabajo en conjunto con mi esposo, Pedro Favaron, complementándonos, como deben siempre hacer el marido y la mujer cuando piensan de forma saludable y actúan según las antiguas enseñanzas. El nombre shipibo de mi esposo es Inin Niwe, que significa viento perfumado de la medicina. Ese nombre viene de los antiguos, de los espíritus Chaikonibo, y solo lo puede llevar alguien que se ha iniciado en el conocimiento ancestral, que practica la medicina y ha completado el ascenso renovador a los mundos perfumados del Espíritu. Aunque él nació en la ciudad de Lima, ha pasado muchos años investigando y conviviendo con distintos pueblos indígenas. Desde que se casó conmigo, empezó a formar parte de mi familia. Él ahora llama padre a mi padre, abuelo a mi abuelo, madre a mi madre, tío a mis tíos. Esa es nuestra costumbre y familiaridad. Él ya no es un extranjero o un extraño, un *nawa*, según se dice en lengua shipiba, sino parte de una red afectiva de relaciones, de aquellos que procedemos de un mismo origen y vivimos juntos en el ahora, compartiendo esfuerzos, tristezas, risas y pensamientos.

Mis abuelos se han dedicado a la medicina ancestral desde tiempos muy antiguos. Su conocimiento era vasto y profundo. Tanto mi esposo como yo tenemos la suerte de habernos formado en el sistema académico moderno; pero, al mismo tiempo, hemos atravesado los procesos de iniciación en el conocimiento medicinal, siguiendo el ejemplo de los ancestros. Los médicos y sabios reciben en shipibo los nombres de *meraya* o de *onanya*. Hemos caminado por las sendas sagradas de los antiguos sabios para vincularnos con los mundos espirituales y recibir de ellos una luz de sabiduría que ilumine nuestras almas y nuestras vidas. Nuestros mayores nos han transmitido su sabiduría y, en nuestros sueños, hemos conversado con los dueños espirituales de la medicina, con los seres luminosos Chaikonibo y con los sabios inka. Ellos nos han brindado sus enseñanzas con compasión y generosidad. Cuando una mujer shipiba conoce las costumbres de sus abuelas y las sigue practicando, cuando sabe sobre las distintas plantas medicinales y con sus pies descalzos

pisa la tierra que caminaron sus padres, no es una persona perdida en el mundo, sin identidad, sin destino. No es como un fantasma *mahua yoshin*, sin relaciones ni afectos. Es una persona que sabe de dónde viene e intuye a dónde va. En sus sueños puede conversar con sus antepasados y recibir de ellos consejos para vivir de manera correcta, para ser una buena esposa, una buena madre, una mujer que se realiza en forma plena en el ámbito de lo femenino; puede así aunarse con su esposo en equilibrio, para vivir de manera legítima y promover el bienestar de su familia. Hay que saber vivir con sabiduría a pesar de la confusión y de la intranquilidad de este siglo.

Con base en nuestras propias experiencias en el trabajo con pacientes y a las enseñanzas que nos impartiera nuestro abuelo y nuestros tíos, hemos reflexionado sobre las dinámicas del proceso curativo de la medicina tradicional. No pretendemos, por lo tanto, dar conclusiones generalizadoras acerca del variado y antiguo campo de la medicina del pueblo shipibo-konibo, sino expresar los fundamentos filosóficos y éticos de nuestras propias prácticas. Debido a los cambios culturales que experimentamos, los saberes ancestrales no pueden permanecer estáticos, sino que tienen que ser flexibles y adaptarse para responder a las enfermedades de la modernidad, muchas veces causadas por la expansión de estilos de vida insanos y la dependencia de la economía mercantilista. Asimismo, nuestros saberes deben adaptarse para responder a la llegada de pacientes que provienen de otros contextos culturales y que buscan nuestra ayuda. La sabiduría medicinal de nuestros ancestros ha mostrado ser lo suficientemente flexible como para responder a los retos que nos proponen estas nuevas circunstancias y enfermedades. Los dueños de las plantas y los ancestros siguen apareciendo en nuestros sueños y en nuestras visiones para ayudar a las personas de distintas procedencias que se acercan a nosotros con humildad y ánimo de enmienda. Sin dejar de hundir nuestras raíces en los saberes ancestrales, debemos aplicar ciertas herramientas interculturales y dialógicas para lidiar con las antinomias propias de nuestro tiempo. Si así lo hacemos, la medicina ancestral será fuente de salud y claridad en medio de esta época de confusión y orfandad espiritual.

El presente artículo es parte de una propuesta más amplia de investigación y redacción que busca generar una reflexión filosófica e intercultural basada en los saberes ancestrales del pueblo shipibo-konibo

(entendiendo que lo ancestral no es una categoría cristalizada, sino dinámica e imaginal, en el sentido de que estos saberes se legitiman al ser atribuidos a los ancestros, y que los ancestros nos siguen hablando y aconsejando en nuestros sueños y visiones, para darnos respuestas renovadas y pertinentes que nos ayudan a realizar nuestras prácticas de forma plena). Para realizar una reflexión filosófica de esta naturaleza, es necesario partir de una sólida etnografía; nuestra propuesta metodológica, sin embargo, no nace desde categorías conceptuales eurocéntricas, sino desde las propias epistemologías y ontologías indígenas, para luego entablar un diálogo con la academia moderna.

Creemos necesario, además, realizar una escritura que, sin dejar de ser académica, permita la irrupción de lo poético y de la racionalidad afectiva, que son propias de las dinámicas y del temperamento del pensamiento y de la expresión de la medicina visionaria del pueblo shipibo-konibo. Proponemos, además, una redacción en la que se borra la distancia entre el testimonio y la reflexión antropológica y filosófica, que da así pie a un posible modelo de escritura pertinente para otros académicos indígenas, que no pueden escribir sobre sus propias culturas con un lenguaje objetivo, como si ellos no fueran parte de una indisoluble red de relaciones comunitarias y afectivas. Las citas bibliográficas que hemos puesto al final son parte de un marco teórico que da cuenta de nuestro conocimiento de la bibliografía existente sobre la medicina visionaria del pueblo shipibo-konibo; sin embargo, esos estudios no participan de forma directa de nuestra reflexión, ya que nosotros, en tanto herederos del saber de los antiguos médicos y sabios, trabajamos a partir de nuestras propias experiencias y racionalidades indígenas, por lo que no creemos necesario legitimar nuestra propuesta citando a autores que han trabajado desde un paradigma moderno e ilustrado.

LA RELACIÓN DEL MÉDICO TRADICIONAL CON SU PACIENTE

En este camino de servir a quienes solicitan nuestra ayuda, hemos aprendido que el destino de todo ser viviente es un asunto sagrado. No podemos intervenir en él de manera intempestiva o inopinada. Cada persona tiene lecciones que atravesar, caminos propios y condicionamientos que ha venido trazando para sí misma desde su infancia, algunos incluso heredados de las generaciones que la precedieron y de la cultura familiar en la que fue criada. La persona que enferma, de una

manera u otra, necesita de esa patología para aprender una lección fundamental acerca de la existencia y de la naturaleza humana. Cuando no queremos aprender, la vida una y otra vez nos pone por delante pruebas similares, pero cada vez más duras y dolorosas, hasta que asimilemos la enseñanza. Cada quien sabe cuándo llegó el momento de aprender y de buscar ayuda, de cortar con las cadenas que nos atan a la ilusión y al dolor. Para algunos, ese momento nunca llega, y se llevan a la tumba todo su sufrimiento, esclavitud e ignorancia. El sabio meraya no puede buscar a sus pacientes, ni publicitarse como lo hace una empresa, ya que lo suyo no es la venta de mercancías, sino que su misión es brindar la posibilidad a otro ser humano de cambiar por completo su modo de entender la vida, para que pueda renacer en el Espíritu y escapar al férreo ciclo de la enfermedad y el sufrimiento. El médico legítimo solo interviene cuando una persona le pide ayuda de forma adecuada y con humildad. Cada paciente debe expresar la intención de curarse y estar dispuesto a realizar los sacrificios necesarios para sanar.

Algunos quieren permanecer en el dolor, casi siempre por apego a lo conocido y temor al cambio, porque creen que ese sufrimiento les pertenece, que es algo así como un signo ineludible de su identidad y personalidad. Se identifican de tal manera con el dolor que no creen ser nada fuera del sufrimiento, ni piensan merecer algo mejor. No imaginan que exista para ellos la posibilidad de un respiro más libre y dilatado. La curación demanda renunciar a esos apegos y falsas identificaciones, a los hábitos insanos y a las dinámicas sufrientes del pensamiento; hay que atreverse a experimentar lo nuevo, lo desconocido, con simpleza y fe, confiando en la compasión medicinal y en la luz del Gran Espíritu. El paciente de un médico tradicional no es un agente pasivo que debe someterse a la voluntad del especialista, sino que participa de forma activa y responsable en su proceso de curación. Toda terapéutica, en términos ancestrales, demanda que el paciente se someta a un régimen de dieta; la persona debe estar decidida a cumplir con las abstinencias indispensables para purgarse, purificar su organismo y aquietar su pensamiento. El médico meraya genera las condiciones necesarias para que se restablezca la salud y pone sus conocimientos al servicio del paciente; pero es el propio paciente quien debe pedir ayuda a los espíritus dueños de las plantas medicinales y abrirse al influjo medicinal del Gran Espíritu, que es fuente de toda salud y entendimiento. Es solo consagrando la vida al Espíritu que el

ser humano puede renacer absuelto de condicionamientos, para al fin responder con libertad al llamado de la vida saludable y ligera.

Nuestro conocimiento medicinal es la herencia de los antiguos meraya, hombres y mujeres que vivían una existencia simple y cercana a los elementos primordiales de la naturaleza, ligados a los territorios amazónicos y respetando a todos los seres vivos. Según contaba nuestro abuelo Ranin Bima, los sabios inka enseñaron la medicina a nuestros ancestros para que pudieran vivir de manera legítima y supieran cómo recuperar la salud cuando transgredían los principios vitales del buen convivir. Con esa sabiduría que hemos heredado, podemos aliviar el sufrimiento de los humildes, ayudarlos a recuperar los equilibrios perdidos y enseñarles a vivir bien con el resto de seres. Los antiguos aceptaron las enseñanzas de los inka con simpleza y obediencia, ya que ellos eran personas sencillas y comprendieron que los sabios hijos del sol, les hablaban así por su bien, y no porque quisieran sacar provecho alguno de ellos. No se rebelaron con soberbia contra las buenas palabras de los inka ni sospecharon de ellas. Aunque los inka se han marchado de nuestra tierra y ya no podemos verlos con los ojos del cuerpo, sus voces siguen vivas en los mundos espirituales; para escucharlas, debemos alejarnos de los ruidos y apuros, y liberar nuestra alma visionaria. Por eso, la dieta iniciática que practican los médicos meraya para obtener conocimientos es siempre en aislamiento y silencio, y las plantas maestras nos enseñan a ver con el ojo trascendente del corazón, para que podamos recibir la fuerza y las enseñanzas de los seres espirituales.

Durante las dietas iniciáticas y curativas, nuestro cuerpo debe desaprender todos los excesos, las comidas condimentadas, los sabores fuertes, los afanes psíquicos y las agitaciones. Cuando la biología se tranquiliza y se purifica, nuestras intuiciones se refinan y el alma visionaria puede desplazarse por las geografías suprasensibles y escuchar a los dueños espirituales del conocimiento medicinal. Aprender de los dueños de la medicina es como recordar algo que desde siempre estuvo impreso en el fondo del alma. Es un saber reminiscente. Es volver a la condición humana original, al tiempo de las narraciones ancestrales, cuando todos los seres vivos podían comunicarse entre sí. Esta sabiduría no puede ser alcanzada y comprendida por personas que quieren llegar a la verdad por el uso autónomo de su razón, a la manera de los intelectuales modernos. El conocimiento de la medicina es solo para quienes

entendemos que necesitamos la ayuda compasiva del Espíritu para poder realizarnos y desplegar de manera irrestricta nuestro potencial psíquico y espiritual. La verdadera sabiduría, según la racionalidad ancestral, proviene de los antepasados y de los dueños espirituales de las plantas y de la medicina. Asimismo, también el paciente del médico tradicional ha de estar abierto al resplandor de los mundos suprasensibles y, con humildad, reconocer que necesita ayuda espiritual para enderezar sus rumbos, recobrar la salud y vivir bien, como un legítimo humano. No hay curación sin fe y sin humildad, sino que hay que saber pedir ayuda a las plantas y a los espíritus medicinales, y hay que saber despertar la compasión del Gran Espíritu.

El paciente humilde entiende que no puede continuar solo, porque todas las decisiones que en el pasado ha tomado con soberbia y rebeldía, por cuenta propia, le han traído más sufrimiento. Ha de reconocer su ignorancia sobre los principios cósmicos que garantizan el buen convivir con el resto de seres vivos y que este desconocimiento provocó sus enfermedades; por lo tanto, ha de enmendar su falta y empezar a comprender, poco a poco, la forma legítima en la que se debe comportar el ser humano, habitando la tierra de forma armónica y sin imponerse irrespetuosamente sobre los demás. Si una persona no reconoce que necesita ayuda, si no tiene fe y si no deja de lado sus resistencias a la medicina del Espíritu, su propio pensamiento negativo, lo que en shipibo se llama los *jakonma shinanbo*, bloquea el flujo curativo de los cantos medicinales y de las plantas. En esos casos, se vuelve imposible ejercer la curación. En cambio, si una persona dice con convicción “quiero curarme y necesito ayuda”, puede ser recibida con compasión por el médico. Cuando el meraya decide aceptar a un paciente, se establece entre ellos un vínculo íntimo basado en la confianza mutua y el respeto. El paciente deberá cumplir las prescripciones del médico y las abstinencias de la dieta; si incumple la dieta prescrita, sus transgresiones pueden afectar la propia salud del médico. Se trata de un asunto delicado. El médico debe evaluar bien a quién es posible tratar y a quién no, y debe cuidar de su propia integridad física.

El paciente tiene que escuchar las palabras de su médico y confiar tanto en sus conocimientos como en su ética. El meraya, gracias a la amplitud de sus capacidades perceptivas, percibirá los pensamientos del paciente y visualizará incluso los aspectos más ocultos de su personalidad. Una parte del diagnóstico se desprenderá de las conversaciones que el médico entabla

con su paciente, por lo que es conveniente que el paciente sea sincero a la hora de relatar sus enfermedades y de dar cuenta de sus transgresiones y apegos. Pero la otra parte de la diagnosis, tal vez la más importante, la realizará el médico visionario mediante sueños y visiones. Desde las primeras noches, soñará con su paciente, y los propios espíritus dueños de la medicina le darán respuestas. El diagnóstico puede ser completado mediante la toma de *ayawaska*; realizando un ejercicio trascendente de la percepción, el médico es capaz de hundirse en el cuerpo del paciente y ver el estado de su sangre y de sus órganos, el funcionamiento mismo de sus células, así como las dinámicas de su pensamiento y sus traumas. Es evidente que la aproximación del meraya a la biología y a la psique de sus pacientes no responde al método de las ciencias modernas, sino que el diagnóstico lo hace en un estado de ensueño clarividente, a partir de un ejercicio intuitivo y una hermenéutica de símbolos y visiones. El paciente estará como desnudo ante su médico, por lo que el meraya tendrá que tratar a su paciente con aprecio y respetando su vulnerabilidad.

El meraya emana respeto, pero no exige ser idolatrado o idealizado. Sabe que nada puede sin la asistencia de los mundos espirituales. El paciente respetuoso y humilde percibe la fuerza espiritual del médico, la potencia de sus pensamientos, la agudeza de sus diagnósticos y aprecia su capacidad de sacrificio por los demás. Por eso, permanece en una actitud reverente y de escucha, con humildad y valor, aceptando el diagnóstico sin discutir y con sinceridad. El médico señala a sus pacientes las transgresiones y malos hábitos que los han enfermado, sus fallas y apegos, con la intención de liberarlos. No es fácil escuchar a otros diciéndonos nuestros errores; es necesario no resistirse ni cerrarse, y tener un verdadero amor por la verdad. Los pacientes de un médico sabio lo admiran y saben que la medicina se materializa en nuestro mundo gracias a los sacrificios que el meraya ha realizado para aprender, en beneficio de los demás. Conviene al paciente ser agradecido con el médico y con la luz del Espíritu. Los sacrificios del meraya contribuyen al equilibrio cósmico y a la correcta vinculación de los mundos.

LA DIAGNOSIS VISIONARIA

La curación debe darse dentro de un vínculo de empatía y afecto. A diferencia de la medicina académica moderna, el meraya no necesita guardar una distancia objetiva para realizar el diagnóstico de su paciente. Por el

contrario, la diagnosis precisa de una vinculación subjetiva e íntima: el onanya siente en su propio cuerpo y mente aquello que experimenta el enfermo, llegando incluso a enfermarse él mismo con el mal de su protegido. Y es librándose de la enfermedad en su propio cuerpo que sabrá la manera en la que debe tratar a su paciente. El onanya experimenta los malestares físicos y mentales del paciente; si no conserva cierta indiferencia frente a ellos, puede confundirse y tomarlos como malestares propios. Si esto sucede, ya no podrá realizar un diagnóstico preciso. El corazón del médico debe estar tranquilo y sin apegos; ha de ser semejante a un estanque claro un día sin viento, un espejo de agua en el cual los males del paciente puedan reflejarse. Siente los males del paciente en su propio cuerpo y mente pero, sin identificarse con ellos, el onanya va realizando el diagnóstico.

¿Cómo confiar en un diagnóstico conseguido por un proceso intuitivo y casi telepático, cuando las intuiciones y la imaginación son, tantas veces, fuente de error y engaño? En primer lugar, las facultades perceptivas de una persona que se ha iniciado en la medicina tradicional de manera legítima, al recibir sabiduría de las propias plantas maestras, son extraordinarias. Aun así, para llegar a un diagnóstico confiable, la intuición del meraya debe estar libre de caprichos y deseos egoístas, ya que estos podrían llevarlo a malinterpretar los síntomas que siente en su cuerpo y mente, así como el simbolismo de sus sueños y visiones. Su corazón necesita dejar de lado toda preocupación; su única intención tiene que ser curar a su paciente. Se trata de un estado de completa concentración meditativa y de entrega a la salud del otro, en el que no se espera obtener ningún beneficio personal. Desde el vacío interior, el onanya deja espacio para que la medicina de los mundos espirituales pueda presentarse en nuestro mundo de la manera más perfecta posible. El onanya es solo un vehículo para que se materialice la luz regeneradora del Espíritu; ni sus palabras ni sus cantos curativos le pertenecen, sino que provienen de las plantas, de los dueños espirituales y, en última instancia, la fuerza curativa desciende desde las regiones puras y resplandecientes del Gran Espíritu, que es la fuente anímica inagotable que da vida a toda la existencia.

El meraya es un ser humano simple, sin ningún atributo externo especial; pero cuando trata con su paciente, es algo más, ya que a través de él se manifiesta la antigua herencia de los médicos de antaño. Y sus

cantos convocan a los dueños de las plantas, abren los mundos espirituales, despiertan la compasión de los ancestros y canalizan la luz regeneradora del Espíritu. Sus palabras de consejo y el ritmo curativo de sus cantos le vienen como dictados desde instancias superiores. En sus prácticas médicas, gracias a las dietas de plantas maestras y al uso del *ayawaska*, el onanya aprende que el verdadero potencial de la mente humana es el de ser una antena, capaz de captar telepáticamente las voces y símbolos de los mundos suprasensibles. A pesar de lo que afirma el positivismo, nosotros no pensamos que la conciencia se origina en los impulsos electromagnéticos del cerebro ni en la actividad de los neurotransmisores; las explicaciones de la neurociencia positivista no han de resolver nunca el enigma del ser y de la conciencia, sino que hay algo más que no alcanza a ser expresado en el lenguaje científico ni es observable por sus metodologías. El meraya puede captar los pensamientos de sus pacientes porque son vibraciones que no están encerradas en el cerebro, sino que se irradian alrededor de la persona como si, en cierta medida, vivieran también en la materialidad del aire que lo rodea. Así también, como si la mente fuera una antena, puede captar las voces de los seres espirituales.

Cuando el meraya señala los hábitos nocivos y las transgresiones de sus pacientes, no está emitiendo una opinión personal, sino que las mismas plantas medicinales hablan por su boca, para señalar al paciente aquellos comportamientos, palabras y pensamientos que no se armonizan con los mundos de la medicina. Él está seguro de lo que ha contemplado en sus sueños y visiones. Hay veces que las palabras del onanya parecerán hoscas al paciente, pero esto sucede por la propia resistencia de su enfermedad y de su ego. La enfermedad, al igual que el ego, es un parásito que se resiste a morir y puede jugar con la mente del paciente, oponiendo distintas razones intelectuales para negar la validez del diagnóstico. Muchas veces nos duele escuchar la verdad, pero es imprescindible hacerlo para poder retomar una conciencia clara y libre. En el autoengaño no hay libertad ni salud. Para empezar un proceso de curación es necesario vernos a nosotros mismos y confrontarnos con el diagnóstico del médico; al paciente le conviene reconocer sus errores, la hondura de su dolor y aceptar su responsabilidad sobre el sufrimiento que experimenta. De nada sirve pensarnos como víctimas pasivas de una injusticia cósmica. Cuanto más tiempo se demore el paciente en aceptar sus negatividades y asimilar el diagnóstico, más atrasará su proceso de curación. Cuando una persona

no es sincera consigo misma, debe entonces admitirse que la curación no será posible. El médico sabio no puede discutir con sus pacientes. La resistencia a aceptar la verdad es uno de los venenos del alma; si no admitimos nuestras equivocaciones, ningún médico nos puede curar.

LA TERAPÉUTICA DE LA MEDICINA TRADICIONAL

El tratamiento debe empezar, por lo general, purificando el cuerpo del paciente de malos aires, que en shipibo se llaman *jakonma niwebo*. Son muchas las causas que pueden llenar de malos aires nuestro cuerpo. Por ejemplo, el alimentarse de forma insana y excesiva. Las carnes pesadas y con mucha sangre y grasa se pudren en el interior y producen aires pestilentes que contaminan, incluso, nuestra sangre, envenenando el sistema circulatorio y atrofiando la comunicación intercelular, lo que puede generar enfermedades graves. También el exceso de alcohol, las drogas y los medicamentos embotan el aparato digestivo, la sangre y el entendimiento. La lujuria sexual y el tener relaciones con personas promiscuas también llenan nuestro cuerpo de vientos malolientes y abombados, que corrompen nuestro pensamiento y los rumbos de nuestra vida. Nuestros maltratos al cuerpo quedan grabados en nuestras células, en nuestros huesos y articulaciones, y en nuestra memoria genética. La persona saturada de malos aires tiene un aliento denso y desagradable. Su sangre se hace espesa, fétida y ennegrecida. En su visión, el médico puede ver la sangre envenenada del paciente como si fuese petróleo; se trata de una sangre negra, *wiso jimi*. El mismo estómago se llena de esta sangre. Toda la materia se hace grasosa. Nuestro hígado se enferma. De la biología enferma emana un olor nauseabundo, aunque el propio paciente pueda no darse cuenta. Pero al médico que vive amparado en el perfume vegetal del bosque le resulta chocante. Por eso, no es bueno que el médico pase mucho tiempo con su paciente o que duerma cerca de él. Es importante que el paciente se mantenga en soledad y silencio, respirando el aire purificador del bosque y tratando de alcanzar una quietud interior.

Los seres humanos pensamos con todo el cuerpo. La salud mental empieza en el aparato digestivo. Cuando los aires putrefactos dan vueltas por los intestinos y el estómago, nuestro pensamiento se vuelve inquieto —*tsokas*—, pesado, corrupto, sin sutileza, incapaz de estar tranquilo en el aquí y en el ahora. La pesadez del mal aire acumulado también puede

quitar al paciente su vitalidad. Hay un aire denso que incita a la pereza, que en shipibo llamamos *pashna niwe*. Por eso, el cuerpo saludable debe ser fuerte pero ligero, libre de excesos. Para purificar todas estas pestilencias, el médico dará a sus pacientes vomitivos y purgas con plantas perfumadas, que lo limpien desde la tráquea y el plexo solar, hasta el colon. También con los cantos medicinales el meraya puede expulsar estos malos aires del cuerpo. El canto legítimo tiene la capacidad de apelar metafóricamente a una escoba, *matsoti*, para ejecutar la limpieza física, que se va haciendo cada vez más profunda, entrando en capas cada vez más hondas de la biología del paciente, *yora shama*. Se trata de alcanzar la hondura más íntima de los órganos con el aliento perfumado del canto medicinal. También se hace bañar al paciente con plantas perfumadas, cuyo aroma se impregnará en su carne y penetrará hasta su interior. Los mismos órganos tienen que perfumarse con las esencias aromáticas de los vegetales. Se trata de expulsar toda inmundicia por dentro y por fuera del cuerpo. Los ayunos y la dieta, al sosegar el cuerpo y evitar cualquier exceso interno, ayudan a que las plantas ejerzan su acción medicinal de forma óptima. Sin dieta y ayuno no hay curación, ya que la acción benéfica de la planta se combina con la propia capacidad regenerativa del cuerpo que ayuna. Se trata de dejar espacio libre para que la medicina pueda actuar con sutileza. El paciente que dieta permanece quieto y sin hacer nada, para permitir que las plantas medicinales y los cantos hagan su labor curativa y regeneradora. En tanto se va limpiando el cuerpo, la mente poco a poco abandona la inquietud y se serena, para que el paciente pueda pensar su vida desde un espacio de tranquilidad. En sus sueños, los propios dueños espirituales de las plantas le mostrarán todas aquellas conductas impropias que lo han enfermado.

En muchos pacientes, sobre todo cuando provienen de entornos urbanos, los diferentes apegos al mundo sensible son también fuente de malestar. Afanarse por fama y riqueza causa inquietud y satura nuestros pensamientos. También el odio, el egoísmo, la envidia, los deseos excesivos, la rabia y el resentimiento enferman a los seres humanos, los carcomen por dentro, y son contrarios al resplandor medicinal. Cuando albergamos estos sentimientos en el corazón, las medicinas vegetales no penetran del todo en nosotros, porque los apegos psíquicos causan una resistencia a la acción benéfica del canto y de las plantas. Es como si tuviéramos el corazón acorazado, insensible, cerrado, incapaz de

entablar una comunicación con los espíritus de las plantas. En la dieta de curación, lo mejor es no pensar demasiado y permanecer en un estado de inocencia y apertura. La persona que quiere sanarse debe pedir a los dueños de la medicina que le brinden salud; ellos, compasivos, darán su fuerza y sabiduría a quien sea humilde. No debe menospreciarse como mera superstición la capacidad del ser humano de entablar un diálogo íntimo con las substancias vegetales y con los espíritus de la medicina; tampoco, la posibilidad de que estos puedan reaccionar de forma positiva y activa a los pedidos de ayuda que les dirigimos.

En el aspecto espiritual, las plantas pueden ayudar a una persona asediada por la envidia de otros y por la brujería, una práctica mucho más común de lo que la sociedad contemporánea parece estar dispuesta a aceptar de forma pública. Hay personas entrenadas para dañar a otros seres humanos gracias al desarrollo de habilidades psíquicas ligadas a la ira, la envidia y el resentimiento. La brujería no es solo común entre los pueblos indígenas, sino que también tiene lugar en las mismas ciudades modernas. Las plantas nos ayudan a sacar del cuerpo y de la mente el influjo que ejerce la brujería. Pero el conocimiento de las plantas también puede ser distorsionado para realizar el mal y depredar a los demás. El médico legítimo nunca daña a otros con sus conocimientos, sino que se consagra a ayudar a los que sufren. La medicina de las plantas viene del sol, de la tierra, del aire, del agua, de las estrellas, de la luna y de la humedad de la madrugada. Es la fuerza que Dios, Nete Ibo, ha insuflado en la naturaleza y que se materializa de forma particular en cada vegetal. El paciente debe orar al Gran Espíritu, al Padre de todo lo existente, para que le done un nuevo pensamiento, un nuevo corazón, y brinde paz a su alma. Si somos humildes y oramos con sencillez, la sabiduría del Espíritu brillará en nuestro corazón. La humildad y la paz interior son llaves que abren las puertas de la curación y de la sabiduría. Lejos del Espíritu, somos tristes sombras opacas. El tratamiento debe también estar acompañado por una palabra de guía y de consejo del meraya, que le permita al paciente retomar relaciones más armónicas con sus parientes, con su círculo de afectos, así como con la tierra y con los mundos espirituales. El paciente, lejos de otros seres humanos y con austeros alimentos, tal vez en el silencio llegue a escuchar la voz del Espíritu y pueda aliarse a ella para rejuvenecer. Aunque estos dichos parecerán disparate e infundada fantasía a la soberbia materialista de las ciencias

positivistas, son verdades legadas por los antiguos meraya que han demostrado ser efectivas en el tratamiento de diversas enfermedades. Nuestro abuelo Ranin Bima insistió en enseñarnos que nunca debemos olvidar que, en última instancia, es Dios quien cura a los pacientes.

CONCLUSIÓN: HACIA UN DIÁLOGO INTERCULTURAL

Mientras la medicina moderna ha erradicado casi por completo la importancia de la espiritualidad para la curación de los pacientes, esta es un aspecto fundamental de nuestras concepciones curativas. Quienes practicamos la medicina visionaria e indígena sabemos con certeza que existen dimensiones existenciales que, aunque no son percibidas por nuestros cinco sentidos biológicos, son determinantes para la vida humana. Nuestra biología no es una mera mecánica, ni tampoco cabe entenderla como reacciones químicas sin vínculos con la profundidad del ser. Nosotros sabemos que muchas enfermedades físicas surgen de un desajuste psíquico o espiritual. El cuerpo, la psique y el alma son realidades constituyentes de la persona y no pueden pensarse como completamente separadas. La curación de un paciente se debe ejercer sobre estos tres niveles de manera integral, de tal forma que se procure un cierto equilibrio rítmico, una relación complementaria y fluida, entre todos los aspectos de la existencia. Lejos de un modelo mecanicista, nosotros partimos desde una ontología integral de la salud y buscamos las causas profundas de las enfermedades. Mientras en la medicina académica, por lo general, el médico hace su diagnóstico y su prescripción a partir de los síntomas, nosotros procuramos ir al origen suprasensible de la enfermedad, a las causas más profundas, las que muchas veces no pueden ser medidas ni detectadas por los aparatos de laboratorio.

Resultaría un despropósito cuestionar los evidentes y muchos logros del modelo científico y de la medicina moderna. En ciertos niveles, como por ejemplo el quirúrgico, es innegable que el conocimiento científico es insuperable; de la misma manera, la tecnología médica permite intervenir en casos de urgencia ante los que nuestra tradición familiar no tiene ninguna capacidad de acción. No pretendemos, por ningún motivo, plantear que los médicos visionarios de los pueblos indígenas están capacitados para tratar todo tipo de enfermedad o que tenemos un conocimiento superior al del campo académico. Sin embargo, no conviene a la medicina moderna encerrarse en el

mecanicismo decimonónico, ni cegarse a la posibilidad de que existan métodos ancestrales de diagnóstico y terapéutica que, aunque son diferentes a las lógicas paradigmáticas del positivismo, han demostrado tener efectos benéficos en muchos pacientes, desde hace siglos, por lo menos. Un diálogo intercultural, en términos de respeto, guiados por un sincero amor a la verdad y sin apegarse con necedad y orgullo excluyente de determinadas concepciones, puede mostrar los puntos ciegos de la modernidad ilustrada. Hay aspectos de la cosmovisión moderna que podrían ser replanteados para entender la salud desde una perspectiva más profunda, inclusiva y relacional.

Cuando la medicina se centra en atacar los síntomas y no va a las causas de las enfermedades con un enfoque holístico e integrado, está equivocando el camino de la sanación, tomando por raíz lo que es solo un brote. Lo que suele generarse así es la cronicidad de la enfermedad y la dependencia del comercio farmacéutico. Si atacamos solo el síntoma, la enfermedad persistirá y encontrará otros modos de manifestarse. Es solo yendo a la causa profunda de la enfermedad que puede hablarse de curación. Para eso es necesario admitir que la materia mantiene vínculos con otros niveles de vibración y de conciencia. Hemos visto muchos casos de personas aquejadas por males ante los cuales la ciencia médica moderna no encontraba solución y solo brindaba tratamientos paliativos altamente intoxicantes, de muy alto coste en términos económicos, que han sido tratados con éxito por las técnicas curativas y ancestrales de los médicos onanya. Cuando se nos dice que la ciencia moderna ha realizado un progreso radical con respecto a las prácticas médicas de otras culturas, nosotros nos permitimos relativizar esta afirmación, considerándola pertinente para ciertas áreas, pero no para la compleja totalidad de la salud humana. Creemos que nuestro saber tiene un aporte impostergable.

La posibilidad de un diálogo intercultural entre distintas tradiciones médicas se suele ver truncada por la soberbia convicción acerca de la superioridad de los métodos científicos. Solo la humildad es capaz de tender puentes y de establecer intercambios respetuosos. El límite fundamental que ha de ser superado por la modernidad es el paradigma materialista. La realidad visible es solo la superficie de una realidad vibratoria mucho más amplia y múltiple. Las diferencias lingüísticas entre la expresión rigurosa y fría del científicismo y el imaginario poético de la medicina

tradicional, no han de ser impedimento para un intercambio enriquecedor, siempre y cuando el método científico no pretenda imponer sus propias lógicas de enunciación y argumentación. En tanto el manejo de los distintos métodos y lenguajes de conocimiento es tarea de la filosofía, una antropología filosófica tiene el potencial de articular las diferencias ontológicas, epistémicas y lingüísticas entre la medicina académica y la indígena para posibilitar el diálogo. La filosofía intercultural, con una honda base etnográfica, puede traducir de ida y vuelta los conocimientos indígenas y los científicos para propiciar un encuentro que repercuta de forma positiva en los diferentes campos del saber y de la salud.

Ningún pensamiento o actividad es independiente de sus condiciones de producción y, específicamente, de los intereses económicos que lo sustentan. En el caso de la ciencia médica, es un asunto bastante sabido que buena parte del financiamiento para investigación que llega a los departamentos académicos proviene de la industria farmacéutica. Esto ha condicionado, en gran medida, las premisas paradigmáticas desde las que se realiza la investigación médica y buena parte de la pedagogía hegemónica también. Pensar el método científico como desligado por completo de quienes producen la ciencia, de sus afectos, de sus premisas idiosincráticas, de sus orientaciones políticas y de sus intereses económicos resulta, para decirlo con suavidad, una completa ingenuidad. Lo que nosotros experimentamos, al interior de los distintos campos académicos, es un permanente debate de ideas y teorías, e incluso de pugnas por el poder. Todas las personas que hacemos investigación seria e independiente, tratando de proponer alternativas frente a las metodologías, discursos y teorías consagradas, sabemos que, por lo general, los ámbitos universitarios son profundamente conservadores. Los antiguos paradigmas suelen resistirse férreamente a dejar espacio a nuevas posibilidades del pensamiento, tal como afirmara Thomas Kuhn. Y también sabemos que existen mecanismos internos de las academias (como becas y otras formas de financiamiento y legitimación) que suelen visibilizar aquellos trabajos que se pliegan a los giros lingüísticos dominantes, mientras las visiones alternativas suelen ser bastante relegadas, silenciadas o reprimidas.

Quienes trabajamos en la medicina desde un paradigma distinto al del mecanicismo entendemos que la salud humana no puede ser enfocada como si se tratara meramente de reacciones químicas y eléctricas, sino que el

cuerpo resulta inseparable de la psique, del afecto, de las relaciones que establecemos con otros seres humanos y con el resto de seres vivos e, incluso, de aspectos más sutiles. Si entendemos al ser humano como parte de la naturaleza, reconocemos que quienes se encierran en entornos urbanos, con agendas apretadas, y se someten a una constante aceleración y tensión emocional descuidan los profundos requerimientos de su ser genuino. El ser humano necesita quietarse, acompasar su pulso con el de la tierra, armonizar su respiración con las plantas, comulgar con el resto de seres vivos y, asimismo, con algo trascendente. No importa si es adentrándonos en el mar, en la sombra verde de los bosques, en un lago o en una montaña, la salud integral de la humanidad nos demanda acercarnos a la naturaleza y recordar en ella la presencia del Espíritu. Aquellas sensibilidades incapaces de alzarse sobre sí mismas y sus límites egoicos y neuróticos ignoran que comparten un mismo aliento vital y creativo con todos los seres vivos. Somos parte de una fina red de relaciones afectivas que nos vincula a una totalidad trascendente. Si desconocemos este origen común que nos emparenta con los árboles y con los ríos, con las estrellas y con las aves, no solo destruimos la vida de los otros (a la manera del extractivismo moderno), sino que nos enfermamos a nosotros mismos. Es por ese descuido de nuestro ser genuino que la vida urbana genera todo tipo de patologías sociales. Y para religarnos con esta esencia primordial de la vida, el lenguaje frío, técnico y positivista no nos brindará ninguna ayuda; más conveniente resultará, entonces, dejar espacio a una racionalidad poética que pueda sentirse parte de la totalidad.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Arévalo, Guillermo. 1994. *Medicina indígena. Las plantas medicinales y su beneficio en la salud*. Lima: Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (Aidesep).
- Cárdenas Timoteo, Clara. 1989. *Los Unaya y su mundo: aproximaciones al sistema médico de los shipibo-conibo del río Ucayali*. Lima: Instituto Indigenista Peruano; Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (Caaap).
- Caruso, Giuseppe. 2005. *Onaya Shipibo-Conibo: el sistema médico tradicional y los desafíos de la modernidad*. Quito: Ediciones Abya-Yala.

- Favaron, Pedro. 2017. *Las visiones y los mundos: sendas visionarias de la Amazonía occidental*. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (Caaap).
- Kuhn, Thomas. 2007. *La estructura de las revoluciones científicas*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Mabit, Jaques. 2018. "Chakaruna. Un encuentro vital entre la tradición andino-amazónica y la occidental". Entrevista. *Unay Runa, Revista de Ciencias Sociales* 9: 187-213. https://takiwasi.com/docs/arti_esp/chakaruna.pdf
- Tournon, Jaques. 2002. *La merma mágica. Vida e historia de los Shipibo-Conibo del Ucayali*. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (Caaap).
- Tuhiwai Smith, Linda. 2017. *A descolonizar las metodologías: investigación y pueblos indígenas*. Navarra: Txalaparta.
- Valera Rojas, Agustina y Pilar Valenzuela Bismarck. 2005. *Koshi shinaya ainbo: el testimonio de una mujer shipiba*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

**SUMISAS, AGRADECIDAS Y OBEDIENTES.
REPRESENTACIONES SOCIALES DEL PERSONAL DE
SALUD SOBRE LAS USUARIAS DE GINECOBSTERICIA
DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN MÉXICO**

VIAANI CORAL MENDOZA*

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología
Social (Ciesas), Unidad Pacífico Sur, Oaxaca, México



*iisuabjovcml@hotmail.com ORCID: [0000-0003-4928-5855](https://orcid.org/0000-0003-4928-5855)

Artículo de investigación recibido: 3 de julio de 2020. Aprobado: 7 de abril de 2021.

Cómo citar este artículo:

Mendoza, Viaani. 2021. "Sumisas, agradecidas y obedientes. Representaciones sociales del personal de salud sobre las usuarias de ginecobstericia de un hospital público en México". *Maguaré* 35, 1: 179-208. doi: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96670>

RESUMEN

Desde una perspectiva que combina la aproximación etnográfica y la antropología médica crítica, este artículo examina las representaciones sociales de los estudiantes y el personal médico sobre las mujeres usuarias, y analiza su relación con la violencia y el maltrato que estas experimentan de forma sistemática durante la atención ginecobstétrica en un hospital público de Oaxaca, México. El texto analiza las ideas del personal médico construidas desde el clasismo, el racismo y el género, que permiten reproducir y rehacer acciones y actitudes que despojan de voz y decisión a las mujeres parturientas sobre su parto y sus propios cuerpos, además de identificar y señalar momentos de discriminación y profunda desigualdad durante la atención.

Palabras clave: antropología médica crítica, estudiantes de medicina, maltrato, mujeres usuarias, Oaxaca (México), representaciones sociales, violencia ginecobstétrica.

SUBMISIVE, GRATEFUL, AND OBEDIENT, HEALTH PERSONNEL'S SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE GYNAECO OBSTETRICS PATIENTS AT A PUBLIC HOSPITAL IN MEXICO

ABSTRACT

This article combines an ethnographic approach and critical medical anthropology to examine medical students' and medical personnel's social representations about female patients. It analyzes the links between these representations and the violence and abuse that women systematically suffer as gynaecological and obstetric patients at a public hospital in Oaxaca, Mexico. This text also analyzes how these social representations build on classism, racism and gender discrimination, a fact that allows reproducing and reenacting attitudes that deprive pregnant women of voice and decision about their childbirth and their own bodies. Finally, this article identifies and points out instances of discrimination and how profound inequalities obtain during the provision of healthcare.

Keywords: medical anthropology, medical students, mistreatment, female patients, gynaeco obstetric violence, Oaxaca (México), social representations.

SUBMISSIVAS, AGRADECIDAS E OBEDIENTES. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO PESSOAL DE SAÚDE SOBRE AS USUÁRIAS DA GINECO-OBSTETRÍCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO MÉXICO

RESUMO

A partir de uma perspectiva que combina a abordagem etnográfica e a antropologia médica crítica, este artigo examina as representações sociais de estudantes e do pessoal médico sobre as mulheres usuárias, e analisa sua relação com a violência e o abuso que elas vivenciam sistematicamente durante sua assistência ginecológica e obstétrica em um hospital público em Oaxaca, México. O texto analisa as ideias de pessoal médico construídas a partir do classismo, racismo e gênero, que permitem reproduzir e refazer ações e atitudes que privam a gestante de voz e decisão sobre seu parto e sobre seu próprio corpo, além de identificar e apontar momentos de discriminação e profunda desigualdade no atendimento.

Palavras-chave: antropologia médica crítica, estudantes de medicina, abuso, mulheres usuárias, Oaxaca (México), representações sociais, violência ginecológica e obstétrica.

INTRODUCCIÓN¹

El maltrato y la relación de dominación-subordinación, como conductas sistemáticas y rutinarias del personal médico y paramédico hacia las usuarias durante la atención ginecobstétrica en hospitales públicos, son un problema de carácter social y de derechos humanos para los organismos mexicanos (CNDH 2017) e internacionales (OMS 2019). Han sido, además, abordados por disciplinas académicas, en especial la sociología y la antropología médica en México (Valdez-Santiago et al. 2016; Castro y Erviti 2003; 2015; GIRE 2013; 2015; Smith-Oka 2013; Sesia, van Dijk y Sachse 2014; Sesia 2017a) y a nivel internacional (Castro y Savage 2018; Pozzio 2016; Berrío 2017; Esteban 2003, 2006), pero también por la salud pública desde la perspectiva de los derechos humanos (Bohren et al. 2015; Bradley et al. 2016; Diniz et al. 2015; Sadler et al. 2016; Jewkes y Penn-Kekana 2015). Estos estudios han analizado cómo y por qué se generan estos hechos y de qué forma las personas aprenden y reproducen, cuestionan o resisten en los contextos hospitalarios. Mi interés por el contexto médico surgió de investigaciones anteriores en diferentes hospitales de México, donde me acerqué al personal de salud e hice observación directa de los procesos de atención del parto en hospitales públicos. Esto me llevó a cuestionar la sistemática y reiterada persistencia de prácticas y actitudes de maltrato hacia las usuarias de distintos contextos sociales y culturales. Mi pregunta siempre fue qué hace que estas prácticas sean generalizadas en el personal de salud.

PERSPECTIVA TEÓRICA

Este trabajo se posiciona desde la perspectiva teórica de la antropología médica crítica y bajo la mirada de autores como Castro (2014), que debaten los conceptos *campo médico* y *habitus médico*; Sesia, van Dijk y Sachse (2014), con su análisis de la relación entre política pública en salud y atención obstétrica; Sesia (2017a, 2017b, 2020), sobre violencia obstétrica en México; Gómez (2013), con el análisis de las minorías étnicas en los

1 Este artículo deriva de la tesis de maestría en Antropología Social, titulada “Al calor de la práctica. Un estudio antropológico sobre la formación de médicos internos de pregrado en un hospital público de Oaxaca”, dirigido por la doctora Paola Sesia, profesora-investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Unidad Pacífico Sur.

procesos de atención médica; Menéndez (1992), frente al planteamiento del modelo médico hegemónico; Kershenovich (2006), Smith-Oka (2013), Berrío (2017) y Esteban (2016), cuyas aportaciones me ayudan a cuestionar, debatir y reflexionar la formación médica en las escuelas y hospitales, el tipo de organización del trabajo de una institución pública de salud, el ejercicio de la biomedicina en contextos desiguales y, por supuesto, la dimensión de género, no solo como un marcador de inequidad, sino como un eje explicativo para comprender las distintas formas de entender la salud o el padecer, así como de enfermar, morir, atender y mantener la salud propia y ajena (de Keijzer, citado por Berrío 2017, 481). Estas perspectivas me permiten, además, dar cuenta de los fenómenos de violencia y el maltrato a las usuarias, no como un problema de “calidad de atención”, sino como claras violaciones a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres (Pozzio 2016).

Comparto con estas aportaciones el interés por analizar los procesos de atención a la salud en un contexto social en el que “las realidades no se entienden por fuera de las relaciones de poder y sociales de una institución hegemónica como la biomedicina, sino que les sirven de marco, las moldean” (Gómez 2013, 29), y a su vez reflejan “relaciones de género y valores que la sociedad establece” (Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez 2014, 76).

METODOLOGÍA

Este artículo se basa en una investigación de corte cualitativo y etnográfico, que entiende la etnografía como “una descripción e interpretación de un grupo o de un sistema social o cultural” (Cresswell, citado por Álvarez y Jurgenson 2003), cuyo propósito es “describir lo que las personas de un sitio, estrato o contexto determinado hacen habitualmente, y explicar los significados que le atribuyen a ese comportamiento realizado en circunstancias comunes o espaciales” (2003, 76).

Adelanté mi trabajo de campo entre 2017 y 2018, en un periodo de seis meses. Realicé alrededor de 30 entrevistas a médicos y médicas residentes, y a internos e internas que cursaban el sexto año de la carrera y realizaban prácticas hospitalarias.

Durante la investigación me enfrenté con situaciones de violencia, maltrato, sufrimiento y discriminación que, sin excepción, registré, pero que bajo un proceso reflexivo asumí y analicé desde mi posición como

mujer antropóloga, joven, feminista, sureña, de clase media e inclinada a la antropología médica crítica.

El trabajo de campo supuso el uso de dos técnicas: la observación participante y la observación flotante. La primera fue fundamental para vincularme con el personal de salud, en especial con los estudiantes y, a partir de ello, generar un *rapport* que me permitiera acceder a su cotidianeidad. Por otra parte, la segunda me permitió adaptarme al contexto contingente y absorber todo dato posible, ya que, como argumenta Pétonnet (1982):

se trata de no enfocar la atención en un sujeto preciso, sino en dejarla “flotar” con el fin de que las informaciones la penetren ningún tipo de filtro, sin un a priori hasta que aparezcan los puntos de referencia, las convergencias y se llegue entonces a descubrir las reglas subyacentes. (39)

La selección de mis sujetos de estudio estuvo mediada por dos criterios selectivos: ser estudiante interno o interna de hospital y estar en las rotaciones de las áreas de ginecología/cirugía. Sin embargo, como parte del registro etnográfico, quienes me permitieron triangular y contrastar mi información fueron médicas y médicos adscritos y residentes que fungían como mentores para el estudiante interno dentro del hospital.

EL HOSPITAL Y SUS USUARIAS: UNA ETNOGRAFÍA DEL ESCENARIO

Ubicado al norte de la ciudad de Oaxaca, el Hospital General Cruz, fundado a mediados del siglo XVI, no solo brinda servicios de atención médica, sino que ha funcionado desde su génesis histórica como un espacio importante de formación de profesionales de la salud. Aunque en el trayecto histórico del hospital muchas cosas cambiaron, es preciso mencionar que ni la asistencia médica, ni la población a la que se ha dedicado a atender lo hicieron, ya que sigue acudiendo la población en general, en especial usuarios sin seguridad social que buscan una atención médica pública y gratuita. Este nosocomio atiende al año entre 7.000 y 7.500 partos, cesáreas, partos eutócicos y partos distócicos, lo que sería un equivalente de 500 a 550 partos al mes y de 20 a 25 partos por día; esto lo convierte en un hospital de alta concentración de usuarios y,

por ende, el medio resolutivo del Estado (Calvo-Aguilar, Morales-García y Fabián-Fabián 2010).

El perfil de las usuarias del área de ginecología

El hospital atiende básicamente a mujeres que no están inscritas en la Seguridad Social (Calvo-Aguilar, Morales-García y Fabián-Fabián 2010), pero que están registradas en un programa asistencial federal llamado “Oportunidades”. Este centro atiende además a población de instituciones como el Centro de Reinserción Social (Cereso) femenino y de hospitales públicos de atención psiquiátrica.

Si bien algunas de las usuarias para la atención del parto, complicaciones durante el embarazo y control prenatal proceden de poblaciones lejanas al centro del estado, al examinar los registros de octubre de 2017 encontré que, en su mayoría, provienen de municipios, localidades urbanas y semiurbanas, y barrios o colonias de la ciudad o aledañas a ella. Esto iba contra el imaginario compartido por el personal de salud, según el cual el hospital atiende en su mayoría a usuarias que vienen de poblaciones lejanas, rurales e indígenas.

La tococirugía o área de labor

El cuarto piso, tococirugía o área de labor, es el área del servicio de ginecología que brinda atención del parto, cesárea y puerperio inmediato a las mujeres. Si bien el servicio de ginecología ocupa varias áreas y pisos, el área de tococirugía es una de los más importantes para este hospital, ya que por ahí pasa el 70% del total de usuarias y usuarios que se atienden en todas las áreas de esta institución.

Para el personal de salud y estudiantes, el área de ginecología es pesada y demandante, justamente por el servicio que se brinda en este piso: el área de la *Toco* da intensidad y sentido al servicio de ginecología, ya que allí ponen a prueba los conocimientos teóricos y prácticos de su formación académica. De igual forma, allí las y los internos observan al médico adscrito en contacto con las mujeres usuarias, y aprenden a dirigirse o a hablar de ellas con los términos “mamita, gorda, pacientita, señito” y escuchan otros intercambios verbales en la sala de parto, tal como lo describo en esta nota de campo:

Observo desde el área de tococirugía una mujer que se encuentra en la camilla, a punto de parir. La residente Romina le dice: “puje

señora, aunque se haga popó, pero pujar sin gritar, porque ya viene el bebé y usted nada más se cansa; ¡sin gritar con la garganta!, solo puje, no corte la contracción, más, más, más fuerte”.

La señora descansa después de la contracción, y cuando pasa de nuevo la residente le dice en tono de regaño: “trata de hacerlo bien, para que nazca tu bebé, si no nada más te vas a cansar, y no va salir tu bebé, hazlo sin hacer tus gestos, aprieta tus piernitas, tiene que pujar fuerte, lo más fuerte que tengas ¡por qué no pujas bien? ¡Puja, puja, que tu bebé esta atorado ahí! sosténlo”. La mujer le dice: “no puedo doctora, ya no puedo”, la residente no le hace caso y le grita: “¡más, más, más!”. (Notas de campo 1, 3 diciembre de 2017)

En ese piso hice la mayor parte de mis observaciones y tuve gran parte de mis interacciones con el personal de salud, las mujeres y estudiantes. Considero que su resultado es crucial para entender la transición entre idea, discurso y acción, ya que allí tuve acceso a la manera como las representaciones sociales e ideas preconcebidas sobre las mujeres usuarias se cristalizaban en acciones y en un tipo de atención específica, la mayoría de las veces violenta y discriminatoria.

Apuntes sobre mi propia mirada hacia las mujeres usuarias

Nunca había entrado al Hospital Cruz antes de hacer trabajo de campo allí, y mucho menos al área de ginecología; sin embargo, reconozco que tenía una representación social previa sobre el tipo de mujeres que acudían. Pensaba que eran personas de recursos económicos limitados, provenientes de comunidades rurales o indígenas, hablantes de alguna lengua indígena. Resultó que esta representación inicial era compartida por el personal que trabaja en el hospital, pero en su caso con mayor énfasis sobre la dimensión étnica y de clase.

Al mismo tiempo, y en mi intento por examinar y comprender mis supuestos, intenté rastrear y preguntarme de dónde surgía esa representación social y si lo que yo pensaba era distinto a lo que pensaban otras personas en el hospital. Así que, en las entrevistas formales e informales a las y los internos, indagué por el tipo de mujeres que acudían al hospital y por las actitudes frente a la atención que les brindaban. Las respuestas (Tabla 1) me permitieron constatar que, si bien había diversas opiniones sobre el tipo de usuarias del área de ginecobstetricia, compartían

una representación social hegemónica sobre quiénes llegaban con más frecuencia a dar a luz en este hospital: pacientes agradecidas, sin agencia y sin capacidad de cuestionamiento y decisión sobre su cuerpo y sobre los procedimientos médicos. Precisamente, esta representación permitía y justificaba la práctica clínica sobre sus cuerpos de todo el personal médico en formación.

Tabla 1. Representación social de médicas y médicos internos sobre las mujeres usuarias

Nombre del estudiante	¿Cuál es su idea sobre la población obstétrica que atiende el Hospital?	¿Cómo describe sus actitudes frente a la atención que reciben?
César	Se atiende a cualquier tipo de pacientes, pero la mayoría son de nivel medio y bajo.	Muy cooperadoras y aguantadoras y esperan que les ayudemos.
Meli	Gente muy humilde de bajos recursos y muy nobles al dejarte hacer todos los procedimientos.	Amables, pero no muy exigentes.
Kat	Pues la mayoría de clase baja y de población que no es de la ciudad, y son muy buenas.	Pues la verdad, la mayoría son pacientes, muy nobles, que confían en nosotros, no reclaman.
Fany	Población pobre, indígenas.	Agradecidas.

Fuente: elaboración propia con datos extraídos de las Notas de campo 1, 6 de diciembre de 2017.

Antes de avanzar en estos asuntos, me detendré en algunos de los conceptos que ayudan a entender cómo y en qué circunstancias se producen estas prácticas.

REPRESENTACIONES SOCIALES Y ESTEREOTIPOS

El concepto de representación social alude a un proceso psíquico de abstracción compartido colectivamente, mediante el cual se generan ideas inteligibles sobre objetos o sujetos. Estas ideas tienen dos niveles, el personal y el generalizado: el primero depende de un filtro autónomo, derivado de la personal; el segundo responde al contexto cultural y social en el que se generan. La representación social puede, además, ser pauta de un comportamiento (Moscovici 1979).

Es importante aquí recordar el significado de *hegemonía*, para poder explicar por qué la representación social sobre las mujeres atendidas en el hospital es efectivamente “hegemónica”. Para Gramsci (1975), *hegemonía* se define desde:

Dos grandes planos sobre-estructurales, (primero) ese que se puede llamar de la sociedad civil y (segundo), aquello de la “dominación directa” o del mando que se expresa en el Estado y en el gobierno jurídico. Estas funciones son precisamente organizativas y conectivas. (1518 y 1519)

En otras palabras, hegemonía refiere a un proyecto político de una clase dirigente que ejerce no solo la dominación o el control directo a través de la coerción por medio de la fuerza de los aparatos del Estado, sino también mediante el consenso ideológico creado por otros aparatos como la iglesia, la escuela, los medios de comunicación y, añadido, el sistema de salud. En esta construcción del consenso, participan activamente los grupos sociales subalternos.

En el área de ginecobstetricia, la representación social hegemónica sobre la mayoría de las usuarias es que se trata de mujeres en su gran mayoría analfabetas, sin estudios o profesión, procedentes de algún pueblo rural o ranchería lejana y sin acceso a seguridad social. Asimismo, frente a la atención recibida estas usuarias permanecen agradecidas, dispuestas y sin cuestionamientos sobre el tipo de atención que reciben de las médicas y médicos internos, de la o él residente, o de cualquier otro personal médico, algo que ya han analizado Sesia, van Dijk y Sachse (2014) en este mismo hospital, concluyendo que se da “la normalización y naturalización de las prácticas abusivas, innecesarias, dolorosas y hasta dañinas en el contexto institucional” (262). Mientras tanto, Castro y Savage (2018) han abordado una situación similar en su discusión sobre el concepto de preferencia adaptativa como “la preferencia de soportar el abuso en respuesta a las opciones restringidas” (132), en el caso de violencia obstétrica en instituciones de salud de la República Dominicana.

Este tipo de atención, que el personal médico entiende como la única opción ante los accesos restringidos de servicios públicos para poblaciones vulnerables, la viven las usuarias como experiencias únicas de desigualdad que “se encuentran impregnadas de violencia e injusticia” (Castro y Farmer 2003; Farmer 2004, citado por Brage 2019, 11). Pero, al tiempo,

revelan las diversas formas en que los sujetos sobrellevan, aminoran, resignifican o actúan frente al sufrimiento (Das 2006, citada por Brage 2019, 12). Olarte-Sierra, Suárez y Rubio (2018) nombran las experiencias de desigualdad y capacidad de normalizar el sufrimiento durante la atención como “determinantes sociales de la salud”, que revela como:

[El] contexto social produce una estratificación que asigna a los individuos diferentes posiciones según clase, género, raza, etnia, ocupación o nivel educativo, las cuales generan condiciones materiales y de bienestar diferenciales [...] que, a su vez, desencadenan procesos de inequidad en salud. (532)

La representación social hegemónica sobre la población usuaria funciona como un estereotipo que toma valor y sentido en el momento en el que se traduce en acción, y que en articulación con las condiciones estructurales de los determinantes sociales de la salud alientan, permiten y justifican la atención obstétrica hipermedicalizada, sin cuestionamientos ni restricciones, que privilegia la práctica del o la estudiante frente al cuerpo de una mujer pasiva, en la que la atención es despersonalizada y abusiva, y los procedimientos invasivos son sistemáticos, rutinarios y operativos en el contexto del alto volumen de atención del hospital.

Los estereotipos como punto de partida

Utilizo el concepto de estereotipo a la luz de tres autores: Lippmann (1922), Adorno (1950) y Blumer (1969). Para Lippmann (1922, citado por Cano, 1993):

Los estereotipos están cargados de preferencia, impregnados de afecto o disgusto, ligados a miedos, ansias, fuertes deseos, orgullo y esperanza. [...] Son la proyección sobre el mundo de nuestro sentido de nuestro propio valor, nuestra propia posición y nuestros propios derechos. (31)

En palabras de Cano (1993), “los estereotipos transmiten la visión que cada grupo social posee del mundo, y de los exogrupos a los miembros del endogrupo. Tiene por ello un efecto estabilizador de la percepción, de la afirmación de la identidad y de defensa del ‘statu quo’” (41 y 42).

De manera parecida, Adorno (1950) discute el concepto, añadiendo el término de “personalidad autoritaria” y afirmando que “el estereotipo

es un mecanismo para mirar a las cosas cómodamente, dado que, sin embargo, se alimenta de profundas fuentes subconscientes” (617). Por otra parte, el autor asume que el estereotipo, el prejuicio y la discriminación se presentan juntos, y es el prejuicio la clave de la personalidad autoritaria (Adorno 1950, citado por Casas 2018, 152). Blumer (1969), por su parte, profundiza en los estereotipos negativos, que discute a partir de cuatro características:

1) un sentimiento de superioridad, 2) un sentimiento de que la raza subordinada es intrínsecamente diferente y ajena, 3) un sentimiento de propiedad con respecto a ciertas áreas de privilegio y ventaja, y 4) el miedo y la sospecha de que la raza subordinada alberga algún propósito sobre lo que es patrimonio exclusivo de la raza dominante. (185)

No obstante, el estereotipo no navega solo, y pasa por un proceso en el que se transmuta en estigma, que de acuerdo con Goffman (1963) es:

una marca, un atributo personal desacreditado por nuestra sociedad. [...] En el discurso cotidiano utilizamos como fuente de metáforas e imágenes términos específicamente referidos al estigma, sin acordarnos, por lo general, de su significado real [...], basándonos en el defecto original, tendemos a atribuirle un elevado número de imperfecciones. (14 y 15)

A partir de estos conceptos, analizo cómo la representación social hegemónica sobre las mujeres usuarias del personal de salud y de las médicas y médicos internos es una imagen estereotipada y estigmatizada, construida a partir de preferencias y disgustos que, finalmente, son una proyección contrapuesta de la imagen que tienen sobre sí mismos. La representación social hegemónica funciona como transmisora y socializadora de una visión que separa dos grupos, el superior y el inferior, estabilizando el *statu quo* del contexto, en donde el prejuicio y la discriminación juegan un papel crucial, al fundamentar y legitimar un sentimiento de superioridad, que termina traducándose en acciones donde se asume el poder y se establece una jerarquía sobre el grupo subordinado.

El testimonio de la doctora Mirna, médica residente de segundo año, pone de manifiesto la manera en la que le enseñaba a una médica interna a revisar a las usuarias en sintonía con la representación social hegemónica:

Por ejemplo, una interna me decía “es que ya la tocó, doctora (refiriéndose a la usuaria). ¿Cómo es que la voy a volver a revisar? Si yo la vuelvo a tocar, se va a enojar la paciente”. Y le digo: “no”. O sea, “realmente si tú no tocas, no vas a aprender y lamentablemente la gente sabe que aquí es un hospital escuela y, si ellos vienen aquí, es que, a final de cuentas, aunque suene feo, pero se tiene que dejar revisar, porque es una paciente de aquí [...]”. Y la gente realmente se deja y sí es una ventaja eso, que realmente aquí muchas de estas pacientes no cuestionan lo que tú les haces. (Entrevista 6)

Esta representación social, tal como lo revelan Sesia, van Dijk y Sachse (2014), tiene además otras implicaciones:

Se piensa en ellas como parte de una otredad que se considera no solo diferente, sino jerárquicamente inferior a “nosotros”. [...] Por el otro, y de manera simultánea, se les concibe como pacientes dóciles, obedientes, sumisas, “nobles”, que “se dejan hacer” y no cuestionan el operar del médico o de la enfermera; en general, agradecidas por la atención obstétrica recibida en el hospital, independientemente de la forma en la que fueron tratadas y los resultados de la atención a la que fueron sometidas. (259)

De esta manera, la mayor implicación de considerar a las usuarias como mujeres indígenas provenientes de estratos sociales bajos, sumisas e incapaces de cuestionar la atención que se les brinda y que además es gratuita, por la que deben estar agradecidas, permite al personal de salud generar actitudes de menosprecio y diferenciación que vuelven incuestionable la atención, aunque esta se encuentre atravesada por situaciones de maltrato, discriminación o violencia.

LA ACTITUD: CARACTERÍSTICA EXPRESA “DE SU CULTURA”

En mi búsqueda por abstraer los rasgos distintivos de esta representación social hegemónica, identifiqué respuestas mediante las cuales las y los estudiantes internos tendían a reproducir una visión hegemónica, estereotipada y estigmatizada de las mujeres en esta área del hospital. Se referían, por ejemplo, a la actitud de las usuarias como mujeres que, ante la atención, se mantenían inocentes, permisivas y en obediencia, explicándolo por las características de su “cultura”. Esto implicaba,

por ende, su supuesto analfabetismo y falta de preparación para cuestionar. Las y los estudiantes las comparaban con usuarias de otros hospitales de seguridad social (no públicos) en donde la representación social en torno a las pacientes, también hegemónica, proclamaba que sí preguntaban, sí cuestionaban y sí exigían, dado su nivel alto de escolaridad, ligado a ser derechohabientes. En contraste, pensaban que la mayoría de las pacientes del Hospital Cruz eran analfabetas, no preguntaban, no exigían conocer los procedimientos a los que eran sometidas; fundamentalmente, solo agradecían la atención recibida, porque era gratuita y ellas eran de manera uniforme, pobres e ignorantes.

Renata, una estudiante de la primera rotación con la que trabajé, lo expresó de la siguiente manera: “Esas pacientes son así; hasta parece que se dejan que le hagas de todo. Y te creen todo. De repente dices: ‘¡Qué inocencia! ¡Gracias, Dios, por darles esa inocencia!’. Y es así, definitivamente” (Entrevista 3).

Esta idea de la inocencia de las usuarias se acompaña por ceder todo tipo de autonomía decisional y renunciar a su agencia en la atención. El hecho de ceder esta autonomía implica el consentimiento tácito a ser cuerpos de aprendizaje, por el hecho de ser pacientes de este hospital. En este resquicio, la renuncia a la agencia se encuentra con la permisividad hacia la atención que brinda todo el personal médico y paramédico, y que las y los estudiantes internos aprenden en sus rotaciones. Paradójicamente, esto es una ventaja para el aprendizaje práctico, ya que les permite alcanzar un rango de reconocimiento, respeto y credibilidad a la par de las y los médicos graduados frente a las usuarias. Además, reciben menos supervisión en comparación con lo que ocurre en hospitales de seguridad social donde, en general, fungen como ayudantes de prácticas menores. A las y los estudiantes internos, como practicantes, les favorece una usuaria que no cuestione el procedimiento, debido a que su aprendizaje práctico se basa en el método del ensayo y el error, y es posible, y finalmente aceptable en el Hospital Cruz, que se equivoquen varias veces antes de aprender a realizar los procedimientos correctamente.

La estudiante Meli, durante una guardia en el piso de puerperio, me compartió lo siguiente:

Yo siento que la mayoría de estas usuarias son más accesibles en cuanto a que nosotros [refiriéndose a los estudiantes internos]

las podemos revisar, y realizar los procedimientos; a comparación del ISSSTE. Aquí, pues, creen en ti; no sé, como que te ven como el médico y pues todo lo que tú les digas está bien, aunque tú no tengas ni la menor idea de lo que estás haciendo. [...] Pero, o sea, son nobles, son nobles al momento de que nos permitan aprender de ellas. (Entrevista 5)

La representación social compartida por las y los estudiantes internos, al igual que por todo el personal de salud del hospital, es que la gratuidad de la atención implica que la atención es un acto de beneficencia y de ayuda social dirigido específicamente a una usuaria “necesitada” y de recursos económicos limitados. Esta visión invisibiliza la idea de la atención médica pública como un derecho y una responsabilidad que obliga al Estado y a sus trabajadores a garantizar la salud y los servicios al cuidado de ella. De la misma manera, el personal de salud no cree en el “seguro popular” como un verdadero seguro médico, que omite el derecho de las usuarias a un sistema universal y equitativo de protección a la salud. En esta representación, las pacientes del Hospital Cruz son receptoras de una atención que las deja huérfanas dentro del sistema público de salud. Ante la ausencia del derecho, la representación social de la gratuidad de la atención se transforma en una libre licencia para el personal de salud de atenderlas, sí, pero utilizándolas también como cuerpos sobre los cuales practicar, por ser esencialmente un hospital escuela. Al mismo tiempo, esta idea encierra el hecho de que considerarlas “nobles” está atravesado por un estereotipo de la femineidad que atribuye a las mujeres y a sus cuerpos valores morales positivos, pasivos y dóciles (López, 2001).

La serie de representaciones sociales de la atención y de las mujeres usuarias se concatenan y generan una situación ideal para la permisividad hacia la práctica y el aprendizaje sobre los cuerpos de las mujeres usuarias; precisamente por ello, los estudiantes eligen el Hospital Cruz para su internado. Así, Alejandro, un estudiante interno, manifestó que esa fue una de las razones que lo impulsó a elegir el Hospital Cruz para su internado, ya que sus compañeros y mentores le decían: “ve ahí, ahí puedes practicar o hacer cosas, y no te dicen nada”, a lo cual Alejandro comentaba: “o sea, suena mal, pero así aprendes, creo. Bueno, es una forma de aprender” (Notas de campo 1). Estas palabras denotan no solo

la permisividad generalizada en el hospital, sino la existencia de un resquicio de duda en ellos mismos, sobre lo ético de este comportamiento, cuando se enfrentan conscientemente a la pregunta.

“A ELLAS NO LAS TOCAMOS”. LAS “RECOMENDADAS” Y LA DIFERENCIACIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN

Si bien la mayoría de las y los estudiantes internos comparten esta representación social sobre las usuarias, se contrapone un hecho que muestra cómo la representación social puede tener fisuras en la vida cotidiana en el hospital. Alan, uno de los estudiantes internos con los que trabajé, manifestó un día:

Al hospital [refiriéndose al área de ginecología] también llegan a atenderse mujeres de nivel alto [recomendadas]. Aquí viene de todo, [...] encontramos pacientes que llegan y reciben la atención y abren sus manos para que las revisemos, confían en nosotros y hay otras que llegan, se ponen sus moños y quieren una atención, pues, muy especializada para ellos solos; nos encontramos de todo. (Entrevista 9)

Este estudiante interno mencionaba una minoría de usuarias de este hospital, mujeres de clase media o media alta que, por alguna razón de favoritismo o privilegio, llegan allí para la resolución de su parto o cesárea. Algunas de ellas son familiares del personal médico o de jefes de área y otras son trabajadoras del hospital, como enfermeras o médicas del área. La primera razón por la que acuden a este hospital es que reciben un trato diferenciado, personalizado y eficaz, ya que sus redes de apoyo resultan ser una ventaja clave para su atención. Por otra parte, aunque el hospital Cruz tiene carencias materiales importantes, cuenta con infraestructura médica y tecnológica que ningún otro hospital público o privado tiene en el estado de Oaxaca: un área equipada de terapia intensiva, además de incubadoras.

Así, resulta interesante entender cómo las representaciones sociales sobre este tipo de mujeres se intersectan directamente con el tipo de atención y trato que reciben. Aunque de forma oficial se debe seguir un protocolo de atención generalizado, las y los estudiantes internos reportaron que no lo siguen con este tipo de usuarias. El quiebre del protocolo se da en múltiples momentos y pasos de la atención.

Para observar y reconocer estos casos, se requiere de un conocimiento detallado del proceso de atención y una mirada cercana de las lógicas de funcionamiento del área, en donde el trato diferenciado también forma parte de un currículum oculto subyacente. Comencé a observar la existencia de representaciones sociales y prácticas diferenciadas de atención hacia mujeres usuarias, cuando un estudiante interno comentó que la madrugada anterior había acudido a la atención del parto de una mujer que era familiar de uno de los médicos adscritos y que toda la atención había sido personalizada.

Este registro en el diario de campo me permitió ir en busca de estas experiencias. En la primera etapa de mi trabajo, entrevisté a una de las médicas adscritas del área que tiempo atrás había sido atendida por sus colegas. La médica, frente a la pregunta sobre su percepción de la atención que se le había brindado, dijo que le había parecido muy buena y eficaz, que el personal de salud estuvo muy atento a todo su proceso, además de que fueron amables y respetuosos hasta el final.

Al comparar estas experiencias con las de usuarias que no son objeto de ningún favoritismo, que no cuentan con redes de apoyo dentro del hospital y a quienes se priva de autonomía y de capacidad de decisión, subrayo que las experiencias de atención a su parto son totalmente distintas. La mayoría de las y los estudiantes internos consideran que las usuarias de clase media o media alta son amas de casas o trabajadora profesionales urbanas, o con algún tipo de seguridad social, así como tienen una actitud de contestación, capacidad de cuestionamiento y ejercicio de agencia ante la atención que reciben en un hospital público, algo de lo que consideran que carecen aquellas de “estatus sociocultural bajo”.

La pregunta obligada es, entonces, ¿de dónde proviene esta representación social sobre el “estatus sociocultural bajo”? Resulta importante asumir que dicho concepto no solo es un diferenciador social que funciona para dividir y separar, sino una suerte de llave que legitima la discriminación hacia quienes tienen ese estatus, lo que hace permisible la práctica sobre sus cuerpos y la provocación de dolor y sufrimiento, sin esperar algún tipo de reclamo o resistencia. Aunque este hecho puede ser interpretado desde el análisis del *habitus* desvinculante, que explica una suerte de predisposición que capacita a los médicos para no involucrarse emocionalmente con las pacientes y los habilita para ignorarlas (Castro 2014, 186) o cometer conductas

que las agravian, la relación que guarda con los debates antropológicos sobre la otredad es aún más profunda (Krotz 2002; Sesia, van Dijk y Sachse 2014; González 2009; Bartra 2011).

DESMENUZANDO EL “ESTATUS SOCIOCULTURAL BAJO”

Las particularidades con que las y los estudiantes internos ubican a las usuarias en el “estatus sociocultural bajo” son representaciones sociales hegemónicas relacionales. Aunque depende de sus características intersubjetivas, las y los internos describen a la mayoría de las usuarias desde marcadores de la diferencia cultural que están en oposición a lo que ellos y ellas son.

Como analizaré más adelante, para algunos estudiantes internos la apariencia y el arreglo son marcadores visibles en las usuarias; para otros, el color de piel o las características fenotípicas del rostro y el cuerpo. Finalmente, otros más los denominaban simplemente como “rasgos culturales”, a partir de las palabras o expresiones que utilizan las usuarias, o de sus creencias culturales e incluso religiosas.

Sin embargo, para todos los estudiantes, la escolarización es un marcador fundamental, lo que analizo como un vehículo que incorpora el proceso de blanqueamiento, lo que “no solo se refiere a la blancura de la piel, sino a un estado ético y civilizatorio como condición de la humanidad moderna” (Echeverría 2007, 16). La escolaridad funciona entonces como un peldaño de ascenso que relega a quienes no la tienen a los peldaños más bajos del estatus social.

César es un estudiante interno de 23 años, alto, delgado y de tez morena clara, que proviene de una familia de profesionales médicos de clase media/media-alta. César se reconoce a sí mismo como integrante de un grupo en cierto modo privilegiado, identidad propia que sitúa de manera relacional y contrapuesta con las imágenes que tiene de las usuarias. En el relato de César es posible ver la fuerza de la mirada como herramienta de clasificación, una suerte de “práctica cultural que le asigna a ‘lo visto’ una jerarquía social” (Carlos 2016, 25).

César comentó que puede distinguir —a través de lo que Fernández conceptualiza como prejuicio (2007, 123)— cuando una usuaria que acude a la atención es de nivel socioeconómico bajo: “Por su tez (morena), la faz (de rasgos indígenas)”. Además, añadió que, cuando conocía a una usuaria, lo primero que miraba eran los pies:

Algo que dice mucho de una persona son los pies. Una persona que tenga pies sucios ¿cómo te imaginas que está? Yo lo que me imagino es que es una persona que está todo el tiempo con huaraches o descalzo (sic), etc. [...] Y también como que digamos su... ¿cómo se dice? Su nivel de alfabetismo, personas que tienen su bajo nivel de escolaridad, también en eso te basas mucho. (Notas de campo 1, 8 de febrero de 2018)

La referencia a los “pies sucios” es fácilmente identificable como un elemento de descalificación hacia la paciente que se cruza con una representación sobre la higiene. De acuerdo con Fernández, la higiene o lo que se percibe como falta de higiene se edifica sobre los cimientos de una apreciación moral descalificante, que origina expresiones de prejuicios sobre el individuo usuario (2007) como “otro”.

Por su parte, César argumentaba que, cuando se refería al tipo de ambiente de procedencia de la usuaria, pensaba en un lugar con una localización geográfica lejana a la ciudad, de la que no conocía ni el nombre y donde “las personas ahí como que viven aisladas y hablan algún dialecto. [...] No es como un dogma, ¿no? Pero casi siempre las personas que hablan dialecto son de nivel socioeconómico bajo” (Entrevista 1).

La lengua indígena y la manera en la que hablan español las usuarias es una de las características que utilizan los estudiantes para clasificarlas en un grupo, ya que interviene en la comunicación que establecen los estudiantes durante la atención; muchos de ellos asumen que el “mal” o “buen” español es de personas provenientes de sitios rurales, pobres e indígenas. Yair, un estudiante, durante la atención me comentó al respecto:

Tú te das cuenta [de] que son de un nivel sociocultural bajo con la forma en la que hablan, porque muchos pacientes vienen de pueblos o de ranchos donde no hablan mucho español y se les nota el acento, y se les nota como que la dificultad para hablar porque están acostumbrados a hablar en su idioma. (Entrevista 4)

En cambio, la tez morena, el primero de los marcadores incluido en la representación social de las mujeres usuarias de César, no es un marcador diferencial significativo para Yair, otro estudiante interno, para quien “no hay como una distinción, puede venir la señora morenita, chaparrita,

gordita y tiene licenciatura; o puede venir la misma señora morenita y chaparrita y tener primaria” (Entrevista 1). Yair es originario de la ciudad más importante de la región mixteca, Huajuapán de León, de clase media, hijo de profesores de educación primaria, delgado, de baja estatura y tez morena, y el primer médico de su familia. Este interno reconoció que sus características personales y fenotípicas no lo diferencian de las mujeres usuarias, por lo que afirmó de manera contundente que la apariencia física no es un marcador que define necesariamente un nivel educativo dado o una posición socioeconómica baja. Esto demuestra lo propuesto por Carlos (2016):

Cuando los estudiantes voltean su mirada a sus propios cuerpos, sus propias características, la línea que divide lo indígena de lo no indígena (o en el caso de este estudio, el nivel sociocultural bajo del nivel sociocultural alto) se difumina y no se sabe dónde termina lo uno y empieza lo otro, es decir, se vuelve a lo poroso del mestizaje (y en el caso de este estudio, a lo poroso de la representación social hegemónica de las mujeres usuarias y de los y las internas). (28)

No obstante, para Yair la representación social hegemónica de las mujeres usuarias no desaparecía, sino que más bien la definía otro marcador. Yair comentaba al respecto lo siguiente: “tú te das cuenta [de] que son de un nivel sociocultural bajo con la forma en la que hablan, [pues] se les nota como que la dificultad para hablar [español]” (Entrevista 4).

Durante el trabajo de campo, identifiqué una y otra vez características y trayectorias personales de las y los internos que se intersectaban con la forma en la que ellos y ellas vivían su proceso de formación en la rotación de ginecología, aceptando, adaptando, negociando o hasta rechazando el ejercicio de ciertas prácticas clínicas y las ideologías subyacentes. Pero tanto hombres como mujeres compartían las experiencias de menosprecio y discriminación en algún momento de su vida y en su formación médica

Al volver sobre las entrevistas realizadas y las notas de campo, busqué información que me ayudara a comprender de qué manera y en qué momento las y los estudiantes internos mantenían y reproducían esa idea hegemónica sobre el tipo de mujer atendida en el área de ginecobstetricia. La búsqueda me tenía confundida por lo difícil que es

catalogar a las mujeres usuarias en cierto grupo social, económico o étnico. Lo más paradójico es que, cuando preguntaba descripciones de las usuarias, los internos las hacían desde características que ellos difícilmente podían notar durante su interacción con ellas; además, de nuevo, muchas de esas características contrastaba con la información proporcionada por las usuarias en su historia clínica.

La alimentación o supuestas deficiencias alimentarias de las usuarias es otro marcador de alteridad que evocaron algunos internos. Aunque la gran mayoría registraba en la historia clínica que las mujeres reportaban hacer al menos dos comidas al día, Josué, un interno, me dijo que podía notar claramente que las mujeres pertenecían a un grupo de “estatus cultural bajo”, porque comían la comida del hospital con tal sentimiento y agrado que hasta pedían más.

Coral: ¿Cómo te das cuenta de que son indígenas sin hacerles la historia clínica?

Josué: Porque no se quejan, porque comen lo que les das, a comparación de las del IMSS, porque lo comen rico (expresa con el rostro). De verdad yo he visto eso, que dicen que “regálame otra tortilla”, casi, casi... Y ahí ves, pues; ahí te das cuenta de qué tan agradecidas son esas personas. (Entrevista 2)

La vestimenta es otro elemento clave en estas representaciones sociales, aun cuando las y los estudiantes internos no pueden ser testigos de ninguna vestimenta personal de las usuarias si no es en el área de valoración, lugar en el que están una sola vez. Fuera de este lugar, absolutamente todas las mujeres utilizan el mismo tipo de bata que las homogeniza; aún así, está presente frecuentemente en sus relatos. Sin embargo, aquí puede haber titubeos, como lo ilustró la estudiante Kat, cuando le pregunté:

Coral: ¿Cómo te das cuenta de su nivel socioeconómico bajo sin hacerle la historia clínica a una usuaria?

Kat: Por el aseo personal, ¿por qué más puede ser? [piensa y responde] La vestimenta [titubea y responde de nuevo]... no, no puede ser porque realmente ahí no llegan con la vestimenta que traen... mmm [piensa para darme otra respuesta y se pregunta a sí misma]. ¿Qué más? Pues es que más que nada el cuidado personal. (Entrevista 7)

Si la vestimenta es un marcador de otredad pero se pone en duda cuando se reflexiona al respecto, un marcador que se vuelve uno de los tropos más comunes de alteridad entre el personal médico, incluyendo a los estudiantes internos, es la higiene de las pacientes, “esgrimid[a] como un valor y una virtud de buena conducta, característic[a] de la clase media” (Jagoe 1998, citado por López 2014, 171), y que se asocia no solo con el aseo, sino también con el cuidado personal. A pesar de que en el consultorio del área de valoración se prohíbe el ingreso al hospital a mujeres que vengan con maquillaje y hasta aquellas que lleven esmalte en las uñas, y tampoco admiten a quienes no se hayan bañado, fue común escuchar que las mujeres usuarias eran poco aseadas, despreocupadas por su aspecto y cuidado personal.

Este ejemplo muestra cómo la falta del cuidado del cuerpo y de higiene de las mujeres usuarias se conforman como marcadores en el proceso de enseñanza de las y los internos, y en especial de las internas. Al parecer son ellas quienes, como mujeres, reconocen particularmente la higiene y el propio cuidado del cuerpo femenino, “como un sinónimo de buena conducta, esgrimido como un valor definitivo de la clase media” (López 2014, 164); además, piensan a “la mujer/madre como una pieza clave para el proceso de re-educación del cuerpo (bajo la lógica de la higiene)” (López 2014, 165).

La representación social hegemónica se nutre entre varios de las y los estudiantes internos de la idea de que las usuarias tampoco tienen conocimientos sobre su propio cuerpo —lo que es difícil constatar en un proceso de atención que dura máximo 24 horas— y que, además, puede y debe ser explicado desde el lente del género, ya que muchos de los conocimientos “válidos” del cuerpo femenino dentro del discurso biomédico son difícilmente apropiados por las mujeres en contextos indígenas, donde se socializan y valorizan “otros” conocimientos que no necesariamente corresponden con el hegemónico y que, al traducirse en espacios médicos, provocan sentimientos de desconfianza y miedo, tal como lo explica Luna-Blanco y Sánchez-Ramírez (2014) en su trabajo sobre cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, México.

Las y los estudiantes argumentan también que las mujeres no tienen conocimiento sobre su tipo de sangre, no acuden al médico con frecuencia, no van a consulta prenatal —aun si las historias clínicas registran el número de consultas a las que casi todas las mujeres fueron—, tienen

muchos hijos —aun si las historias clínicas comprueban lo contrario— y se atienden en su mayoría todavía con parteras —otro marcador de alteridad en el continuo barbarie/tradición, por un lado, y progreso/civilización, por el otro—. Josué, por ejemplo, afirmó lo siguiente: “ellas no se ponen vacunas, no saben bien su tipo de sangre también” (Notas de campo 1, 23 enero de 2018).

Sin embargo, el conjunto de estas características, aducidas por las y los internos como exclusivas de este tipo de población, más bien abona a una representación social hegemónica que, finalmente, no solo es estereotipada, sino profundamente estigmatizante, y responde a un contexto hostil de atención plagado de desconfianza de las propias usuarias, tanto con el personal de salud como con la institución (Pozzio 2016).

La actitud y la conducta de la usuaria son también marcadores reconocidos y, tal vez, de los que más reconocen las y los estudiantes internos para distinguir a la población de usuarias del área de ginecobstetricia. Los adjetivos de las actitudes y comportamientos más nombrados son *nobles, tranquilas, agradecidas, no reclaman, no cuestionan*:

Daniel: La gente que viene acá es agradecida, es buena, y te agradece por lo que haces.

Alan: Generalmente las pacientes son tranquilas. (Notas de campo 1, 17 de febrero de 2018).

Es inevitable entonces reflexionar cómo la representación hegemónica de las mujeres usuarias, como parte de un grupo social de “estatus cultural bajo”, justifica y legitima las relaciones concretas de jerarquía, que reafirman la superioridad del médico, aun cuando todavía se encuentre en el peldaño más bajo de la jerarquía médica —como estudiante interno—, pero como integrante de una sociedad moderna, objetiva, civilizada, racional y bien educada.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de esta investigación permiten dar cuenta de que, si bien el personal médico del Hospital Cruz tenía distintas opiniones sobre el tipo de mujeres que llegaban como usuarias, la representación social hegemónica se empezaba a compartir y se reafirmaba durante el proceso de formación de los y las estudiantes. La representación social hegemónica se basa en ideas y prejuicios sobre las mujeres, que se entretienen

en una visión más general —es decir, del grupo social en conjunto— sobre la cultura, la clase, la raza y el lugar de las mujeres. El concepto de estereotipo sirve a lo largo del texto para discutir la visión del grupo dominante sobre las usuarias del pabellón de tocografía.

La representación social hegemónica del personal médico y, en particular, de las y los internos sobre las mujeres usuarias se basa en una relación de poder asimétrica que, a partir de supuestos atributos raciales, étnicos y lingüísticos, carencias económicas, educativas y culturales, así como deficiencias de cuidado, vestido e higiene, las ubicaba como integrantes de un grupo “inferior” y subordinado. Esto permitía una serie de maltratos que negaban derechos y agencia a las pacientes a quienes, a la vez, consideraban pobres, agradecidas, sumisas e ignorantes.

Este estudio muestra también lo poroso de la representación social hegemónica sobre las mujeres al contrastarla con datos del mismo hospital. Los informes de este centro de salud revelan, por ejemplo, que la mayoría de las mujeres atendidas no proviene de pueblos o rancherías lejanas, como lo aseguraban los estudiantes, sino de municipios, localidades o asentamientos de la ciudad o aledañas a ella. Mis observaciones revelan también la nula sustentación de sus apreciaciones sobre la suciedad o la falta de cuidado personal de las usuarias; sobre todo, indican que el trato diferenciado hacia las usuarias estaba atravesado por estereotipos raciales, de clase y género.

A lo largo del texto, los testimonios de las y los estudiantes, como la de los mentores, han revelado que la representación social hegemónica toma valor y sentido en el momento en el que se traduce en acción, permitiendo y justificando una atención obstétrica sin cuestionamientos ni restricciones. Es más, las actitudes de obediencia, inocencia y pasividad atribuidas a las usuarias no solo hacían eco de aquellas atribuidas históricamente a las mujeres, sino que hacían de la experiencia de los estudiantes en la atención ginecobstétrica algo único y deseable.

Por otra parte, el análisis de los relatos reveló que los mentores y las y los estudiantes usaban la noción de “estatus cultural bajo” para nombrar características que distinguen y subordinan al grupo social de las usuarias. Al mismo tiempo, la noción de “estatus cultural bajo” saca a la luz en los relatos de los estudiantes otras dimensiones, en este caso relacionales, que se confrontan y contrastan con las de sus emisores. Esto último tiene implicaciones concretas, ya que justifica y rectifica

aun más una suerte de apropiación del personal médico sobre el cuerpo de las mujeres usuarias. Ese cuerpo se edifica como un objeto y ventaja de aprendizaje de las y los estudiantes, además de convertirse en la mayor motivación de elegir este hospital para realizar su año de internado.

Cada uno de estos cimientos sirve para justificar la atención a las mujeres usuarias, atravesada por relaciones de poder asimétricas y profundamente desiguales que las despojan, por mutuo acuerdo, de agencia social, sin oportunidad de negociación, reclamo o resistencia. Esto ocurre mediante una atención despersonalizada y abusiva, con procedimientos invasivos que se vuelven sistemáticos, rutinarios y operativos para el contexto de enseñanza-aprendizaje de las y los estudiantes.

Con las reflexiones anteriores, esta investigación aporta en la reflexión sobre los contextos hospitalarios y la formación médica como un escenario de violencia de género, el cual permanece aún silenciado y justificado por la ciencia médica, pero que hemos visto que posee un potencial de análisis mayúsculo para visibilizar y nombrar otras formas de discriminación, sufrimiento, maltrato y subordinación del cuerpo de las mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adorno, Theodor. 1950. *The Authoritarian Personality*. Nueva York: Harper.
- Álvarez, Juan Luis y Gayou Jurgenson. 2003. *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Buenos Aires: Paidós.
- Bartra, Roger. 2011. *El mito del salvaje*. Ciudad de México: FCE.
- Berrío, Lina. 2017. “Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas”. *Salud colectiva* 13, 3: 471-487. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1137>
- Blumer, Herbert. 1969. *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Bohren, Meghan et al. 2015. “The Mistreatment of Women During Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review”. *PLOS Medicine* 12, 6: e1001847. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Bradley, Susan et al. 2016. “Disrespectful Intrapartum Care during Facility-based Delivery in sub-Saharan Africa: A Qualitative Systematic Review and Thematic Synthesis of Women’s Perceptions and Experiences”. *Social Science & Medicine* 169:157-170. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.09.039>

- Brage, Eugenia. 2019. “Si no fuera porque me vine...”. Itinerarios terapéuticos y prácticas de cuidado en el marco de las migraciones desarrolladas desde el Noroeste y Noreste Argentino hacia la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para la atención del cáncer infantil: un abordaje antropológico”. Tesis de Doctorado en Antropología Social, Universidad de Buenos Aires. <http://hdl.handle.net/11336/82823>
- Calvo-Aguilar, Omar, Víctor Edilberto Morales-García y Jaime Fabián-Fabián. 2010. “Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca”. *Ginecología y Obstetricia de México* 78, 12: 660-668.
- Cano, José Ignacio. 1993. “Los estereotipos sociales: el proceso de perpetuación a través de la memoria selectiva”. Tesis de Doctorado en Psicología Social, Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/4040/1/T16946.pdf>
- Carlos, Gisela. 2016. “Racismo y marcadores de diferencia entre estudiantes no indígenas e indígenas en México”. *Desacatos* 51: 18-31.
- Casas Martínez, María de la Luz. 2008. “Prejuicios, estereotipos y discriminación: reflexión ética y psicodinámica sobre la selección de sexo embrionario”. *Acta bioethica* 14, 2: 148-156. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000200004>
- Castro, Arachu y Paul Farmer, Paul. 2003. “Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante”. *Anthropologie et Sociétés* 27, 2: 23-40. DOI: <https://doi.org/10.7202/007444ar>
- Castro, Arachu y Virginia Savage. 2018. “Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic”. *Medical Anthropology* 38, 2:123-136. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>
- Castro, Roberto. 2014. “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”. *Revista Mexicana de Sociología* 76, 2: 167-197. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32130485002>
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2003. “La violación de los derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”. En *Género y política en salud*, compilado por Paz López, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinoza, 255-273. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. 2017. Recomendación general 31/2017. Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. México: CNDH. http://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/30105/RecGral_031.pdf
- Diniz, Simone Grilo et al. 2015. "Abuse and Disrespect in Childbirth Care as a Public Health Issue in Brazil: Origins, Definitions, Impacts on Maternal Health, and Proposals for its Prevention". *Journal of Human Growth and Development* 25, 3: 377-382. DOI: <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Echeverría, Bolívar. 2007. "Imágenes de la blanquitud". En *Sociedades icónicas: historia, ideología y cultura en la imagen*, Diego Lizarazo Arias, Bolívar Echeverría y Pablo Lazo, 15-32. Ciudad de México: Siglo XXI.
- Esteban, Mari Luz. 2003. "El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud". *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* 3, 1: 22-39.
- Esteban, Mari Luz. 2006. "El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista". *Salud Colectiva* 2, 1: 9-20. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2006.52>
- Esteban, Mari Luz. 2016. "Antropología del cuerpo. Itinerarios corporales y relaciones de género". *Perifèria* 3, 3: 134-147.
- Fernández, Sara. 2007. "La violencia de género en las prácticas institucionales de salud afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud". *Gerencia y Políticas de Salud* 6, 12: 52-76. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2699>
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). 2015. *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*. Ciudad de México: GIRE. <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>
- Goffman, Erving. 1963. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gómez, Liliana. 2013. "Por una antropología médica crítica hoy. Reflexiones a partir de una investigación sobre los problemas gastrointestinales de los niños que pertenecen a una minoría étnica en Canadá". *Maguaré* 27, 2: 21-65. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/48837>
- González, Freddy. 2009. "Alteridad y su itinerario desde las perspectivas multidisciplinares." *Reflexiones* 88, 1: 119-135. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/11514>
- Gramsci, Antonio. 1975. *Quaderni del carcere. Vol. III*. Torino: Einaudi Edizioni.

- Jewkes, Rachel y Loveday Penn-Kekana. 2015. "Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women". *PLOS Medicine* 12, 6: e1001849. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>
- Kershenobich, David. 2006. "El Médico residente como alumno y como profesor". Comunicación en el Seminario sobre Medicina y Salud, México, junio. http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/jun01_ponencia.html
- Krotz, Esteban. 2002. *La otredad cultural entre utopía y ciencia. Un estudio sobre el origen, el desarrollo y la reorientación de la antropología*. Ciudad de México: FCE.
- Lippman, Walter. 1922. *Public opinion*. Nueva York: Harcourt Brace.
- López, Olivia. 2001. "La mirada médica y la mujer indígena en el siglo XIX". *Ciencias* 60-61: 44-49.
- López, Olivia. 2014. "La higiene popular dirigida a las mujeres madres: estrategias de la cruzada médico higienista en la sociedad mexicana del porfiriato". En *Al otro lado del cuerpo. Estudios biopolíticos en América Latina*, compilado por Zandra Pedraza y Hilderman Cardona, 163-184. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Luna-Blanco, Mónica Adriana y Georgina Sánchez-Ramírez. 2014. "Posibilidades sociales de prevención de la infección por virus del papiloma humano y de cáncer cervicouterino en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México". *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos* XII, 2: 67-80. DOI: <https://doi.org/10.29043/liminar.v12i2.343>
- Mendoza, Viaani. 2020. "'Al calor de la práctica'. Un estudio antropológico sobre la formación de médicos internos de pregrado en un hospital público de Oaxaca". Tesis de Maestría en Antropología Social, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), Unidad Pacífico Sur. <https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/1023>
- Menéndez, Eduardo. 1992. "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales". En *La antropología médica en México*, Roberto Campos, comp. 97-113. Ciudad de México: Instituto Mora; Universidad Autónoma Metropolitana.
- Moscovici, Serge. 1979. *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.

- Olarte-Sierra, María Fernanda, Roberto Suárez y María Alejandra Rubio. 2018. “Brigadas de salud en cardiología pediátrica: del triaje médico al triaje social”. *Salud Colectiva* 14, 3: 531-544. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1789>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2019. *Recomendaciones de la oms: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- Pétonnet, Colette. 1982. “L’observation flottante: l’exemple d’un cimetière parisien”. *L’Homme* 22, 4: 37-47. DOI: <https://doi.org/10.3406/hom.1982.368323>
- Pozzio, Maria Raquel. 2016. “La gineco-obstetricia en México: entre el ‘parto humanizado’ y la violencia obstétrica”. *Revista Estudios Feministas* 24, 1: 101-117. DOI: <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Sadler, Michelle et al. 2016. “Moving beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimensions of Obstetric Violence”. *Reproductive Health Matters* 24, 47: 47-55. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Sesia, Paola, Marieke van Dijk y Matthias Sachse. 2014. “Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del Seguro Popular. Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca”. En *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*, coordinado por Jaime Tomás Page Pliego, 241-265. San Cristóbal de Las Casas: Proimmse-IIA-UNAM.
- Sesia, Paola. 2017a. “Maternal Death in Mexico”. *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History*. Oxford University Press. DOI: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780199366439.013.50>
- Sesia, Paola. 2017b. “Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en México”. En *¡A toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*, coordinado por Abril Saldaña, Lilia Venegas y Tine Davids, 71-111. Ciudad de México: Ediciones Itaca; INAH.
- Sesia, Paola. 2020. “Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma.” En: Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (comps.) *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización,*

experiencias, medición y estrategias. 57-76 Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.

Smith-Oka, Vania. 2013. "Managing Labor and Delivery among Impoverished Populations in Mexico: Cervical Examinations as Bureaucratic Practice". *American Anthropologist* 115, 4: 595-607. DOI: <https://doi.org/10.1111/aman.12046>

Valdez-Santiago, Rosario et al. 2016. "El abuso contra las mujeres durante la atención del parto en hospitales públicos en México". *Revista CONAMED* 21, S1: 42-47. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/cons161e.pdf>

Entrevistas

Entrevista 1: César Portillo, Hospital Cruz, 1 diciembre 2017, 32 m. Grabadora de voz.

Entrevista 2: Josué Cardona, Hospital Cruz, 2 diciembre 2017, 60 m. Grabadora de voz.

Entrevista 3: Renata Joaquín, Hospital Cruz, 3 de diciembre 2017, 22 m. Grabadora de voz.

Entrevista 4: Yair Melgar, Hospital Cruz, 4 diciembre 2017, 24 m. Grabadora de voz.

Entrevista 5: Meli Carajillo, Hospital Cruz, 9 de diciembre 2017, 12 m. Grabadora de voz.

Entrevista 6: Mirna Rodríguez, Hospital Cruz, 12 de diciembre de 2017, 60 m. Grabadora de voz.

Entrevista 7: Kat Méndez, Hospital Cruz, 13 diciembre 2017, 21 m. Grabadora de voz.

Entrevista 8: Josué Mendoza, Hospital Cruz, 23 enero de 2018, 60 m. Grabadora de voz.

Entrevista 9: Alan Rivera, Hospital Cruz, 8 febrero 2018, 25 m. Grabadora de voz.

Diarios de campo

Notas de campo 1, Hospital Cruz, junio de 2017 a marzo de 2018.

EN EL CAMPUS



RESPIRAR POR LA HERIDA: UNA APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A LAS METÁFORAS DE LAS HERIDAS DE LEPRO EN AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA

ALEJANDRA GÓMEZ-GARCÍA*

Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia



*alejandra_gomez@javeriana.edu.co ORCID: [0000-0001-9298-0939](https://orcid.org/0000-0001-9298-0939)

Artículo de investigación recibido: 3 de julio de 2020. Aprobado: 13 de octubre de 2020.

Cómo citar este artículo:

Gómez-García, Alejandra. 2021. "Respirar por la herida: una aproximación antropológica a las metáforas de las heridas en pacientes con lepra en el grupo móvil de curación de úlceras en Agua de Dios, Cundinamarca". *Maguaré* 35, 1: 211-237. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n1.96671>

RESUMEN

En este escrito analizo, desde una metodología etnográfica cualitativa, las metáforas sobre las heridas que emergen en la relación entre el personal del grupo móvil de curación de úlceras y pacientes con lepra en el municipio de Agua de Dios, Cundinamarca. En las curaciones móviles, las metáforas dan cuenta de la manera en que se hacen posibles las transacciones sobre los tratamientos y las formas de expresar las afecciones de la lepra. Propongo que las metáforas de las heridas permiten explorar un campo entre el lenguaje, lo corporal y los procesos de salud y enfermedad, donde la experiencia sensorial permite entender las úlceras o perforantes más allá de una alteración en la piel.

Palabras clave: antropología de la salud, antropología de las emociones, antropología de los sentidos, antropología médica, herida, lepra, metáforas.

BREATHING WOUNDS: METAPHORS OF LEPROSY WOUNDS IN AGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA (COLOMBIA)

ABSTRACT

In this text, I analyze, from a qualitative ethnographic methodological approach, the metaphors that arise in the interactions between leprosy patients and health professionals of a health mobile unit at the municipality of Agua de Dios, Cundinamarca (Colombia). The metaphors used when the mobile health providers tend the leprosy wounds make transactions about treatment, as well as different ways of naming the wounds, possible. I propose that the metaphors about the wounds allow us to explore a field crossed by language, the body, and the processes of health and illness, wherein the sensorial experience allows us to understand leprosy ulcers as much more than an alteration of the skin.

Keywords: Agua de Dios (Colombia), anthropology of emotions, anthropology of the senses, leprosy, medical anthropology, metaphors, wounds.

“RESPIRAR PELA FERIDA”: UMA ABORDAGEM ANTROPOLÓGICA DAS METÁFORAS DAS FERIDAS DE LEPRA EM ÁGUA DE DIOS, CUNDINAMARCA

RESUMO

Neste escrito analiso, a partir de uma metodologia etnográfica qualitativa, as metáforas sobre as feridas que emergem na relação entre o pessoal do grupo móvel para o tratamento de úlceras e os/as pacientes com lepra no município de Agua de Dios, Cundinamarca. No tratamento móvel, as metáforas explicam a maneira como as transações sobre os tratamentos e as formas de expressar as condições da lepra são possíveis. Proponho que as metáforas das feridas nos permitem explorar um campo entre a linguagem, o corpo e os processos de saúde e doença, onde a experiência sensorial permite compreender as úlceras ou perfurantes como algo mais que uma alteração na pele.

Palavras-chave: antropologia da saúde, antropologia das emoções, antropologia dos sentidos, antropologia médica, ferida, lepra, metáforas.

“La herida es el lugar por donde entra la luz”

Rumi

ALEJANDRO LODI, 2019. *Quirón y el don de la herida*

INTRODUCCIÓN¹

El propósito de este artículo es exponer las metáforas de las heridas en el grupo móvil de curación de úlceras en Agua de Dios, municipio recordado por ser lazareto en Colombia desde finales del siglo XIX y hasta mediados del XX. Para cumplir con este objetivo, este texto inicia con la presentación del contexto histórico de la lepra en Colombia, puntualmente en el municipio de Agua de Dios; posteriormente, analizaré las metáforas sobre las heridas que emergen durante las curaciones a partir de la relación entre el personal de salud y las personas enfermas de lepra.

Después de la fundación de la Nueva Granada, la Ley 16 del 5 de agosto de 1833 ordenó la conformación de tres lazaretos: en la provincia de Santander, primero en el Curo y, luego, reubicado en Contratación; otro en Panamá; y el último en Caño de Loro (Platarrueda y Agudelo 2004). El último lazareto fue el de Agua de Dios, fundado en 1871 como consecuencia de las agresiones y persecuciones generadas a las personas enfermas de lepra de algunos habitantes de Tocaima (municipio colindante), quienes encontraron refugio en los terrenos de Agua de Dios e Ibáñez, razón por la cual el Gobierno Nacional compró las tierras para establecerlo como lazareto nacional (Gutiérrez 1925).

Específicamente, el manejo de la enfermedad en los lazaretos durante el siglo XIX se caracterizó por sus constantes controversias médicas

1 Este artículo es el resultado del proyecto de investigación “Respirar por la herida: una aproximación antropológica a las prácticas de curación en pacientes con lepra en el programa móvil de curación de úlceras en Agua de Dios”, realizadas entre 2016 y 2017 para obtener el título como antropóloga. Agradezco a las y los integrantes del grupo móvil de curación de Agua de Dios, quienes me abrieron un espacio en su equipo y a todos los y las pacientes, siempre en disposición a recibirme en sus hogares y compartir sus experiencias. También manifiesto mi gratitud con María Teresa Buitrago Echeverri, quien me ha enseñado y apoyado desde hace cinco años como maestra y como amiga.

sobre la etiología, sintomatología, nosología, curación y terapéutica de la enfermedad, en las que también participaron médicos empíricos y una parte de la población enferma proponiendo tratamientos curativos (Platarrueda y Agudelo 2004). Asimismo, las instituciones religiosas y filantrópicas estuvieron a cargo del manejo social de la enfermedad, ya que el Estado les delegó las funciones de asistencia, educación, conducción moral y cultural para quienes residían en los hospitales (Platarrueda y Agudelo 2004).

No obstante, a comienzos del siglo xx, la lepra pasó de ser un problema de caridad cristiana a un obstáculo para el progreso y la civilización, ya que el Gobierno del general Rafael Reyes (1904-1909) estableció políticas de comercio exterior y de inversión extranjera para las que la lepra era un obstáculo para atraer capital extranjero, ya que el país era considerado uno de los más afectados por la enfermedad de acuerdo con las cifras infladas que habían proporcionado los médicos durante el siglo xix (Obregón 1997).

Ante esta situación, el Estado decidió tomar medidas para controlar la expansión de la enfermedad, siguiendo las recomendaciones de la comunidad médica y mediante la aprobación de leyes sobre los lazaretos (Obregón 1997), entre ellas, el aislamiento obligatorio de las personas con lepra y la pérdida de sus derechos ciudadanos. La adopción de estas medidas aislacionistas y los significados sobre la lepra trascendieron la esfera de la salud al reforzar el estigma religioso y social de la enfermedad, entendida como un “castigo divino” de los dioses y la muerte en vida o muerte social para quienes la padecían (Botero, Polo y Sinuco 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior, la comunidad médica ocupó un lugar de poder al considerarse “experta” en el control de la enfermedad. Al respecto, Diana Obregón (1997) refiere que durante este periodo se intensificó la medicalización de la lepra en Colombia, definiéndola como un proceso nunca acabado que le asignaba el control médico a aspectos de la vida social o del comportamiento humano que previamente eran considerados normales o anormales para redefinirlos como salud o enfermedad. A pesar del control del Estado y de la comunidad médica sobre estos lugares, las personas enfermas se resistieron a las leyes y al uso de algunos tratamientos de la medicina alopática.

Aunado a lo anterior, el diagnóstico tardío y los múltiples tratamientos de baja efectividad mermaron la confianza de las personas enfermas

en la experticia médica, mediante el frecuente recurso a conocimientos alternativos o complementarios para tratar la enfermedad; además, la autoridad cultural de la comunidad médica trajo consigo la pérdida de prestigio y poder de otros grupos, entre ellos, religiosos, curanderos y las mismas personas enfermas, ocasionando disensos entre el conocimiento médico y el local en torno a las nociones de contagio, curación o eficacia de los tratamientos (Platarrueda 2008).

Uno de los tratamientos del personal médico desde el siglo XIX hasta mediados del XX fueron las inyecciones de aceite de chaulmugra. Algunas personas de Agua de Dios todavía recuerdan “que era una inyección oscura y aceitosa, muy dolorosa. Todos los días una inyección; eso era un martirio completo” (Entrevista 1). Además del dolor causado por las inyecciones, cuentan que “los brotaba y que esa inyección a muchos mató, que unos se salvaron porque no se dejaron aplicar la inyección” (Entrevista 3). Paralelamente, estaban los procedimientos de los curanderos o *charlatanes*, como el cubano Ángel García, quien arribó a Agua de Dios para aplicar su tratamiento y emprendió vuelo antes de ver sus efectos, que en algunos casos presentó mejorías, pero no curación total (Gutiérrez 1925).

El manejo y control de la enfermedad cambió en 1960, cuando se disolvieron los lazaretos (Caño de Loro fue clausurado en 1950), iniciando su transición a municipios y permitiendo a las personas enfermas recuperar sus derechos (Platarrueda 2008). La abolición de la idea contagionista de la lepra también impulsó la disolución de estos lugares.

Actualmente, el manejo y control de la lepra está a cargo del Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Salud, entidad que administra el Sanatorio de Agua de Dios Empresa Social del Estado (ESE). El Sanatorio se encuentra distribuido en diferentes ubicaciones dentro del municipio, entre ellas, el Edificio Carrasquilla (sede administrativa), el Hospital Herrera Restrepo, que presta atención a pacientes de toda la región, y en tres albergues: dos para hombres (Boyacá y Ospina Pérez) y uno para mujeres (San Vicente), donde viven personas con lepra que necesitan de un cuidado permanente o quienes, por decisión propia, deciden vivir allí.

Con el tratamiento de poliquimioterapia (PQT) que garantiza la cura y eliminación de la enfermedad (1 caso por 10.000 habitantes) (OPS y

OMS 2000) las personas enfermas de lepra tuvieron la posibilidad de vivir en sus casas y no permanecer en el hospital o en los albergues, de manera que actualmente muchas de ellas residen en barrios o veredas del municipio.

La lepra, desde la perspectiva biomédica, es una enfermedad granulomatosa crónica generada por una micobacteria (*Mycobacterium leprae*), que afecta principalmente la piel, los nervios periféricos, las vías respiratorias superiores (nariz y boca) y los ojos (Eichelmann et al. 2013). Sus manifestaciones van desde una mancha en cualquier parte del cuerpo, en la que no hay sensibilidad, hasta la generación de úlceras o perforantes.

Las personas afectadas por la lepra requieren del manejo de úlceras, afección frecuente como consecuencia de la cronicidad de la enfermedad. En Agua de Dios, este proceso de atención estuvo a cargo de las Hermanas de la Caridad Dominicanas de la Presentación hasta la década del noventa con la transformación del Sanatorio en Empresa Social del Estado (ESE). La reorganización incluyó la revisión de los programas de Esterilización y Manejo de úlceras: el primero entregaba los materiales necesarios a los y las pacientes para que se curaran en sus casas; el segundo consistía en la curación de las personas albergadas a cargo del personal de salud que estuviera de turno en estos establecimientos.

Dado que algunas personas del programa de esterilización vendían los metros de gasa en las farmacias del municipio o le daban otros usos (Entrevista 2), surgió la necesidad de prestar una atención directa en las residencias de las personas. En el caso del programa de manejo de úlceras, tanto personas con la enfermedad como el mismo personal de salud consideraban que la curación no debía realizarse (en lo posible) por diferentes manos, sino que, para garantizar la mejoría de la herida, la persona que curaba debía ser lo más constante posible, debido a que la curación se entiende como un proceso basado en la confianza entre paciente y la persona que cura.

A partir de la revisión de los programas, el Sanatorio constituyó el Grupo Móvil de Curación de Úlceras en el 2000. Actualmente, el grupo está conformado por nueve enfermeros y enfermeras que prestan el servicio de curación en la clínica, en los tres albergues y en los domicilios de las personas. En este trabajo, me centraré en las curaciones a domicilio

o ruta móvil de curación, ya que en este contexto encontré las expresiones metafóricas sobre las heridas, ancladas a la relación entre el personal de curación y las personas con la enfermedad.

METODOLOGÍA

Este proyecto de investigación empezó a germinar durante mi práctica profesional en 2015, cuando presté apoyo en la investigación titulada “Aproximación comprensiva a la construcción social del territorio en Agua de Dios, a partir de la lepra como hecho fundante”, liderado por las facultades de Arquitectura y Diseño, Teología y Enfermería de la Universidad Javeriana. A lo largo de esta pesquisa, apoyé el proceso para rastrear el conocimiento de la lepra en relación con la memoria de los tratamientos no médicos de la enfermedad, a través de conversaciones informales y entrevistas a personas que padecían la enfermedad, y al personal de salud que las atendía, así como su respectiva transcripción.

En medio de la transcripción de una entrevista a una enfermera, encontré la expresión *respirar por la herida* que hace referencia a un malestar —como un ahogo— que generan las úlceras y perforantes cuando están en su fase de cierre. La enfermera narró que un paciente al que le había cerrado un perforante en la planta del pie sintió como “un arrebato, una cosa horrible, un desasosiego [...], pensaban que se iban a morir, y fue abrirle otra vez la herida y fue mejorando” (Entrevista 3).

A partir de esta experiencia estructuré la investigación de corte cualitativo, utilizando principalmente la etnografía como método y la observación participante como técnica. El anteproyecto fue socializado con las directivas del Sanatorio y las personas que conformaban el grupo móvil de curación. Hice el trabajo de campo entre 2016 y 2017, que consistió en acompañar a las enfermeras y los enfermeros en la ruta móvil para curar a los y las pacientes en las mañanas. En algunos casos, habitar las casas de algunas personas y las visitas al albergue Boyacá para jugar bingo generaron espacios de conversación y compartir experiencias con los pacientes.

Posteriormente, sistematicé la información de campo y la codifiqué con el programa el NVivo 11. Una vez finalizada la investigación, la expuse ante las directivas del Sanatorio con el objetivo de entregar los resultados obtenidos y realizar un protocolo específico de tratamientos alternativos para las úlceras.

Las curaciones a domicilio en el grupo móvil

El grupo móvil de curación de úlceras comenzó su operación en el 2000 con Rosa Gómez², enfermera del Sanatorio, y Jorge, un trabajador de oficios generales, quienes caminaban desde muy temprano hasta entrada la tarde por todo el municipio para curar a 34 pacientes que tenían perforantes o heridas. Al principio, Rosa curaba y Jorge le ayudaba a cargar la maleta, pero cuando llegaban a las casas de las personas “era más que curarlo, había que bañarlo, cambiarlo, porque la curación a domicilio empezó netamente con pacientes solos. [...] Primero lo que hacíamos era bañarlo y arreglarlo; entonces, Jorge le alistaba la ropa al paciente, él bañaba a los hombres y yo a las mujeres” (Entrevista 4).

Dicha labor duró cuatro años durante los cuales aumentó el número de pacientes, lo que hizo necesario contar más personal, por lo que el Sanatorio autorizó a la líder del grupo el acompañamiento de dos enfermeras auxiliares, una de las cuales todavía hace parte del equipo. De este modo, empezaron a trabajar en parejas, ofreciendo otros servicios como recoger fórmulas o tomar muestras de laboratorio cuando lo requerían (Entrevista 4), ya que las lesiones en las piernas y los pies de las personas con la enfermedad complican su movilización y desplazamiento.

Con la llegada de las primeras enfermeras, el grupo empezó a crecer ampliamente y, a su vez, a tener un mayor reconocimiento en el Sanatorio y en el municipio. Muestra de esto es que el Sanatorio dispone de tres motos para los desplazamientos del personal de curación y costea el combustible. Los materiales para curar, como guantes, gasas, tijeras, solución salina, ungüentos, esparadrapo, entre otros, eran financiados por la entidad desde antes.

Las curaciones a domicilio actualmente están a cargo de tres enfermeras y enfermeros que cubren las tres rutas donde hacen curaciones a 67 pacientes diariamente. En esta ruta prestan el servicio a personas que tengan alguna lesión, independientemente de tener la enfermedad o no. El Sanatorio tiene la política de rotación del personal trimestralmente; las personas que curan a domicilio no están exentas de ello, pero la rotación se hace entre los integrantes del grupo de curación que están en albergues o en el hospital.

2 Los nombres de las personas mencionadas o entrevistadas han sido modificados para guardar confidencialidad.

Un día de curación en la ruta móvil inicia con la llegada a la Clínica Herrera Restrepo, donde está ubicada la oficina de curaciones y los materiales que necesita el personal de salud para realizar el procedimiento. En uno de los extremos de la oficina hay un armario de tres columnas, cada una marcada con los nombres *ruta 1*, *ruta 2* y *ruta 3*. En este mueble hay bolsas plásticas con los nombres de los y las pacientes, así como la cantidad de gasas que se necesitan para cada curación; los guantes de látex están ubicados en otro armario donde la enfermera o el enfermero toman los necesarios para el día. Antes de salir, toman la caneca roja de residuos tóxicos para botar las gasas y los guantes utilizados después de la curación (Diario de campo 3).

Una vez listos los materiales, toman sus maletas y van a buscar la moto. Salen del hospital a visitar a las primeras personas de la ruta. El orden de la ruta se estructura de acuerdo con la disponibilidad de tiempo de las personas por curar. Por ejemplo, una paciente de la ruta prefiere que la curen temprano, porque después del procedimiento suele caminar al centro del municipio, así como hay un paciente que lo curan a las 6 a. m., antes de ir a la Clínica Herrera (Diario de campo 4).

Las curaciones se realizan en la entrada de la casa que generalmente conforma la sala; algunas veces en la cocina, otras en el patio o en el mismo cuarto de la persona, pero en su mayoría es el lugar que esté más próximo a la entrada de la casa. El procedimiento inicia cuando la persona se acomoda en una mecedora o silla plástica. Como la mayoría de las heridas están ubicadas en las piernas o en el pie, es necesario poner una butaca o una superficie al frente donde pueda subir el pie, mientras que el personal de salud se sienta al frente (Diario de campo 1).

Una vez acomodados, la persona que cura destapa la herida usando un par de guantes de látex; después, deja un tiempo la herida descubierta, toma en una de sus manos las gasas ya utilizadas y, en forma de puño, se quita el guante, envolviendo así la gasa en este para arrojarlo a la caneca roja; luego, se pone en una de sus manos un nuevo guante y procede a realizar la limpieza de la herida con gasa y solución salina, de nuevo toma en una de sus manos la gasa utilizada para envolverla en el guante y lo bota a la caneca. Seguidamente, se pone un nuevo guante y empieza a aplicar el tratamiento que se esté realizando. En algunos casos son ungüentos proporcionados por el Sanatorio o se aplican tratamientos alternativos, que son negociados entre las personas que curan y la persona con la

herida, como baños con plantas o alimentos en polvo o raspados para mejorar las condiciones de la úlcera (Diario de campo 1).

Igualmente, hay ocasiones en que el motivo de la curación se centra en el lavado de la herida, ya sea con agua y alguna yerbita o con jabón Rey[®] o Dove[®]. Esto depende principalmente del estado de la úlcera y de la negociación entre el o la paciente y la persona que cura; es decir, en algunos casos el paciente propone el tipo de yerba con la que quiere que le bañen la herida o también lo puede sugerir la persona que cura.

La curación finaliza cuando el vendaje se sobrepone a la gasa. Por ningún motivo la persona que cura deja la herida destapada, siempre debe estar cubierta para garantizar la efectividad del tratamiento y para prevenir incidentes sobre esta. Luego de poner el vendaje, el personal de curación lava sus manos y guarda todos los instrumentos en su maleta; en algunas ocasiones se puede extender la visita o continúa con la ruta.

Durante la curación es habitual establecer conversaciones alrededor de diferentes temas entre el personal de salud, el o la paciente y algunos de sus familiares. Por ejemplo, durante una curación la paciente le comentaba a la enfermera que las perras acababan de tener camada, que si conocía a alguien que le interesara adoptar a los cachorros (Diario de campo 2). También las conversaciones se entretujan en torno a las heridas y los malestares que generan, como una ocasión cuando la enfermera empezó a curar a la paciente y esta le dijo “esa pata está que bota y bota agua”, refiriéndose a que la herida le había estado drenando (Diario de campo 4). El uso de estas expresiones sobre las heridas es común en las curaciones a domicilio, como una forma de comentar y narrar el estado de las heridas.

Además, en algunos casos hay un vínculo de confianza y cercanía entre el personal de curación y la familia de la persona que cura, como María, una de las enfermeras de la ruta quien tiene una relación cercana con un paciente y su esposa, ya que la hija de ellos estudió con ella (Diario de campo 5).

LAS METÁFORAS DE LAS HERIDAS EN EL GRUPO MÓVIL DE CURACIÓN DE ÚLCERAS

Entiendo la metáfora a partir de la noción “ver como” propuesta por Wittgenstein que consiste en ver una cosa como otra, considerarla a través de otra, imaginarla y pensarla a través de otra (Betancour 2006).

De acuerdo con Betancour (2006), este concepto propone una experiencia entre el ver y el interpretar en la que el contexto cultural es un determinante en el surgimiento de expresiones metafóricas. Johnson y Lakoff (1991) denominan esta experiencia *coherencia cultural*, y la entienden como la relación entre la metáfora y los valores socialmente establecidos.

Susan Sontag (1996) sugiere que las enfermedades de etiología confusa y de tratamientos ineficaces plantean fuertes problemas para hablar de ellas, como es el caso de la tuberculosis, la lepra, el cáncer y el sida, enfermedades llenas de mitos, ya que la medicina biomédica parte de la idea de que toda enfermedad tiene cura, pero cuando esto no sucede queda espacio para la interpretación, lo que genera la concepción de enfermedades misteriosas y provoca siniestras metáforas sobre ellas. En particular, la lepra en la Edad Media era asociada a la corrupción, y se le atribuía el carácter de putrefacción (Sontag 1996). Asimismo, la explicación bíblica de la enfermedad y los miedos sociales determinó la perentoriedad del aislamiento y el rechazo social (Botero, Polo y Sinuco, 2015).

Pero en las curaciones a domicilio en Agua de Dios, las metáforas utilizadas dan cuenta de la relación de confianza tejida entre el personal de salud, y los y las pacientes de las rutas, en las negociaciones sobre los tratamientos aplicados en la herida y en las formas de expresarse sobre estas.

Las úlceras o perforantes son generalmente llamadas *heridas*, que en su sentido literal se definen como una lesión en la piel causada por objetos externos. Pero en el plano del lenguaje figurado las heridas se entienden como huellas y marcas de una experiencia, la mayoría de las veces atravesada por el dolor o el sufrimiento. En la ruta, estos dos significados están presentes. Así, los procedimientos de curación de las heridas se acompañan de las historias de las personas con lepra que han convivido con este tipo de lesiones corporales.

El personal de salud y las personas enfermas de lepra recurren a la metáfora de las heridas para diagnosticarlas y describirlas, haciendo uso de experiencias sensoriales y emocionales. Durante el trabajo de campo identifiqué dos grupos de metáforas: por una parte, *las metáforas de los sentidos*, que hacen referencia a experiencias sensoriales-corporales, mediante las cuales los sujetos hablaban de situaciones relacionadas con la curación y la experiencia de tener lesiones en el cuerpo; por otra,

las metáforas de las emociones, utilizadas para diagnosticar los estados de las heridas.

Metáforas de los sentidos: la herida es estar vivo

Las heridas se tocan, se ven y en algunas ocasiones se pueden oler. La experiencia de la curación es descrita a través de los sentidos para conocer la herida y permite desarrollar un conocimiento sobre las úlceras o perforantes a través de las capacidades sensoriales del personal de curación. Las personas a quienes les realizan la curación también son parte de dichas experiencias al conocer los síntomas que generan las heridas y, además, se vuelven conocedoras de las terapéuticas que sirven para su mejoramiento.

Los sentidos que describiré a continuación son el olfato, la vista y el tacto. Cada actor involucrado en la curación vive la experiencia de forma distinta, puesto que es quien vive a diario con ellas. En otras palabras, la persona con lepra está inmersa en una experiencia sensorial en la que su propio cuerpo es el que tiene las heridas y siente el tacto-contacto de la persona que la cura, y es a partir de esta experiencia que se asume como conocedora —a través de su experiencia— de los tratamientos para su úlcera.

Por *sentidos* me refiero a una experiencia corporal, atravesada por lo cultural, que señala la forma en que el mundo pasa por las personas y por los cuerpos, y mediante la cual se aprehende la realidad. Estas experiencias son importantes porque los sentidos están destinados a producir sentido y, a la vez, son la proyección de significados sobre el mundo (Le Breton 2007). Los sentidos serán expresados a través de experiencias sensoriales, que son la coherencia cultural donde se proyectan y comunican las vivencias de las curaciones.

Olores en las heridas: “estar muerto en vida”

En su casa una paciente, mientras la enfermera le hacía la curación, contaba que hacía unos meses había tenido una infección en un forúnculo por el cual había sido hospitalizada, pues había tenido dificultades para curarlo, ya que estaba en la parte interna de una de sus piernas. Ella decidió acudir a urgencias porque en los intentos de eliminarlo salía gran cantidad de materia, le generaba mucho dolor y el olor era demasiado fuerte y similar al de las úlceras infectadas, era como “estar muerta en vida” (Diario de campo 1).

En la descripción hay varios aspectos que resaltar. En primer lugar, la paciente a través de su experiencia sensorial comparaba el olor de las úlceras infectadas con el olor del absceso infectado, es decir, una sensación olfativa evocaba la metáfora. Por otra parte, ponía en evidencia una característica de las metáforas que destaca unos aspectos, pero oculta otros. En este caso, resaltaba el olor de la herida infectada omitiendo otros signos de contaminación, como el enrojecimiento del borde de la herida o el pus que genera la infección.

Lo anterior recuerda que los olores en las heridas no solo se incrementan cuando hay infecciones. Por ejemplo, un paciente del albergue Boyacá mencionaba que, cuando una mujer curaba y estaba menstruando, las heridas se ponían más olorosas, mientras que si la mujer estaba embarazada las heridas cicatrizaban más rápido y no drenaban tanto (Diario de campo 7). Estos dos estados están vinculados con las relaciones sexuales y estados reproductivos de las mujeres que curan, pues la sangre de la menstruación se ve como una “sangre que contamina” (Larrea 1997), que afecta tanto la mano de quien cura como la herida del paciente, mientras que el embarazo como símbolo de germinación significa “darle vida” a la herida. Otras relaciones entre la “buena mano” y la actividad sexual en las mujeres son reveladas por algunos pacientes que alcanzaron a ser curados por religiosas y que asociaban el celibato con la pureza de la mano de las curadoras.

Desde una perspectiva histórica, el olfato fue utilizado para reconocer enfermedades en el siglo XVIII, principalmente para identificar el principio mórbido de las enfermedades y el hedor de las fiebres, afinando este sentido con el objetivo de distinguir hedores mortales de los que no lo eran; igualmente, los malos olores representaron la transmisión de enfermedades desde la noción de peste (Larrea 1997).

La genealogía de las percepciones olfativas elaborada por Cristina Larrea (1997) señala las diferentes formas en que los malos olores se han relacionado con la transmisión de enfermedades, ya que si nos situamos en el paradigma bacteriológico de la biomedicina (finales siglo XIX y principios del XX) primaba la creencia de que las enfermedades estaban en el aire, considerado el olor, desde finales del siglo XVIII, como un fluido elemental y no como una combinación química, que actuaba de múltiples maneras sobre el cuerpo humano como en el contacto con la piel o la membrana pulmonar hasta llegar a la sangre (Corbin 1987).

Por tal motivo, las experiencias sensoriales con relación al aire y lo que este significa se dan en términos olfativos que permiten identificar, relacionar y describir lo que ocurre en el entorno. Puntualmente, la metáfora “estar muerto en vida” relaciona el mal olor con una infección y descomposición causada por una enfermedad, que genera un padecimiento y sufrimiento.

La vista en las curaciones: “hasta no ver no creer”

A la vista se le ha otorgado un papel fundamental para ver, interpretar y comprobar la realidad. Existe una hegemonía occidental del valor de la vista por ser el medio por el cual los seres humanos se proyectan al mundo, exploran el espacio y nacen al mundo cuando abren los ojos (Le Breton 2007). Cuando el grupo de curación empezó a realizar los procedimientos a domicilio, los protocolos de curación estaban ceñidos a prácticas biomédicas, pero las personas empezaron a sugerir el uso de plantas poderosas que ofrecían alivio y mejoría a sus heridas y, por lo tanto, reducían el malestar que generaban. Siguieron estas sugerencias en la medida en que el grupo empezó a ver mejorías en los pacientes, es decir, creyeron en el poder de las plantas cuando observaron la eficacia de los tratamientos.

Una integrante del grupo narró uno de los momentos que la llevaron a reconocer la posibilidad de aplicar otros tratamientos:

Yo recuerdo, tengo muy presente en mi cabecita, muy recién llegada al albergue Boyacá, un pacientico con una úlcera de más o menos 22-23 centímetros en su miembro inferior derecho con cavernas. Ya metíamos la mano, metíamos el guante, metíamos la pinza y eran cavernas y el paciente me pidió que le pusieramos yuca, que el almidón de la yuca servía. Lo empezamos a usar, la úlcera le limpió, yo no sé cómo, pero le limpió. Yo lo único que hacía era todos los días sagradamente ponerle su yuquita raspada ahí, metérsela y tapan, cubrir... [y] la úlcera limpió. (Entrevista 4)

En este relato, la experiencia sensorial de la enfermedad, centrada en la vista, rectifica su carácter hegemónico.

La metáfora “hasta no ver no creer” tiene rasgos en torno a las creencias, pues los pacientes confían en los tratamientos alternativos de tal manera que, cuando se empieza a utilizar uno nuevo, afirman

“tenerle fe”. La vista y la fe se vinculan cuando el paciente le “pone fe” al tratamiento y corrobora su efectividad mediante la observación de la mejoría de la herida. La señora Beatriz llevaba unos días probando la aplicación de moringa en polvo sobre la herida, a lo que agregaba lo siguiente: “hay que tenerle fe a las cremas y a otro tipo de remedios que se le aplica a herida” (Diario de campo 2).

El personal de salud móvil también le pone fe a los tratamientos:

Esa agua de nim les ha quitado mucho el dolor. Digamos, cuando hay tejido fibroso, yo le tengo mucha fe a la vaselina, panela raspadita y lo mismo para procesos de que salga carnecita, la gelatina sin sabor también va ayudando como a cubrir. (Entrevista 5)

En un principio, los remedios son pactados entre paciente y enfermera o enfermero, pero cuando se ve su efectividad empiezan a ocupar un lugar importante en la colectividad del grupo de curación, la creencia se potencializa y expande, como el tratamiento de la miel con metronidazol que empezó a utilizar una enfermera con su paciente, y al ver la mejoría de la herida lo utilizó con otros pacientes.

La vista en las curaciones adquiere importancia porque permite evidenciar las percepciones sobre las heridas y todo lo que gira en torno a ellas, por lo que la observación física es y fue la herramienta que permitió el uso de tratamientos alternativos.

Tacto-contacto: “sanar en falso”

Desde una percepción sensorial, la comunicación entre el paciente y quien cura está mediada por el contacto basado en el tacto. Curar la herida se hace con suavidad, pero con firmeza. Este sentido es el más importante en las curaciones, pues verifica las percepciones del olfato y la vista. Por ejemplo, durante una curación la enfermera, al tocar la herida de la paciente, consideró que el perforante estaba en su fase de cierre; para confirmarlo, llamó a la nieta de la paciente y le indicó que pusiera el dedo índice en la herida de la abuela y sintiera que ya no había hueco, y que de acuerdo con esa evidencia le comunicara a su abuela que las curaciones iban a realizarse día de por medio (Diario de campo 6).

Durante otra curación, una paciente contó que había heridas que *sanar en falso*, que es cuando la herida aparenta estar sanando, pero

en realidad debajo de la piel el tejido no ha nacido bien. Cuando ella ve que la herida está así, prefiere “echarse uña” (Diario de campo 3). De este modo, la expresión “sanar en falso” se refiere a aquellas heridas que a simple vista se ven totalmente sanas y cerradas, pero cuando se palpan se siente como un hueso, lo que indica que solo sanó superficialmente y, por tanto, la herida *reventará* de nuevo. Esto sucede mayoritariamente en perforantes plantares, llamados úlceras neuropáticas, que tienen un radio pequeño, pero son muy profundas. Muchas veces, cuando esto sucede, los y las pacientes prefieren quitar esa piel con las uñas y empezar de nuevo las curaciones.

En este contexto, la metáfora *sanar en falso* prioriza el tacto-contacto sobre la vista, indicando una relación íntima y cercana entre el paciente y la enfermera o el enfermero, es decir, una cercanía profesional basada en el cuidado al ser el tacto-contacto transversal para realizar las curaciones.

La cáscara que guarda al palo: “sobar la herida”

Los integrantes del grupo de curación y los pacientes entienden el tacto-contacto al momento de curar como un masaje o una forma de “consentir” la herida o sobarla. Al mismo tiempo, comparten la idea de que curar todos los días es como hacer algo en el día y borrarlo en la noche (Diario de campo 3). Por eso, los procesos de curación son exhaustivos, ya que son sanaciones que toman largas temporadas de trabajo. Además, sobar la herida cada tercer día implica que los componentes del remedio logren su efectividad en la úlcera.

Así como sucede con las curaciones, los lavados de las heridas tienen lugar cada tercer día o, en ocasiones, cada ocho días, pues como afirmaban algunos de los pacientes “si me bañara todos los días con jabón Rey, me derretiría” (Diario de campo 2). En una nota afín, otra paciente consideraba que el cuidado más importante para las heridas era no lavarlas todos los días, porque el agua era mala para las heridas (Diario de campo 1). Por tal motivo, la expresión “la cáscara que guarda al palo”, que usaban para señalar que no es bueno bañarse en exceso, es una forma de situar la importancia de sobar la herida cada determinado tiempo pero no tan seguido, pues bañarse todos los días es una manera de quitar una especie de escudo protector de la piel.

Otra de las interpretaciones de la metáfora de “la cáscara guarda al palo” en las curaciones es el uso permanente de la venda, una tarea

a cargo de las enfermeras y los enfermeros, quienes deben garantizar que entre una curación y otra la persona permanezca con la venda puesta, pues esta actúa como una protección para la herida y también como la “cáscara” que guarda el efecto de los medicamentos aplicados.

Emociones en las heridas: la herida que siente

Las heridas ocupan un lugar central en la relación entre personas con la enfermedad y el personal de salud, así como en las prácticas de curación. Al ser fundamentales en este contexto, se empiezan a reconocer en términos más retóricos que biomédicos, ya que las úlceras toman diferentes formas de acuerdo con su estado. Las heridas son asumidas como un organismo con vida propia, al relacionarlas con los estados emocionales de la persona “herida”.

Las emociones en las heridas derivan de la figura retórica de la personificación (también producen metáforas), entendida como la manera en que se atribuyen cualidades humanas a cosas no humanas, de modo que permiten la experiencia con entidades no humanas, en términos de motivaciones, características y actividades (Johnson y Lakoff 1991). La noción de personificación se amplía en el caso de las heridas, al ser entidades no humanas transitorias, pues es una manifestación de un malestar corporal que, sin “ser la persona misma”, asume características de ella. Conviene subrayar que las heridas son parte del cuerpo de las personas con lepra. Pero, en términos de comprender y entender lo que sucede con las úlceras, pacientes y cuidadores acuden a las emociones humanas para describirlas, como si tuvieran “autonomía emocional” en relación con su lugar de origen.

Principalmente, las emociones se expresan en el rostro y son parte de un resultado más social y cultural que fisiológico; por lo tanto, su manifestación puede variar de un grupo a otro. En el espacio de la curación, las emociones se trasladan a las heridas utilizando como referente la forma en que se expresan los estados anímicos en el rostro. Por ejemplo, estar feliz se puede describir como la curvatura de los labios hacia arriba, mientras que la tristeza, como la punta de los labios hacia abajo o en forma de llanto. Teniendo en cuenta lo anterior, las personas con lepra y el personal de salud toman las representaciones de las emociones como referente para dar cuenta de los estados de la herida, algunas veces

indicando las molestias que produce la herida o como una forma de alerta sobre síntomas de infección.

Heridas tristes

Una enfermera del grupo contaba que “a medida que va manejando al paciente se va dando cuenta de alimentos que alteran las heridas... ellas [las pacientes] dicen: ‘¡uy, está como triste!’ Y yo les digo: ‘sí, está triste, porque se está sanado y usted está feliz’” (Entrevista 3). Las heridas tristes son aquellas que están en su fase de cierre y cicatrización, pues el tamaño de la úlcera se reduce y empieza a tomar forma de una boca hacia abajo; por eso mismo, cuando las heridas están tristes se hace referencia a una etapa de finalización. En términos lingüísticos, el significante de la herida en proceso de cierre se produce bajo el significado de estar triste expresado en el rostro, principalmente en la boca. Esto quiere decir que el concepto de “triste” adquiere sentido a partir de la forma que toma la herida, en concordancia con la expresión de tristeza en el rostro.

La personificación de la tristeza en las heridas toma sentido porque las personas involucradas comparten experiencias sensoriales que reafirman el sentido que toma la expresión, pero de forma paralela se amplifican cuando la enfermera o el enfermero y el paciente comparten los mismos valores que van elaborando la representación de la tristeza. Para comprender un hecho como el cierre de la herida, el uso de las emociones como base referencial permite entender el fenómeno en términos distintos a los de la biomedicina, en este caso, desde sus experiencias más cotidianas.

Los estados de las heridas y las metáforas para definir las son parte de un proceso de observación aguda en el que el personal de salud empieza a conocer al paciente a través de su herida, por lo que las expresiones metafóricas arrojan un diagnóstico de la herida, pero también dan cuenta de la experiencia de conocimiento del personal de curación sobre el o la paciente y sus heridas. Es importante resaltar que la tristeza está estrechamente relacionada con el acto de llorar, pero en el caso de las curaciones a domicilio se refieren a las diferentes formas que va tomando la herida.

Heridas que lloran

El grupo de curación considera que las heridas en su mayoría —depende de su tipo—, al drenar profusamente, se tornan húmedas. Entonces, recurre

a las metáforas de “la herida llora” o “la herida está botando agua” para la úlcera que está drenando. Al suceder esto, busca la manera de evitar que siga llorando mediante el uso de tratamientos como la gelatina sin sabor, vaselina mezclada con Vick Vaporub® o panela raspada.

Antes de iniciar la curación, algunos pacientes comentaban la manera en que habían sentido la úlcera desde la última curación y, para enunciarlo, podrían afirmar: “¡ay, esa herida amaneció toda llorosa!” (Diario de campo 1), o “esa pata está que bota y bota agua” (Diario de campo 4), lo que comunicaba a la persona que curaba que la herida estaba drenando mucho y que no se habían sentido bien, pues cuando la “herida llora” la persona siente un malestar general, llamado “maluquera y desaliento”.

Es posible entender las heridas que lloran o que botan agua bajo la noción de “metáforas recipiente”, formuladas a partir del cuerpo que tiene una forma limitada al experimentar el mundo en términos de externo-interno (Johnson y Lakoff 1991). A la vez, un paciente llamaba a su herida “el huequito” (Diario de campo 5), entendiéndolo como un recipiente al que se le agregan sustancias denominadas *tratamientos*; de igual manera, este recipiente internamente puede tener agua, es decir, puede drenar. La herida como “huequito” hace referencia a algo que hay que llenar y cubrir para que lograra una superficie plana, pero por su característica de recipiente se llena y tiende a llorar, a drenar.

Heridas rancias y estancadas

La herida rancia es la rebelde, la que en el momento menos pensado rechaza los medicamentos y retrocede en el proceso de cierre. Una paciente contaba que hacía ocho años tenía una herida, que en ese momento se veía mejor, pero cuando ya estaba sanando le daba erisipela y volvía a reventar, por lo que consideraba que la herida estaba rancia (Diario de campo 1). Es importante resaltar que las heridas rancias no son como las que sanan en falso, pues en las primeras no alcanza a nacer piel, como sí ocurre con las que sanan en falso.

Las cremas tienen un papel clave en la sanación de las heridas rancias; hay tipos de pieles que reaccionan a las cremas porque son más delicadas, lo que se entiende como que las cremas no “quieren” cierto tipo de pieles. Las cremas también son “celosas” entre ellas; así, cuando la ruta móvil realizaba una curación, procuraba aplicar solo un tipo

de crema, ya que, si bien al mezclarlas pueden generar beneficios a la herida a corto plazo, pueden perjudicarla más adelante.

Por otro lado, las heridas estancadas son aquellas que no mejoran, pero tampoco retroceden, lo que resulta en un proceso de curación mucho más demorado y exige nuevos tratamientos. La herida estancada indica que el tratamiento fue rechazado o ya no está haciendo mayor efecto. Este tipo de heridas llevan a que el personal de curación y los pacientes exploren nuevos tratamientos, como el uso de la miel con polvos y metronidazol, y como primera medida mantenerla limpia para evitar el riesgo de infección. El estancamiento de las heridas también puede ser producto de secuelas que dejan otras enfermedades, como ocurrió con un paciente quien relacionaba el chikungunya como el causante de sus heridas estancadas (Diario de campo 5).

Por su persistencia, estos dos últimos tipos de herida llevan al personal de curación y a los pacientes a explorar de manera exhaustiva los tratamientos posibles. Mientras la herida rancia se niega a mejorar, exigiendo reiniciar los procesos de curación con otros tratamientos, a la herida que no da un paso adelante, pero tampoco atrás, hay que sacudirla y ponerla en movimiento para que continúe con su proceso.

Relación terapéutica

A partir de lo anteriormente expuesto, el resultado de las metáforas de/sobre las heridas, emerge de cuatro características de la relación terapéutica entre el personal de curación y las personas con lepra que son curadas en sus domicilios. La primera es la movilidad de las personas que curan, quienes cruzan las fronteras del hospital con sus motos y maletas para ir a curar a las personas en sus casas, un espacio privado y doméstico que permite mayor horizontalidad y diálogo más íntimo, que en ocasiones rebasa la relación paciente-enfermera, como el caso de la curación de una paciente que estaba acompañada por sus dos hijos:

Los hijos de la paciente complementaban lo que ella y la enfermera decían. El hijo ayudaba a su mamá a calcular los años que llevaba con la herida, o también su hija decía desde el cuarto que su mamá no se había mejorado porque no guardaba quietud, considerando que esta es una de las cosas que ayuda a mejorar. La hija de la paciente afirmó: 'Ella, por estar cuidando gatos y pollos, no se queda quieta'. (Diario de campo 4)

La segunda característica es la empatía, entendida como la actitud y disposición del paciente y de la persona que cura para crear un ambiente de amabilidad, escucha y comprensión durante la visita. La empatía es una forma de “romper el hielo” al momento de curar, como afirmaba una de las enfermeras:

Les digo [al grupo de curación] “acuérdense [de] que no tenemos una herida, tenemos una persona con múltiples necesidades, muchas. Si usted va y coge al paciente y le hace un procedimiento sin hablarle una palabra, usted no va a tener la capacidad de conocer a ese paciente que tiene. Pero si usted es charladito y usted va no solamente a descubrir su patología de la úlcera, si no otras muchas situaciones que la persona tiene, entonces yo creo que así mismo se va a ir acercando la persona. ¡Ah! Esta persona me escuchó. Al otro día uno vuelve, venga, ¿cómo le fue con tal cosa? Esa persona, sobre todo los adultos mayores, son muy receptivos de eso”. (Entrevista 3)

El diálogo y la escucha se convierten también en una herramienta para curar. García y Rodríguez (2005) afirman que la empatía es una de las condiciones de una adecuada comunicación en la relación terapéutica, al suponer calidez y cercanía en la relación: “Se cura más a veces con el ‘buenos días’ que con el ‘ponga el pie que lo voy a curar’ o ‘yo se mucho y usted no sabe nada’” (Entrevista 3). Durante una conversación, un paciente del albergue Boyacá afirmaba que, cuando las enfermeras llevaban los problemas de la casa al trabajo y se desahogaban al momento de curar, la herida desmejoraba (Diario de campo 7), es decir, la actitud empática durante la curación también acompaña la evolución de la herida. La tercera característica es la confianza que pone en juego el personal de salud al utilizar tratamientos alternativos, un acto de confianza en ese “otro” denominado *paciente*, que cruza las fronteras del conocimiento científico, basado en el saber autorizado, un ejercicio de poder de la práctica médica, hegemónico y socialmente reconocido, por ocupar un estatus de poseedor de la verdad por su carácter racional y científico, o sea, válido. En cambio, el diálogo entre el saber biomédico y los saberes alternativos da cuenta de las distintas maneras en que las personas se posicionan frente a los discursos y prácticas institucionales. Agua de Dios, lugar estrechamente relacionado con la lepra, ha estado atravesado por la intervención médica desde sus inicios, motivo por el

cual el campo de la salud no se ha encontrado limitado exclusivamente a la medicina alopática, al encontrarse prácticas no biomédicas sobre la curación y tratamiento de la lepra como enfermedad (ver Buitrago-Echeverri, 2019).

La cuarta y última característica es el saber-ser y el saber-hacer, entendido bajo la noción de “buena mano”, utilizada en este contexto para aludir a una persona que mejora las heridas de manera rápida y efectiva. David Le Breton (2006) afirma que las curaciones no solo son posibles por medio de un saber, sino que allí entran a jugar un saber-hacer y un saber-ser, es decir, la eficacia de los métodos que se utilizan para curar y el papel que juegan las cualidades humanas.

Las cualidades humanas hacen referencia a que no se trata solo de una mano que soba y una herida por curar. Al respecto, la líder del grupo de curación afirmaba lo siguiente:

Entonces yo digo, te pongo el ejemplo de la mano de C y de M, porque tú las veías y ellas eran de cara dura, pero uno al darle la mano a ellas eran de mano suave, de tranquilidad, de empatía con su paciente, entonces eso influye mucho. [...] El carácter es fuerte, pero la mano es suave. ¿Sí? La mano es suave, aun cuando le descargan a uno la mano en el hombro, uno sabe, uno alcanza a entender esa persona qué tanto temperamento tiene”. (Entrevista 3)

CONCLUSIONES

En la relación terapéutica se le posibilita la palabra a los y las pacientes, reconociendo sus experiencias subjetivas en los procesos de salud y enfermedad, a partir de la elaboración de un lenguaje específico para describir diagnósticos y tratamientos de las heridas. Gómez y Palacios (2009), retomando a Eduardo Menéndez (2000), consideran que la subjetividad permite una horizontalidad en el diálogo, en el que el o la paciente pueda usar formas de expresión que le sean más cercanas y tengan mayor sentido.

En las visitas de curación de Agua de Dios, el resultado de relación terapéutica y las prácticas de curación se expresa mediante ricas metáforas que narran los estados de las heridas. A la vez, esta reestructuran el universo simbólico de quienes están presentes en las curaciones, tomando aspectos emocionales y sensitivos. Las experiencias corporales

alientan una relación distintiva entre los sujetos y el mundo y suscitan un ser-en-el-mundo que entiende el cuerpo como el medio por cual el mundo se proyecta (Citro 2011). En un sentido afín, Le Breton (2007) ha retomado a Merleau-Ponty (1964) para señalar que la carne del cuerpo es la misma carne del mundo y resalta que las experiencias sensoriales son la forma más próxima para dar cuenta de esta relación entre el mundo y el sujeto.

Las experiencias sensoriales se caracterizan por su maleabilidad al adquirir nuevas expresiones metafóricas, ya que a través del uso del lenguaje y la acción simbólica se promueven transformaciones de la experiencia (Hinto, Howes y Kirmayer 2008). Es decir, las expresiones metafóricas se renuevan con la experiencia, porque estructuran lo que percibimos, cómo nos movemos en el mundo y la manera en que nos relacionamos con otros (Johnson y Lakoff 1991). Desde la noción ser-en-el-mundo, el uso de metáforas en las curaciones de las heridas de la lepra actúa como traducción de una experiencia sensorial, modelando constantemente las formas en las que los y las pacientes y el grupo de curación se relacionan con las heridas. Esto, al tiempo, genera efectos en términos de pensamiento y acción.

Pensar en las curaciones como experiencias corporales lleva a pensar en lo sensorial, en lo que el o la paciente y el personal de salud sienten y viven desde su lugar en la relación terapéutica. El lenguaje figurado es fundamental en las experiencias corporales ya que, por su mediación, logra narrar la experiencia del paciente y de la enfermera o enfermero en términos de emociones y sentidos, sin necesidad de acudir a la terminología de la medicina científica. Por lo tanto, la experiencia de ese mundo que se proyecta a través de mí, de mis sentidos, se transporta en las expresiones metafóricas que tienen el poder de comunicar y compartir esa experiencia en un lenguaje verbal que destaca dichas experiencias y no las opaca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Betancour, Martha Cecilia. 2006. *Metáfora y ver cómo. La creación de sentido de la metáfora*. Manizales: Editorial Universidad de Caldas.
- Botero, Natalia, Daniela Polo y Laura Sinuco. 2015. "La lepra en Colombia: estigma, identidad y resistencia en los siglos xx y xxi". *Revista Salud Bosque* 5, 1: 67-80. DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v5i1.185>

- Buitrago-Echeverri, María Teresa. 2019. "Mística, yerbas santas y solidaridad: memoria del cuidado no médico de la lepra en Agua de Dios". *Revista Ciencias de la Salud* 17: 88-108. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8121>
- Citro, Silvia. 2011. "La antropología del cuerpo y los cuerpos en-el-mundo. Indicios de una genealogía (in)disciplinar". En *Cuerpos plurales. Antropología de y desde los cuerpos*, coordinado por Silvia Citro, 17-58. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Corbin, Alain. 1987. *El perfume o el miasma: el olfato y lo imaginario social, siglos XVIII y XIX*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Eichelmann, Kristian, Sergio González, Julio César Salas-Alanis y Jorge Ocampo-Candiani. 2013. "Lepra: puesta al día. Definición, patogénesis, clasificación, diagnóstico y tratamiento". *Actas Dermo-Sifiliográficas* 104, 7: 554-563. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.ad.2012.03.003>
- García, Ana y Juan Carlos Rodríguez. 2005. "Factores personales en la relación terapéutica". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* xxv, 96: 29-36.
- Gómez, Daniel y Domingo Palacios. 2009. "Influencia del modelo hegemónico biomédico en la concepción y desarrollo de las terapias alternativas". *Cultura de los cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades* XIII, 25: 62-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2009.25.09>
- Gutiérrez, Antonio. 1925. *Apuntamientos para la historia de Agua de Dios 1870 - 1920*. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Hinto, Devon, David Howes y Laurence Kirmayer. 2008. "Toward a Medical Anthropology of Sensations: Definitions and Research Agenda". *Transcultural Psychiatry* 45, 2: 142-162. DOI: <https://doi.org/10.1177/1363461508089763>
- Johnson, Mark y George Lakoff. 1991. *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Ediciones Cátedra Teorema.
- Larrea, Cristina. 1997. *La cultura de los olores. Una aproximación a la antropología de los sentidos*. Quito: Abya-Yala.
- Le Breton, David. 2006. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Le Breton, David. 2007. *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lodi, Alejandro. 2019. *Quirón y el don de la herida. El símbolo de la resiliencia en astrología*. Buenos Aires: Editorial Kier.

- Menéndez, Eduardo. 2020. “La construcción del sujeto: la dimensión antropológica”. En *Contextos, sujetos y drogas*, coordinado por Grup Igia y colaboradores, 79-98. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública.
- Merleau-Ponty, M. 1964. “L’oeil et l’esprit. Gallimard, París”. [El ojo y el espíritu, Buenos Aires, Paidós, 1986]
- Obregón, Diana. 1997. “Medicalización de la lepra: una estrategia nacional”. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura* 24, 139-165.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). 2000. *Guía para la eliminación de la lepra como problema de salud pública*. Asunción: OMS
- Plattarrueda, Claudia y Catherine Agudelo. 2004. *Ensayo de una bibliografía comentada sobre la lepra y lazaretos en Colombia, 1535-1871: representaciones, prácticas y relaciones sociales*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Plattarrueda, Claudia. 2008. “Contagio, curación y eficacia terapéutica: disensos entre el conocimiento biomédico y el conocimiento vivencial de la lepra en Colombia”. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 6: 171-195. DOI: <https://doi.org/10.7440/antipoda6.2008.09>
- Sontag, Susan. 1996. *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid: Taurus.

Entrevistas

- Entrevista 1: Entrevista realizada a JA. Albergue Boyacá, julio 23 de 2015, 75 minutos. Grabadora de voz.
- Entrevista 2: Entrevista realizada a HR. Cafetería plaza central, octubre 15 de 2015, 70 minutos. Grabadora de voz.
- Entrevista 3: Entrevista realizada a AS. Clínica Herrera Restrepo, octubre 11 de 2016, 34 minutos. Grabadora de voz.
- Entrevista 4: Entrevista realizada a HR. Clínica Herrera Restrepo, octubre 11 de 2016, 34 minutos. Grabadora de voz.
- Entrevista 5: Entrevista realizada a AS. Clínica Herrera Restrepo, octubre 21 de 2015, 72 minutos. Grabadora de voz.

Diarios de campo

- Diario de campo 1. Diario de campo visitas domiciliarias, 29 de agosto de 2016, Agua de Dios, notas

Diario de campo 2. Diario de campo visitas domiciliarias, 30 de agosto de 2016, Agua de Dios, notas.

Diario de campo 3. Diario de campo visitas domiciliarias, 31 de agosto de 2016, Agua de Dios, notas.

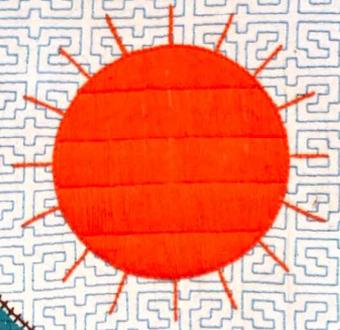
Diario de campo 4. Diario de campo visitas domiciliarias, 20 de septiembre de 2016. Agua de Dios, notas.

Diario de campo 5. Diario de campo visitas domiciliarias, 21 de septiembre de 2016. Agua de Dios, notas.

Diario de campo 6. Diario de campo conversaciones informales, 11 de octubre de 2016. Agua de Dios, notas.

Diario de campo 7. Diario de campo conversaciones informales, 20 de octubre de 2016. Agua de Dios, notas.

LO RECIENTE



LINA BRITTO

*Marijuana Boom: The Rise and Fall
of Colombia's First Drug Paradise*

Oakland: University of California Press, 2020, 332 páginas.

La *bonanza marimbera* fue un fenómeno que tuvo lugar entre las décadas de 1970 y 1980 y consistió en la producción y tráfico de marihuana desde el Gran Magdalena (Colombia) hacia Estados Unidos. En el libro *Marijuana Boom: The Rise and Fall of Colombia's First Drug Paradise*, la periodista, antropóloga e historiadora Lina Britto realiza un abordaje histórico y analítico de dicho fenómeno. En su libro, Britto se pregunta por la manera en que una región periférica se convirtió en el mayor expendedor de marihuana para los Estados Unidos y, en esa misma vía, por la manera en que este primer auge del tráfico de drogas ilícitas no solo declinó como negocio, sino que cayó en el completo olvido. En este marco, la autora busca cuestionar y trascender el lugar común que relega a *bonanza marimbera* a una especie de anécdota regional o aquel que reduce las explicaciones al abandono estatal, como las de Uribe y Cárdenas (2007), González-Plazas (2008) y Orsini (2007). Para este cometido, Britto enarbola una investigación que analiza el fenómeno como parte de la modernización agraria, la formación del Estado-nación colombiano y la alineación con las políticas de Estados Unidos, es decir, desde un enfoque multiescalar, en el que lo local, lo regional, lo nacional y lo internacional entran en discusión.

La primera parte del libro examina la conformación del territorio del Gran Magdalena (que comprendía los actuales departamentos de Magdalena, Cesar y La Guajira), con especial atención en la constitución del departamento de La Guajira. A este respecto, subraya los esfuerzos que la presidencia de Alfonso López Pumarejo (1934-1938) tuvo en dicho camino y, a su vez, destaca el papel que desempeñaron los contrabandistas en la integración del territorio, mediante el importante corredor comercial que establecieron entre poblaciones como Maicao, Riohacha y la parte más meridional de la península de La Guajira, así como lugares en las faldas y alrededores de la Sierra Nevada de Santa Marta y la serranía de Perijá.

Subsecuentemente, en la segunda mitad de la década de 1960, durante el mandato de Carlos Lleras Restrepo (1966-1970), en la costa Caribe se erigió una ruta de contrabando de café hacia distintas islas del Caribe, emergente negocio que pavimentó el camino de lo que posteriormente sería el tráfico de marihuana. Aunque Britto expone que ya en las décadas de 1920 y 1930 existían cultivos de marihuana en Colombia, no sería sino hasta la primera mitad de la década de 1960 que se establecerían los primeros sembríos de exportación de marihuana en las faldas de la Sierra Nevada, actividad que entonces no era considerada un negocio de índole inmoral, sino más bien un producto entre tantos más, que encajaba en la larga tradición de contrabando de la península, con el que indígenas wayuu, personas mestizas y extranjeras podían comerciar y del que se podían obtener cuantiosas ganancias. En este territorio, donde cohabitaban y yuxtaponían distintos marcos éticos y de justicia, los mismos contrabandistas de café manejaban el negocio en ascenso.

En la segunda parte de la obra, Lina Britto se acerca a las adaptaciones tecnológicas que permitieron la expansión del tráfico de marihuana que dio lugar al mayor pico de producción del producto entre 1972 y 1978. En su análisis la autora recorre los caminos de la llegada de los cultivos de marihuana a Colombia y pone en entredicho la teoría canónica según la cual dicha planta fue introducida por los Cuerpos de Paz de la Alianza para el Progreso. En cambio, adhiere a la posibilidad de la llegada de semillas y tipos de marihuana por gUAQUEROS interesados en el Tayrona tras su descubrimiento a mediados del siglo XX, así como jóvenes norteamericanos *hippies* que no pertenecían a los Cuerpos de Paz sumados, a la par con las conexiones comerciales de lugares como Riohacha y Santa Marta. En igual medida, el libro expone el misterio que rodea la creación de la cepa Santa Marta Gold, que se convertiría en el sello característico de la marihuana colombiana, y examina la posterior creación del cinturón de la marihuana en la Sierra Nevada de Santa Marta.

El tráfico trajo consigo ganancias económicas sin precedentes para sus mayores beneficiarios, que lo gastaban sobre todo en consumo suntuario y en la producción de empleo (en y fuera del negocio del tráfico de marihuana). Esto resultó en el aumento en el bienestar colectivo y la aceleración de los cambios sociales, acompañados por el crecimiento comercial y demográfico de

poblaciones como Maicao, Riohacha o Santa Marta, que se conjugó con el *boom* petrolero de la década de 1970 en Venezuela. En conjunto, aparecieron los marimberos: hombres de origen campesino que hicieron las veces de intermediarios entre las y los consumidores estadounidenses y las familias campesinas en la Sierra Nevada. Esto catapultó su reconocimiento social y éxito económico sin precedentes que quedaría expresado en la música vallenata. A este respecto, la autora examina el vallenato como la música que marcó los ciclos de producción, se configuró como la representación de los atributos de los marimberos y dio espacio a las parrandas que sobrevendrían en los principales escenarios de la vida social.

A diferencia de las élites algodoneras que en el pasado habían utilizado el vallenato para consolidarse socialmente, los marimberos utilizaron el vallenato para ser celebrados. Por ello, este género musical —expresa la autora— se convirtió en un fin en sí mismo. De esta manera, los marimberos financiaban la grabación de discos, pagaban presentaciones y compraban vinilos, lo que apuntaló a los cantantes vallenatos al permitirles dedicarse de manera exclusiva a la música y a que las disqueras se vieran obligadas a pagarles mayores sumas de dinero. De esta manera, la *bonanza marimbera* se encargó de magnificar la importancia que el vallenato mismo ya tenía, lo que, a su vez, devino en una modernización del sonido al hacerlo más urbano y con contenido más lírico. Así, Britto expone cómo, tras la *bonanza marimbera*, el vallenato se transformó en el género musical comercial más importante de Colombia, lo que en el futuro sería negado en aras de mostrarlo como un género exento de contradicciones y que se encontraría en la constante exaltación pública (Araújo 2002, Oñate 2003). Por ende, Britto considera el vallenato como fuente oral que permite un acercamiento a la memoria colectiva y al mundo social que ayuda a configurar.

El último apartado del libro se detiene en el análisis del declive de la *bonanza marimbera*, a partir de la conformación de la llamada *guerra contra las drogas* en Colombia durante el gobierno de Alfonso López Michelsen, coincidente con el gobierno de Jimmy Carter en Estados Unidos. Sin embargo, esto no tendría lugar hasta la presidencia de Julio César Turbay, quien gracias a la implantación del Estatuto de Seguridad en 1978 atacaría la insurgencia rural y urbana y el tráfico de drogas. Es así como desde el gobierno norteamericano, tal y como lo

devela la autora, se creó *The Two Peninsulas Campaign* (la Campaña de las dos Penínsulas), que buscaba atacar el tráfico de marihuana entre la península de La Guajira y la de Florida. Esta alianza político-militar forjó nuevas formas de diplomacia entre los dos países y la disposición de nuevas estructuras para atacar la producción de drogas que, años más tarde, serían utilizadas en la persecución del tráfico de cocaína por los carteles de Medellín y Cali.

La persecución de la marihuana alteró el *statu quo* de la región Caribe y desembocó en el uso de la fuerza de los marimberos, de forma que la criminalización y militarización generaron índices de violencia nunca vistos como producto del debilitamiento de los códigos tradicionales de contrabando. Asimismo, con la caída del negocio de la marihuana también disminuyó el número de parrandas y el patrocinio del vallenato, ya que los marimberos pasaron de ser benefactores a objetivos perseguidos por las autoridades. Algunos traficantes de marihuana intentaron migrar al tráfico de cocaína sin mucho éxito, otros terminarían, posteriormente, involucrados con movimientos paramilitares y otros quedarían en la absoluta ruina.

El libro de Lina Britto descifra el auge y caída del *boom* de la marihuana en las costas del Caribe colombiano; asimismo, se detiene en las motivaciones de los y las protagonistas y las consecuencias de dicho tráfico en las dimensiones políticas, sociales y culturales de la región. Para este fin, Britto hace uso de distintas fuentes escritas de prensa, nacionales e internacionales que todo el tiempo interpela, contrastándolas con aquellas derivadas de su trabajo de campo y de la historia oral, que se prolongó más de una década. En este periodo entrevistó a personas directamente inmiscuidas con el tráfico de marihuana en distintas fases; a compositores y músicos de vallenato; a habitantes del Caribe colombiano durante el periodo de la bonanza marimbera, y a estudiosos, nativos y no nativos, de temas como el contrabando y el tráfico de drogas. Precisamente eso le permite acercarse a información de actividades ilícitas que están fuera del plano oficial. Igualmente, la autora logra trascender a las miradas exotizantes de larga data sobre el fenómeno. Así, esta obra se convierte en un trabajo insoslayable en la comprensión de la historia del Caribe colombiano, en el entendimiento de las políticas contra las drogas en nuestro país, sobre la transformación del vallenato en industria cultural y, por supuesto, del estudio de la *bonanza marimbera*. Por ello, su obra es un parteaguas que

sirve como punto de partida para nuevos abordajes sobre estos mismos tópicos, y en ello recae, en buena medida, su importancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, Consuelo. 2002. *Trilogía vallenata*. Bogotá: Ministerio de Cultura.
- González-Plazas, Santiago. 2008. *Pasado y presente del contrabando en la Guajira aproximaciones al fenómeno de ilegalidad en la región*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Oñate, Julio. 2003. *El ABC del vallenato*. Bogotá: Taurus Editores.
- Orsini, Giangina. 2007. *Poligamia y contrabando: nociones de legalidad y legitimidad en la frontera guajira. Siglo xx*. Bogotá: Universidad de Los Andes.
- Uribe, Simón y Nicolás Cárdenas. 2007. *La guerra de los Cárdenas y los Valdeblánquez. Estudio de un conflicto mestizo en La Guajira*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

FRANKLIN REYNEL BONIVENTO

Universidad Nacional de Colombia

PERFIL ACADÉMICO DE LOS AUTORES Y AUTORAS DE MAGUARÉ, VOL. 35, N.º 1 · 2021

CHONON BENSHO

Artista y artesana del pueblo shipibo-konibo, de la región Ucayali, en la Amazonía peruana. Artista profesional por la Escuela de formación artística Eduardo Mesa Saravia, Pucallpa. Ha participado en diversas exposiciones artísticas colectivas e individuales. Presidenta de la Asociación de Artistas y Sabios del Pueblo Shipibo-Konibo (METSÁ).

FRANKLIN REYNEL BONIVENTO

Antropólogo y estudiante de la Maestría en Historia de la Universidad Nacional de Colombia. Sus áreas de trabajo son la antropología histórica, la etnología y la etnografía de La Guajira y el Caribe colombiano.

VIAANI CORAL MENDOZA

Investigadora feminista, licenciada en antropología social por el Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad Autónoma “Benito Juárez” de Oaxaca, México, y maestra en Antropología Social, Línea de Antropología Médica, por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (Ciesas), unidad Pacífico sur.

PEDRO FAVARON

Escritor, poeta, investigador académico independiente y comunicador social y audiovisual de nacionalidad peruano-argentina. Doctor en Literatura por la Universidad de Montreal de Canadá y magíster en Comunicación y Cultura por la Universidad de Buenos Aires. Fundador de la Clínica de Medicina Tradicional y Centro de Estudios Ancestrales Nishi Nete.

LILIANA GÓMEZ-CARDONA

Coordinadora de investigación en el Centro Universitario de Salud Mental Douglas y candidata a posdoctorado por la Universidad McGill (Canadá). Cursó estudios de doctorado y maestría en Antropología

en la Universidad de Montreal y de pregrado en Antropología en la Universidad Nacional de Colombia.

ALEJANDRA GÓMEZ-GARCÍA

Antropóloga por la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

TATIANA HERRERA

Socióloga por la Universidad Nacional de Colombia, magíster en Comunicación por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) Ecuador y candidata a maestra en Antropología por la Universidad Nacional de Colombia.

VANESSA ROBLEDO

Antropóloga por la Universidad Nacional de Colombia. Investigadora independiente.

DIEGO VALLEJO-DÍAZ

Antropólogo. Magíster en Estudios Sociales de la Ciencia por la Universidad Nacional de Colombia.

EVALUADORES Y EVALUADORAS DE MAGUARÉ, VOL. 35, N.º 1

- Lina Rosa Berrío Palomo, doctora en Ciencias Antropológicas, profesora investigadora del Programa de Antropología Social, Línea de Antropología Médica, Ciesas Pacífico Sur
- Mónica Bustamante Salamanca, magíster en Ciencias Sociales con énfasis en Antropología por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), Ecuador, y magíster en Psicología por la Universidad Santo Tomás, Colombia
- Romina del Monaco, doctora en Ciencias Sociales, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, IIGG-UBA-CONICET
- Juan Ramón Duchesne Winter, doctor en *Hispanic Languages and Literatures*, profesor de Literatura Latinoamericana en la Universidad de Pittsburgh
- Amparo Hernández Bello, doctora en Salud Pública, profesora en Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana
- Fernanda Martinhago, doctora en Ciencias Humanas y doctora en Antropología y Comunicación, posdoctoranda, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina
- Eduardo Luis Menéndez Spina, doctor en Antropología Médica, investigador en Ciesas
- Hugo Portela Guarín, doctor en Antropología, profesor en Departamento de Antropología, Universidad del Cauca
- María Raquel Pozzio, doctora en Antropología, UNAJ/UNLP/IDES
- María Fernanda Olarte-Sierra, doctora en Ciencias Sociales y del Comportamiento, investigadora senior en Ensamble Investigaciones (Colombia)
- Susana Ramírez-Hita, doctora en Antropología Social y Cultural, profesora asociada en Universidad Rovira i Virgili
- Diana Rosas Riaño, candidata a doctorado en Antropología, Universidad Nacional de Colombia
- Rosalynn Adeline Vega, doctora en Antropología Médica, profesora asistente en University of Texas Rio Grande Valley (UTRGV)
- Guillermo Vega Sanabria, doctor en Antropología, por la Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil, profesor en el Departamento de Antropología y Etnología, Universidade Federal da Bahia

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

Maguaré. Revista del Departamento de Antropología

Maguaré es una publicación bianual editada desde 1981 por el Departamento de Antropología de la Universidad Nacional de Colombia, cuyo objetivo principal es la divulgación de trabajos e investigaciones originales que contribuyan al avance de la Antropología y otras disciplinas de las ciencias sociales. La revista propende por la apertura temática, teórica y metodológica mediante la publicación de documentos con perspectiva antropológica, pero también de otras áreas del conocimiento como historia, sociología, literatura, psicología, trabajo social, etc. El propósito de la revista es crear redes de conocimiento y promover la interdisciplinariedad. El equipo editorial lo conforman las directora y editora, un Comité Editorial conformado por docentes de varios departamentos de Antropología en Colombia, y un Comité Científico Internacional, integrado por profesionales de reconocida trayectoria académica, quienes se encargan de apoyar el proceso de edición de los documentos recibidos por la publicación. La revista divulga artículos de variada índole en español, inglés y portugués, entre los que se cuentan los siguientes: 1) artículo de investigación científica, que presenta de manera detallada los resultados originales de investigaciones desde una perspectiva analítica o crítica; 2) artículo corto: documento breve que presenta resultados originales, preliminares o parciales de una investigación científica; 3) revisión de tema: documento resultado de la revisión de la literatura sobre un tema de interés y particular y se caracteriza por realizar un análisis de por lo menos cincuenta fuentes

bibliográficas; 4) traducción de textos clásicos, de actualidad o transcripciones de documentos históricos de interés particular en el dominio de publicación de la revista; 5) informe de monografía: documento que resume los puntos principales de una tesis presentada para obtener algún título.

EVALUACIÓN DE ARTÍCULOS

Cada documento que recibe *Maguaré* entra en un proceso de selección que adelanta el Comité Editorial para escoger los textos que serán sometidos a evaluación por pares académicos. Una vez seleccionado el texto, se asignan dos pares nacionales o internacionales de reconocida trayectoria académica que emitirán concepto sobre el escrito. La publicación final, sin embargo, es decisión del Comité Editorial. Finalizado el proceso de revisión, el (la) editor(a) informará al (a la) autor(a) la decisión sobre su documento. Si este ha sido seleccionado para publicación, la revista hará llegar a su autor(a) el respectivo formato de autorización para su publicación y reproducción en medios impreso y digital.

PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

1. Todo material propuesto para publicación debe ser inédito y no haber sido presentado a otras revistas o publicaciones.
2. Los documentos pueden ser enviados a *Maguaré*, al correo revmag_fchbog@unal.edu.co.
3. Los artículos (de 30 páginas máximo sin incluir bibliografía y elementos gráficos) deben ser enviados en formato

*.doc o *.rtf, en letra Times New Roman de 12 puntos y con interlineado doble. Las reseñas tendrán una extensión máxima de 1.500 palabras (cerca de 4 páginas).

4. En la primera página del texto deben incluirse los siguientes datos de su autor o autora: nombres y apellidos completos, filiación institucional y correo electrónico de contacto o dirección. Igualmente, debe incluirse su respectivo resumen con el objetivo, la metodología utilizada y las conclusiones (128 palabras máximo) en español e inglés y, además, las palabras clave (máximo 8), también en ambos idiomas. Si el artículo es el resultado de alguna investigación o proyecto, debe incluirse (en nota a pie de página) el título y el número de la investigación y, cuando corresponda, el nombre de la entidad que la financió.

5. En una carpeta digital deben entregarse los archivos originales de tablas o diagramas, fotografías e ilustraciones. En cuanto a las dos últimas, estas deben estar en formato .png, .jpg o .tiff, con resolución mínima de 300 ppp. Toda imagen, figura o tabla que no sea de la autoría de quien ha escrito el texto, deberá contar con la autorización escrita de su autor(a) original para su publicación y con la respectiva referencia o nota aclaratoria. Dicha autorización debe tramitarla el (la) autor(a) del artículo.

GENERALIDADES

Maguaré se guía en general por las normas de ortografía y de gramática de la Asociación de Academias de la Lengua Española y por los criterios de citación del Manual de Estilo de Chicago – adaptado al español por la Universidad de Deusto, Bilbao, por convenio con la Universidad de Chicago–. No obstante,

dada la especificidad de la antropología como disciplina, Maguaré tiene criterios propios respecto de varios asuntos editoriales; por ejemplo, en el uso de mayúsculas y escritura de etnónimos, notas a pie de página, lenguaje incluyente, así como en la datación y citación de material etnográfico. Estos criterios constituyen el principal propósito de estas normas de presentación, que se enriquece con la transcripción adaptada de los paradigmas básicos de referenciación en el estilo de Chicago de autor(a)-año.

CRITERIOS EDITORIALES

Lenguaje incluyente y trato de género

Maguaré promueve el uso del lenguaje incluyente y no sexista. Por tanto, aconseja la Guía de uso para un lenguaje igualitario (castellano), de la Universidad de Valencia (2012), que se puede recuperar en el siguiente enlace: https://www.uv.es/igualtat/GUIA/GUIA_CAS.pdf. Entre las principales estrategias y opciones de escritura, están las siguientes: utilizar nombres colectivos y abstractos, y formas neutras ('las personas' en vez de 'los hombres'; 'quienes estudian' en vez de 'los estudiantes'); cuando se trata de grupos mixtos, incorporar en el discurso siempre las formas femeninas junto a las masculinas (las y los profesionales en antropología).

Figuras y tablas

Las imágenes (fotografías, dibujos, mapas, gráficos) incluidas en los artículos se consideran bajo el rótulo de figuras; la información estadística se organiza en tablas, con este título. *Maguaré* no incluye imágenes de ornato en sus artículos; en caso de que

no exista una referencia a las imágenes o figuras incluidas, prescindiremos de ellas.

Notas a pie de página

La revista limita el uso de notas a pie de página a las estrictamente necesarias. El criterio es que, si la nota es importante, debe incorporarse al texto; si no lo es, debe eliminarse. *Maguaré* solo admite las siguientes excepciones: cuando el artículo es producto de una investigación científica, se recurre al pie de página para informar el nombre de esta, sus fechas y la institución patrocinadora; mediante el pie de página se dan créditos a ponencias precedentes al texto del artículo o para remitir a una página web. Los llamados van en superíndice, después del signo de puntuación.

REFERENCIACIÓN

Cabe insistir que *Maguaré* se guía por los criterios de citación del *Manual de Estilo de Chicago* –adaptado al español por la Universidad de Deusto, Bilbao, por convenio con la Universidad de Chicago– y pide a sus colaboradores que presenten sus trabajos en el estilo de citación de autor(a)-año, que se desglosa en los capítulos 14 y 15 de dicho *Manual*. Para facilitar este trabajo, incluimos a continuación las orientaciones clave:

EPÍGRAFES

Van justificados a la derecha, con su respectiva referencia (nombre y apellido, año de publicación y título completo, separados por puntos):

La fe se tiene y se tiene para usarla cuando sea, o se considere necesario. Joel James Figarola. 2006. *La brujería cubana: el palo monte*

CITACIÓN EN EL CUERPO DEL TEXTO

En el texto solo se incluye el año de publicación del libro citado, no la fecha original de publicación. El rango de páginas no se abrevia, y las de Prefacio, Introducción y afines, si vienen foliadas en números romanos, se referencian de igual forma: (Rieger 1982, xx-xxx).

Estructura de citas

Abierta (Loaeza 1999); *textual* (Loaeza 1999, 218-223); de dos y tres autores (Shepsle y Bonchek 2005, 45); de cuatro o más autores (Barnes et ál. 2010). Cuando se citan varias referencias dentro del mismo paréntesis, se separan entre sí por punto y coma, así: (Loaeza 1999; Shepsle y Bonheck 2005). Lo mismo sucede si se citan dos referencias de la misma autora en el mismo paréntesis (Rieger 1982; 1983)

INFORMACIÓN ETNOGRÁFICA

Transcripciones

De entrevistas, fuentes primarias, conversaciones personales o comunicaciones orales: Estos textos se escriben literalmente; por tanto, como se sobreentiende que los giros expresivos y marcas históricas de escritura se conservan, no se requiere especificar la literalidad de la transcripción [sic] en caso de barbarismos y usos lingüísticos particulares. Sin embargo, cuando el

texto citado tiene algún error que pueda leerse como de transcripción, sí se indica [sic]. Hay que señalar, no obstante, que la ortografía y la puntuación son fundamentales para el cabal entendimiento del sentido de la transcripción de entrevistas, conversaciones personales y notas de campo, y han de regirse por las normas de sintaxis y escritura.

Correo o comunicación personal

Autor(a) o autoras(es), comunicación personal, DD/MM/AA:(Paula Pérez, comunicación personal, 28 de febrero de 2010)–

Entrevistas no publicadas

Se referencian aparte, al final de las Referencias, en párrafo francés (CTRL+F), en orden cronológico, más la siguiente información: nombre de la persona entrevistada, lugar, fecha, hora, duración y método de registro.

Entrevista 1: Entrevista realizada a Patricia Rodríguez. Universidad Nacional de Colombia, edificio de Posgrados de Ciencias Humanas, 26 de julio de 2017, 34 m. Grabadora de voz.

En el cuerpo del texto, se referencian entre paréntesis, de acuerdo con las listadas en las fuentes: (Entrevista 1, ...).

Entrevistas publicadas

Gordimer, Nadine. 1991. Entrevista. Nueva York Times, entrevistador(a), DD/MM/AA.

Diarios de campo

Se referencian aparte, después de las Referencias, en párrafo francés (CTRL+F), en orden cronológico, e incluyendo la siguiente información: fechas o periodo que abarcan, lugar de realización de la observación, y método de registro. Si el (la) autor(a) del texto es quien realizó la observación, no es necesario que se autorreferencie. En caso contrario, debe aparecer quién realizó la observación o trabajo de campo.

Diario de campo 1: Diario de campo de septiembre y octubre de 2017, Sierra Nevada de Santa Marta, notas y registro fotográfico. En el cuerpo del texto, se referencian entre paréntesis, de acuerdo con las listadas en las fuentes: (Diario de campo 1, ...).

LIBROS

Un(a) autor(a)

Se organiza alfabéticamente en la lista de referencias y el apellido va primero que el nombre de pila:

Ortiz-Osés, Andrés. 2007. *Los mitos vascos: Aproximación hermenéutica*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Autoría conjunta o múltiple

dos o tres autoras (o editores) de la misma obra se citan en el orden en que aparecen en la portada. En la bibliografía solo se invierte el nombre del primer autor o autora, y se escribe coma antes y después del nombre de pila o iniciales de ese primer autor. Se usa la conjunción “y” no el signo &.

Shepsle, Kenneth y Mark Bonchek. 2005. *Las fórmulas de la política: instituciones,*

racionalidad y comportamiento. México: Taurus/Centro de Investigación y Docencia Económicas.

Alonso Schokel, Luis y Eduardo Zurro. 1977. *La traducción bíblica: lingüística y estilística*. Madrid: Cristiandad.

Jacobs, Sue-Ellen, Wesley Thomas y Sabine Lang, eds. 1997. *Two-Spirit People: Native American Gender Identity, Sexuality, and Spirituality*. Urbana: University of Illinois Press.

Si una obra tiene *más de tres autores(as) o editores(as)*, en la citación se incluye el nombre de la primera autora o autor, seguido de la expresión "et al.", sin mediar coma, pero en la lista de referencias final se incluyen todos.

Trabajos anónimos

“Si el autor o editor es desconocido, tanto la cita en nota como la entrada bibliográfica deben comenzar con el título. En la alfabetización se prescinde del artículo inicial. [...] Aunque de manera general hay que evitar el uso de Anónimo, puede reemplazar al nombre cuando en la bibliografía sea necesario agrupar varias obras anónimas” (*Manual de estilo* 14.79).

Editor(a), traductor(a)

o compilador(a), no autor(a)

“Cuando en la portada no figura ningún autor, la obra se cita por el nombre del editor(es), compilador(es) o traductor(es). [...] tras el nombre y una coma se escribe, en redonda, la abreviatura adecuada (trad., ed., comp. [o coord.] o sus formas de plural)” (*Manual de estilo* 14.87).

Andrés-Suárez, Irene, ed. 2012. *Antología del microrrelato español (1906-2011): El cuarto género narrativo*. Madrid: Cátedra.

Silverstein, Theodore, trad. 1974. *Sir Gawain and the Green Knight*. Chicago: University of Chicago Press,.

Editor(a), traductor(a),

coordinador(a) o compilador(a),

además del autor(a)

Adorno, Theodor y Walter Benjamin. 1999. *The Complete Correspondence*. 1928-1940, Edición de Henri Lonitz. Traducción de Nicholas Walker. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Títulos

Los títulos y subtítulos de libros van en cursiva y llevan mayúscula inicial la primera palabra y los nombres propios. Esta norma rige para los títulos en español y gran parte de los títulos en lenguas extranjeras, pero no para el inglés que lleva mayúscula inicial en cada palabra, excepto las preposiciones.

Hay que respetar la grafía y puntuación de los títulos, con excepción de los que aparezcan en mayúsculas en la portada original. Se usan dos puntos, también en cursiva, para separar el título principal del subtítulo. Cuando un título que está en cursiva contiene el título de otra obra (sea breve o extensa), este se pone entre comillas.

Los títulos muy largos pueden acortarse en la bibliografía o la nota, indicando la elipsis mediante puntos suspensivos

Si se requiere la traducción de un título, esta sigue al título original y va entre corchetes, sin cursivas ni comillas.

Si es necesario citar tanto el original como la traducción, se puede emplear cualquiera de las dos formas siguientes, dependiendo de cuál sea de mayor interés para las y los lectores, el original o la traducción:

Furet, François. *Le passé d'une illusion*. París: Éditions Robert Laffont, 1995. Traducción de Deborah Furet como *The Passing of an Illusion* (Chicago: University of Chicago Press, 1999). Furet, François. *The Passing of an illusion*. Trad. de Deborah Furet. Chicago: University of Chicago Press, 1999. Originalmente publicado como *Le passé d'une illusion* (París: Éditions Robert Laffont, 1995).

ARTÍCULOS EN REVISTAS ACADÉMICAS:

Digital

Arroyave, Sergio. 2019. "Coproducción del paisaje y el campesino de Río Verde de los Montes. Entre territorializaciones

y refrains". *Maguaré* 33, 1: 17-46. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v33n1.82390>

En caso de no haber DOI

Arroyave, Sergio. 2019. "Coproducción del paisaje y el campesino de Río Verde de los Montes. Entre territorializaciones y refrains". *Maguaré* 33, 1: 17-46. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/82390/72678>

Físico

Arroyave, Sergio. 2019. "Coproducción del paisaje y el campesino de Río Verde de los Montes. Entre territorializaciones y refrains". *Maguaré* 33, 1: 17-46.

TESIS

Alemany, Macario. 2005. "El concepto y la justificación del paternalismo". Tesis doctoral en Filosofía del Derecho, Universidad de Alicante, San Vicente de Raspeig."

GUIDELINES FOR PRESENTATION OF ARTICLES

Maguaré. Journal of the Department of Anthropology

Maguaré is a biannual academic journal published since 1981 by the Department of Anthropology at Universidad Nacional de Colombia. Its main purpose is to publish original pieces and work that contribute to anthropology and other social sciences. *Maguaré* fosters and supports thematic, theoretical and methodological openness. It seeks to publish anthropologically-inspired texts produced by scholars from other social sciences and the humanities, such as history, sociology, literature, psychology, social work, among others.

Maguaré's editorial staff is composed of a director affiliated to the Department of Anthropology at Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; an editor; an Editorial Committee, whose members are professors at several Colombian anthropology departments; and an International Scientific Committee, composed by distinguished professors. These two committees assist the editorial process.

The Journal disseminates several categories of papers and articles, which include: 1) papers based on academic research that present detailed results of research projects; "artículos de reflexión" or reflexive or critical papers that deal with research of a specific subject, based on original sources; 3) short papers: brief documents that present original, preliminary or partial research results; 4) literature surveys about relevant topics to anthropology and the social sciences, based on at least fifty bibliographic references;

5) translation: translations of classic or contemporary texts, or transcriptions

of historical documents of special interest for *Maguaré*; 6) monographic reports, based on a graduate or undergraduate thesis or dissertation.

SUBMISSION PROCESS

Manuscripts submitted to *Maguaré* should not be under consideration elsewhere or have been published in any form. All manuscripts are reviewed anonymously by three academic peers who evaluate if the piece should be published and who suggest minor or major changes.

Authors should send their manuscripts to the following electronic mail: revista-maguare@gmail.com; or to Universidad Nacional de Colombia, Cra. 30 n.º 45-03, edificio 212, oficina 130. Bogotá, Colombia.

The papers (average length of 30 pages, not including bibliography and graphic elements) must be sent in *.doc or *.rtf format, in size 12, double-spaced in Times New Roman. The book reviews will have a maximum length of 1,500 words (about 4 pages).

The first text page must include the following author's data: full name and surname, institutional affiliation and contact e-mail or address. Article should include an abstract in Spanish and English (with a maximum length of 128 words) and 10 Spanish and English keywords. If the article is a research result, its title and funding source must be included as a footnote. Original photographs, illustration, tables or diagrams must be submitted on separate digital folder. Photographs and illustrations

must be compressed in png, jpg or tiff format, with a minimum resolution of 300 dpi. All images, figures or tables which are not the researcher's authorship must have written authorization from the original author and the adequate reference or clarifying note. This authorization must be arranged by the author.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCE SYSTEM

Maguaré follows the author-date bibliographic reference system espoused by the Chicago Manual of Style, 16th edition, available at <http://www.chicagomanualofstyle.org>. This system uses parenthetical references

for in-text citation and a list of references at the end of each piece. The information to be included in parentheses is the following: author's last name, year of publication of the work, and page number. For example: (Benavidez 1998, 125). When citing a work by various authors, the following models are used: two and three authors (Shepsle and Bonchek 2005, 45), and four or more authors (Barnes Et ál. 2010, 25). When citing an author quoted by another, the following format is used: (Marzal, quoted in Pease 1982, 11-12). The bibliographical reference list shall follow the Chicago Manual of Style system, with the modifications we have made for publications in Spanish.

NORMAS PARA A APRESENTAÇÃO DE ARTIGOS

Maguaré. Revista del Departamento de Antropología

M*aguaré* é uma publicação semestral editada desde 1981 pelo Departamento de Antropologia da Universidade Nacional da Colômbia. Seu principal objetivo é a divulgação de trabalhos científicos e de pesquisas originais que contribuam para o avanço da antropologia e de outras áreas das ciências sociais. A revista inclina-se à abertura temática, teórica e metodológica, mediante a publicação de documentos relacionados a outras áreas do conhecimento como história, sociologia, literatura, psicologia, assistência social e entre outras com o objetivo de criar redes de conhecimentos e promover a interdisciplinaridade. A equipe editorial é formada por um(a) Diretor(a) adjunto(a) ao Departamento de Antropologia da Universidade Nacional da Colômbia, sede Bogotá, um(a) Editor(a), um Comitê Editorial formado por docentes de vários Departamentos de Antropologia na Colômbia e um Comitê Científico Internacional, integrado por profissionais estrangeiros de reconhecida trajetória acadêmica, cuja função é acompanhar o processo de edição dos documentos recebidos pela revista, que divulga artigos de variados gêneros, apesar de ser um guia para detalhar o tipo de textos priorizados pela revista, não suprime a diversidade de documentos recebidos pela publicação. Entre os quais se encontram: 1) Artigo de pesquisa científica, que apresenta de forma detalhada os resultados originais de projetos de pesquisa; 2) Artigo de reflexão: documento que apresenta resultados de pesquisas dentro de uma perspectiva analítica ou crítica do autor sobre um determinado tema específico, que recorre a fontes originais, 3) Artigo curto: documento breve

que apresenta resultados originais, preliminares ou parciais de uma pesquisa científica; 4) Crítica literária: documento que resulta de uma revisão literária sobre algum tema de interesse particular. Caracteriza-se por realizar uma análise de no mínimo cinquenta fontes bibliográficas; 5) tradução de textos clássicos, da atualidade ou transcrições históricas de interesse particular dentro da perspectiva temática da revista; 6) Tópicos de monografia: documento que extrai os pontos principais de uma tese apresentada para obtenção de algum título.

AValiação de artigos

Cada artigo recebido pela revista *Maguaré* é submetido a um processo de seleção feito pelo Comitê Editorial que escolhe os textos que serão avaliados por pares acadêmicos. Uma vez que o texto é selecionado, são determinados três avaliadores nacionais ou internacionais renomados que emitirão um conceito sobre o texto. A publicação final, no entanto, é decisão do Comitê Editorial. Depois de finalizado o processo de revisão, o editor informará ao autor a decisão final sobre o texto. Se este for selecionado pela publicação, a revista enviará ao (à) autor(a) o respectivo formato de autorização para sua publicação em meio impresso ou digital.

APRESENTAÇÃO DE ARTIGOS

1. Todo material proposto para publicação deve ser inédito e não ter sido apresentado em outras revistas ou qualquer tipo de publicações.

2. Os artigos podem ser enviados à revista *Maguaré*, através do e-mail revista-maguare@gmail.com ou ao endereço da Universidade Nacional da Colômbia, Cra. 30 n. 45-03, edifício 212, oficina 130, Bogotá, Colômbia.
3. Os artigos (de 30 páginas em média sem incluir bibliografias ou gráficos) devem ser enviados em *.doc ou *.rtf, em letra Times New Roman 12 e com espaçamento duplo. As resenhas terão uma extensão máxima de 1.500 palavras (cerca de 4 páginas).
4. Na primeira página do texto deve estar incluído os seguintes dados do(a) autor(a): nome completo, filiação institucional e e-mail ou endereço para contato. Igualmente, deve incluir seu respectivo resumo (128 palavras no máximo) em espanhol e inglês e 10 palavras-chave, também nos respectivos idiomas. Se o artigo for resultado de uma pesquisa ou projeto, deve incluir (em nota de rodapé) o título e o número da pesquisa e, quando necessário, o nome da instituição que financiou.
5. Em um arquivo digital devem ser entregues as fotografias originais, ilustrações, gráficos ou diagramas. Quanto às fotografias e ilustrações, devem estar no formato PNG, JPG ou TIFF em uma resolução mínima de 300 dpi. Toda imagem, figura ou gráfico, que não seja de autoria

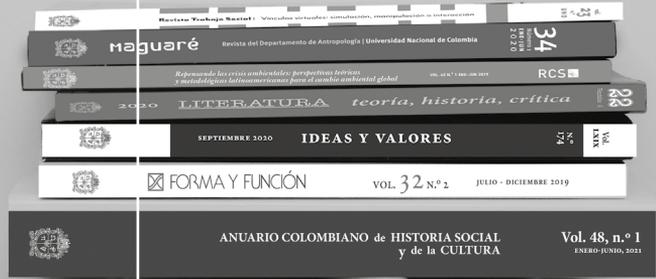
do pesquisador deve contar com a autorização por escrito do autor original para sua publicação e com a respectiva referência ou nota explicativa. Essa autorização é responsabilidade do(a) autor(a) do artigo.

SISTEMA DE REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

A revista *Maguaré* submete-se às normas de referência bibliográfica do sistema Autor-data do Chicago Manual of Style, 16ª edição, disponível em <http://www.chicagomanualofstyle.org>. Esse sistema conta com um modelo de citação parentética no caso de citação dentro do texto e outro modelo para lista bibliográfica. Nas citações dentro do texto, deve estar mencionado entre parênteses o primeiro sobrenome do autor, o ano de publicação da obra e página, por exemplo, (Benavidez 1998, 125). Para mencionar uma obra de vários autores, são utilizados os seguintes modelos: quando são dois ou três (Shepsle e Bonchek 2005, 45); e quando são quatro ou mais (Barnes Et ál. 2010, 25). No caso de fazer referência a um autor citado, deve estar escrito assim: (Marzal, citado em Pease 1982, 11-12). A lista de referência deve submeter-se ao modelo do Chicago Manual of Style com as modificações que incluímos para as publicações em espanhol.



NUESTRAS REVISTAS



Facultad de Ciencias Humanas

Portal de revistas Universidad Nacional de Colombia

www.revistas.unal.edu.co

PROFILE Issues in Teachers' Professional Development

Vol. 23, N.º 1 • January-June 2021
Departamento de Lenguas Extranjeras
www.profile.unal.edu.co
rprofile_fchbog@unal.edu.co

Revista Colombiana de Psicología

Vol. 30, N.º 1 • enero-junio 2021
Departamento de Psicología
www.revistacolombiana-psicologia.unal.edu.co
revpsico_fchbog@unal.edu.co

Forma y Función

Vol. 34, N.º 1 • enero-junio 2021
Departamento de Lingüística
www.formayfuncion.unal.edu.co
fyf_fchbog@unal.edu.co

Cuadernos de Geografía:

Revista Colombiana de Geografía

Vol. 30, N.º 1 • enero-junio 2021
Departamento de Geografía
www.cuadernosdegeografia.unal.edu.co
rcgeogra_fchbog@unal.edu.co

Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura

Vol. 48, N.º 1 • enero-junio 2021
Departamento de Historia
www.anuariodehistoria.unal.edu.co
anuhisto_fchbog@unal.edu.co

Literatura: Teoría, Historia, Crítica

Vol. 23, N.º 1 • enero-junio 2021
Departamento de Literatura
www.literaturathc.unal.edu.co
revliter_fchbog@unal.edu.co

Ideas y Valores

Vol. LXX, N.º 175 • enero 2021
Departamento de Filosofía
www.ideasyvalores.unal.edu.co
revideva_fchbog@unal.edu.co

Revista Maguaré

Vol. 34, N.º 2 • enero-junio 2020
Departamento de Antropología
www.revistamaguare.unal.edu.co
revmag_fchbog@unal.edu.co

Revista Colombiana de Sociología

Vol. 44, N.º 1 • enero-junio 2021
Departamento de Sociología
www.revistacolombianasociologia.unal.edu.co
revcolso_fchbog@unal.edu.co

Trabajo Social

Vol. 23, N.º 1 • enero-junio 2021
Departamento de Trabajo Social
www.revtrabajosocial.unal.edu.co
revtrasoc_bog@unal.edu.co

Desde el Jardín de Freud

N.º 20 • enero-diciembre 2020
Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura
www.jardindefreud.unal.edu.co
rpsifreud_bog@unal.edu.co

Matices en Lenguas Extranjeras

N.º 13 • enero-diciembre 2019
Departamento de Lenguas Extranjeras
www.revistas.unal.edu.co/index.php/male
revlenex_fchbog@unal.edu.co

PUNTOS DE VENTA

en la librería, Bogotá Plazoleta de Las Nieves • Calle 20 N.º 7-15 • Tel. 3165000 ext. 29494 | Campus Ciudad Universitaria Edificio Orlando Fals Borda (205) • Edificio de Posgrados de Ciencias • Humanas Rogelio Salmona (225) • Auditorio León de Greiff, piso 1 • Tel.: 316 5000, ext. 20040
www.unalibreria.unal.edu.co | libreriaun_bog@unal.edu.co

Todas nuestras revistas académicas se pueden consultar on-line bajo la modalidad de acceso abierto.

CENTRO EDITORIAL

Edificio de Posgrados de la Facultad de Ciencias Humanas (225), sótano • Tel: 3165000 ext. 16139, 16141
editorial_fch@unal.edu.co | www.humanas.unal.edu.co

maguaré

El presente número fue impreso en Bogotá, Colombia.
Para su composición se usaron los tipos Meta & MinionPro.



