A black and white close-up photograph of a woman's face and upper torso. She is smiling, showing her teeth, and looking slightly to the left. Her hair is dark and pulled back. She is wearing a dark-colored sweater and a light-colored, patterned shawl or blanket draped over her shoulders. The background is a soft, out-of-focus natural setting.

Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina

Rubén Muñoz Martínez y
Paola María Sesia
(Coordinadores)

SERIE SALUD COLECTIVA

El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX
Lilia Blima Schraiber, 2019

Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

Morir de alcohol: saber y hegemonía médica
Eduardo L. Menéndez, 2020

Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

Pensar en salud
Matío Testa, 2020

Adiós, señor presidente
Carlos Matus, 2020

Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Gestión en salud: en defensa de la vida
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI
Jairnilson Silva Paim, 2021

Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina
Sonia Fleury, 2021

Teoría del juego social
Carlos Matus, 2021

La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

Salud: cartografía del trabajo vivo
Emerson Elias Merhy, 2021

Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud
Hugo Spinelli, 2022

Saber en salud: La construcción del conocimiento
Mario Testa, 2022

El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante
Carlos Matus, 2022

La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen
Patricia Aguirre, 2023

La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico
Rosana Onocko Campos, 2023

El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo
Eduardo Bustelo, 2023

De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera
María Cecilia de Souza Minayo, 2023

Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales
Gregorio Kaminsky, 2023

Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud
Mario Testa, 2023

Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente
Naomar de Almeida Filho, 2023

Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

Teoría social y salud
Roberto Castro, 2023

Participación social, ¿para qué?
Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024

Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes
Eduardo L. Menéndez, 2024

Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada
Sandra Caponi, 2024

SERIE CLÁSICOS

Política sanitaria argentina
Ramón Carrillo, 2018

Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo
Josué de Castro, 2019

La salud mental en China
Gregorio Bermann, 2020

La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo
Giovanni Berlinguer, 2022

Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna
Madel T. Luz, 2022

Hospitalismo
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

Historia y sociología de la medicina: selecciones
Henry E. Sigerist, 2024

Teoría social y salud
Floreale Antonio Ferrara, 2024

SERIE TRAYECTORIAS

Vida de sanitarista
Mario Hamilton, 2021

SERIE DIDÁCTICA

Teorías dominantes y alternativas en epidemiología
Marcelo Luis Urquía, 2019

Método Altadir de planificación popular
Carlos Matus, 2021

Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita
Viviana Martinovich, 2022

pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica
Martín Domecq, 2022

Investigación social: Teoría, método y creatividad

María Cecilia de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

Introducción a la epidemiología
Naomar de Almeida Filho, María Zélia Rouquayrol, 2023

SERIE INFORMES TÉCNICOS

Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014
Instituto de Salud Colectiva, 2020

Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina

Contribuciones de la
antropología médica crítica

Rubén Muñoz Martínez y Paola María Sesia
(Coordinadores)



Secretaría de Investigación y Posgrado

Muñoz Martínez, Rubén

Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina : contribuciones de la antropología médica crítica / Rubén Muñoz Martínez ; Paola María Sesia. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2024.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo; 49)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-8926-73-5

1. Antropología Médica. 2. Salud Reproductiva. 3. Grupos Vulnerables. I. Sesia, Paola María II. Título

CDD 301.092

Colección *Cuadernos del ISCo*

Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Carina Pérez, Jorge Arakaki*

Fotografía de tapa e interiores: *Hadynyah, Shakzu*

Corrección de estilo: *Carina Pérez*

Edición de tablas: *Ivana Leiva Baldis*

Diagramación: *Ivana Leiva Baldis*

© 2024, Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia.

© 2024, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-8926-73-5

DOI: [10.18294/CI.9789878926735](https://doi.org/10.18294/CI.9789878926735)

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727

edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958

<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.





Rubén Muñoz Martínez

Es doctor en Antropología Social y Cultural por la Universidad Autónoma de Madrid y profesor titular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México. Ha realizado diversas investigaciones en el campo de la salud mental, el VIH, el uso de drogas y el Covid-19 en México, Ecuador, Brasil, España, Bélgica y Estados Unidos. Es autor de dos libros de autoría única, *Antropología, psiquiatría y alteridad. De los médicos etnógrafos a la colectivización intercultural del cuidado* (2021) y *Pueblos indígenas ante la epidemia del VIH. Política, culturas y prácticas de la salud en Chiapas y en Oaxaca* (2023) y coordinador, junto a Paola Sesia, del libro *Políticas globales, vulnerabilidades locales y desigualdades persistentes. La salud de los pueblos indígenas en el sur de México* (2024). Ha publicado más de 40 artículos en revistas indexadas, y capítulos de libro. Es coautor, junto a Patricia Ponce y Matías Stival del artículo “*Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno*”, publicado en la revista científica *Salud Colectiva*. Otras de sus publicaciones son: “*Covid and social stigma in hospitals: a new epidemic of signification?*”

(2021); “Del pluralismo médico al nomadismo terapéutico: una aproximación crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida” (2020) y “La invención de la sexualidad indígena. De la ruralización a la racialización del sida en México” (2022). Es autor de la novela *Antidistopía*.



Paola María Sesia

Es doctora en Antropología Sociocultural por la Universidad de Arizona en Tucson, Estados Unidos, maestra en Salud Pública por la Universidad de California en Berkeley y, desde 1990, profesora-investigadora titular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Antropóloga médica y salubrista, sus áreas de especialidad incluyen la salud materna, neonatal y reproductiva, la mortalidad materna, la violencia obstétrica, la violencia de género, la partería y las culturas del nacimiento, así como problemáticas de nutrición y de salud en relación con el Antropoceno y la crisis ambiental contemporánea. Su perspectiva analítica contempla las políticas públicas en salud, la desigualdad social, la violencia estructural, los derechos humanos y la justicia reproductiva; enfocándose particularmente hacia la salud de los pueblos y de las mujeres indígenas. Ha sido directora del CIESAS-Pacífico Sur y coordinadora del programa de posgrado de dicha institución. Es integrante, desde 2003, del Sistema Nacional de Investigadores.

Ha publicado alrededor de una centena de artículos, capítulos de libros y libros, entre estos últimos: *Critical medical Anthropology: Perspectives from/in Latin America* (con J. Gamlin, S. Gibbon y L. Berrio, 2020) y *Políticas globales, vulnerabilidades locales y desigualdades persistentes. La salud de los pueblos indígenas en el sur de México* (con R. Muñoz, 2024). Otras publicaciones recientes incluyen “*Global voices for global (epistemic) justice: Bringing to the forefront Latin American theoretical and activist contributions to the pursuit of the right to health*” (2023); “*Políticas de residuos radiactivos y percepción social del riesgo en dos comunidades del Edo. de México*” (con E. Delgado, 2023); “*Embodied inequalities of the anthropocene*” (con J. Segata, C. Victora et al., 2023); “*Indigenous midwifery revisited in COVID-19 times. The making of global maternal health and some anthropological lessons from Southern Mexico*” (con L. Berrio, 2024); “*Differential experiences of intimate partner violence during COVID-19: A cross-regional study in Mexico*” (con S. Navarrete-Zur, 2024) y “*L’esperienza di una antropologa attivista dagli anni ’80 del ventesimo secolo all’attualità: la partería tradizionale e la salute delle donne indigene durante la maternità in Messico*” (2024).

Índice

Introducción. Una visión crítica a la vulnerabilidad estructural en la salud sexual y reproductiva en América Latina <i>Lina Rosa Berrio, Paola María Sesia, Rubén Muñoz Martínez</i>	1
Capítulo 1. Hacia una antropología médica crítica de los actores que vulneran: De las estructuras sin sujeto a la vulnerabilidad relacional en salud <i>Rubén Muñoz Martínez</i>	15
Capítulo 2. Indigeneidad y vulnerabilidad: Una reconsideración crítica desde activismos <i>wixaritari</i> para un futuro diferente <i>Jennie Gamlin</i>	47
Capítulo 3. La violencia obstétrica o la provocación de la vulnerabilidad estructural en la atención del parto y en la mortalidad materna <i>Arachu Castro</i>	75
Capítulo 4. Lo que esconde la lógica de la elección en la atención institucional del parto en Chile <i>Michelle Sadler</i>	95
Capítulo 5. “¿Cómo podría hablar yo de esto?": Juventudes mapuche, sexualidades y VIH en la Región de la Araucanía, Chile <i>Alexandra Obach, Alejandra Carreño, Ana María Alarcón, Luis Panguinao</i>	113
Capítulo 6. Entre la vulnerabilidad y la precariedad estructural: La partería tradicional indígena mexicana en tiempos pandémicos y pospandémicos <i>Paola María Sesia, Lina Rosa Berrio</i>	147



Introducción

Una visión crítica a la vulnerabilidad estructural en la salud sexual y reproductiva en América Latina

Lina Rosa Berrío¹, Paola María Sesia², Rubén Muñoz Martínez³

Violencia estructural y vulnerabilidad estructural se han convertido, en los últimos años, en dos de los tropos más mencionados en los estudios críticos en salud en América Latina. El concepto de violencia estructural propuesto originalmente por Johan Galtung (1969) fue enriquecido y difundido ampliamente a partir del trabajo de Paul Farmer, médico y antropólogo recientemente fallecido y, sin duda, una de las mentes más reconocidas en el mundo de la antropología médica, la salud pública y el activismo en pro de los derechos humanos y el derecho a la salud a nivel global. Farmer (2004) y Farmer *et al.* plantean que la violencia estructural se refiere a “las estructuras sociales económicas, legales, religiosas y culturales [que] impiden que los individuos y los grupos de las sociedades alcancen su pleno potencial” (2006, p. 1686).

Una característica crucial de este concepto refiere a que la violencia estructural no es identificada como tal por parte de los sujetos sociales que la padecen, ya que estos tienden a normalizarla en su experiencia cotidiana, mientras es naturalizada por parte de las instituciones gubernamentales, sociales, políticas y laborales y por la política pública del Estado. Entre las condiciones que conducen al daño y a las estructuras que las mantienen se incluyen la raza, el género, la clase social, la orientación sexual, las construcciones restringidas de la ciudadanía, la esclavitud,

¹ Comunicóloga por la Universidad Javeriana, Colombia, maestra en Estudios Latinoamericanos por la UNAM y doctora en Ciencias Antropológicas por la UAM-I, México. Es profesora-investigadora en la línea de antropología médica en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Pacífico Sur, México. Orcid: 0000-0003-3787-7028. Correo electrónico: linaberrío@gmail.com

² Doctora en Antropología sociocultural por la Universidad de Arizona en Tucson, Estados Unidos y maestra en Salud Pública por la Universidad de California en Berkeley, profesora-investigadora titular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Correo electrónico: sesia@ciesas.edu.mx.

³ Doctor en Antropología Social y Cultural por la Universidad Autónoma de Madrid y profesor titular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Correo electrónico: rubmuma@hotmail.com.

el colonialismo, el capitalismo, el imperialismo, el *apartheid* y/o el neoliberalismo como fuerzas, procesos y relaciones que se entrecruzan produciendo y reproduciendo vulnerabilidades e impactando de manera profundamente desigual en las posibilidades de vida y de salud de los individuos, los colectivos y las comunidades. Farmer apunta en particular a la profunda injusticia e inequidad de la violencia estructural, tanto por su invisibilidad aparente que hace mucho más difícil reconocerla y responder ante ella, como por su distribución tan desigual, afectando a los sectores sociales que se encuentran de por sí en fuerte desventaja social por ser excluidos, marginados, explotados, discriminados y/u oprimidos.

En 2011, Quesada, Hart y Bourgois acuñaron el concepto de “vulnerabilidad estructural”, el cual es útil para entender desde la antropología médica crítica (AMC), a cuya definición regresamos más adelante, cómo esta situación impacta —y constriñe las posibilidades y estrategias de respuesta— de manera diferencial y posicionada en personas y/o colectivos sociales, en la enfermedad, el diagnóstico, la prevención, la atención y la desatención (Hersch, 2007), sobre todo en los encuentros clínicos, donde desde esta perspectiva se argumenta que es imperativa para el personal de salud. La vulnerabilidad estructural se vuelve así una herramienta poderosa para que el personal clínico, pero también los hacedores de la política pública en salud puedan entender estos contextos y causas subyacentes ante la salud mermada de sus pacientes, para que la atención que se provee tenga una real eficacia. Lejos de perspectivas políticamente neutrales, el concepto de vulnerabilidad estructural permite articular los determinantes sociales de la salud y la violencia estructural en el análisis de la afectación diferenciada a la salud de procesos relacionados con la economía política de las enfermedades y su experimentación subjetiva.

A partir de este marco general, la perspectiva etnográfica y la AMC, en este libro sobre la salud sexual y reproductiva en múltiples contextos latinoamericanos se analiza cómo distintas problemáticas de este ámbito de la salud —tales como la salud materna, el control de la reproducción, la salud sexual y reproductiva de adolescentes y el VIH-sida— son experimentadas por individuos y grupos sociales en situaciones múltiples de vulnerabilidad estructural, en su encuentro/desencuentro con el sistema hegemónico de salud, y respecto a otras relaciones sociales y contextos implicados en la salud/enfermedad/atención/prevenición en Chile, México, República Dominicana y, en general, América Latina.

De igual forma, se abordan algunas de las limitaciones del concepto de vulnerabilidad estructural y la necesidad de nuevas propuestas teórico-metodológicas para profundizarlo, matizarlo y/o transformarlo. En este sentido, algunos aspectos problemáticos del concepto de vulnerabilidad estructural tienen que ver con: a) las limitaciones de la definición y los usos de la perspectiva de los determinantes sociales de la salud; b) la indefinición de aquello que se denomina como estructura; c) la llamada a cambios reformistas, principalmente en la clínica, pero también a nivel de políticas públicas (Carruth *et al.*, 2021), dejando de lado las representaciones, prácticas y racionalidades de los actores (y grupos sociales) que vulneran la salud a partir de la estratificación social basada en la acumulación por desposesión; d) la omisión o secundarización de la capacidad que tienen los actores “estructuralmente

vulnerables” para llevar a cabo estrategias individuales y/o colectivas de resistencia y transformación de aquellos procesos que afectan su salud (Muñoz, en este libro).

La AMC guía las contribuciones de este libro. Se trata de una perspectiva que pone en el centro el estudio de las relaciones de poder (Seppilli & Otegui, 2005) y la producción social de la desigualdad, el sufrimiento y el daño en las problemáticas, dinámicas y relaciones en torno a la salud-enfermedad-atención (Menéndez, 1984) y desatención (Hersch, 2007). La AMC se introdujo en la antropología médica anglosajona desde finales de la década de 1980 (Singer, 1990; Singer & Baer, 1995, 2009; Singer, Baer & Lazarus, 1990), incorporando la economía política al estudio antropológico de la salud.

En América Latina, la AMC ha tenido una personalidad propia ligada a sus características estructurales, su historia particular y la influencia de teorías sociales y perspectivas metodológicas que han surgido en el continente (Sesia *et al.*, 2020). Entre las características propias, se encuentran la profunda desigualdad social y sus efectos en las condiciones diferenciales de salud de sus poblaciones; sistemas públicos institucionales de salud frágiles, asistencialistas, corporativos y muy frecuentemente sometidos a la lógica perversa del mercado; la fuerte presencia de los pueblos indígenas con sus propias ontologías de la vida y del bienestar y sus propios recursos etnomédicos, pero también como sujetos reiterados de discriminación y con necesidades en salud muy desatendidas por el Estado; y las corrientes migratorias pasadas y presentes y el desplazamiento forzado de poblaciones enteras por las recurrentes crisis políticas y económicas con su carga de sufrimiento y sus propios daños a la salud. Estas incluyen la esclavitud del pasado y el trabajo forzado del presente, el colonialismo, el racismo y el clasismo que perduran y siguen permeando de múltiples formas los procesos de salud-enfermedad-atención; y la colonialidad del poder que afecta la configuración de la biomedicina, la ciencia y los sistemas institucionales de salud. Finalmente y de manera central, América Latina se caracteriza por un capitalismo salvaje y depredador que se reinventa y fortalece en cada crisis a través de la desposesión y el pillaje y que hoy alcanza la vida misma, mercantilizando, explotando y acabando no solo las especies no humanas, sino también los cuerpos de nuestra especie, como es el caso de la trata de personas, la pornografía infantil o el tráfico de órganos. A eso hay que añadir las estrategias de respuestas de sus pueblos ante estos embates que minan su bienestar, su salud y su misma supervivencia, pero ante los cuales se despliega una importante tradición de luchas colectivas.

La AMC latinoamericana recoge todos estos aspectos al considerar los factores estructurales que definen las condiciones de posibilidad en las cuales tienen lugar los procesos de salud-enfermedad-atención. Sin embargo, no se detiene ahí, ya que toma como centrales también los aspectos subjetivos de los sujetos involucrados en dichos procesos. Al mismo tiempo, y bajo la influencia de las posiciones teóricas desarrolladas por Eduardo Menéndez y por la antropología y la sociología con enfoque relacional (Emirbayer, 2009), adopta una perspectiva relacional, por lo que en este libro, y al hablar de sujetos, no pensamos solo en aquellos que experimentan la vulnerabilidad estructural sino también en aquellos que producen dichas vulnerabilidades.

Este libro es producto de un trabajo desarrollado durante varios años, cuyos orígenes se remontan al III Congreso de la Sociedad de Antropología Médica de la Asociación Americana de Antropología, que tuvo lugar en La Habana a principios de marzo de 2020. Unas semanas antes del cierre de fronteras y la cancelación de vuelos en la gran mayoría de los países latinoamericanos y del resto del mundo debido a la aparición del virus SARS-COV-2, nos reunimos en la isla convocados por Arachu Castro, quien en ese momento presidía la Sociedad de Antropología Médica y, por segunda vez, realizaba un encuentro de la misma fuera de Estados Unidos.

Mientras escuchábamos las noticias del avance en el número de casos y el cierre paulatino de múltiples lugares en Europa y Estados Unidos que ya presentaban elevadísimos casos de contagio, el panel sobre vulnerabilidad estructural y procesos de salud-enfermedad-atención-prevención en la salud sexual y reproductiva en América Latina al cual habíamos convocado y que todavía se reunió antes del cierre de fronteras nos permitía un rico espacio de discusión sobre el tema con investigadores procedentes de varios países de la región latinoamericana: México, República Dominicana, Argentina, Chile y Perú. A partir de los trabajos presentados, se invitó a los participantes a desarrollar sus capítulos y abrimos varios espacios de discusión interna sobre nuestros abordajes de los conceptos de violencia estructural y vulnerabilidad estructural. El resultado final del libro son seis capítulos cuyos contenidos se centran en diversos contextos y grupos de población de México, República Dominicana y Chile, con alcances en otros países de América Latina al tratarse de problemáticas y respuestas compartidas.

El trabajo de Rubén Muñoz, que abre el libro, se titula “Hacia una antropología médica crítica de los actores que vulneran: De las estructuras sin sujeto a la vulnerabilidad relacional en salud”. A partir de un análisis de los actores concretos vinculados a la producción de vulnerabilidades en salud de las personas indígenas con VIH, Muñoz busca comprender teóricamente quiénes son los actores, situados en diversos espacios sociales, que vulneran la salud de las terceras personas; cuáles son sus representaciones y prácticas sociales, así como los campos y grupos sociales en los cuales se llevan a cabo estas prácticas. Su trabajo aborda el entrecruce de diversos espacios productores de violencia y vulnerabilidad contra las personas indígenas, incluyendo el familiar, el comunitario, el institucional y sus formas específicas de maltrato, así como la articulación de todo lo anterior con las identidades étnicas de estas personas.

Su trabajo inicia planteándonos las siguientes preguntas: ¿Dónde está el sujeto en la producción de vulnerabilidad en la salud ajena? ¿Cómo se organizan social y culturalmente los actores cuyas representaciones y prácticas producen dicha vulnerabilidad? Y, por último, ¿cómo se articulan esta y sus protagonistas con la toma de decisiones, la atención en salud y los cuidados? Para responder a ello, el autor acuña el concepto de “vulnerabilidad relacional” como una apuesta alternativa que cuestiona el concepto de “vulnerabilidad estructural” propuesto por Quesada *et al.* (2011). Para Muñoz, el énfasis en los elementos estructurales que producen la vulnerabilidad de las personas a enfermar ha generado una perspectiva que nombra como estructuralista autoactuante y desubjetivada la cual dificulta entender tanto

a quienes perpetran padecimientos, como a la dimensión relacional de la vulnerabilidad y el papel de los actores pertenecientes a los grupos económica, política y culturalmente dominantes.

El capítulo de Rubén Muñoz realiza una crítica muy sustantiva y provocadora a la mayoría de las investigaciones en salud, desde las aproximaciones antropológicas y la salud pública, planteando ocho exclusiones teórico-metodológicas que dichas investigaciones llevan a cabo. A lo largo del texto, hace un fuerte cuestionamiento a las concepciones estructuralistas y no relacionales de la salud pues, desde su perspectiva, el concepto de vulnerabilidad estructural genera una híper abstracción explicativa de los procesos lesivos para la salud en tanto se habla del poder, pero sin cuestionarse por sus actores o dando cuenta exclusivamente de las perspectivas de los sujetos enfermos o afectados por dichas vulnerabilidades. Su trabajo es una invitación contundente a estudiar las élites y los actores de poder (sociales, culturales, económicos o políticos) que participan en la producción, reproducción y perpetración de la vulnerabilidad; si bien reconoce las dificultades para realizar estudios de esta naturaleza en el caso de México. Su propuesta de vulnerabilidad relacional implica una dimensión procesual y una serie de condiciones que permiten sostener en el tiempo la directa imbricación existente entre vulnerador(es) y vulnerado(s). En tal sentido, nos invita a pensar en la producción de la enfermedad desde el despojo de la salud, entendido como una expresión de la acumulación por desposesión.

Retomando el tema de VIH en la población indígena al cual se refiere su investigación, Muñoz presenta tres ejemplos etnográficos a través de los cuales aborda la toma de decisiones respecto a lo que se ha decidido entender y desatender de la epidemia en esta población; y algunas representaciones y prácticas del personal de salud que, a partir de su interpretación de la condición étnica y de salud de las personas indígenas con VIH, resultan discriminatorias hacia ellas e impactan directamente en el tipo de atención ofrecida o no. Lo anterior se inscribe en lo que al autor ha denominado “gramáticas de la inmunidad” para dar cuenta de una serie de narrativas e imaginarios sociales históricamente constituidos respecto a la heterosexualidad y la no existencia de diversidad sexo-genérica entre los pueblos indígenas, lo cual los convertiría en sujetos exóticos lejanos a la modernidad y, por tanto, protegidos de la exposición a la infección. Tales gramáticas no son exclusivas del personal sanitario; la antropología mexicana, propone el autor, ha sido partícipe de un imaginario de lo indígena romántico y exclusivamente asociado a la reproducción, es decir, una suerte de mito en torno a la asexualidad de estos pueblos.

En un tercer ejemplo etnográfico, el autor nos lleva a pensar en el papel de las figuras de autoridad comunitarias y de algunas redes sociales en la vulneración de la salud, incorporando una reflexión sobre los usos sociales del estigma y la discriminación por condición de salud en contextos de violencia estructural y desposesión. Igualmente, señala un tema poco trabajado y este es el papel negativo de ciertas figuras de autoridad y curadores con poco sentido ético, quienes pueden influir en la no adherencia al tratamiento antirretroviral.

El segundo texto incluido en el libro es el de Jennie Gamlin, denominado “Indigenidad y vulnerabilidad: Una reconsideración crítica desde activismos *wixaritari*

para un futuro diferente”. La autora centra su análisis en su experiencia de trabajo con una comunidad *wixaritari* de Jalisco, México, durante más de una década. A partir de esta revisión de su propia trayectoria como investigadora, narra la perspectiva con la cual abordó inicialmente su trabajo con este pueblo, desde una apuesta por evidenciar los modos en los cuales el neoliberalismo y el patriarcado han impactado en las vidas y el bienestar de las familias indígenas. Partiendo de esta apuesta política y reconociendo los aportes de conceptos como justicia social, violencia estructural, vulnerabilidad, la autora nos invita en el texto a ir más allá de las teorizaciones sobre violencia estructural o del tipo de investigación que Tuck (2009) denomina “investigación centrada en los daños”, la cual prioriza documentar el dolor y la condición de los sujetos que sufren.

Luego de muchos años investigando desde dicha perspectiva, Gamlin se pregunta sobre la forma en la cual queremos representar a los pueblos indígenas en nuestras etnografías y la necesidad de ir más allá de aproximaciones estructurales que, sin dejar de reconocer la potencia de conceptos como vulnerabilidad o violencia estructural, se sitúen más desde la potencia, desde los deseos y las posibilidades que estos sujetos tienen de transformar realidades. Su texto entrelaza estas discusiones con un análisis de lo que el colonialismo ha implicado para las comunidades indígenas, su articulación con las formas actuales de relación subordinada establecidas por los no indígenas/mestizos respecto a los *wixaritari* y a las herramientas que estos han aprendido a partir de 500 años de colonialismo.

En tal sentido, la autora desarrolla un argumento a partir de la presentación de tres ejemplos etnográficos respecto a las formas de burlarse o de lidiar con el poder institucional, que los *wixaritari* han aprendido a gestionar desde un lugar de agencia y no de vulnerabilidad. Recuperando el concepto de “fricción” desarrollado por Tsing (2005), Gamlin muestra una serie de ejemplos que dan cuenta de una interrupción en la fluidez de ese orden jerárquico y de lo que sucede en las zonas de contacto, donde resulta evidente que las comunidades no necesariamente se ven a sí mismas desde un lugar de subordinación o desde el camino lineal de la modernidad y el desarrollo propuesto por el capital. La apuesta de la autora es, justamente, mostrar en su trabajo las resistencias y las estrategias específicas desarrolladas en esas zonas de contacto para cuestionar desde allí las aproximaciones estructurales y los relatos antropológicos que reproducen imágenes de lo indígena marcado por la carencia, el malestar, la pobreza o el atraso mientras que se refuerzan conceptos modernos como bienestar y salud, los cuales se universalizan como el ideal deseable a alcanzar.

El texto de Jennie Gamlin cierra con una invitación a escoger con cuidado nuestra terminología y formas de representación de la realidad, dado que éstas pueden volverse normativas: “Nuestra escritura está implicada en las vidas de los demás y estamos en condiciones de hacerla transformadora, tanto de la vida de los demás como de nuestra visión del mundo globalizado”, señala en su invitación final a pensar otros futuros posibles.

El tercer capítulo del libro, “La violencia obstétrica o la provocación de la vulnerabilidad estructural en la atención del parto y en la mortalidad materna”, es de Arachu Castro, quien nos introduce en un análisis de la mortalidad materna, otra

temática de gran importancia para comprender las formas de vulnerabilidad estructural cuyos dramáticos resultados, en este caso, son los fallecimientos de mujeres en edad reproductiva que cursaban una gestación, tuvieron un parto o se encontraban en el periodo de puerperio posterior al nacimiento.

Ubicado en República Dominicana, su texto está basado en una investigación realizada en colaboración con el Ministerio de Salud Pública de dicho país. La mortalidad materna allí es una de las más altas de la región latinoamericana y para 2013 ocurría una muerte, por estas causas, cada cuatro días en Santo Domingo, y una cada dos días en el país. Los mecanismos de la vulnerabilidad estructural resultan más que evidentes en su investigación, pues un punto de partida es el desigual acceso a la atención materna en una sociedad marcada por la estratificación social de los servicios de salud. Esta es la razón por la cual el 93% de las mujeres ubicadas en el quintil más pobre solo tienen la opción de dar a luz en un hospital público, donde son percibidas por el personal responsable de su atención como mujeres sin derechos o “mendigas de favores”, especialmente si se trata de mujeres haitianas migrantes. La contundente conclusión a la cual llegan las responsables de conducir la investigación es que más del 82% de los casos de muerte materna analizados, eran muertes evitables. El capítulo nos lleva a través de las historias de seis mujeres cuyos fallecimientos eran evitables, para dar cuenta de situaciones recurrentes en la discontinuidad de la atención médica en los hospitales que contribuyeron de modo decisivo a sus decesos.

El trabajo de Castro indaga con mucho detalle dos aspectos centrales de estos fallecimientos: la desfinanciación/desorganización del sistema de salud, por un lado, y la desidia del personal médico por el otro. Sin embargo, pese a la riqueza y a la contundencia de estos aspectos estructurales que producen mortalidades evitables, la autora indaga en la experiencia de las mujeres utilizando el concepto de “preferencias adaptativas” (Nussbaum, 2001) para explicar la adaptación y el aguante de las mujeres ante los abusos de los cuales son víctimas y al considerar que otras opciones son inaccesibles. Son estas formas de violencia simbólica, de naturalización de la subordinación, las que posibilitan la pérdida de autonomía personal y la agudización de la vulnerabilidad estructural. Se culpa así al sistema y se desliga del personal concreto que brinda, retrasa o niega la atención, especialmente si este desarrolla acciones de medicalización sobre sus cuerpos. Esta descarga de responsabilidad sobre la vida y el manejo de las mujeres que acuden en busca de atención es parte central de aquello que permite perpetuar esta estructura sanitaria y crear las condiciones de vulnerabilidad estructural que desembocan en la violencia obstétrica y la mortalidad materna.

Un elemento contundente que la autora señala tiene que ver con que la violencia obstétrica es una forma coercitiva de gobernanza reproductiva que provoca vulnerabilidad estructural e impide a las mujeres decidir de forma autónoma como vivir su proceso de parto. El artículo de Castro llama también la atención sobre la necesidad de reflexionar respecto a las implicaciones ético-políticas de la investigación y las audiencias a quienes dirigimos nuestras publicaciones, evitando el extractivismo

académico y apelando al cambio social desde la investigación-acción-participativa con las y los protagonistas de nuestros estudios.

El Capítulo 4, de Michelle Sadler, tiene por título “Lo que esconde la lógica de la elección en la atención institucional del parto en Chile” y aborda las contradicciones entre un modelo de elección de atención personalizada del parto, que se ha ido implementando en el sistema de salud público y privado de Chile, y los procesos de medicalización, de desautorización de las mujeres y de violencia epistémica y obstétrica. Para ello, la autora nos relata, a partir de los datos etnográficos de sus investigaciones, las características del sistema público de salud, con una gran presión asistencial, poca privacidad y bajos salarios para su personal, así como de los subsistemas de afiliación existentes en el circuito privado, con más recursos y un escenario más favorable para la denominada como *libre elección*. La vulnerabilidad estructural se expresa en el maltrato que experimentan estas mujeres en función de la posición que ocupan en el orden social jerárquico existente.

Para la autora, esta perspectiva nos abre a la comprensión del sufrimiento que ciertas personas o grupos viven por las posiciones de opresión que ocupan en el entramado social y cuestiona la noción de culpabilización y agencia de los sujetos o comunidades frente a padecimientos en materia de salud (Piñones, Quesada & Holmes, 2019). El capítulo da cuenta de estas experiencias, mayoritariamente en el sector público de salud, que llevan a la discapacidad de ser atendidas en el sistema privado. *“Me sentí humillada por ser pobre. Mi segunda hija la tuve en una clínica y me di cuenta de lo diferente que era parir con plata. Me trataron bien, me trataron como persona. Todo por pagar”* (Solange, entrevista 8206, en Sadler, en este libro).

Michelle Sadler nos muestra las diferentes opciones para el parto existentes en Santiago de Chile y su relación con la estratificación socioeconómica de las usuarias, lo cual implica que el modelo de atención que debería ser un derecho termina siendo una opción vinculada al nivel adquisitivo, a la información disponible y al contexto territorial en el que viven. Uno de los aspectos más originales del capítulo es la indagación en las trayectorias y experiencias de las mujeres en los sistemas público y privado de salud. Por lo general, las investigaciones en antropología médica en la región han explorado con mayor frecuencia el primer sistema y se conoce poco de lo que ocurre en el ámbito de atención privada. En este sentido, en ambos sistemas, regidos por la denominada como “libre elección”, se fomenta que el acceso a la atención digna esté vinculado con la “autonomía” y la “responsabilidad” en la toma de decisiones de las mujeres, lo cual traspasa a los individuos la responsabilidad de su propio cuidado, restándole protagonismo a los procesos estructurales que median la salud (Turrini, 2015).

Otro elemento de gran riqueza de este capítulo reside en que incluye los puntos de vista tanto de las usuarias de los sistemas de salud como de los y las obstetras y matronas que las atienden y, en ciertos casos, vulneran. De este modo, se ponen en juego procesos como las cesáreas, que algunos profesionales de la salud y las narrativas dominantes atribuyen a la elección de las mujeres y el hecho de que dependan en gran medida de las decisiones de dichos profesionales en el sector privado, motivadas por obtener un mayor ingreso al realizar más prestaciones en un

menor tiempo. Estos factores, señala la autora, ayudan a explicar por qué las cesáreas se duplican en el sector de salud privado en comparación con el público, a pesar de que la población atendida en el primero de estos sectores es más saludable que la del segundo. *“Si la mejor opción para uno es una cesárea, es terriblemente fácil, uno puede buscar entre miles de argumentos que van a convencer a la paciente (...) Después analizamos los casos, y ante el ‘¿por qué se operó?’, decimos que fue por solicitud materna”* (obstetra, E11).

El capítulo de Alexandra Obach, Alejandra Carreño, Ana María Alarcón y Luis Panguinao tiene por título *“¿Cómo podría hablar yo de esto?: Juventudes mapuche, sexualidades y VIH en la Región de la Araucanía, Chile”*. A partir del trabajo de campo realizado con jóvenes mapuche en tres regiones de Chile, su objetivo es describir y analizar los procesos involucrados actualmente en la formación de identidades juveniles indígenas y cómo interactúan con dimensiones socioculturales y sanitarias relacionadas con el ejercicio de la sexualidad y la prevención del VIH. Para ello, utilizan la categoría de la “vulnerabilidad estructural” (Quesada, Hart & Bourgois, 2011) señalando la alta incidencia del VIH en la población mapuche relacionada con las inequidades que experimentan en la prevención y el diagnóstico temprano del VIH.

Algunos de los determinantes sociales de la salud señalados por las autoras y el autor respecto a este proceso son: a) la vulnerabilidad relacionada con la relación entre la condición étnica, la migración nacional e internacional y los procesos de exposición al VIH en las que ocurre dicha migración, como es el caso de los cambios en el ejercicio de la sexualidad por necesidad económica, por placer o por estar inmersos en circuitos de trata; b) las redes de comercio y de movilidad en zonas fronterizas expuestas a proyectos extractivistas legales o ilegales en las que se da el trabajo sexual articulado con el racismo y la homofobia en el interior y el exterior de las comunidades indígenas (Castro-Arroyave *et al.*, 2017); c) las concepciones culturales locales, en las comunidades indígenas, vinculadas con la transgresión de normas morales y la ausencia de educación sexual integral y en salud sexual y reproductiva, así como de un enfoque intercultural en dichos procesos; d) el desentendimiento del sector salud en materia de prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y las resistencias culturales de los y las jóvenes, por ejemplo, la vergüenza, ante las instituciones de salud al abordar temas relacionados con la sexualidad; e) los estereotipos de la sociedad dominante respecto a los pueblos indígenas y sus sexualidades y f) las inequidades de género en el sector salud y al interior de las comunidades indígenas y el rechazo, en ambos ámbitos, de la existencia del VIH en esta población. Para las autoras y el autor:

...acercarse a la salud sexual y reproductiva de la población mapuche joven implica subvertir silencios históricos que han tendido a invisibilizar el ejercicio mismo de la sexualidad de jóvenes provenientes de comunidades indígenas, así como cuestionar las prácticas que dentro de los sistemas de salud (ya sean biomédicos o indígenas) se asumen para el abordaje de estas temáticas. (Obach *et al.*, en este libro)

El texto describe y analiza las diversas formas en que dichos jóvenes viven su género y sexualidad, su relación con los servicios de salud indígenas y biomédicos y de percibir los ámbitos de prevención y detección de las ITS, lo cual incluye al VIH, en función de su adscripción mapuche en cuatro tipos de participantes:

- (i) jóvenes rurales con una vinculación profunda con su pertenencia étnica;
- (ii) jóvenes rurales que, si bien se sienten mapuches, priorizan otras afiliaciones culturales como, por ejemplo, la pertenencia a iglesias evangélicas;
- (iii) jóvenes urbanos que, si bien se reconocen mapuches, su pertenencia étnica no resulta particularmente relevante en la definición de su propia subjetividad y
- (iv) jóvenes urbanos que viven procesos de reapropiación y valorización de sus orígenes mapuches. (Obach *et al.*, en este libro)

El capítulo supone un excelente aporte al conocimiento sobre esta problemática desde una perspectiva crítica y multidimensional que incluye procesos comunitarios e institucionales médicos, así como sobre el papel histórico que desempeña el Estado respecto a la vulnerabilidad estructural de las y los jóvenes mapuche ante el VIH. En este sentido, además de lo mencionado, analiza la responsabilización femenina, desde las instituciones de salud, de la sexualidad, dirigiéndola especialmente al embarazo y la exclusión de las y los disidentes sexuales. De igual forma, señala la existencia de estrategias comunitarias (por medio del activismo) e individuales (por ejemplo, el uso de internet) para acceder a educación sexual y sobre la prevención de ITS de los y las jóvenes mapuche. A partir de un rico análisis de los datos etnográficos presentados, las autoras y el autor concluyen que

...repensar la posibilidad de vivir una vida sexual sana, libre, responsable y placentera para todos/as los/as jóvenes, independiente de su condición económica, de género y étnica, implica un esfuerzo colectivo en el que las comunidades y sus distintos sistemas de salud presentes en los territorios deben estar implicadas en la prevención, detección y atención del VIH, con el fin de disminuir la exposición y detener su avance entre la población indígena. (Obach *et al.*, en este libro)

Finalmente, el libro concluye con el texto de Paola Sesia y Lina Berrio, titulado “Entre la vulnerabilidad y la precariedad estructural: La partería tradicional indígena mexicana en tiempos pandémicos y pospandémicos”, en el cual las autoras exploran la relación existente entre la vulnerabilidad estructural en un grupo de sujetos sociales que la experimenta, con la situación de precariedad que vive un sistema que subordina, controla y, finalmente, tiende a vulnerar a esos mismos sujetos sociales. El capítulo se centra así en las condiciones de profunda vulnerabilidad estructural en la que se ejerce actualmente la partería tradicional indígena en México, así como en la precariedad en la que versa el sistema público institucional de salud con el cual las parteras interactúan de múltiples maneras.

El capítulo describe y analiza las condiciones complejas y difíciles de trabajo y de vida de las parteras en sus entornos comunitarios, por la naturaleza demandante de su oficio que las puede requerir en cualquier momento del día o de la noche y por las distancias y caminos que a veces deben recorrer, sin un fácil acceso a medios de transporte adecuados. A esto se añaden la precariedad económica, los problemas de salud que enfrentan y las dificultades para mantenerse una vez que ya no puedan trabajar, siendo en su mayoría personas ya mayores, sin seguridad social y, en ocasiones, sin familiares que las sostengan. En este sentido, las autoras sostienen que el concepto de vulnerabilidad estructural efectivamente es adecuado para poder analizar estas condiciones en las que las parteras ejercen su oficio en la actualidad. Sesia y Berrio analizan también cómo el personal de salud que tiene a su cargo los programas de salud materna, acciones comunitarias y partería tradicional, opera en condiciones de extrema precariedad que se profundizaron a raíz de la pandemia, de los crecientes recortes presupuestales al sector salud en un momento de profunda crisis y de la transformación en proceso del sistema público de salud en el país. De esta manera, las autoras nos muestran que el personal y las autoridades regionales y estatales de salud también experimentan grandes limitaciones en el desarrollo de su trabajo y evitan caracterizar a quienes son los actores concretos constituyentes del “sistema institucional de salud” como victimarios o como victimarios con premeditación.

En el texto, Paola Sesia y Lina Berrio adoptan un enfoque relacional discutiendo acerca de la articulación que se produce entre la vulnerabilidad estructural (Quesada, Hart & Bourgois, 2011) en la que las parteras viven y operan y la precariedad estructural en la que se desenvuelven los profesionales de salud, observando y analizando en particular las dinámicas relacionales, los mecanismos, las transformaciones de los mismos y los efectos de esas transformaciones, enfocándose en las parteras tradicionales indígenas que se relacionan con el sistema institucional de salud y en el personal que, en sus funciones, se relaciona con ellas. Las autoras señalan que se trata de una articulación problemática, que de por sí se ha caracterizado históricamente por procesos cotidianos, normativos e ideológicos de *hegemonía-subordinación* donde la partería es subordinada al sistema biomédico (Menéndez, 1984, 1990). Sin embargo, aquí hay un elemento adicional que es el contexto de *crisis* del sistema institucional de salud, que se agravó con la pandemia y que no se ha resuelto en el periodo pospandémico actual y que afecta precisamente los espacios y los mecanismos de articulación entre personal de salud y parteras. Ante esta situación, el sistema institucional de salud trata a las parteras de manera ambivalente porque, por un lado, mantiene sus prerrogativas hegemónicas de registrarlas, regularlas y controlarlas y, por el otro, como no las reconoce formalmente como integrantes del sistema de salud, se niega a asumir responsabilidad alguna hacia ellas cuando dejan de ser productivas o útiles para el sistema o cuando el sistema no tiene la capacidad o los recursos para apoyarlas.

Se genera así lo que llaman una *jerarquía de lo prescindible*, por la cual, independientemente de las buenas intenciones del mismo personal de salud, las parteras, sus necesidades y sus demandas se vuelven secundarias, inconsecuentes y desechables,

ante lo que los directivos y el personal de salud identifican como las *prioridades* en las estrategias y acciones de salud comunitaria y/o salud materna, y que todavía se logran realizar a pesar de la falta de presupuesto, recursos humanos o insumos materiales. Finalmente, el capítulo ilustra cómo la implementación de esta *jerarquía de lo prescindible* bien podría experimentarse como un espacio de relajamiento del control que las parteras han experimentado en su articulación con el personal de salud; sin embargo, y de manera contradictoria, para muchas de ellas se percibe más bien como un elemento adicional de privación, abandono y/o desvalorización de su trabajo.

Una de las fortalezas de este capítulo, al igual que con los capítulos de Sadler, de Muñoz y de Obach y colegas, es el haber adoptado un enfoque multidimensional y relacional desde el cual se indagan a los diversos grupos y sujetos sociales que intervienen en la producción o la vivencia de la vulnerabilidad estructural, o relacional, evidenciando así aspectos de esas interacciones que la etnografía que se ocupa de manera exclusiva de los sujetos vulnerados no logra captar en sus dimensiones diversas, complejas, contradictorias y, finalmente, llenas de tensiones. Por otro lado, la riqueza de esta colección estriba en aportar, desde el trabajo etnográfico, visiones críticas hacia el concepto de vulnerabilidad estructural en el campo de la salud sexual y reproductiva que logran problematizarlo, matizarlo, complejizarlo, profundizarlo o hasta trastocarlo, señalando tanto sus limitaciones como su utilidad analítica.

Por último pero no menos importante, destaca el compromiso no solo cognoscitivo, sino ético y político de las autoras y los autores hacia los sujetos de estudio con quienes trabajan, así como hacia la transformación de esas condiciones estructurales que los vulneran. Al mismo tiempo, hay un llamado —a veces más explícito— de no caer en el *abstractivismo de las estructuras* como fuerzas omnipresentes pero intangibles, sino a identificar los actores concretos que son parte de esas estructuras y que, con sus acciones, vulneran, como nos recuerdan en sus capítulos Castro, Muñoz, Sandler y Obach y colegas. Finalmente, se retoma la exhortación de Gamlin a no victimizar a los sujetos sociales que desde la antropología representamos necesaria o exclusivamente como vulnerados; en su lugar, se hace la invitación a dar espacio en la etnografía a que ellos expresen sus propios puntos de vista en los que resaltan capacidades de respuesta y el ejercicio de la agencia, subvirtiendo así la noción de vulnerabilidad estructural, a la vez que se destacan sus aportes.

Invitamos a los lectores a revisar este volumen, esperando que sus aportes puedan ser de interés y logren abrir espacios de discusión que nos hagan comprender las complejas y multifacéticas dinámicas, relaciones, procesos y problemas alrededor de la salud sexual y reproductiva en América Latina, en contextos diversos de vulnerabilidades y violencias estructurales.

Referencias bibliográficas

- Baer, H. A., Singer, M. & Johnsen, J. H. (1986). Toward a Critical Medical Anthropology. *Social Science & Medicine*, 23(2), 95–98. [https://doi:10.1016/0277-9536\(86\)90358-8](https://doi:10.1016/0277-9536(86)90358-8).
- Carruth, L., Martínez, C., Smith, L., Donato, K., Piñones-Rivera, C. & Quesada, J. (2021). Migration and Health in Social Context Working Group. Structural vulnerability: Migration and Health in Social Context. *BMJ Glob Health*, 6(1).
- Castro-Arroyave, D. M., Gamella, J. F., Gómez Valencia, N., & Rojas Arbeláez, C. (2017). Caracterización de la situación del VIH/SIDA en los wayuu de Colombia: Una aproximación a sus percepciones. *Chungará: Revista de Antropología Chilena*, 49(1), 109-119. <https://doi.org/10.4067/S0717-73562017005000001>.
- Emirbayer, M (2009). Manifiesto en pro de una sociología relacional. *Revista CS*, (4), 285-329.
- Farmer, P. (2004) An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45 (3), 305-325.
- Farmer, P., Nizeye, B., Stulac, S. & Keshavjee, S. (2006). Structural Violence and Clinical Medicine. *PLoS Medicine*, 2(10), 1686-1691.
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>.
- Hersch-Martínez, P. & Salamanca-González, MG. (2022). El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. *Rev. Fac. Nac. de Salud Pública*, 40(1), e345191. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e345191>.
- Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu D'etnografia de Catalunya*, 3, 84-119.
- Nussbaum, M. (2001). Adaptive Preferences and Women's Options. *Economics and Philosophy*, 17, 67-88.
- Piñones, C., Quesada, J. & Holmes, S. (2019). La vulnerabilidad estructural y las nuevas perspectivas en medicina social sobre la salud de los migrantes: entrevista a James Quesada y Seth M. Holmes. *Salud Colectiva*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2146>.
- Quesada, J., Hart, L. K. & Bourgois, P. (2011). Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339-362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>.
- Seppilli, T. & Otegui, R. (2005). Presentación: antropología médica crítica. *Revista de Antropología Social*, (14), 7-14.
- Singer, M. (1990). Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment. *Social Science and Medicine*, 30(2), 179-187.
- Singer, M. (1995). Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 9(1), 80–106.
- Singer, M. Baer H. & Lazarus, E. (1990). Critical Medical Anthropology in Question. *Social Science & Medicine*, 30(2), v-viii.
- Sesia, P., Gamlin J., Gibbon S. & Berrio L. (2020). Introduction. En: Gamlin, J., Gibbon, S., Sesia, P. & Berrio, L. (Coords.). *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latin America*. University College London Press.
- Tsing, A. (2005). *Friction, an Ethnography of Global Connection*. Princeton University Press.
- Turrini, M. (2015). A Genealogy of “Healthism”: Healthy Subjectivities Between Individual Autonomy and Disciplinary Control. *Eä Journal*, 7(1), 11–27.



Capítulo 1

Hacia una antropología médica crítica de los actores que vulneran: De las estructuras sin sujeto a la vulnerabilidad relacional en salud

*Rubén Muñoz Martínez*¹

No fui al hospital porque escuché de otras personas que lo tienen y se entera la gente y lo critican a uno. Por eso mi señora me llevó a una clínica particular, pero ni así. La gente que tomó mi análisis lo contó a la suegra de la química y empezaron a decir “ese señor tiene SIDA, ya no se acerquen a ellos”. Todos los de alrededor de casa de mi familia fueron a avisar “ya no vayan a su casa”, y luego mi misma familia me discriminó. (Hombre, mixteco, 52 años, 2018)

La mayoría de las personas de las comunidades piensa que en una institución de gobierno lo primero que te hacen es denigrarte, insultarte, hacerte menos. Y algunos compañeros tienden a hablar un poquito más grave, más fuerte. Y ellos lo perciben de esa forma, como regaño, maltrato. La mayoría de las personas que vienen de comunidad, siempre son las que en su dialecto dicen “es que el caclan [blanco/mestizo] siempre me regaña”, “el caclan es el pudiente, el adinerado, el patrón, el mestizo, el que siempre me discrimina”. Al igual que cuando entran a nuestro hospital, nos dicen: “el médico caclan me va a regañar, me va a insultar”. Le voy a ser honesto, algún personal médico o de enfermería sí tiende a veces a maltratarlos. (Médico, hospital en municipio de Chiapas, 2017)

Nosotros también tomamos en cuenta a los sectores económicos más desfavorecidos para conocer el impacto del VIH, eso incluye a todas las poblaciones. (Ponente, tomador de decisiones sobre VIH, 2018).

¹ Doctor en Antropología Social y Cultural por la Universidad Autónoma de Madrid y profesor titular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México. Correo electrónico: rubmuma@hotmail.com.

[Ante mi pregunta sobre si existen datos específicos respecto a los pueblos indígenas y el VIH a una de las principales tomadoras de decisiones sobre el VIH en México]: *La prevalencia es muy baja, ya hicimos un estudio en Chiapas [en la ciudad de Ocosingo] con pruebas hace años [2010] y está por debajo de la población general. “¿Dónde se puede conseguir?”; [pregunto]. No está publicado.² / “¿A poco [el sida] les llega hasta allá? [comunidades indígenas]. Fíjate qué interesante, nunca me hubiera imaginado”³*

Estos testimonios refieren a algunas de las representaciones y prácticas sociales de actores concretos, con nombres, apellidos, clases sociales, géneros y posicionalidades étnico-raciales, relacionadas con la producción de vulnerabilidad en salud de las personas indígenas con VIH en el nivel comunitario, en el institucional hospitalario y en la toma de decisiones. Se trata concretamente, en estos ejemplos, del aislamiento de la familia o de la comunidad al conocer la condición de salud; del maltrato institucional por dicha condición y/o por la identidad étnica y de la exclusión en la toma de decisiones de entender y atender el impacto específico de la epidemia en esta población. Las representaciones y prácticas de estos tomadores de decisiones se articulan con aquello que ellos y ellas hacen u omiten hacer (para promover y atender la salud de terceros) y tienen consecuencias en el comportamiento de la epidemia del VIH respecto a las personas indígenas que se exponen, sin información o medidas profilácticas adecuadas, al virus o que no pueden afrontarlo como una enfermedad crónica, al no acceder al tratamiento antirretroviral o al abandonar su toma y acaban falleciendo por una causa evitable (Muñoz, 2023a). Pero estas representaciones y prácticas, en el ámbito comunitario, institucional médico y de toma de decisiones, no ocurren en un universo micro de interacciones sociales desprovisto de ideologías y de poder (Wolf, 2001). Participan en procesos históricos, económicos y políticos en los que están en juego el acceso a los recursos, no solo de salud sino también, en un sentido más amplio, para la reproducción social. Es entonces cuando la manera de vivir, determinada por el clasismo, el racismo, la homofobia o el sexismo, se acaba relacionando con las formas de padecer y con las posibilidades individuales y colectivas de afrontamiento. Pero esto no es operado por estructuras abstractas, como apuntan la mayor parte de las aproximaciones críticas de tipo “sustancialista”, en el sentido de Emirbayer (2009), en las ciencias sociales o de la salud, se trata más bien de cómo estas estructuras se articulan (son constituidas y constituyen) con sujetos, relaciones y prácticas sociales concretas en niveles de análisis (micro, meso y macro) interdependientes. En este sentido, nos planteamos las siguientes preguntas a lo largo del presente texto: ¿Dónde está el sujeto en la producción de vulnerabilidad en la salud ajena? ¿Cómo se organizan social y culturalmente los actores cuyas representaciones y prácticas producen dicha vulnerabilidad? Y, por último, ¿cómo se articula esta, y sus protagonistas, con la toma de decisiones, la atención en salud y los cuidados?

² Coloquio sobre “Pueblos Indígenas y VIH: un acercamiento desde las políticas públicas, la investigación y la acción participativa”, CIESAS, Ciudad de México, julio del 2018.

³ Experiencias con funcionarios en el campo de la salud relatadas por Núñez (2011).

En función de dichas preguntas, los objetivos de este capítulo son: a) proponer la necesidad de una antropología médica crítica que recupere al actor que vulnera la salud ajena. Esto es, sus representaciones y prácticas, así como sus formas de organización social, política y económica y los universos de significado que estas albergan respecto a la generación y al sostenimiento de la afectación a la salud; b) plantear una propuesta teórica que consiste en dilucidar quiénes son aquellos que, situados en diversos campos sociales, vulneran la salud de terceras personas.

No nos interesan, por ahora, los nombres de esos actores que vulneran, pero sí sus representaciones y prácticas sociales, así como los campos y grupos sociales en los que estas se llevan a cabo. Para ello, se propone el concepto de *vulnerabilidad relacional*⁴, en el sentido de la “relacionalidad” de Menéndez (2009) y Emirbayer (2009), con el fin de articular la economía política y los procesos socioculturales en el análisis de la salud y la enfermedad desde las representaciones y prácticas de los actores que vulneran; y c) desde este concepto y respecto al impacto del VIH en los pueblos indígenas de México: analizar críticamente las limitaciones de un marco teórico que en la última década se ha puesto de moda en diferentes comunidades epistémicas de las ciencias sociales; me refiero a la “vulnerabilidad estructural” desarrollada por Quesada *et al.* (2011). En la línea con la propuesta de una *antropología médica crítica de los actores que vulneran*, apuntaremos hacia una perspectiva relacional en los procesos de afectación de la salud problematizando la aproximación autoactuante de aquello denominado como estructura, que emana de la vulnerabilidad estructural, así como de otras aproximaciones análogas.

En la investigación en salud, lo cual incluye a las ciencias de la salud y a las ciencias sociales, ha sido más común investigar a aquellos que padecen que a los perpetradores del padecimiento. Un ejemplo de ello es cómo se relacionan las condiciones negativas de salud de ciertos grupos vulnerables con políticas públicas o legislaciones, pero no tanto con los individuos y grupos que realizan estas políticas públicas ni con los factores que conectan, incentivan y facilitan que estos sujetos produzcan vulnerabilidad (Katz *et al.*, 2020). Otro ejemplo refiere a cómo en el campo de la salud pública se ha tendido a investigar más las condiciones de salud vinculadas a la mentalidad y a las condiciones de vida que tienen los denominados como *grupos vulnerables*, que a los estatus de salud, las mentalidades y las condiciones de vida en las que viven los tomadores de decisiones y las élites. Y, menos aún, en la relación que existe en cómo la buena salud de los segundos está relacionada con la mala salud de los primeros (Katz *et al.*, 2020). Para ello, el concepto de vulnerabilidad ha

⁴ Este concepto no es nuevo, tanto la vulnerabilidad relacional como la dimensión relacional de la vulnerabilidad han sido enunciadas con anterioridad por otros autores y autoras, pero con definiciones y alcances distintos a los que aquí desarrollamos. Bonet (2006) propone la vulnerabilidad relacional en el ámbito de estudio de las redes sociales y la exclusión social, y su definición se caracteriza por la ausencia o la debilidad de los vínculos de inserción comunitaria. Otros estudios han aplicado esta propuesta a partir de la cohesión de los sistemas (por ejemplo, familiares) para disminuir la vulnerabilidad relacional, entendida desde el referido vínculo, en el campo de la salud psicosocial (Torres & Estrada, 2019). Otras definiciones, más cercanas a la que aquí desarrollamos, remiten a la teoría feminista, entendiendo la violencia hacia las mujeres como “vulnerabilidades relacionales”, al reflejar el estatus de subordinación de las mujeres dentro de las relaciones jerárquicas de género y las dependencias asociadas con él (Kaaber, 2014).

sido importante al operar separando las relaciones de poder existentes entre ambos grupos sociales y desalentando a investigar:

- a) Los movimientos de las élites y las formas en las que los individuos, los grupos y las familias mantienen el bienestar y el poder sobre otros; b) el papel de la salud pública y la atención médica en la producción del daño; c) la interrelación entre el colonialismo, el racismo, la explotación económica, el imperialismo, el militarismo, la misoginia y las construcciones restringidas de la ciudadanía que facilitan el daño, el control y la explotación⁵ (Katz *et al.*, 2020, p. 606).

Como veremos en este capítulo, el concepto de vulnerabilidad estructural (Quesada *et al.*, 2011) ha tratado de colocar el papel de la economía política, y su correlato en la violencia estructural, en la vulnerabilidad de las personas a enfermar. Sin embargo, este concepto, y su perspectiva estructuralista autoactuante y desubjetivada, respecto a aquellos que vulneran, no permite entender el primer aspecto señalado antes, ni la dimensión relacional de la vulnerabilidad en la cual participan, a partir de transacciones, actores pertenecientes a los grupos económica, política y/o culturalmente dominantes⁶, pero también aquellos que potencialmente o de facto son afectados pudiendo simultáneamente operar como afectadores, así como otros actores en sus contextos de vida que coproducen dinámicas sociales y culturales que inciden en su salud (Eroza & Muñoz, 2021).

Los enfoques dominantes en las ciencias sociales que realizan investigaciones en salud, y en particular en la antropología médica, convergen en algunas de estas exclusiones señaladas antes, lo cual tiene que ver con los siguientes procesos internos y externos al ámbito académico: a) la reproducción de las aproximaciones reduccionistas dominantes en la salud pública, a partir por ejemplo del enfoque individualista de los estilos de vida y/o de una aproximación culturalista que culpa a la víctima y exonera al victimario (entendidos como sujetos y grupos sociales); b) la asunción de que hay que dar voz a los colectivos subalternos dejando de lado cómo las voces (y los actos) se construyen a partir de dialécticas relacionales entre oprimido y opresor, para lo cual se necesita escuchar y observar a ambos sujetos y grupos sociales (Menéndez, 2005); c) el supuesto de que centrar la investigación en aquellos que vulneran la salud ajena (las escasas veces que son identificados como sujetos de estudio) les proporciona un inmerecido protagonismo y contribuye al

⁵ Traducción propia del texto en inglés.

⁶ Me referiré en el capítulo a élites y grupos dominantes de forma análoga considerando que comparten algunas de las siguientes características: i) el grado de control de ciertos recursos, que comprende desde la propiedad de los medios de producción hasta la posesión de riqueza material, o de ciertos talentos y habilidades especiales (Poulantzas, 1976; Khan, 2012; Marx, 1978; Friedrich, 1950); ii) la independencia o interrelación entre las posiciones de prestigio de distintas esferas sociales (Aron, 1966; Mills, 1957; Donhoff y Ballard, 1968); iii) el fundamento que sostiene la ocupación de una posición superior, resaltando la disyuntiva entre adscripción y logro (Keller, 1963; Hartmann, 2008); iv) la potencialidad de reproducción de esa posición o de un cambio social que modifique la cúpula dirigente, incluyendo dinámicas grupales de circulación, reemplazo o cooptación (Pareto, 2008; Bourdieu, 2011; Bernecker & Zoller, 2007; Munkler, 2006); v) la influencia de quienes ocupan cargos de prestigio sobre el resto de la comunidad, en términos del uso del poder (Acemoglu & Robinson, 2012; Winters, 2011), (Atria *et al.*, 2017).

silenciamiento de los sujetos y colectivos vulnerados⁷; d) la noción estructuralista, de corte sustancialista, de que los procesos que afectan a la salud son fenómenos desubjetivados o cuyos sujetos no es necesario etnografiar ya que, por ejemplo, se les incluye al referir al *sistema* o a la *estructura*, su presencia no es significativa para el análisis o es invisible para el/la antropólogo/a; e) la consideración, esencialista, de que los grupos subalternos son un todo homogéneo, receptor pasivo de las violencias desde el exterior o, en ciertos casos, desde los procesos culturales internos entendidos como totalizantes y sobredeterminados (Muñoz, 2022); lo cual implica borrar al sujeto (de dichos grupos subalternos) que vulnera; f) cuando se trata de estudiar a los actores que vulneran al interior de los grupos subalternos, el posicionamiento evitativo respecto a las posibles consecuencias negativas que esto puede tener para ellos en términos de representación desde los sectores dominantes y/o de otros grupos subalternos; g) las dificultades del acceso a investigar a los grupos sociales dominantes, especialmente si se trata de investigaciones que pretenden estar basadas en el consentimiento informado, (Muñoz & Salinas, 2018); y h) el temor a las posibles repercusiones de publicar resultados críticos al investigar a dichos grupos, lo cual incluye a los pares (por ejemplo, profesionales), que pueden comprender desde: la negativa a futuras investigaciones (Muñoz & Salinas, 2018), las sanciones laborales, legales o de tipo económico en los fondos destinados a la investigación, o, especialmente en algunos contextos (por ejemplo de México), las amenazas a la integridad física de el/la investigador/a o de sus allegados/as.

La importancia de estudiar a las élites ha sido subrayada, desde la antropología, por autoras como Nader (1969) o, en el caso de México, por Muñoz & Salinas (2018)

⁷ A lo largo del texto utilizaré “vulnerables” y “vulnerados” de manera diferenciada. Por “vulnerables” me refiero a una condición de potencial daño a la salud definida por la construcción social del riesgo, desde la posición subordinada en las relaciones de poder socialmente estratificadas del sujeto y/o colectivo, que inciden en procesos como la prevención/afectación, la atención o el seguimiento oportuno diferenciado. Por “vulnerado” quiero subrayar la relación de hegemonía y subalternidad existente entre el sujeto (y colectivo) que vulnera y el que es vulnerado (entendiendo que ambos son vulnerables) sin pretender pasivizar a este último ni reducirlo analíticamente a la condición de exposición al daño a la salud referida.

o, desde la sociología, por Moreno (2020)⁸. De igual forma son diversos los estudios que señalan la necesidad de estudiar a los perpetradores de distintos tipos de violencia, Nordstrom y Robben (1996), pertenezcan o no a las denominadas como élites. Esto, sin embargo, no es tan frecuente en la antropología médica respecto a aquellos que producen padecimiento, en el ámbito latinoamericano, pero tampoco en otros contextos del mundo (Katz *et al.*, 2018), con la excepción del no tan escaso estudio a profesionales de la salud y a las violencias que ejercen hacia determinados tipos de usuarios (Sesia, 1996, 2014; Freyermuth, 2010). Cuando esto ocurre y se investiga a los perpetradores del padecimiento ajeno, sean estos de las élites o no, lo que no es tan frecuente, con algunas excepciones, es encontrar los escenarios siguientes: a) indagar sobre los actores pertenecientes a grupos de poder (sociales, culturales, económicos o políticos), externos e internos al ámbito específico del perpetrador (como, por ejemplo, las violencias del profesional médico en el campo institucional), que protegen sus estatus sociales (véase laborales) y alientan sus prácticas lesivas para la salud ajena; b) explorar las motivaciones y racionalidades que dan sentido a dichas prácticas, así como las funciones sociales que cumplen desde el punto de vista del que las produce y sus grupos y contextos socioculturales; c) vincular dichas prácticas y cosmovisiones con las formas de acumulación y redistribución inequitativa de capital (simbólico, social, económico o, entre otros, en salud), en procesos de producción de estratificación social (en términos de Wright, 2015) y despojo de la salud⁹ y d) analizar las prácticas y procesos de acompañamiento o afrontamiento del padecimiento, por ejemplo la organización social y la ejecución de los cuidados en las redes de apoyo, desde su carácter ambivalente y contradictorio incorporando las lógicas político-económicas y culturales de las violencias de los cuidados y los cuidados en las violencias.

⁸ Tanto el artículo de Muñoz & Salinas como el de Moreno proponen algunas estrategias metodológicas para el estudio de las élites o de pares profesionales que pueden ser interesantes. En el primer caso, desde la investigación encubierta, la estrategia de los usuarios simulados en las instituciones de salud o de la autoetnografía encubierta. En el segundo caso, la autora proporciona recomendaciones para el acceso y el desarrollo de la entrevista y la observación participante como las redes de relación de el/la investigador/a (por ejemplo, conocer a alguien que ellos/as respetan); saber que somos evaluados y reconocer su posición pero no comportarnos como subalternos y perder el control de la entrevista; desafiar las inclinaciones de las élites a “solo hablar con facilidad y abundancia pero no necesariamente sobre aquello que le interese al investigador” (Ostrander, 1995, en Moreno, 2020, pp. 239-240); acceder a enviar el cuestionario con antelación y hacer saber que otras personas de su círculo social ya han participado; no asumir que saben más y mejor lo que sucede en una institución que otras personas por el papel que desempeñan (Ostrander, 1995, en Moreno, 2020); programar un tiempo limitado para la entrevista e informar previamente sobre ello y ser flexible ante posibles postergaciones (Moreno, 2020). Atria *et al.* (2017) recomiendan que se estudie, previamente, en profundidad los temas que se abordarán en la entrevista. En ocasiones resulta más sencillo entrevistar o convocar a ex funcionarios o a funcionarios salientes, como ocurre en el primer ejemplo etnográfico del presente capítulo respecto a los tomadores de decisiones en CENSIDA, que a los que ocupan un cargo vigente. Los primeros pueden ser más proclives a hablar y a compartir cierto tipo de información crítica con su desempeño y con el sector social profesional al que pertenecen ya que se encuentran menos sujetos al juego de lealtades, intereses compartidos y pactos de silencio que los segundos. Una última estrategia consistiría en *descentrar* el objetivo del estudio relacionado con el ejercicio del poder, del sujeto entrevistado y sus consecuencias para la salud ajena, incluyendo dimensiones como la afectación del poder (de los otros) en su propia vulnerabilidad en salud.

⁹ Utilizaré “despojo” o “desposesión”, vinculado a la acumulación, de manera equivalente en el texto y en el sentido formulado por Harvey (2003) relacionado con la reproducción y el mantenimiento del sistema capitalista. El resultado de ello es la enfermedad y/o el padecimiento subjetivo del sujeto.

Cuando se trata de investigar sobre los campos científicos que constituyen, orientan y/o legitiman a las profesiones médicas y/o producen lineamientos para las políticas públicas en el campo de la salud, el panorama en México no es muy distinto. En términos generales, podemos considerar, coincidiendo con Villegas-Chim *et al.* (2020), que la vigilancia antropológica del quehacer de los funcionarios gubernamentales que diseñan y ejecutan los programas en salud es fundamental, sin embargo, en el contexto mexicano, existen múltiples barreras para acceder a ellos, siendo desalentadas las investigaciones al respecto. En el caso de las epidemiologías, entendidas como conjuntos de prácticas sociales (Latour & Woolgar, 1979, en Almeida-Filho, 2020) que influyen en la comprensión del mundo y en la toma de decisiones, lo cual incluye, en lo que aquí respecta, a la producción de condiciones lesivas para la salud (a partir, por ejemplo, de la desatención o de la inadecuada atención de una problemática), estos estudios son casi inexistentes en América Latina (Almeida-Filho, 2020). En otros contextos del mundo, se han realizado diversas investigaciones antropológicas sobre las lógicas culturales y de poder de dichos campos científicos, como el epidemiológico, sin embargo, no han estado exentas de notables limitaciones (DiGiacomo, 1999).

En el caso de las instituciones de salud, y del VIH en particular, se estudian con frecuencia los procesos de estigmatización social hacia las y los usuarios por su condición de salud¹⁰, articulada a sus trayectorias socioculturales, pero es menos habitual encontrar investigaciones que indaguen en las culturas de dichas violencias a partir de la articulación entre los puntos de vista (que, por ejemplo, incorporan lógicas personales, sociales e institucionales) y las prácticas de los que las ejercen. Una de las excepciones a este fenómeno lo constituye la propuesta del denominado como estigma *power* (Link & Phelan, 2014) en la cual se indaga sobre el estigma social desde el punto de vista de la función, invisible y naturalizada, que cumple para que aquellos que lo ejercen logren llevar a cabo sus objetivos basados en intereses específicos. Como mencionan los autores, conocer los intereses del estigmatizador es fundamental para poder luchar contra el estigma social (Link & Phelan, 2014). Indagar en los motivos e intereses que orientan y justifican las representaciones y prácticas sociales de los que ejercen el estigma permite aportar a la necesidad de generar teoría (Hatzenbuehler, 2016) para, en este caso a partir de la *vulnerabilidad relacional* y el continuum sujeto/estructura, entender cómo los diferentes niveles de estigma (estructural, interpersonal e individual) operan de manera articulada.

En el nivel de observación etnográfica que corresponde al contexto de vida de las personas que son vulnerables, en este caso de sectores subalternos y respecto a su condición de salud al vivir con VIH, es frecuente investigar cómo, por ejemplo, existe el estigma social y tiene determinadas consecuencias en su salud. El sujeto que vulnera es utilizado etnográficamente para ejemplificar procesos culturales y/o estructurales más o menos difusos, pero (al menos en México) no es tan común que se indague en sus motivaciones, más allá de referir a, por ejemplo, sus erróneas

¹⁰ Cabe señalar que el estigma social no solo es ejercido desde el personal de salud hacia las y los usuarios. Algunos estudios han señalado cómo también se ejerce entre dichos profesionales con consecuencias negativas para su salud y para la atención que proporcionan (Muñoz, 2021).

concepciones respecto a la transmisión del VIH, ni en los usos estratégicos del estigma social desde lógicas personales, familiares o vecinales/comunitarias; así como tampoco es frecuente explorar las formas de organización de las familias, las redes u otros grupos sociales para ejercer este tipo de violencia vulnerando la salud, ni en los beneficios materiales o de otro tipo que obtienen de ello.

Analizaremos algunos de estos procesos a partir de la problematización del concepto y usos inaugurales de la vulnerabilidad estructural, desde un marco relacional de articulación del sujeto con la estructura, entendidos ambos como procesos dinámicos y transaccionales que, en la práctica de los actores, condensan a lo micro/meso/macro (Menéndez, 2009) así como a lo denominado como cultural y estructural (Emirbayer, 2009). Nos gustaría señalar que no se trata, en la presente propuesta, de oponer la dimensión estructural a la relacional. Desde nuestra adscripción a la antropología médica crítica, se trata (como veremos en el capítulo) de considerar en la investigación antropológica ambos procesos como complementarios, recuperando la importancia del punto de vista y las prácticas de los actores involucrados en la vulnerabilidad¹¹. Esto es, por una parte, evitar considerar a lo denominado como “estructura” como una entidad abstracta desvinculada de los sujetos actuantes y de la capacidad de transformación de los sujetos y colectivos expuestos, en este caso, a la vulnerabilidad en salud; así como considerar que la estructura es un proceso y no un conjunto de variables que proporcionan una realidad fragmentada (y despolitizada) del movimiento histórico de acumulación por desposesión¹², del sistema capitalista, y sus consecuencias diferenciadas (por clase, etnicidad, género, etc.) en la afectación a la salud. Por otra parte, la necesidad de cuestionar los enfoques relacionales desde un punto de vista individualista o interpersonal, (por ejemplo, a partir del individualismo metodológico propuesto por Weber (1978), borrando el papel fundamental del mencionado movimiento de acumulación, constituido por relaciones sociales, en el entendimiento y comportamiento de los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención.

Con el objetivo de plantear posibles vías de indagación respecto a dicha propuesta me remitiré a tres ejemplos de investigaciones que hemos realizado respecto al VIH-sida en pueblos indígenas en México, en tres ámbitos de análisis etnográfico. En primer lugar, la toma de decisiones que excluye entender y atender la epidemia del VIH en esta población; en segundo lugar, ciertas representaciones y prácticas del personal sanitario, discriminatorias por la condición étnica y de salud de los usuarios indígenas con VIH del ámbito institucional médico; en tercer lugar, algunos de los usos sociales del estigma por la condición de salud en el contexto de vida comunitario de las personas indígenas que viven con VIH; así como el papel de ciertas redes sociales, y de autoridades y otras figuras dotadas de poder, en la vulneración

¹¹ En el entendido de que ya conocemos los puntos de vista y prácticas de aquellos/as que son vulnerados respecto a un proceso de salud/enfermedad/atención-prevención.

¹² En este sentido, el uso conceptual de Quesada, Hart y Bourgois (2011), para acuñar la vulnerabilidad estructural, de los Determinantes Sociales de la Salud como veremos después, apunta a pensar más en la fragmentación en variables que en los procesos de acumulación por desposesión.

de la salud¹³. No trataré de proporcionar ejemplos etnográficos exhaustivos¹⁴, más bien invito, a partir de algunos datos empíricos y líneas de análisis, a que se realicen más investigaciones teóricas y aplicadas cuyo objetivo sean los actores que vulneran la salud ajena. Pero antes de pasar a ello, explicaremos qué es la vulnerabilidad relacional.

De la vulnerabilidad estructural a la vulnerabilidad relacional

A pesar de su relativa juventud, publicado por primera vez en 2011 por Quesada, Hart y Bourgois (y con una trayectoria previa de enunciación en el contexto mexicano¹⁵), el concepto de vulnerabilidad estructural ha ido penetrando con un notable éxito en diversos circuitos académicos del norte y el sur global (concretamente en América Latina) con una creciente aplicación tanto en la antropología médica y en otras ciencias sociales, como en algunos trabajos de corte epidemiológico. Si bien son

¹³ Mencionaré brevemente la metodología que se siguió para la investigación de la que parte el material empírico del segundo y el tercer ejemplo etnográfico que aquí se retoma (publicados en Muñoz, 2022 y 2023). Se trata de una investigación cualitativa que consiste en dos estudios de caso, respecto al VIH en pueblos indígenas, desarrollados en Chiapas (en el municipio de Ocosingo) y en Oaxaca (México). Se realizó observación participante en el periodo 2017-2019 en el ámbito hospitalario, en las clínicas especializadas de atención al VIH (el CAPASITs de Oaxaca de Juárez y el SAIHs de Ocosingo), en el primer nivel de atención de las comunidades y barrios en los que residen las personas con VIH indígenas, y en el contexto familiar y comunitario. En Chiapas se llevaron a cabo un total de 58 entrevistas en profundidad a hombres (16) y mujeres (19) con VIH que se autoidentificaron como indígenas tseltales o choles, a sus familiares, a profesionales de la salud y a tres hombres no indígenas con VIH a efectos de contraste. En Oaxaca fueron 73 entrevistas a mujeres (22) y hombres (26) indígenas usuarios activos del CAPASITs, con trayectorias socioculturales y de atención diversas, así como a sus familiares acompañantes y a algunos de los profesionales de la salud que trabajan allí y en el entorno comunitario de los y las usuarias. Esta información se complementó con la generación de datos estadísticos, desagregados por etnicidad y por género, respecto a la prevalencia de VIH y la mortalidad por sida en Ocosingo y en el estado de Oaxaca.

¹⁴ Un análisis exhaustivo de estos casos respecto a los procesos culturales y estructurales que median en la afectación a la salud de los protagonistas de estas investigaciones se encuentra en los textos de Muñoz (2022 y 2023a). Por razones de espacio, aquí se señalan solo algunas posibilidades y ejes de indagación que invitan a recuperar a los sujetos que vulneran.

¹⁵ Si bien dichos autores proponen el concepto como nuevo, la dimensión estructural de la vulnerabilidad, y su enunciación como vulnerabilidad estructural (Piñones, Quesada y Holmes, 2019) la llevaron a cabo antropólogos/as mexicanos/as en 2005 al estudiar procesos migratorios, de violencia sexual y de exposición al VIH (Hernández Rosette, Sánchez, Pelcastre & Juárez, 2005). Resulta paradójico que uno de los autores estadounidenses de la propuesta del concepto en 2011 admita que escuchó por primera vez hablar de este concepto a Hernández Rosette (Piñones, Quesada & Holmes, 2019), pero no lo cite en sus artículos (tampoco a los autores y autoras mencionadas antes), atribuyendo al autor mexicano una escasa elaboración conceptual. Algo similar pasa con la violencia estructural (si bien Farmer reconoce su génesis latinoamericana, a otros autores y autoras posteriores se les olvida) o con los determinantes sociales de la salud y la determinación social en el campo de la epidemiología (Breihl, 2013). Si la antropología médica crítica ha señalado, desde sus inicios, cómo las diferencias de poder dan forma a los procesos sociales, lo cual incluye al tipo de antropología médica que se realiza (Baer *et al.*, 1986) y a sus servidumbres con el poder, considero que la(s) antropología(s) médica(s) crítica(s) debería(n) llevar a cabo un ejercicio disciplinario reflexivo para evidenciar las desigualdades de poder (norte-sur y de otros tipos) que operan y se reproducen en su interior. En este sentido, Paola Sesia (2023) señala la importancia de una mirada crítica que incluya la reivindicación de la justicia epistémica.

diversos sus aportes, el concepto también tiene limitaciones y aspectos problemáticos que deben ser discutidos. Hasta la fecha, que yo conozca, solo existe un trabajo publicado que problematice algunas implicaciones de este concepto (me refiero al de Eroza & Muñoz, 2021). Dos son los ejes teórico-conceptuales de la vulnerabilidad estructural: la violencia estructural y los determinantes sociales de la salud, los cuales tratan de problematizar, desde los puntos de vista de los autores, la concepción victimista, asistencial y estigmatizante del concepto de vulnerabilidad social desde una perspectiva político-económica (Carruth *et al.*, 2021).

Para Quesada, Hart & Bourgois (2011) los individuos son estructuralmente vulnerables cuando están sometidos a los efectos adversos en su salud de la violencia estructural, debido a su posición en una estructura social jerarquizada en función de atributos individuales, valores culturales y estructuras institucionales. A decir de estos autores, sustituir el término *violencia* por *vulnerabilidad* permite sortear algunos de los cuestionamientos que se le han realizado a este concepto, como por ejemplo su menor neutralidad, al ser la violencia moralmente evocadora y físicamente concreta, o su no consideración de los factores culturales al privilegiar la injusticia económica o la opresión de clase (a pesar de admitir que con frecuencia se analizan procesos culturales como el género o el racismo a partir de la violencia estructural). En este sentido, si la violencia estructural reivindica la atención en salud como un derecho humano desde el análisis de los procesos económicos, materiales y políticos, la vulnerabilidad estructural permite observar la violencia simbólica, los discursos sobre la normatividad y la subjetividad y la intersección entre la patología médica individual y la biografía con la exclusión social, promoviendo el regreso a la medicina social del siglo XIX (Bourgois & Hart, 2011).

Uno de los objetivos principales de dicha propuesta es que sea útil en la práctica clínica. Para ello proponen operacionalizarla utilizando el concepto “determinantes sociales de la salud” (DSS), el cual, a diferencia de la violencia estructural, es menos común en antropología que en salud pública (Dressler, 2010). Los autores proponen un “diagnóstico de vulnerabilidad estructural” (Bourgois *et al.*, 2018) que permita movilizar los recursos adecuados para una atención médica estructuralmente pertinente y eficaz. Para ello enfatizan principalmente en la formación del personal de salud en competencias estructurales, así como en su posible movilización más allá de la clínica para actuar en el contexto de vida de los pacientes.

Si bien es este un esfuerzo importante para tratar de luchar contra las barreras en el acceso y la atención en salud para los grupos socioculturales minoritarios y excluidos, su propuesta tiene, desde mi punto de vista, cuatro aspectos problemáticos que se encuentran articulados: a) las limitaciones de la definición y usos de los DSS; b) la indefinición de aquello que se denomina como “estructura”; c) la llamada a cambios reformistas, principalmente en la clínica, pero también a nivel de políticas públicas (Carruth *et al.*, 2021), dejando de lado las representaciones, prácticas y racionalidades de los actores (y grupos sociales) que vulneran la salud a partir de la estratificación social basada en la acumulación por desposesión y d) la omisión o

secundarización¹⁶ de la capacidad que tienen los actores *estructuralmente vulnerables* para llevar a cabo estrategias individuales y colectivas de resistencia y transformación de aquellos procesos que afectan su salud. Nos detendremos un poco más en ello.

Los DSS han sido utilizados de manera dominante para abordar los factores materiales y estructurales como *proxies* de la estructura social, dejando de lado no solo la interrelación con otros factores del sistema, sino también cómo se manifiestan y refuerzan a partir de las prácticas sociales (Frohlich *et al.*, 2001); por ejemplo, la raza no es una variable objetiva sino una construcción social constituida por un conjunto de relaciones sociales y prácticas (Nazroo, 1998). Otra de las exclusiones en la enunciación y usos de los DSS es su apropiación de la propuesta latinoamericana de la determinación social de la salud a partir de su no reconocimiento y su despolitización reduciendo a variables los procesos de acumulación histórica (Breilh, 2013). En este sentido, ni los DSS ni la vulnerabilidad estructural nos aclaran a qué se refieren con estructura más allá de esta enumeración de variables (el sistema global migratorio, la segregación espacial, ocupar una posición estructural por género, etnicidad, etc.) que, con algunas excepciones, dificultan relacionar los procesos desde el punto de vista del papel que tienen en el sistema económico-político dominante, basado en la lógica de la estratificación social a partir de la acumulación por desposesión y sus consecuencias para la salud.

Un cuestionamiento que aplica tanto a los DSS como a la violencia estructural y, por ende, a la vulnerabilidad estructural, estriba en la desaparición de los actores y del componente relacional, operado por dichos actores, en los procesos de reproducción-transformación social vinculados a la salud¹⁷. Desde el punto de vista de los denominados como *estructuralmente vulnerables* el énfasis en *lo estructural* impide ver qué hacen los sujetos vulnerables para reproducir y sostener la vida, más allá de deber ser tutelados por las competencias estructurales del personal de salud¹⁸, o la intervención de los organismos internacionales o de las ONG. Desde la perspectiva de los que vulneran cabe señalar que, en palabras de Navarro (2009), no son las desigualdades, entendidas como entidades abstractas, las que matan o enferman a las personas, sino los responsables de esas desigualdades. Tanto en el caso de la vulnerabilidad estructural como de los DSS nos olvidamos de los actores que generan vulnerabilidad en salud al tratar de controlar el acceso y la acumulación de los recursos, materiales y simbólicos, para la reproducción social; así como de su organización

¹⁶ Me refiero a los trabajos (citados en este texto) de los que parte la propuesta de la vulnerabilidad estructural.

¹⁷ Un ejemplo de esto es el interesante trabajo de Holmes (2013) respecto a la vulneración de la salud de los migrantes oaxaqueños triquis que trabajan en la industria del agro en Estados Unidos. Si bien incorpora a algunos de los actores de los grupos dominantes en su etnografía, como por ejemplo los dueños de una plantación, el análisis de las desigualdades y la opresión (de clase, racial, etc.) hacia los trabajadores remite, desde su punto de vista, al mercado y no se adentra, o lo hace muy tímidamente, en la opulencia de dicho sector social entrevistado a costa de la salud de sus empleados ni, articulado a ello, en las alternativas a dicho modelo de producción.

¹⁸ Diversas investigaciones han mostrado cómo la formación del personal de salud en competencias culturales o estructurales, por ejemplo, en la lucha contra la discriminación por la condición de salud de personas afectadas por el VIH, no es eficiente por sí misma. Lo que sí sirve es, entre otras estrategias, que dichas competencias estén acompañadas del involucramiento de usuarios/as y de actores del tejido asociativo para realizar contralorías sociales de las instituciones de salud y sus responsables (Muñoz, 2023a).

social en torno a redes de poder, cosmovisiones, trayectorias sociales o, entre otros, estilos de vida. En este sentido, si la vulnerabilidad social se dirige a las políticas sin cuestionarse por el poder, la vulnerabilidad estructural aborda el poder sin cuestionarse por sus actores. Lo cual nos lleva a la discusión sobre la operacionalización despolitizada de lo denominado como *estructural* en términos de gobernanza o la hiper-abstracción explicativa de los procesos lesivos para la salud a una dimensión estructural difícil de vincular con medidas concretas que no tengan un sentido meramente heurístico o no apelen a un *cambio social total*, por ejemplo, de sistema político-económico, que sería resolutorio, lo cual obvia la relación de la permanencia de instituciones opresoras como el Estado, y de ideologías como el racismo o el totalitarismo, con procesos sociales patogénicos en otros regímenes económico-políticos (como ha sucedido en ciertos países comunistas). Como dirá Rick Jacobsen (1991, en Singer (1995:82) “la economía política proporciona gafas macroestructurales pero los ajustes para aplicarla te vuelven miope”. Teniendo en cuenta lo mencionado y para evitar visiones fragmentadas, sustancialistas y que solo consideran un punto de vista o práctica social, por lo general, la del vulnerado, subrayamos la necesidad de generar otras propuestas distintas a la vulnerabilidad estructural, y a la denominada como *vulnerabilidad social*, que consideren la dimensión relacional, articulada al análisis de las estructuras y sus consecuencias, de la vulnerabilidad en salud. Veremos a continuación a qué nos referimos a partir de la propuesta de la *vulnerabilidad relacional*.

Entendemos por vulnerabilidad relacional, en el campo de la salud, al proceso lesivo de potencial afectación a la salud que implica la construcción social del riesgo producido en las transacciones sociales, que tienen lugar entre sujetos y sus grupos sociales, basadas en la hegemonía y en la subalternidad. En este sentido, la afectación de la salud está vinculada con las relaciones sociales mediadas por el poder que operan, en dichas transacciones, como generadoras de riesgos por su articulación con procesos de acumulación de capital (económico, simbólico, social, etc.) basados en la estratificación social por clase, género, etnicidad, generación y/o ciudadanía que tienen la capacidad de dañar la salud de las personas en función de su posición en la estructura social.

La dimensión relacional de la vulnerabilidad implica que los fenómenos y actores estudiados no pueden ser entendidos de manera fragmentada y sustancialista sino a partir de procesos y prácticas, en forma de transacciones, que los vinculan. Desde esta aproximación, no podemos entender lo micro, meso y macrosocial de manera separada de los actores, sus prácticas y relaciones sociales (Emirbayer, 2009; Menéndez, 2009); ni escindir la relación vulnerador(es)/vulnerado(s) excluyendo la participación dinámica, en la construcción social y política de dicha vulnerabilidad, de ambos actores (y sus grupos sociales) entendiéndola como el resultado de un bien que se despoja.

A diferencia de la vulnerabilidad estructural o social, la vulnerabilidad relacional implica conocer a los actores que vulneran, problematizando la vulnerabilidad como un concepto fetiche, que en nombre de las políticas públicas o de las estructuras auto-orientadas oculta más de lo que explica, y revelándola como locus en el que se

inscriben las disputas de los actores, y sus grupos sociales, por los recursos y capitales económicos, simbólicos, sociales y/o en salud. Para ello la vulnerabilidad, entendida como el proceso de construcción social del riesgo que opera entre vulneradores y vulnerados, no es una sustancia sino una relación que conlleva considerar las posiciones estructurales, con implicaciones en el poder, que ocupan los actores en una o más relaciones sociales en función de las características mencionadas relativas a la clase, etnicidad, género, generación o, entre otras, ciudadanía.

Dichas posiciones, de carácter relacional, tienen implicaciones respecto a la construcción social y exposición objetiva al riesgo de afectación a la salud, así como a la producción de subjetividad respecto a la percepción de la exposición a dicho riesgo, del vulnerado y del vulnerador¹⁹. No serán estos, sin embargo, roles ni condiciones fijas. Entendida desde su inscripción en matrices de fuerza, en el sentido de Emirbayer (2009), actuadas por sujetos concretos, el vulnerador es a su vez vulnerable y el vulnerado es vulnerador, siendo la relación entre ambos fenómenos dinámica e interdependiente y, a su vez, diferenciada en función de la inscripción del sujeto en dicha posición estructural y de las relaciones de hegemonía/subalternidad que tiene con otros actores en posiciones subalternas o hegemónicas. Desde este enfoque, la vulnerabilidad podrá tener una naturaleza analítica, en función de los marcos explicativos utilizados y de las relaciones visibles de fuerza que evidencian, de carácter cultural, estructural, etc., pero siempre estará articulada (en forma de cultura-estructura) y se inscribirá en relaciones sociales y prácticas de disputa, acumulación y despojo de bienes materiales y simbólicos, con repercusiones lesivas para la salud, operadas por actores concretos. Si la vulnerabilidad en salud es un proceso que se construye y pone en juego social y relacionalmente, lo es gracias a las representaciones y prácticas de los actores que involucran las condiciones espaciales, culturales, sociales, políticas, medioambientales o económicas para producir y sostener en el tiempo la relación vulnerador(es)/vulnerado(s).

Para conocer cómo opera la vulnerabilidad relacional es preciso explorar las representaciones y prácticas de todos los actores involucrados, ver el enfoque relacional de Menéndez, (2009), lo cual implica que una vez que se conoce a los sujetos y colectivos vulnerables necesitamos indagar en quiénes son los actores que vulneran, qué es lo que concretamente hacen y, articulado a ello, para qué, para quién y por qué vulneran. Esta aproximación permite articular los modelos explicativos de la vulnerabilidad en salud antes señalados (en la relación cultura/estructura) a partir de no considerarla preexistente o externa a las transacciones entre los sujetos involucrados en las relaciones de poder por el acceso y control de los recursos, ni determinada por la conductas individuales o los atributos sociales o culturales basados en el déficit de los vulnerables, en el sentido señalado por Katz (2020), o por la biología entendida como destino.

La afectación a la salud, involucrada en la vulnerabilidad relacional, no se inscribirá en un proceso lineal, determinístico y dicotómico causa-efecto, sino en un proceso relacional y situacional (Emirbayer, 2009), por dos razones. La primera

¹⁹ Ver la discusión respecto a la percepción del riesgo y su dimensión subjetiva, propuesta por Mary Douglas, y objetiva; y la producción de "gramáticas de la inmunidad" en Muñoz (2022).

refiere al error que se comete al cosificar una causa, entendida como una variable fragmentada y sobredeterminada respecto al conjunto de relaciones, como ya se señaló antes. La segunda remite a la dimensión procesual y sujeta al cambio, en el entramado de transacciones de los sujetos, de la afectación a la salud. Para ello, dicha afectación estará condicionada por los recursos protectores (materiales y culturales) disponibles y las posibles respuestas, vinculadas a la reproducción social y que aquí llamaremos *estrategias selectivas de vida* (Muñoz, 2019), que los actores expuestos a la vulnerabilidad en salud son capaces de generar o movilizar en función de su posición estructural, así como de especificidades socioculturales individuales y grupales. En un sentido inverso y complementario, las prácticas y transacciones que involucran la vulnerabilidad relacional, cuando las observamos desde aquellos que vulneran, no pueden ser entendidas como prácticas autónomas promovidas por actores intencionales auto-actuales²⁰ al margen de procesos ideológicos, sociales y/o culturales que las roturan; pero estos procesos no conducen unívocamente a la práctica, ya que esta estará mediada por los sujetos, con características sociales e individuales, que las operan. Dichos sujetos siempre tienen un margen de acción y sus respuestas, si bien se espera que confluyan en torno a un patrón definido por una pauta cultural, son a menudo variables y redefinen, coproducen, clausuran o inauguran un escenario de vulneración a la salud al incidir en procesos colectivos más amplios de hegemonía o contrahegemonía en una sociedad dada. Con frecuencia estas posibilidades no son excluyentes y pueden operar de forma interdependiente como, por ejemplo, en las prácticas que vulneran a un colectivo social determinado, pero operan como una estrategia selectiva de vida (Muñoz, 2020) para otro: véase la atención médica dirigida a un sector de la sociedad dominante o minoritario, pero con capacidad de generar representación, que excluye a otros sectores cultural y socialmente subordinados.

Subrayamos, en este sentido, que los actores que vulneran no son autómatas que operan como prolongaciones de procesos estructurales desubjetivados. No hay nadie que los obligue a, por ejemplo, respecto al problema del VIH que aquí nos ocupa, pensar o actuar de una manera estigmatizante o racista; ni llevan incorporados, a pesar de ciertas sinergias inscritas en expectativas sociales y en formas de interacción y pensamiento culturalmente aprendidas, un código genético histórico o social que reproduzca disposiciones conductuales inevitables, ni, en la mayoría de los casos, son ignorantes respecto a qué es el estigma o la discriminación social. Desde luego, tampoco deciden individualmente, siguiendo la lógica del actor intencional, qué hacer o no; están relativamente sujetos a procesos históricos, a intereses, lealtades, condicionamientos de clase, género, raza-etnicidad o generación, a razones instrumentales y, entre otras, a correlaciones de fuerzas en los campos sociales en los que actúan.

No obstante, si bien las tendencias de la conducta son una realidad, la diversidad de prácticas del ser humano ante una misma situación da cuenta de que, en el

²⁰ Algunas propuestas basadas en las prácticas sociales, como la de Bourdieu o Giddens tratan de articular al sujeto y la estructura, pero con tendencias hacia la hegemonía del estructuralismo, en el caso de Bourdieu (Torres, 1991) o de la acción intencional en Giddens (García, 2009).

universo del comportamiento social, nada es inevitable y, como dirá Ralph Linton, “incluso en las culturas de integración más compactas no hay dos personas absolutamente semejantes” (1978, p. 29). Es en este sentido que aquí nos referimos a “actor social”, entendido como un sujeto específico, de *carne y hueso*, que puede ser observado y entrevistado y cuyas representaciones y prácticas sociales nos revelan procesos colectivos, compartidos con el grupo social al que pertenece, elementos culturales en función de sus diversas adhesiones (institucionales, formativas, religiosas, etc.) en el interior o el exterior de este grupo y sus características individuales.

En resumen, para entender y aplicar el concepto de vulnerabilidad relacional, lo que nos interesa recuperar de la dimensión estructural es su capacidad de visibilizar los procesos económico/políticos, que dan cuenta de la afectación diferenciada de la salud a partir de interpelar al sistema económico e ideológico dominante y sus implicaciones en la producción de enfermedad desde el despojo de la salud, entendido como una expresión de la acumulación por desposesión. Lo que permite observar la incorporación de los actores que vulneran, y sus representaciones y prácticas, es la relativa autonomía de la participación sociocultural del sujeto en dichos procesos, prestándole atención a las transacciones que reproducen las desiguales correlaciones de fuerza en la afectación a la salud; así como, para evitar un neofuncionalismo crítico en nombre de *lo estructural*, a los escenarios para su posible transformación, resaltando la importancia política y analítica de conocer no solo al actor vulnerable, sino también a los promotores de la vulnerabilidad.

Plantaremos algunas preguntas y vías de indagación respecto a esto desde tres casos que corresponden a niveles etnográficos analíticamente diferenciados, pero empíricamente articulados a partir de analizar la vulnerabilidad relacional desde las representaciones y prácticas de los que ejercen distintos tipos de poder afectando la salud ajena. Para ello realizaré antes una breve introducción a la problemática del VIH en los pueblos indígenas de México.

El VIH y los pueblos indígenas en México

La condición étnica, en México, se constituye en un factor de vulnerabilidad a la adquisición del VIH por los siguientes motivos: 1) la explotación económica de los pueblos indígenas que los perpetúa en la pobreza y los impulsa a la migración; 2) la segregación o marginación social de los sistemas de salud, educación y, añadido, justicia adecuados; 3) la subordinación política y cultural que les impide el pleno ejercicio de sus derechos humanos, específicamente de sus derechos colectivos como pueblos; y 4) la dominación simbólica (racista, homofóbica, clasista) que a través de actos de discriminación cotidiana configuran sus dinámicas familiares, sociales, emocionales, afectivas y sexuales. (Núñez & Ponce, 2015)

Estos factores estructurales afectan tanto la prevención del VIH como a la atención —con calidad y calidez—, la vinculación y, el seguimiento oportuno.

Algunas investigaciones sobre VIH en pueblos indígenas en América Latina (Ponce *et al.*, 2017) y en México (Muñoz, 2022) han evidenciado la existencia de mayor prevalencia de VIH y de mortalidad por sida en diversos grupos étnicos, comparado con la población general. Esta situación también ha sido evidenciada en países del norte global de América, como Estados Unidos o Canadá (Muñoz, 2022). En la mayoría de los países de América Latina los datos epidemiológicos oficiales sobre esta problemática son muy escasos o inexistentes. En México no existen datos oficiales publicados sobre incidencia o prevalencia de VIH-sida, así como sobre mortalidad por sida, abandono del tratamiento antirretroviral o transmisión vertical del VIH en pueblos indígenas. Una publicación reciente en el contexto de Oaxaca da cuenta de una prevalencia de VIH, a diez años, mayor en la población hablante de lengua indígena respecto a la población no hablante, así como de una mortalidad por sida 41% mayor en los hablantes de lengua indígena. Si se tiene en cuenta la variable migratoria, la prevalencia de VIH también es mayor en los hablantes de lengua indígena y en la razón mujeres/hombres (migrantes y no migrantes) detectados, la proporción de mujeres hablantes de lengua indígena es mucho mayor (43.5%) si se compara con las no indígenas a nivel estatal (22.8%) (Muñoz, 2022).

Algunas de las problemáticas identificadas respecto a la exclusión, en la toma de decisiones, de entender las especificidades del comportamiento de la epidemia en los pueblos indígenas, así como de prevenir, atender y dar seguimiento oportuno refieren a lo que hemos denominado como *gramáticas de la inmunidad* (Muñoz, 2022, p. 202) y específicamente con su expresión en la *inmunidad étnica*. Entendemos dichas gramáticas como *estructuras clasificatorias socialmente compartidas* a través de narrativas instituidas con carácter universal y científicamente legitimadas, basadas en la evidencia o en la ausencia de datos y cuyo objetivo es producir una representación de no afectación a la salud de ciertos grupos sociales o culturales a partir de la focalización en la afectación de colectivos específicos desde el binomio norma-desviación (Muñoz, 2020). La *inmunidad étnica* se construye a partir de imaginarios sociales históricamente constituidos relacionados con la invención de la sexualidad indígena (Muñoz, 2023b) desde la colonización española hasta la actualidad, vinculándola con la heterosexualidad y con la no existencia de diversidad sexo-genérica (en un contexto de asociación entre la homosexualidad y el VIH) y, por tanto, tampoco de homofobia (Núñez & Ponce, 2015); así como la concepción de lo indígena como algo exótico ajeno a la modernidad y, por tanto, protegido de la exposición a la infección; el rechazo, en el interior de los pueblos indígenas, a indagar en el VIH por temor a ser asociados con la epidemia y discriminados por ser indígenas y por su condición de salud; y la perspectiva universalista de las políticas públicas que consideran que ya incluyen a la población indígena al tener en cuenta a la población rural y migrante, pero sin visibilizar la mediación del racismo en las dinámicas eróticas, sexuales, afectivas y familiares respecto al comportamiento específico de la epidemia (Núñez & Ponce, 2015). En la producción de estas gramáticas no solo participan los tomadores de decisiones o el sector salud, también un sector de la sociedad civil, de la academia y de las propias comunidades indígenas, sosteniendo un continuum de vulnerabilidad relacional que afecta a los pueblos indígenas (Muñoz, 2022). Veremos

a continuación cómo se coproduce dicha vulnerabilidad a partir de las representaciones y prácticas de las y los tomadores de decisiones respecto al VIH.

Los actores que vulneran la salud desde la toma de decisiones

A diferencia de otros países de América del Norte, como Estados Unidos o Canadá, la epidemiología dominante en México ha excluido desagregar (de forma sistemática y pública) por etnicidad la prevalencia e incidencia del VIH, la adherencia al tratamiento antirretroviral y la mortalidad por sida (Muñoz, 2022). Si bien desde hace más de una década algunos académicos y activistas han tratado de colocar la vulnerabilidad diferenciada a la exposición al VIH de los pueblos indígenas de México en la agenda de la toma de decisiones en salud (Ponce *et al.*, 2017) a través de investigaciones, publicaciones y participación en congresos, hasta la actualidad no se ha tomado ninguna medida efectiva, a nivel nacional, para conocer y abordar la epidemia en esta población.

Conocer las representaciones y prácticas de los y las tomadores de decisiones, por ejemplo, a nivel nacional respecto a esta problemática, implicaría hacer una investigación en el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA) y/o en la Secretaría de Salud federal, en el sentido mencionado por Almeida-Filho (2020). En el estudio de la producción, organización y distribución del conocimiento epidemiológico, se trata también de relacionarlo con la acumulación y distribución de los recursos en función de diversas agendas nacionales o internacionales, así como con los actores cuyas ideologías y prácticas legitiman las relaciones de poder existentes y los destinatarios de dichos recursos. Una investigación de este tipo está por hacerse. A continuación, señalaré algunos escenarios etnográficos, a partir de mi experiencia investigativa, que permiten imaginar vías de indagación respecto a la etnografía de los tomadores de decisiones y su articulación relacional con la producción de vulnerabilidad en salud.

El 5 y 6 de julio del 2018, varios académicos organizamos un simposio denominado "Pueblos indígenas y VIH: un acercamiento desde las políticas públicas, la investigación y la acción participativa", en CIESAS, Ciudad de México. A dicho simposio invitamos a tomadores de decisiones, académicos y miembros de la sociedad civil. Era la primera vez que la dirección de CENSIDA acudía a presentar resultados oficiales sobre el VIH y los pueblos indígenas en México. Además, era un momento de transición política y, los convocantes pensábamos, de oportunidades para introducir el interés por este tema en la toma de decisiones. Esta situación, aunada a las movilizaciones del activismo muxe y de SIPIA²¹ en México y en América Latina, a las que se sumaron los esfuerzos desde la academia²² para visibilizar esta problemática, desembocó en la respuesta afirmativa de dichos tomadores de decisiones para participar en la convocatoria. Cabe mencionar que CENSIDA había financiado muy pocas

²¹ Secretariado Internacional de Pueblos Indígenas frente al VIH/sida, la Sexualidad y los Derechos Humanos.

²² Encabezados por Patricia Ponce.

investigaciones relacionadas con el VIH en los pueblos indígenas y, hasta aquella fecha, solo había llevado a cabo una investigación con pruebas de detección del VIH, que no estaba publicada. La presentación de los resultados de la entonces directora se centró en señalar datos muy relevantes (disponibles en el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales [SALVAR] desde 2008, año en el que, según su información, se comenzó a desagregar por etnicidad), sobre no adherencia al TAR y transmisión vertical diferenciada, así como escasez de pruebas realizadas en municipios con mayoría de hablantes de lengua indígena (Muñoz, 2022).

A pesar de esto, se mostraban unas cifras cuestionables respecto a la población indígena, tomando el tratamiento por Estado y se señaló que habían realizado un estudio en Ocosingo, Chiapas, 8 años atrás, “dando como resultado una baja prevalencia lo cual refleja que en México no hay un problema de prevalencia o incidencia diferenciada respecto a la población general”. En otro lugar se ha discutido sobre las dificultades de convencer al personal de salud para que pregunte a sus pacientes si son o no indígenas, así como sobre las contradicciones de los datos desagregados por etnicidad registrados en el SALVAR y lo cuestionable del estudio realizado por CENSIDA²³ (Muñoz, 2022, 2023a). Dos preguntas surgen de estos datos: ¿Por qué no se presentaron o publicaron antes? Y, si se sabe, desde sus propios datos, que existen en esta población problemas específicos como los señalados, ¿por qué no se hizo nada al respecto?

Una de las afirmaciones de los representantes a lo largo del evento era que CENSIDA diseña lineamientos que tienen un carácter de recomendación, pero no puede decidir sobre las políticas públicas en salud. Pero, si bien CENSIDA no es la dirección de la Secretaría de Salud, tampoco es una universidad ni una asociación civil: se trata del organismo rector y coordinador de la estrategia de VIH a nivel nacional. Para ello coordina las respuestas de prevención, atención y seguimiento oportuno del VIH-sida; diseña lineamientos, financia investigaciones y también las lleva a cabo con el objetivo de tomar decisiones basadas en la evidencia científica. Los datos que presentaron fueron importantes e innovadores, sin embargo, señalaban que estos no eran muy distintos a aquellos que ocurrían en otras condiciones de salud y poblaciones socialmente desfavorecidas (rezago, etc.); sin considerar que en todas ellas si eres indígena las condiciones de marginación socioeconómica o morbimortalidad serán todavía mayores (Muñoz, 2023a). En otras palabras, sin considerar la incidencia del racismo y sus articulaciones con el sexismo y el clasismo.

Cuando, de forma directa o indirecta, se les preguntó por qué no se había hecho nada hasta ahora, varias narrativas surgieron del evento respecto a su decisión de seguir focalizándose en los grupos de población clave establecidos y no llevar a cabo medidas específicas para entender y atender la epidemia del VIH en la población indígena de México. La primera tiene que ver con que consideran que las acciones que se implementan ya incluyen a los pueblos indígenas, puesto que no son un grupo clave y su posible vulnerabilidad queda abarcada por los estudios que se focalizan en

²³ Casi todos los usuarios indígenas del SAIH de Ocosingo son de localidades rurales, de pequeño tamaño y mayoritariamente tseltal hablante y todas las pruebas de detección se realizaron en la cabecera municipal, muchas de ellas a personas no indígenas residentes en el centro de la ciudad.

los factores de riesgo, como por ejemplo, ser hombre que tiene sexo con hombres. Lo cual comprende las recomendaciones realizadas por ONUSIDA, la academia y la sociedad civil y, en consecuencia, no es necesario destinar recursos extra para ello. La segunda tiene que ver con los imaginarios señalados sobre la sexualidad de los y las indígenas. Ambos supuestos ya han sido discutidos por Núñez y Ponce (2015) años atrás y parecen no modificarse. La tercera refiere a la ausencia de evidencia científica, y CENSIDA no lleva a cabo decisiones que no estén basadas en dicha evidencia. Suponemos que tampoco la genera si no tienen interés ni se sienten obligados a ello. La cuarta, y última, tiene que ver con que son epidemiólogos y como me mencionó uno de los representantes tras mi ponencia: “*los antropólogos ven cosas que nosotros no llegamos a ver, y nosotros vemos otras que los antropólogos no identifican*”. ¿Era este un sutil llamado a la colaboración? Idealmente sería muy bonito, pero la realidad es que en CENSIDA, hasta la fecha, no ha habido antropólogos entre sus funcionarios. Además, colaborar con antropólogos a veces trae complicaciones. Como señala DiGiacomo (1999), retomando a William Dressler, en una parábola de la opinión de Salieri respecto a la música de Mozart (“muy bonita, pero con demasiadas notas”) para los epidemiólogos los antropólogos escribimos “cosas bonitas, pero con demasiadas palabras”. Sin embargo, si entre ambas disciplinas no se ve lo mismo, entre antropólogos tampoco. Como menciona Patricia Ponce (Núñez, 2011), la antropología mexicana dominante ha negado históricamente esta problemática por su impronta moralista y sexófoba, además de sus vínculos con la recreación de un imaginario de lo indígena romántico y relacionado con la procreación.

¿Cuál sería la solución desde los tomadores de decisiones de CENSIDA? ¿Incluir “ser indígena” en los grupos clave? ¿Gestionar una *vulnerabilidad étnica* ocultando que el devastador impacto del VIH en esta población no es otra cosa que un síntoma del histórico despojo económico, cultural y en la salud que experimentan desde la colonización europea? Los funcionarios de CENSIDA no pueden, desde esta institución, modificar las condiciones (fruto de lo señalado antes) de extrema pobreza, migración económica en condiciones de gran precariedad, desplazamiento forzado, racismo institucional, etc., que impactan en la inequidad en la prevención, atención y seguimiento oportuno del VIH en esta población. Lo que sí pueden hacer es diseñar nuevas estrategias, en base a las recomendaciones y prácticas exitosas publicadas, que permitan conocer y afrontar mejor la vulnerabilidad diferenciada ante el VIH a la que se enfrenta esta población. Las voces desde la sociedad civil y la academia, respecto a esta problemática, son escasas en una epidemia caracterizada por grandes esfuerzos investigativos y de movilización social. A pesar de ello, y de la importancia de la contraloría social y rendición de cuentas en las correlaciones de fuerzas²⁴, dudo que los funcionarios de CENSIDA tengan una calculadora para llevar a cabo acciones basadas en el número de académicos o de miembros de la sociedad civil involucrados. Sus acciones dependerán de la vigilancia ciudadana, de

²⁴ Un claro ejemplo de ello son los emblemáticos movimientos sociales que han logrado, en ciertos países y poblaciones, una tendencia a la universalización del TAR o la liberación de las patentes de los antirretrovirales (Muñoz, 2023a).

la sensibilización con la problemática, y de ciertas agendas políticas e institucionales²⁵; pero también de motivaciones e intereses personales, lo cual incluye, a fin de cuentas, su decisión de involucrarse o no con dos escenarios posibles: a) reproducir la vulnerabilidad relacional a partir de la práctica del *racismo epidemiológico* que no promueve las investigaciones sobre la afectación específica de la epidemia en los pueblos indígenas, negando la evidencia científica existente al respecto y las posibles acciones de prevención, atención y seguimiento oportuno; y b) comprometerse con una respuesta activa; al menos desde aquello que les compete en su ámbito de toma de decisiones.

Los actores que vulneran en las instituciones de atención en salud

A veces tienen miedo de los hospitales. A nosotros nos han dicho, “vamos al centro de salud y nos tratan muy mal”. Les gritan “¡eh! ¡Siéntese!”, desde el momento en que entran. Por ser indígenas. Es un tema racista”. (Directora de urgencias en hospital rural de Chiapas)

En muchas ocasiones hemos tenido la fuga de información, llega el paciente y me dice: “ya medio mundo sabe que yo tengo esto”. Las enfermeras o alguien lo escuchó en el centro de salud, pasa muy comúnmente. Hemos dado pláticas a los médicos y enfermeras sobre la importancia de la confidencialidad y creo que no lo han entendido. (Responsable de programa municipal de VIH)

Durante mi trabajo de campo sobre el VIH en población indígena y blanco-mestiza en diversos contextos de México y de América Latina, he podido constatar que las distintas formas de violencia, como la discriminación social por la condición de salud o la pertenencia étnica, a menudo no se ejercen de manera desinteresada. Es decir, no son únicamente el producto de la falta de calidez o de sensibilidad cultural. Con frecuencia tienen razones de ser y, desde el punto de vista de los vulneradores y de aquellos que por activa o por pasiva los encubren, responden a intereses personales o colectivos y buscan cumplir funciones sociales e institucionales específicas. Es común, no obstante, que desde el punto de vista de estos actores, el estigma provenga del miedo a la exposición e infección cuando, por ejemplo: a) desconocen las formas de prevención, o los modos de transmisión, o no se cuenta con el material profiláctico adecuado y b) se origina en el temor a que la infección se propague en el contexto de vida del afectado, cuando se piensa que este ocultará su condición de salud y que sus contactos sexuales no se protegerán. Sin embargo, la práctica del estigma (la discriminación social), originada o no en el mencionado miedo, siempre se inscribe en relaciones y significados sociales previos, en contextos

²⁵ Por ejemplo, qué tan mediática, en términos de votos o de fondos y evaluaciones, acreditaciones o rendiciones de cuentas (nacionales o internacionales), es una problemática y una población destinataria. Ver, en este sentido, la crítica a la “lógica de la organización gubernamental del sufrimiento” desde la gestión de la vulnerabilidad de Amuchástegui (2017).

de estratificación social y acaba teniendo unas consecuencias negativas para el sujeto vulnerado y su grupo social de referencia, buscadas o no por el vulnerador (Muñoz, 2022).

Hace tiempo, durante una estancia de trabajo de campo en un contexto rural de México, escuché una conversación de varios miembros del personal de salud relacionada con la denominación de un tipo de compañeros de trabajo caracterizados por estigmatizar a las personas (en aquel caso, mayoritariamente indígenas) con VIH en el primer y segundo nivel de atención: *son los cazavampiros*. Apelando al universo simbólico de la lucha contra un mal, encarnado en el personaje mítico del vampiro que busca sangre para sobrevivir, el nombre da cuenta de una función social que es discriminar, aislando socialmente, para “evitar que las personas con VIH infecten” (Muñoz, 2023a). El supuesto que subyace a esta práctica es que el daño que se les provoca a estas personas es *menor, justo e instrumental* (evita un mal mayor), comparado con el provocado a aquellas que no tienen VIH y pueden *ser infectadas* (Muñoz, 2023a). A pesar de que el apelativo refería en aquella conversación al reprochable rol asumido por estas personas, con un posible registro irónico, su sentido estigmatizante no estaba exento de vindicar aquello que condenaba. En diversos casos observados en mis investigaciones de ruptura de la confidencialidad, el personal de salud que decide contar a otras personas que alguien tiene VIH lo hace con el propósito de advertir al vecindario o a la comunidad del peligro que supone relacionarse con él o ella. Si para los médicos *cazavampiros* y para aquellos familiares y vecinos que ejercen la discriminación social, esta es concebida como una *estrategia selectiva de vida* (Muñoz, 2020) que (imaginariamente) permite la reproducción social al identificar y aislar a la *amenaza* de la comunidad moral, para las personas con VIH tiene repercusiones lesivas en cuanto a, por ejemplo, la disminución de sus redes de apoyo, el desplazamiento forzado o su salud mental, lo cual impacta en el acceso al TAR y en su seguimiento oportuno (Muñoz, 2023a). Las narrativas de dichos procesos estarían justificadas, para estos actores y grupos sociales, en una forma de reducción (imaginada) del daño, en términos de lo planteado por Nichter (2006) respecto a cómo los sujetos perciben la vulnerabilidad y actúan ante ella para afrontarla o mitigarla.

Tanto el estigma social que deriva en la ruptura de la confidencialidad como el rechazo directo de la atención médica operan de forma articulada al contexto en el que se sitúan y a los intereses económicos, políticos y/o ideológicos relacionados con el rechazo a la diferencia representada por ciertos sujetos y grupos sociales. Este tiene implicaciones en la redistribución, que nunca es equitativa, de los recursos y amenazas existentes. Con frecuencia no se trata solo del estigma hacia la condición de salud, también están involucrados otros atributos sociales y personales del destinatario, en la lógica de, por ejemplo, sus prácticas de riesgo o sus trayectorias socioculturales diversas respecto a la población dominante representada por el personal de salud.

Si el sistema de salud, o un médico en particular, tiene problemas para atender resolutivamente a un usuario, el estigma deposita el éxito clínico en un *paciente ideal* (con una trayectoria sociocultural análoga a la suya o *aprobada* por la lógica de la representación de la gobernanza epidemiológica de los grupos clave) y el fracaso

en su imagen inversa representada por el estigmatizado (Muñoz, 2018). Los usos sociales del estigma, como señalan Castro & Farmer (2005), y su propia conceptualización, son un observatorio de las inequidades sociales y, en la lógica de la culpabilización de la víctima, opacan y/o reflejan procesos de inequidad en la prevención y atención oportuna.

Sin embargo, las formas de violencia institucional, como la mencionada, no siempre son evidentes y visibles para el sujeto y el grupo social que la padece o ejerce. En el caso de la atención en salud, en la medida en la que tanto los usuarios como los profesionales pertenecen a mundos locales de sentido y que el acto terapéutico se ejerce gracias a ciertas formas de violencia institucionalizadas y naturalizadas (por ejemplo, las jerárquicas relativas a los saberes) es frecuente observar cómo en el universo biomédico y epidemiológico dominante hay clasificaciones morales, más o menos explícitas, que se solapan con las técnicas (Muñoz, 2018). El acto de conocer implica clasificar, jerarquizar y penetrar en la intimidad del sujeto en función de esquemas como la amenaza/securitización de los cuerpos y la comunidad dominante. Lo que aquí quisiera señalar son las múltiples dimensiones que operan, a menudo de formas no evidentes, en el sujeto que lleva a cabo el acto de vulnerar. He conocido a algunos médicos, comprometidos discursivamente con la atención apegada a los derechos humanos y sensibles a la diversidad cultural, que defendían haber proporcionado información engañosa a las usuarias indígenas con VIH para que les realizaran una esterilización permanente y/o se coludían con aquellos que habían practicado la esterilización sin consentimiento informado. Ante el principio de obligatoriedad deontológica del consentimiento informado, y de los derechos sexuales y reproductivos de las y los usuarios, sus argumentos implicaban, haciendo de la necesidad virtud, que dado que las barreras para el acceso y apego al tratamiento antirretroviral eran tan grandes y que estas mujeres eran pobres e iletradas, lo mejor para ellas, para sus posibles descendientes y, por lo que puedo inferir, para el compromiso con la reducción de la transmisión vertical con la que debe cumplir el programa, consistía en garantizar que no los tuvieran.

La ruptura de la confidencialidad forma parte del proceso que vulnera la salud de, en este caso, las personas indígenas con VIH en términos de su acceso a la atención médica, sus redes de apoyo o su salud mental. Esta práctica está articulada con otras formas de coproducir vulnerabilidad que son relacionales y, aunque se inscriben en condiciones materiales e ideológicas objetivas de existencia, no emanan de una estructura desubjetivada, sino de actores concretos. Lo que aquí denominamos *vulnerabilidad relacional* opera cuando prestamos atención a aquellos que, de manera articulada y dinámica, desde la comunidad de residencia del afectado, las instituciones de atención médica y la toma de decisiones, coparticipan en la vulneración a su salud. Esto es, como veremos en el apartado siguiente, cuando la lógica opresora y excluyente de las representaciones y prácticas de los sujetos desde las instituciones de salud y la toma de decisiones se articula con los usos y significados socioculturales del estigma en el ámbito familiar y comunitario de la persona con VIH; así como

con los procesos de estratificación social legitimados a partir de ciertos patrones culturales/estructurales.

Los actores que vulneran la salud en el nivel comunitario

Es importante conocer las respuestas organizadas de afrontamiento ante la epidemia, pero también necesitamos investigaciones que se enfoquen en las representaciones y prácticas que se producen en la toma de decisiones en el interior de las comunidades indígenas y en sus articulaciones con procesos de vulnerabilidad relacional como, por ejemplo, ciertas redes sociales y dinámicas culturales, basadas o no en los denominados *usos y costumbres* y/o vinculadas a aspectos religiosos, que violentan los derechos de sectores subordinados como las mujeres o los y las disidentes sexuales.

A todas mis hermanas las pidieron, no conocieron a sus maridos. Llegaron a pedirle a mi papá, le llevaron un poco de cerveza y aceptó la cerveza, vino mi hermana y la casó. Mis tres hermanas hicieron así, pero yo no, yo sola conocí a mi marido, pero se fue con otra. Cuando le dije a mi mamá que me trataba mal, “no, yo no te casé, arréglate como puedas, es tu problema”. Y por eso yo ando aparte, no le doy molestia. A mis hermanas las apoya. (Mujer mazateca, 54 años)

La mayoría de mi familia sabe de este problema. Cuando me internaron nadie sabía que yo estuve enferma de esta enfermedad, pero por una indiscreción de los doctores se lo comentaron a mis tías y así fue como se regó. No respetaron que yo no quería que nadie lo supiese. Cuando se enteraron, la mayoría me rechazaron, me dejaron de hablar. No se acercaban a mí. Perdimos contacto. Decían que yo los podía contagiar por convivir. Igual mis papás, no se les quita el miedo. Si yo llego a su casa [en la comunidad], no puedo entrar al baño [...] después de eso no llego mucho [...] No apoyan, no me acerco a ellos y ellos tampoco a mí. Por más que les explico, no se les quita la mentalidad que yo los pueda enfermar. No ha habido cambio en 10 años y ya han leído libros, les han explicado, pero no lo entienden. (Mujer tseltal, 26 años)

Estos testimonios ejemplifican las repercusiones que el estigma social, articulado en el primer caso con la ruptura con ciertas normas culturales, tiene en el apoyo social a las mujeres indígenas con VIH. Las dos mujeres fueron rechazadas por sus familias y comunidades y, a diferencia de otras mujeres que se quedan en ellas a pesar de la discriminación y de tener apoyos en la ciudad, fue esta ruptura la que les permitió seguir llegando al SAIH y al CAPASITs y tomar el tratamiento antirretroviral²⁶. Lo que aquí quiero resaltar es la importancia no solo de analizar las redes de apoyo (en términos de Lindsey *et al.*, 1981), y su carácter más o menos condicionado respecto al apoyo que proporcionan (Garrote, 2003), sino aquellas redes sociales, entre las

²⁶ No todas las rupturas con un entorno comunitario adverso tienen como resultado la mejora en la adherencia al tratamiento. En otros casos fallecieron, por la ausencia de apoyo social, después de ser desplazadas a la ciudad (Muñoz, 2023a).

cuales pueden estar las denominadas de apoyo, que vulneran la salud de las personas. Si bien las redes de apoyo pueden tener un componente de violencia, como es el caso de la discriminación, vinculado al cuidado a la salud y al apoyo de otro tipo que proporcionan, algunas dejan de ser de apoyo (por ejemplo, para el acompañamiento al centro de salud y la adherencia al tratamiento) y, analíticamente, aquí las consideramos *redes de aflicción* (Muñoz, 2023a), al ser su principal consecuencia vulnerar y producir sufrimiento en la persona que está inmersa en ellas. En estos casos, la ruptura con dichas redes sociales puede suponer la diferencia entre la vida o la muerte (Castro *et al.*, 1998), o entre el padecimiento y el relativo bienestar subjetivo (Muñoz, 2023a). Conocer a sus actores, sus prácticas y su organización social reviste un gran interés.

Señalaré dos últimos y breves ejemplos sobre algunas posibilidades de análisis respecto al actor que vulnera en el contexto comunitario. El primero consistiría en explorar el papel de ciertas figuras dotadas de poder, como las religiosas o los curadores tradicionales, que influyen en el bienestar o en el padecimiento de las personas de su comunidad. Desde diversas investigaciones biomédicas y epidemiológicas respecto al VIH se han resaltado los aspectos negativos de dichos recursos culturales, por ejemplo, como una barrera en el acceso y adherencia al tratamiento antirretroviral; otros estudios han destacado su importante y complementario papel (Muñoz, 2023a). La antropología en México se ha adentrado escasamente en el papel de algunos de estos sujetos en la vulneración de la salud ajena. Menos aún se ha explorado cómo sus prácticas lesivas para la salud se inscriben en procesos de acumulación por desposesión: por ejemplo, los *chamanes* que apoyan a paramilitares, o los *terapeutas itinerantes* que engañan económicamente a las personas con VIH (y con otras condiciones de salud) de las comunidades indígenas, con repercusiones catastróficas para su supervivencia (Muñoz, 2022). El segundo ejemplo refiere a los diversos usos sociales del estigma y a qué implicaciones tienen como una estrategia selectiva de vida en términos, por ejemplo, del ejercicio de la ciudadanía en contextos de violencia estructural y desposesión. Algunos de los usos sociales del estigma y la discriminación por la condición de salud pueden ser diversos y constituir para los sujetos una estrategia para conseguir apoyo social o económico, o reivindicar el negado. De igual modo, asumir la discriminación, ejercerla contra uno mismo o contra alguien del propio grupo estigmatizable, opera como una forma de protección del sujeto o del grupo, por ejemplo, la familia, frente al rechazo de otros sectores sociales permitiendo el sostenimiento de la vida a expensas del afectado (Muñoz, 2023a). En dicho proceso, con frecuencia, el acceso inequitativo a los recursos, las normas culturales que reproducen la inequidad de género, el estigma y la ruptura de la confidencialidad se vuelven ejes de disputa que coproducen formas de vulnerabilidad relacional a partir de las prácticas y relaciones sociales de los actores.

En otro lugar (Muñoz, 2023a) se ejemplificaron estos procesos desde los testimonios de una mujer *tseltal* con VIH, que vive en una comunidad de Chiapas a varias horas de distancia del SAIH, y su hija de cuatro años la cual, poco después de mi trabajo de campo, falleció por una enfermedad oportunista en la etapa sida. Gaby (nombre ficticio) adquirió el VIH de su marido, un campesino *tseltal* (con varias

tierras de cultivo en propiedad) de otra comunidad, que regresó con VIH tras un periodo de trabajo en La Rivera Maya y falleció por una enfermedad asociada al sida; el entorno familiar de este le negó la ayuda hasta que Gaby llegó con su hermano y, ante una asamblea comunitaria, dijo que la había infectado con VIH, que la familia lo sabía y que debían ayudarla. Esto obligó a que el suegro de Gaby proporcionase cierto apoyo económico a su hija. En uno de los costosos viajes a la ciudad un terapeuta itinerante la engañó, asegurando que curaba el sida, y endeudó económicamente a su familia incrementando los conflictos de esta con otras personas de su comunidad a las que tuvo que pedir prestado.

La vulneración de Gaby y su hija fue relacionalmente provocada por los actores mencionados antes así como por los involucrados en: a) el estigma de su comunidad y de su familia, que proporcionaba ciertos cuidados mientras la violentaba debido al desconocimiento de las formas de transmisión y como acto de protección ante el rechazo de la comunidad; b) la reproducción de las condiciones históricas de marginación económica y social de las comunidades indígenas y, en consecuencia, las barreras económicas extremas para llegar al SAIH; c) el escaso apoyo social no vinculado al control de su movilidad como mujer con VIH (legitimado por normas culturales y por el estigma); d) las desigualdades de género que obstaculizan el acceso de las mujeres a los bienes de los esposos, que pueden facilitar el acceso a la atención médica, cuando estos fallecen o se separan de ellos (mientras las familias políticas sí tienen acceso o control sobre esos bienes); y e) la centralización del TAR en la ciudad, la ausencia de pruebas diagnósticas en su comunidad y la ineficacia de la prevención de la transmisión vertical, fruto del desentendimiento de los tomadores de decisiones de conocer y atender el VIH en los pueblos indígenas. Todos estos actores y sus prácticas, protagonistas en el devenir humano y evitables, contribuyeron a que Gaby dejase de tomar el tratamiento y a que su hija no fuera diagnosticada a tiempo ni atendida. Tras la muerte de su hija, Gaby se fue de su comunidad y dos años después regresó en etapa sida y falleció.

Para una antropología médica crítica de los actores que vulneran

En este capítulo se han planteado algunos problemas de los enfoques dominantes en antropología médica, que excluyen el punto de vista y las prácticas de los actores que vulneran la salud ajena, señalándose varias posibilidades etnográficas, analíticas y teóricas para abordarlo. En este sentido, se invita a desarrollar una *antropología médica crítica de los actores que vulneran*, cuestionando dos aspectos: por un lado, tanto los enfoques culturalistas basados en la sobredeterminación de lo cultural respecto a la salud, como los enfoques epidemiológicos y biomédicos que tienden a colocar el peso del padecimiento en la biología como destino y/o en el individuo, a partir de sus estilos de vida o de procesos del orden microsocioal o intrapsíquico, desvinculándose

del análisis de los procesos económico-políticos que vulneran. Por otro lado, las aproximaciones basadas en *lo estructural*, como por ejemplo la vulnerabilidad estructural, que excluyen o secundarizan la dimensión relativa al sujeto (individual en un sentido antropológico) respecto a aquello denominado como estructura, planteando un escenario autoactuante de fuerzas invisibles que afectan a las personas vulneradas a través, en algunos casos, de sujetos autómatas que vehiculizan las sinergias de dicha estructura.

La articulación entre las representaciones y prácticas sociales y la vulnerabilidad en salud tiene lugar, desde nuestra propuesta, de manera relacional, entendida esta como las transacciones de los sujetos que vinculan a aquello que denominamos micro/meso/macro o estructura y cultura (Menéndez, 2009; Emirbayer, 2009). Hemos propuesto tres ejemplos etnográficos como posibilidades para indagar sobre los actores que, de forma articulada y específica respecto a la posición de poder que ocupan y sus repercusiones, vulneran la salud ajena desde la toma de decisiones, la atención en salud y el ámbito comunitario de vida de las personas afectadas. A partir de dichos ejemplos proponemos el concepto de *vulnerabilidad relacional* incorporando, desde las relaciones sociales marcadas por la hegemonía y la subalternidad, la participación de los actores, insertos en diversos campos sociales, en los procesos de vulnerabilidad, lo cual no excluye a las personas vulneradas. Si bien todas las personas podemos ser vulneradas y vulneradores, con frecuencia al mismo tiempo, los efectos de dicha vulneración se inscriben en lógicas de poder que implican posiciones estructurales diferenciadas marcadas por el sexismo, el clasismo y/o el racismo, mediando en la disputa por los recursos y en el despojo de la salud. En el actual sistema económico y político dominante, para que unos sean menos vulnerables, en el sentido señalado por Katz *et al.* (2020), otros deben ser vulnerados.

La presente propuesta de una *antropología médica crítica de los actores que vulneran* no intenta excluir las experiencias de los vulnerables dotando de un innecesario protagonismo a aquellos que vulneran. Se trata de reivindicar sus voces a partir de la inclusión de todos los actores involucrados en la producción de vulnerabilidad. ¿Y qué mejor manera que hacerlo poniéndolas en relación con el observatorio social y del poder que suponen los puntos de vista y las prácticas de aquellos actores promotores de su aflicción?

En este sentido, y para finalizar, señalaremos algunos posibles ejes temáticos y analíticos respecto al desarrollo de esta aproximación en la antropología médica: las perspectivas teórico-metodológicas dominantes se enriquecerían si incorporamos a los actores y grupos sociales que vulneran la salud de los otros. Algunos ejemplos de ello podrían ser: a) además de analizar las experiencias del padecimiento (*illness*), sus rotulaciones sociales (*sickness*) y nominaciones biomédicas (*disease*) (Young, 1982), podríamos analizar y conceptualizar dichas realidades en términos de la *experiencia subjetiva de la producción de padecimiento*, sus modelos explicativos, sentidos, incorporaciones, ritualidades, identidades, justificaciones y lógicas sociales, así como sus articulaciones con los procesos de medicalización e iatrogenia a través de las prácticas e intereses de sus protagonistas; b) aunado a las valiosas aportaciones de los itinerarios terapéuticos (Sindzinger, 1983) y a las denominadas como trayectorias

del padecimiento (Strauss & Glasser, 1975) podríamos estudiar los itinerarios²⁷ de aquellos (individuos y grupos) que dificultan o impiden el acceso a la atención terapéutica, así como sus trayectorias (individuales o colectivas) en la generación y el sostenimiento del padecimiento ajeno; c) los enfoques antropológicos de la reducción del daño (Nichter, 2006), y de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, podrían enriquecerse si analizamos las percepciones culturales de la vulnerabilidad en salud de los grupos dominantes, sus prácticas sociales de reducción del daño y sus implicaciones lesivas para la salud de los sectores subalternos; d) otro interesante aporte sería realizar más etnografías sobre los gestores y operadores de organizaciones internacionales, secretarías de salud, farmacéuticas, así como en instituciones privadas de atención en salud, con el objetivo de conocer mejor quiénes son sus protagonistas, así como sus cosmovisiones y las implicaciones de estas y de sus transacciones entre lo público y lo privado en la acumulación de capital y en la vulneración de la salud de sus destinatarios; e) de manera articulada con los actores anteriores, supondría un gran aporte multiplicar las investigaciones, esta vez desde la antropología médica, que investiguen a los protagonistas de las redes políticas, empresariales y, entre otras, del mundo de la cultura y de la academia que promueven y encubren actividades industriales tóxicas para el medioambiente y la salud, señalando sus relaciones afectivas, económicas, de parentesco, etc.²⁸; f) convendría realizar más investigaciones que exploren las prácticas de despojo y vulneración de la salud que producen los sujetos de ciertas redes sociales (por ejemplo, denominadas de apoyo de tipo informal en las familias o iglesias, o formal pertenecientes al ámbito filantrópico) orientadas a los cuidados en salud. Desde este enfoque se podría producir más evidencia sobre cómo ciertas formas de cuidado implican procesos de despojo de la salud y cómo el despojo puede, y a menudo debe, estar impregnado de cuidados, resaltando los puntos de vista y prácticas del cuidador-vulnerador; g) ¿por qué no desarrollar una antropología médica aplicada a modificar los estilos de vida, las cosmovisiones, los itinerarios formativos, las redes sociales y las prácticas de los actores de los grupos sociales dominantes que vulneran la salud? y, por último, h) si lo que se busca es mejorar las condiciones de vida y de salud de los grupos oprimidos, y la evidencia apunta a la relación entre la opulencia de aquellos y las condiciones lesivas para la salud de estos, ¿qué mejor solución que proporcionarles a estos sectores y a sus organizaciones sociales dicha información sobre los grupos dominantes?

Referencias bibliográficas

²⁷ Por ejemplo, profesionales o en otros ámbitos de su vida relacionados con ello.

²⁸ Entre las escasas investigaciones existentes en el ámbito de la antropología médica ver el estudio de las redes de tráfico de órganos de Schepher-Hughes (2000) o, más frecuentes en otras disciplinas, la explotación laboral de migrantes indocumentados y el daño a su salud de Gunther Wallraf (2006) o, en el contexto latinoamericano, la relación del daño a la salud por asbesto con el mundo empresarial, político y del arte de Guillermo Villamizar (2012). En el contexto mexicano, el artículo de Vega y Maya (2021) ofrece una interesante aproximación etnográfica a ciertas transacciones, denominadas como corrupción, en el sistema de salud público y a algunas de sus implicaciones para médicos y pacientes.

- Almeida-Filho, N. (2020). Etnoepidemiología y salud mental: perspectivas desde América Latina. *Salud Colectiva*, 16. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2786>.
- Amuchástegui, A. (2017). Gobernanza neoliberal en la epidemia del VIH/SIDA en mujeres en México: Los efectos del paradigma de la vulnerabilidad. *Estudios Sociológicos*, 35(104), 343-371. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos. <https://doi.org/10.24201/es.2017v35n104.1511>.
- Atria, J., Amenábar, J., Sánchez, J., Castillo, J. C. & Cociña, M. (2017). Investigando a la élite económica: Lecciones y desafíos a partir del caso de Chile. *Cultura-hombre-sociedad*, 27(2).
- Baer, H. A., Singer, M. & Johnsen, J. H. (1986). Toward a Critical Medical Anthropology. *Social Science & Medicine*, 23(2), 95–98. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90358-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90358-8).
- Bonet, J. (2006). La vulnerabilidad relacional: Análisis del fenómeno y pautas de intervención. *REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales*, 11(4), 1-17.
- Bourgois, P., Holmes, S. M., Sue, K. & Quesada, J. (2017). Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(3), 299–307. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001294>.
- Bourgois, P. & Hart, L. (2011). Commentary on Genberg et al.: The Structural Vulnerability Imposed by Hypersegregated U.S. Inner-City Neighborhoods: A Theoretical and Practical Challenge for Substance Abuse Research. *Addiction*, 106(11), 1975-1977.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), S13-S27.
- Carruth L., Martinez C., Smith L., Donato K., Piñones-Rivera C. & Quesada J. (2021). Migration and Health in Social Context Working Group. Structural vulnerability: Migration and Health in Social Context. *BMJ Glob Health*, 6(1).
- Castro, A. y Farmer, P. (2005). Understanding and Addressing AIDS-Related Stigma: from Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti. *Am J Public Health*, 95(1), 53-59.
- Castro, R., Orozco, E., Aggleton, P., Eroza, E y Jacobo J. (1998). Family Responses to HIV/AIDS in Mexico. *Social Science and Medicine*, 47(10), 1473-1484.
- DiGiacomo, S. (1999). Can There Be a “Cultural Epidemiology”? *Medical Anthropology Quarterly*, 13(4). <https://doi.org/10.1525/maq.1999.13.4.436>.
- Dressler, W. (2010). Social Inequality and Health: A Commentary. *Medical Anthropology Quarterly*, 24(4), 549–554. <https://doi.org/10.1111/j.1548-1387.2010.01122>.
- Emirbayer, M (2009). Manifiesto en pro de una sociología relacional. *Revista CS*, (4), 285-329.
- Eroza, E. y Muñoz, R. (2021). Experiences of Suffering and Therapeutic Nomadismo of Mayan People with Seizures in the Highlands of Chiapas, Mexico. *The Journal of Concurrent Disorders*, 3(3), 118-140.
- Freyermuth, G. (2010). La muerte prematura de mujeres en los Altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 6(10), 181-216.
- Frohlich, K. L., Corin, E. & Potvin, L. (2001). A Theoretical Proposal for the Relationship between Context and Disease. *Sociology of Health & Illness*, 23(6), 776–797. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00275>.
- García, A. (2009) La teoría de la estructuración y su observación desde la acción: los límites del análisis. *Estudios Sociológicos*, 27(79), 31-61.

- Garrote, N. (2003). Redes alimentarias y nutrición infantil. Una reflexión acerca de la construcción de poder de las mujeres a través de las redes sociales y la protección nutricional a niños pequeños. *Cuadernos de Antropología Social*, (17), 117-137.
- Harvey, D. (2003). *The new imperialism*. Oxford University Press.
- Hatzenbuehler, M. (2016). Structural Stigma: Research Evidence and Implications for Psychological Science. *The American Psychologist*, 71(8), 742-751.
- Holmes, S. M. (2013). *Fresh Fruit, Broken Bodies*. University of California Press.
- Kabeer, N. (2014). *Violence Against Women as 'Relational' Vulnerability: Engendering the Sustainable Human Development Agenda*. United Nations Development Programme. Recuperado de: <https://hdr.undp.org/content/violence-against-women-relational-vulnerability-engendering-sustainable-human-development>.
- Katz, A. S., Hardy, B. J., Firestone, M., Lofters, A., & Morton-Ninomiya, M. E. (2019). Vagueness, Power and Public Health: Use of 'Vulnerable' in Public Health Literature. *Critical Public Health*, 30(5), 601-611. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1656800>.
- Lindsey, A.; Norbeck, J.; Carrieri, V. & Elizabeth P. (1981). Social Support and Health Outcomes in Postmastectomy Women: a Review. *Cancer Nursing*, 4, 377-384.
- Link, B. & Phelan J. (2014). Stigma Power. *Social Science and Medicine*, 103, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>.
- Linton, R. (1978). *Cultura y personalidad*. Fondo de Cultura Económica.
- Menéndez, E. (2005). Antropología social como práctica y como representación. *Alteridades*, 29.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial.
- Moreno, M. E. (2020). Investigar a las élites: problemáticas y reflexiones sobre la metodología cualitativa. *Estudios Sociológicos*, 38, 233-245.
- Nichter, M. (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos*, (20), 109-132.
- Muñoz, R. & Salinas, C. (2018). La crisis de la autoridad del etnografiado. Metodologías encubiertas e investigación en derechos humanos y población vulnerable: Dos estudios de caso en México. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, 4.
- Muñoz, R. (2018). Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en VIH y Sida en Guayaquil, Ecuador. *Andamios*, 15(36).
- Muñoz, R. (2020). Del pluralismo médico al nomadismo: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida. *Aposta*, 85.
- Muñoz, R. (2021). Covid-19 and Social Stigma in Hospitals: A New Epidemic of Signification? *Medical Anthropology*, 40(7).
- Muñoz, R. (2022). El VIH en los pueblos indígenas de Oaxaca, México: de la inmunidad étnica a la vulnerabilidad estructural. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, (245).
- Muñoz, R. (2023). La invención de la sexualidad indígena. De la ruralización a la racialización del sida en México. En: Murcia, M, Mendoza-Pérez, J. C. & Salinas Hernández, H (Coord.) *Los efectos sociales del VIH y el sida en México. Cuatro décadas de pandemia* (pp. 323-355). UNAM / Historiadores de las Ciencias y Humanidades, A.C.
- Muñoz, R. (2023). *Pueblos indígenas ante la epidemia del VIH. Política, culturas y prácticas de la salud en Chiapas y en Oaxaca*. CIESAS, Casa Chata.

- Nader, L. (1969). Up the Anthropologist. Perspectives Gained from Studying Up. En: Dell Hymes (Ed.). *Reinventing Anthropology* (pp.284-311). Vintage Books.
- Navarro, V. (2009). What We Mean by Social Determinants of Health. *Int. J. Health*, 39(3), 423-441. <https://doi.org/10.2190/HS.39.3.a>. PMID: 19771949.
- Nazroo, J. Y. (1998). Genetic, Cultural or Socio-Economic Vulnerability? Explaining Ethnic Inequalities in Health. *Sociology of Health and Illness*, 20, 710-730. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00126>.
- Nordstrom, C. & Robben, A. (1996). *Fieldwork under fire: Contemporary Studies of Violence and Culture*. University of California Press.
- Núñez, G. (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología. *Desacatos*, (35), 13-28.
- Núñez, N. & Ponce, P. (2015). Pueblos indígenas: sexualidad, diversidad sexual y genérica. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, (7), 57-75.
- Ponce, P., Muñoz, R. & Stival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: Una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*, 13(3). <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1120>.
- Piñones, C., Quesada, J. & Holmes, S. (2019). La vulnerabilidad estructural y las nuevas perspectivas en medicina social sobre la salud de los migrantes: entrevista a James Quesada y Seth M. Holmes. *Salud Colectiva*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2146>.
- Quesada, J., Hart, L. & Bourgoise, P. (2011). Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339-362. <https://doi.org/10.1080/1459740.2011.576725>.
- Hernández-Rosete, D., Sánchez Hernández, G., Pelcastre Villafuerte, B. & Juárez Ramírez, C. (2005). Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Salud Mental*, 28(5), 20-26.
- Scheper-Hughes, N. (2000). The Global Traffic in Human Organs. *Current Anthropology*, 41(2). <https://doi.org/10.1086/300123>.
- Sesia, P. (1996). "Women Come Here on Their Own When They Need To": Prenatal Care, Authoritative Knowledge, and Maternal Health in Oaxaca. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 121-140. <https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00020>.
- Sesia, P. (2023). Global Voices for Global (Epistemic) Justice: Bringing to the Forefront Latin American Theoretical and Activist Contributions to the Pursuit of the Right to Health. *HHR Journal*, 25(1), 137-147. Disponible en <https://www.hhrjournal.org/special-section-global-voices-for-global-equity-expanding-right-to-health-frameworks>.
- Sindzingre, N. (1983). L'interprétation de l'infortune: un itinéraire Senufo (Côte d'Ivoire). *Sciences Sociales et Santé*, 1(3/4), 7-36.
- Singer, M. (1995). *Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology*, *Medical Anthropology Quarterly*, 9(1), 80-106. <https://doi.org/10.1525/maq.1995.9.1.02a00060>.
- Strauss, A. & Glasser, B. (1975). *Chronic illness and the quality of life*. Mosby.
- Torres, J. (1991). *El currículum oculto*. Morata.
- Torres, V. & Estrada, C. (2019). Vulnerabilidad estructural y vulnerabilidad relacional. Historias de personas drogodependientes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(1).

- Vega, R. A. & Maya, A. P. (2021). Operating at the Edge of Il/Legality: Systemic Corruption in Mexican Health Care. *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, 26(1), 46-64. <https://doi.org/10.1111/jlca.12513>.
- Villamizar, G. (2021). Daros Latinoamérica: memorias de un legado peligroso. Recuperado de <https://esferapublica.org/nfblog/daros-latinamerica-memorias-de-un-legado-peligroso>.
- Villegas-Chim, J., Gómez-Dantés, H., Pavía-Ruz, N., Vera Gamboa, L., Rafful-Ceballos, M. J., Ramos-Valencia, J. E. & Manrique-Sade, P. (2020). Arboviruses in Yucatan, México Anthropological Challenges, Multi-Disciplinary Views and Practical Approaches. En: Bardosh, K. (Ed.), *Locating Zika Social Change and Governance in an Age of Mosquito Pandemics* (pp. 152-170). Routledge.
- Wallraf, G. (2006). *Cabeza de turco*. Anagrama.
- Weber, M. (1978). *Ensayos sobre metodología sociológica*. Amorrurtu.
- Wolf, E. (2001). *Figurar el poder: ideologías de dominación y crisis*. La Casa Chata.
- Wright, E. (2015). *Understanding Class*. Verso.



Capítulo 2

Indigeneidad y vulnerabilidad: Una reconsideración crítica desde activismos *wixaritari* para un futuro diferente

*Jennie Gamlin*¹

Para Rosa María López (1987-2023), originaria de la comunidad wixárika de Tuapurie. Amiga y colaboradora de muchos años, sabia y solidaria luchadora de justicia y equidad para mujeres wixaritari.

Introducción

Mis amigos se burlaban de ellos [los profesores]. Con suavidad y con respeto por su voluntad de enseñar a los niños. Pero a la luz de la crisis, los pobladores se veían a sí mismos en la mirada de los demás, y parecían pobres, atrasados y desprotegidos.

Anna Lowenhaupt Tsing, *Friction: An Ethnography of Global Connection*

El sujeto que vive en el dolor o la pobreza, o en condiciones de violencia u opresión, a menudo se ubica en el centro del trabajo antropológico (Robbins, 2013) pues como pensadores críticos consideramos que nuestro papel es denunciar lo que está mal o es injusto (Pandian, 2019). Las comunidades indígenas han sido comúnmente el objeto de esta centralidad, por la intención que guía las etnografías críticas de evidenciar la desigualdad y la explotación (Mendoza, 2018; Herrick & Bell, 2020), construyendo poderosos conceptos como *violencia estructural* y *vulnerabilidad*, que llegan a dominar el terreno teórico, como explicaciones supuestamente universales de la relación que el mundo capitalista moderno tiene con las personas, las comunidades y las naciones sobre las que este sistema ha sido impuesto.

¹ Doctora en Antropología por la University College London (UCL), Reino Unido; maestra en Estudios latinoamericanos por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y en Salud y Demografía por la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido. Antropóloga y especialista en salud global, es profesora asociada y directora del Centre for Gender, Health and Social Justice en el Institute for Global Health, UCL, Reino Unido. Orcid.org/0000-0003-1213-3380. Correo electrónico: j.gamlin@ucl.ac.uk

Para la antropología médica crítica, estos marcos conceptuales de la ausencia de salud o de la violencia estructural y la vulnerabilidad permiten situar los contextos locales en los que nos sumergimos dentro de la economía política global, utilizando la etnografía para evidenciar esta relación. Pero, como sostiene Pandian, “uno no puede llegar a ser un antropólogo sin un sentido de la fuerza crítica y transformadora de estar implicado en la vida de los demás” (2019, p. 112). El fuerte atractivo de los enfoques estructurales no está errado. Sin embargo, la pregunta que debemos hacernos es si en la actualidad es así como la teoría antropológica quiere definir, posicionar y representar a los pueblos indígenas y comunidades fuertemente arraigadas a su cultura no-europeizada, cuando hablamos de su bienestar.

En este ensayo no aspiro a categorizar grupos de personas, sino a hablar de los encuentros entre *modernos* y *no-modernos* y reflexionar sobre lo que se genera entre las fricciones de esta incómoda relación, este enredo o maraña (Tsing, 2015a). Siguiendo a Mendoza (2018), utilizo críticamente la categoría de *modernos* para hacer énfasis en la falta de un concepto que generaliza entre poblaciones blancas y/o culturalmente europeizadas, incluyendo las que se definen como occidentales, latinoamericanas, europeas y/o norteamericanas, mientras que las poblaciones indígenas o subalternas del sur global son sujetas a categorizaciones generalizantes. Al hacer esta reflexión, debemos reconocer *la relacionalidad del pensamiento conceptual*: que los conceptos que desde Occidente se eligen para categorizarnos a nosotros mismos y a los otros, también nos ponen en relación con la persona o las personas de las que estamos hablando, por lo que este encuentro de escalas diferenciadas se convierte en definitorio para ambos. La literatura decolonial nos ha permitido visibilizar cómo los colonizadores se definen a sí mismos y al *otro* colonial de forma relacional. Las primeras páginas del libro *Imperial Subjects* preparan bien el escenario para ello:

Y esa historia fue bastante extraordinaria, ya que el colonialismo español coincidió con el proceso inicial de creación del Estado europeo. Los siglos XVI y XVII, testigos de profundas transformaciones en la vida política y económica, engendraron nada menos que una revolución cultural —o, mejor dicho, una revolución en las formas posibles de ser humano. Fue una revolución de las identidades, una revolución del ser social, de las relaciones sociales y de los entendimientos sociales; fue la revolución cultural sobre la que se creó el emergente mundo moderno. (Silverblatt, 2009, p. ix)

La colonización de las Américas fue un encuentro que coincidió con el periodo de la historia europea en el que los filósofos, teólogos y gobernantes lidiaban con nuevas comprensiones y ontologías del ser, de la verdad y del poder (Wynter, 2003; Bagú, 1989). Esta redefinición y los primeros esfuerzos de modernización habían comenzado algunos siglos antes, pero fue a través de encuentros con algunos pueblos de Abya Yala² y de África, en un momento histórico de cuestionamiento del pensamiento cristiano, que Occidente se definió a sí mismo a una escala global y, al

² En lengua *kuna* significa “tierra madura”, “tierra viva” o “tierra en florecimiento”; se refiere al continente americano desde Alaska hasta Chile.

hacerlo, estableció un orden universal de personas, conocimiento y poder (Wynter, 2003). Este ordenamiento fue posible gracias al encuentro colonial ya que si bien las jerarquías de género y de clase siempre habían existido en la Europa moderna temprana, e incluso antes, se requirió del encuentro de civilizaciones para que los europeos se reformularan en relación con los “otros”. Si avanzamos hasta el siglo XXI, disciplinas como la antropología y los estudios sobre el desarrollo y la salud global, que se ocupan principalmente de las vidas, las culturas y el futuro de las personas fuera de Europa y de las naciones formadas a partir de asentamientos de colonos, siguen generando un diálogo en torno a las diferencias que pueden ser ubicadas en puntos de un camino lineal hacia el *progreso*, ya sea de forma implícita o explícita. Implícitamente, la idea y el concepto de *desarrollo* sugieren un cambio lineal progresivo hacia una meta que es económica y social, pero que fundamentalmente requiere cambios profundos en la forma de ser y en cómo las sociedades humanas viven en y con la naturaleza. Bolívar Echeverría (2010) describe esta línea de progreso como una “línea temporal recta y ascendente” en la capacidad del ser humano de aproximarse y enfrentarse a la naturaleza para alcanzar “efectos más favorables para él que los que podía garantizar la aproximación tradicional a lo otro, que era una aproximación de orden mágico” (p. 14). A este movimiento Segato (2015) lo define como el cambio de *mundo aldea* al Estado-nación moderno e industrial para el cual los parámetros de movimiento son establecidos por las naciones europeas y de asentamientos de colonos.

Como lo escribe Tsing, “las historias de progreso nos han cegado” (2015b, p. viii), la existencia de este humano moderno está acoplada a una economía política global que, en su mayor parte, es capitalista como si este fuera el único futuro posible, la “singular dirección hacia adelante”. Menos implícitas son las formas sutiles en las que los antropólogos, entre los cuales me incluyo, se refieren a la vulnerabilidad estructural de las poblaciones como condiciones en las que viven algunos grupos de personas, que según los parámetros modernos les hacen parecer “más débiles”, “subordinados” y “culturalmente desvalorizados” (Quesada *et al.*, 2011).

La vulnerabilidad estructural, definida como una “posicionalidad que impone sufrimiento físico y emocional” como resultado de la subordinación, la explotación y la “subjetividad menospreciada”, es útil para hacer resaltar las desigualdades o las “políticas neoliberales punitivas”, pero constituye efectivamente un marco para lo que Tuck denomina “investigación centrada en los daños”, una “investigación que pretende documentar el dolor y la condición de ruptura personal de las personas, para responsabilizar a los que están en el poder por la opresión” (2009, p. 409) y para documentar al “sujeto que sufre” (Robbins, 2013).

Cuando comencé mi investigación etnográfica en las comunidades indígenas *wixaritari* del noroeste de México en 2009, las etnografías sociales realizadas con comunidades *wixaritari* brillaban por su ausencia. Hasta la década de 1960, cuando el *Plan Huicot* llevó escuelas y asistencia sanitaria a la región del Gran Nayar (Ultreras *et al.*, 2023), las comunidades *wixaritari* tenían un contacto limitado con el México moderno/*mestizo*. Sin embargo, siempre han comercializado con otras regiones y el recorrer su territorio sagrado —el cual abarca desde la costa de Nayarit tierra

adentro hasta el desierto de San Luis Potosí— siempre les permitió el contacto con otros grupos. Durante siglos han recorrido esta ruta para cosechar peyote, como peregrinos y comerciantes; además, a partir del siglo XVI, su contacto con misioneros, soldados y representantes gubernamentales ha sido irregular pero continuo, de manera que la cultura *wixárita*, a lo largo de su historia, ha acogido distintas influencias. Sin embargo, como grupo étnico los *wixaritari* han llamado la atención por la profundidad y continuidad histórica de sus formas espirituales y culturales. Posiblemente por ello, son más conocidos los trabajos antropológicos sobre su mitología (Zingg, 2004), sus rituales y la organización social vinculada a ellos (Neurath, 2002), los significados de sus tradiciones (Schaefer, 2002), y simbolismo (Villegas Mariscal, 2017), que por su realidad social contemporánea.

En contraste con dichas perspectivas, mi interés como antropóloga médica era conocer la vida cotidiana de las mujeres y de los hombres *wixaritari* y de sus familias. Siguiendo el ejemplo de Horacia Fajardo (2007), busqué entender cómo la salud y el bienestar se posicionaban dentro de esta compleja dinámica sociocultural. A través de la lente de la violencia estructural y la vulnerabilidad, hice del sufrimiento el centro de mi investigación y escribí sobre pobreza, muerte prematura y desigualdad de género. También conocí comunidades de activistas con una gran conciencia de su propia posicionalidad, visibilizada a través de su relación con las agencias de bienestar, la asistencia sanitaria y el Estado, una interacción dinámica en la que los *wixaritari* buscaban hacer responsables a las agencias del Estado y sus representantes y compartían historias profundamente críticas de encuentros en “zonas de contacto” entre ellos y representantes del Estado (Pratt, 1992). Estos sucesos e historias dieron forma a mi comprensión de las comunidades y las personas que compartieron sus hogares conmigo y sus anécdotas humorísticas sobre la expulsión de los misioneros jesuitas de la comunidad; la evacuación en helicóptero de un candidato político mestizo porque, como dijo mi anfitriona en este entonces, “*le dio el chorro*” o cómo la reprimenda al presidente municipal delante de 1.000 personas *wixaritari* en la asamblea general los mostró como astutos e ingeniosos además de poseer autoridad moral en el manejo de sus relaciones con el gobierno.

Como antropóloga médica crítica, tengo motivaciones ideológicas y políticas. Evidenciar cómo el colonialismo, el neoliberalismo y el patriarcado han impactado en las vidas y el bienestar de las mujeres y familias indígenas es una motivación central de mi trabajo y de mi vida. Como lo expuso Bonfil Batalla (1983), la antropología debe ir más allá de la diversidad cultural para desarrollar las herramientas conceptuales que permitan explicar los problemas sociales a una escala mucho mayor.

La antropología médica crítica surgió de la búsqueda de justicia social y los conceptos de violencia estructural y vulnerabilidad en tiempos recientes se han convertido en herramientas útiles y poderosas para este objetivo, incluso llegando a ser operacionalizados para comprender casos médicos desde su causalidad social (Karandios & Bourgois, 2019; Hansen & Metzl, 2017). Sin embargo, la vulnerabilidad es un concepto relacional que sirve para situar al *otro* en una posición de debilidad, en escalas que son definidas en relación con las ideas occidentales de progreso y de Estado-nación, y debemos cuestionar críticamente cómo queremos escribir,

explorar y definir la salud y el bienestar de los *no-modernos* y, en particular, de los pueblos indígenas, de tal manera que “evadimos las suposiciones de que el futuro es esa singular dirección hacia adelante”, para considerar “eso que se las arregla para vivir a pesar del capitalismo” (Tsing, 2015b, p. viii). Como etnógrafos, debemos buscar una escritura que presente las tecnologías e ideas, tales como las formas neoliberales y extractivismos de nuestra era como “aberraciones extrañas” y no como la “única realidad posible” (Pandian, 2019, p. 118).

El objetivo de este capítulo es ir más allá de las amplias teorizaciones sobre la violencia estructural, hacia las vidas, las posibilidades (Rivera Cusicanqui, 2020) y los deseos de las personas y el potencial que estos pueden tener para cambiar el mundo. Como escribe Pandian (2019, p. 118), necesitamos “medios para registrar y transmitir el conocimiento indígena sin reducirlo a nuestras categorías”. Partiendo de lo anterior, ¿cómo podemos escribir etnografía para la justicia social y el cambio social, mientras que prestamos atención crítica a las narrativas normativas que estamos creando y a su impacto en las personas sobre las que estamos escribiendo? Como sostiene Fassin (2013, p. 125), una etnografía crítica debe “rechazar lo que se da por sentado y articular las dimensiones objetivas y subjetivas de la vida en sociedad”. Con esto en mente, recurriré a la experiencia subjetiva y a las expresiones críticas del deseo y el devenir (Biehl & Moran-Thomas, 2009) en medio de la violencia, para “abrir formas de subjetividad”. Al mismo tiempo que busco la subjetividad, defendiendo el uso objetivo de la etnografía, es decir: *con un objetivo en mente* y considerando las vidas como procesos, en contraposición a definir un estado óptimo del ser.

De la violencia a la vulnerabilidad, los cambios conceptuales y los conceptos normativos

En la tercera década de nuestro tercer milenio, ¿cómo queremos definir, posicionar y representar a los pueblos indígenas cuando hablamos de bienestar? La violencia estructural es un concepto potente que durante la última década se ha convertido en un término recurrente dentro de la antropología médica, y, ahora, aún más ampliamente en la salud pública y global, para referirse a la forma en que las estructuras sociales ponen a las personas en peligro. La violencia estructural se refiere a las condiciones que conducen al daño y a las estructuras que las mantienen, entre las cuales se cita a la raza, el género, la clase social, el colonialismo y el neoliberalismo como líneas de fractura que se entrecruzan y pueden llevar a posibilidades reducidas de vida y a la muerte prematura. Incorporado al lenguaje de uso cotidiano, en gran parte gracias al antropólogo Paul Farmer, el término originalmente acuñado por Johan Galtung (1969) para referirse a cómo “las estructuras sociales económicas, legales, religiosas y culturales impiden que los individuos y los grupos de las sociedades alcancen su pleno potencial” (Farmer *et al.*, 2006, p. 1686) ha llegado a ser aceptado más allá de la teoría antropológica. En el *New England Journal of Medicine*

se identifican ejemplos de cómo este término puede emplearse para discutir casos médicos (Karandinos & Bourgois, 2019), mientras que *The Lancet* ha utilizado el concepto en un sentido abiertamente político para describir la política de los sistemas sanitarios (Mills *et al.*, 2020). Esto sugiere que la idea de que estructuras sociales como la desigualdad de clase y de género y el racismo impactan en la salud es algo que influyentes actores en la salud global y la antropología empiezan a aceptar e incluso argumentar.

Esto es importante para la teoría antropológica, pues mientras conceptos menos controversiales como los Determinantes Sociales de la Salud han sido ampliamente aceptados e incorporados a políticas públicas y programas; la violencia estructural es abiertamente política, centrándose en una crítica explícita de la economía política neoliberal y global, léase colonial. Quizá en esto radica también su principal crítica: “si el marco de los determinantes sociales de la salud le habla a las políticas sin tocar el poder, la violencia estructural le habla al poder sin tocar la política” (Herrick & Bell, 2020, p. 266). La violencia estructural es una teoría y marco significativo, por lo cual sostengo que debemos trabajar en múltiples niveles, de los cuales el estructural es solamente uno. El efecto secundario de la visibilidad conceptual de la violencia estructural ha sido el foco sobre la necesidad de un cambio estructural. Las respuestas pragmáticas han incluido el desarrollo de herramientas de competencia estructural (Metzl & Hansen, 2014), así como la incorporación de estas y de la perspectiva de la violencia estructural en la enseñanza de la medicina (Hansen & Metzl, 2017). De manera más amplia, la idea de intervenir *a nivel estructural* se está incorporando a programas dirigidos a reducir la violencia de género, las desigualdades en salud y el racismo, entre otros (Montesanti & Thurston, 2015). Aunque esto no viene sin resistencias, como el ejemplo de la negación por parte del gobierno británico de la existencia de racismo estructural como factor causal en la sobremortalidad de personas de minorías étnicas durante la pandemia de COVID (Gamlin *et al.*, 2022).

Preocupados en parte por la dificultad de generar intervenciones y políticas que efectúen un cambio estructural, surgió la idea y el concepto de *vulnerabilidad estructural* (Quesada *et al.*, 2011), para referirse a una posicionalidad que impone sufrimiento y una ubicación subordinada en la economía ante estructuras o acciones que conducen a la violencia. Según la Cruz Roja Internacional, la vulnerabilidad puede definirse como la capacidad disminuida de un individuo o grupo para anticipar, afrontar, resistir y recuperarse del impacto de un peligro natural o causado por el hombre. El concepto es relativo y dinámico. Por lo general la vulnerabilidad se asocia con la pobreza, pero también puede surgir cuando las personas están aisladas, inseguras e indefensas ante el riesgo, el shock o el estrés (ICRC, 2020). Los autores del concepto describen a las poblaciones estructuralmente vulnerables como aquellas que son vulnerables a la violencia estructural, de ahí que los conceptos estén explícitamente conectados.

El término también se propuso como una herramienta no controversial, ni combativa, para desarrollar “recursos terapéuticos prácticos” (Quesada *et al.*, 2011, p. 340), diseñados para abordar vulnerabilidades específicas. De hecho, se ha propuesto que al cambiar el concepto activo *violencia* por el concepto posicional *vulnerabilidad*, el

término hablaba del contexto en el que la gente está sufriendo, en lugar de referirse en oposición a un sistema que ejerce violencia, señalando las fuentes de daño mientras evita la idea potencialmente *provocativa, alienante y moralmente evocativa* de que el sistema capitalista es violento. Que, por supuesto, lo es.

La vulnerabilidad de una persona, según se argumenta, se produce por su ubicación en un orden social jerárquico. De ahí la referencia al valor, a las subjetividades subordinadas y a la corporización de un estatus depreciado. Esta comprensión más matizada de los daños inducidos estructuralmente dialoga bien con grupos específicos como los migrantes, quienes son removidos de sus comunidades de origen y ubicados en ensamblajes modernos como las plantaciones o en las orillas de las ciudades, donde la infraestructura es pobre. Se trata de contextos que crean vulnerabilidad por su yuxtaposición con las personas con riqueza, por lo tanto su posición en un orden social jerárquico es especialmente evidente.

Esta posición puede verse agravada por las jerarquías raciales en el empleo, como lo ha evidenciado Holmes (2007), lo que conduce a la interiorización de la inferioridad que, al igual que sucede con la violencia simbólica, es una forma de daño infligido a uno mismo como autodesvalorización que, a su vez, va seguida de acciones. La violencia simbólica es “la forma corporeizada de la relación de dominación [la cual] hace que esa relación parezca natural” (Bourdieu, 2004, p. 339). Es a través de este proceso que las desigualdades y las inseguridades económicas que son el producto de esta dominación también se naturalizan.

Este fue un patrón que identifiqué también en los trabajadores migrantes *wizaritari*, ya que un sentido de humillación corporeizado llevó a acciones para evitar la atención sanitaria: mujeres embarazadas que eligieron dar a luz solas en el campo, en lugar de enfrentarse a interacciones racistas en un entorno clínico.

Estos patrones visibles que han sido etiquetados como vulnerabilidad estructural, violencia estructural y violencia simbólica son procesos dinámicos y situaciones sociales reconocibles que resultan evidentes en espacios que Pratt (1992) llama “zonas de contacto”. Se trata de encuentros en los que las culturas “chocan y se enfrentan entre sí, a menudo en contextos de relaciones de poder asimétricas, como el colonialismo, la esclavitud o sus secuelas” (Issacs & Otruba, 2019, p. 696). Son “espacios de encuentro imperial” (Pratt, 1992, p. 8) en los que personas, que de otra manera y previamente han estado separadas geográficamente, entran en contacto entre sí en términos desiguales y establecen relaciones a partir de esta base, y este contacto indica las interacciones a través de las cuales las personas se constituyen y las identidades les son atribuidas dentro y a través de sus relaciones interpersonales.

Identificación y definición

La historicidad y la colonialidad de las estructuras de raza, clase y género han sido firmemente establecidas (Segato, 2015; Lugones, 2008; Federici, 2004; Quijano, 2013), así como la forma en que los grupos indígenas organizados políticamente con

anterioridad llegaron a ser “transformados de naciones, a indios”, a través del proceso de conquista y colonización (Regalado, 2021; Bonfil Batalla, 1993; Bartolomé, 1997). Regalado describe cómo las naciones originarias fueron despojadas de su identidad y diversidad a medida que las estructuras de poder y los órdenes religiosos coloniales les eran impuestos. En las décadas y siglos siguientes, a través del proceso de formación del Estado, a lo largo de lineamientos y escalas “universalmente humanistas”, la imposición del idioma español como lengua de unidad nacional, la “desindianización”, el aplanamiento y la homogeneización de diversas comunidades indígenas mexicanas (Bartolomé, 1997, p. 27-31) vieron la simultánea derogación racial de todos los *no-modernos*. En el sentido más amplio, como lo explica Silverblatt en su introducción a *Imperial Subjects*, estos encuentros “cambiaron lo que significaba ser humano” (2009, p. ix).

A través de un proceso que duró varios siglos, el europeo moderno se globalizó como la población de referencia a la que todos los demás debían aspirar, estableciendo una jerarquía de culturas por la que, apelando a los métodos científicos, fueron redefinidos como “razas” (Wynter, 2003; Maldonado-Torres, 2013). Al hacer esto se creó también la línea de progreso, con las sociedades llamadas *primitivas* en un extremo de desarrollo y las *modernas* al otro extremo. Estas ideas han sido fuertemente refutadas, sobre todo por la teoría crítica latinoamericana, pero más recientemente esta crítica ha sido abandonada por el término de violencia estructural. Entonces, tendríamos que preguntarnos ¿cómo es que estas ideas críticas del progreso pueden acabar reforzando el mismo orden jerárquico? Esta es la historia y la realidad contemporánea del encuentro colonial. También es la “zona de contacto” que navegamos a través de nuestras exploraciones etnográficas, las cuales como antropólogos debemos tener presente al momento de teorizar.

Las formas en que ellos [los científicos sociales] definen objetos de estudio, a partir de la realidad cambiante de la vida social, están siempre impulsadas por los valores que consideran más importantes [en este momento]... dirigiendo nuestra atención y definiendo lo que vemos disponible para el estudio. (Robbins, 2013, p. 448)

O más bien, como lo relata Bruno Latour (2014), la antropología se preocupa por las causas del momento, que ahora suelen ser la violencia, la dominación y el sufrimiento de las poblaciones que ha decidido apoyar. Es relevante que en la actualidad valoremos el enfocar claramente en lo que Farmer denomina líneas de fractura y los “pronunciados gradientes de desigualdad” (1996, p. 264) por los que estas se mueven. Sin embargo, al hacerlo nos deslizamos hacia el pecado original de la antropología: definir al *otro* a fin de definirnos a nosotros mismos, procesos que se han articulado de manera clara en los trabajos de Todorov (1987) y Bartolomé (1997), entre otros. Si el trabajo de los primeros antropólogos, en el periodo colonial era definir al “*otro*”

como salvaje y primitivo³, en el periodo poscolonial esto se reinventó como una visión desarrollista que promovía la necesidad del progreso en su papel de “salvadores de los subalternos” (Mendoza, 2019, p. 110), con las connotaciones de atraso que esto conlleva. Su reinención más reciente ha sido como portavoces del “sujeto que sufre” (Robbins, 2013, p. 448). Esto lo hacen a partir precisamente del uso de un lenguaje conmovedor como estructuralmente vulnerable o politizado cuando se habla de violencia estructural.

Las personas —los otros— “que viven en condiciones de pobreza, cuyas creencias no les sirven, o que viven en condiciones de violencia u opresión” (Robbins, 2013, p. 448), están en el centro de estas antropologías. Robbins explica estos cambios como el reflejo de un enfoque (occidental) más amplio sobre los grandes problemas culturales (2013, p. 450) a los que la antropología está respondiendo. En el apogeo del colonialismo, las potencias occidentales se movilizaron para comprender a los pueblos sobre los que ejercían su poder; una superioridad que sigue rígidamente atorada en ciertas mentalidades británicas, como demostró la votación del Brexit, con sus ecos de grandeza colonial (Franklin, 2019; Gamlin *et al.*, 2021). Después, en la era de la reconstrucción europea y la descolonización de África y Asia, posterior a la Segunda Guerra Mundial, la disciplina se vio impulsada por una preocupación por el subdesarrollo (aún fuertemente anclada en la idea positivista del progreso). Las reconfiguraciones geopolíticas que sucedieron a partir de la caída de la Unión Soviética y la futilidad de seguir dividiendo el mundo en Primer, Segundo y Tercer Mundo reorientaron la antropología a una preocupación más politizada por la vulnerabilidad y el sufrimiento a lo que se refiere Robbins, enfrentando el enemigo común de la economía global y capitalista. Sin embargo, esta reorientación no cambia la idea de fondo de que el *otro*, el indígena o migrante, no ha podido acceder al *potencial humano* del ciudadano moderno, como bien lo describe Farmer (2006). Esto sugiere que el ser humano subalternizado sigue siendo, desde los parámetros moderno-capitalistas de la colonialidad del ser, inferiores al *man*, el hombre moderno (Wynter, 2003). Pues no podemos dejar de lado la omnipresencia de género, que posiciona a la mujer en cada espacio como subalterna a los varones.

Visto desde esta perspectiva, la cuestión que esto plantea entonces es cómo los conceptos que estamos creando y usando para hablar de este encuentro pueden reproducir y recrear jerarquías coloniales y occidentales al tratar antropológicamente las líneas de fractura como son la pobreza, el racismo y la desigualdad de género. Cualquier estudio de la desigualdad pondrá bajo escrutinio agudo a la diferencia y cuando esta diferencia se remonta a una escala desarrollista que en un extremo está representada por una sociedad moderna y europea y, en el otro, por lo que Segato llama el *mundo aldea*, esto siempre será jerárquico y relacional. Debemos entonces preguntarnos, ¿estamos creando y reproduciendo conceptos normativos perjudiciales para representar las vidas y los contextos de las poblaciones? Cuando hablamos de los pueblos indígenas como vulnerables, ¿estamos creando una

³ En el caso de los *wixaritari* destacan las etnografías de Carl Lumholtz (1902) y Robert Zingg (1938). Lumholtz incluso fotografiaba de cerca a la vulva de una mujer, posiblemente con el fin de diferenciarla del cuerpo femenino europeo y tratar de identificar evidencias corporales de su libertinaje sexual.

narrativa que sitúa a los pueblos como débiles y agotados y es realmente esta historia victimista de sus vidas la que queremos usar para describir a los pueblos indígenas? A partir de esto, ¿cuáles son las consecuencias para los indígenas de verse a sí mismos descritos como vulnerables y de creer que los demás los ven como débiles y necesitados? Rivera Cusicanqui (2020, p. 53) habla de la “condición de posibilidad” de una hegemonía indígena y lo ubica en el territorio de la nación moderna. Y, lo que es más importante, ¿cómo podemos hablar poderosa y sustancialmente de la desigualdad y llamar la atención sobre las condiciones y situaciones de vida experimentadas en el contexto de la violencia estructural, al mismo tiempo que desafiamos los escollos de la victimización y las jerarquías coloniales? Como antropólogos ¿cómo podemos trazar futuros e imaginarios en donde no existe un subalterno? Estas son algunas de las preocupaciones que a continuación exploraré etnográficamente.

Etnografía en transición

El contexto al cual haré referencia se basa en más de una década de investigación etnográfica. Estos años han sido testigos de una evolución en mi propia comprensión como antropóloga, en el discurso teórico que he utilizado y en las circunstancias personales y comunitarias de las personas que he conocido de cerca en este tiempo. Llegué accidentalmente a trabajar con comunidades indígenas *wixaritari*. Había estado investigando el trabajo infantil y contacté a la ONG mexicana Huicholes y Plaguicidas, la que compartió conmigo datos sobre muestras de sangre tomadas a familias de trabajadores migrantes, principalmente *wixaritari*, que analizamos en busca de evidencias de inhibición de la acetilcolinesterasa, un biomarcador de la exposición a plaguicidas (Gamlin, Díaz Romo & Hesketh, 2007). Posteriormente, como estudiante de doctorado, visité estas mismas plantaciones para investigar cómo las mujeres y las familias entendían la manera en que los pesticidas afectaban sus cuerpos. Mis primeros hallazgos apuntaban a factores de confusión cultural, sugiriendo que había un malentendido sobre cómo los agroquímicos afectaban a sus cuerpos, comúnmente expresado como una *infección*, y una compleja comprensión de lo que eran los pesticidas, ya que los agroquímicos se traducían en *wixárita* como *medicina*, una analogía con cierta lógica pues se espera que protejan los cultivos de infecciones o plagas.

La presentación de mi análisis simplista fue hecha pedazos en el Seminario Permanente de Antropología Médica (SEPAM), en el que tuve la suerte de participar en el CIESAS de la Ciudad de México. Quedé sacudida y desconcertada, pero me fui y empecé a leer trabajos sobre violencia estructural y, al poco tiempo, volví con nuevos ojos a mis datos. Con absoluta claridad, pasé de una explicación cultural a una de violencia estructural. Su situación económica y la brutal economía política del cultivo del tabaco, que utilizaba un sistema de agricultura por contrato, implicaba que, para ahorrar dinero, los trabajadores dormían a la intemperie, lo cual los colocaba en mayor exposición al daño de los pesticidas. Debido a su pobreza, trabajaban muchas horas, todas las que podían, lo que aumentaba aún más su

exposición. Las empresas tabacaleras anteponían el lucro a las personas, por lo que los pequeños agricultores que empleaban a trabajadores *wixaritari* no podían permitirse pagar mejores salarios a sus trabajadores temporales ni suministrarles agua limpia para que se lavaran. Concluí que como una forma de lidiar con los ejes de injusticia que se intersectan en las plantaciones, las mujeres daban a luz al aire libre para evitar encuentros con el personal de salud en “zonas de contacto” mediadas por el racismo. La violencia simbólica, entrecruzada con los factores estructurales a lo largo de las líneas de fractura de raza y género, se mezclaba con la propia permanencia de la cultura, pues la migración permitió a los trabajadores *wixaritari* cumplir con importantes rituales y obligaciones culturales.

Me propuse demostrar que estas circunstancias injustas hacían estructuralmente vulnerables a las familias *wixaritari* y volví unos años después para explorar en profundidad las experiencias de parto de las mujeres. Habiendo evitado previamente una perspectiva de género, por temor a que complicara mi relación con las comunidades, hice de esto una cuestión central de mi investigación y traté de entender cómo las desigualdades de género hacían a las mujeres *wixaritari* específicamente vulnerables, una cuestión que desarrollé al involucrarme teóricamente con la violencia estructural y la vulnerabilidad a lo largo de las líneas de fractura interseccionales de género y raza. A medida que desarrollaba una relación con la comunidad, establecí amistades personales que también se convirtieron en una fuente de entendimiento. Las conversaciones informales en la cocina de la familia con la que vivía resultaron enormemente influyentes. Me compartieron sus experiencias muy personales, incluyendo historias de violencia de género brutales. Más tarde pedí permiso para escribir algunas de ellas, pero fundamentalmente me ayudaron a desarrollar un conocimiento más profundo de cómo la vida era experimentada y de las diversas historias —cruces ilegales de fronteras, enfrentamientos con esposos violentos, múltiples periodos sin techo y en abandono, muerte infantil, ingenio, valentía, agudeza y resiliencia— que habían conformado las vidas de mis amigos *wixaritari* y las familias que me albergaban. Interactué diariamente con el lado subjetivo, agencial y enormemente personal de la vulnerabilidad estructural, atestigüando todo esto tanto como amiga que como etnógrafa.

Al haber dado el paso de explorar más abiertamente el género en comunidades en las que la desigualdad estructural de género es visible y tangible, también experimenté directamente la intimidación, pues mis intentos por enseñar a jóvenes de 15 a 18 años sobre el género fueron frenados con enojo, lo que me hizo retroceder y sentirme agredida. A pesar de haber elaborado un plan con el director de la escuela preparatoria, cuando llegó el momento de presentarlo en una reunión de maestros, uno de los profesores objetó de forma agresiva: “*Esto no ha sido aprobado y no se ha acordado que puedas venir aquí, todos estamos demasiado ocupados y tenemos cosas mucho más importantes en qué ocuparnos.*” Yo indiqué que todo mi proyecto había sido acordado en la reunión de la asamblea general, pero esto cayó en saco roto. Aunque uno o dos de los demás profesores presentes en la reunión expresaron palabras de apoyo a mi favor, ninguno desafió al agresor. Al igual que mis amigas *wixaritari* que habían experimentado barreras estructurales en su búsqueda de igualdad de género,

no fui derrotada. Después de algunas reflexiones y conversaciones con personas cercanas y aliadas, resolví cómo continuar y como en numerosas otras ocasiones, reflexioné sobre lo que este “fracaso” me había dejado. No había sido fútil y resonaba con la metáfora de Tsing (2005) de que había que ser un “pelo en la harina”, creando desafío a las formas represivas que emergen.

El proyecto buscó entender cómo la desigualdad de género afecta a la agencia de las mujeres en relación con su salud, haciendo a las mujeres y a los bebés más vulnerables a la morbilidad y la mortalidad. Acompañada de ocho mujeres y un hombre *wixaritari*, inicialmente identificamos a mujeres embarazadas y les realizamos una breve entrevista cuantitativa sobre número de hijos y sus prácticas de parto. Después dimos seguimiento a estas mujeres tras el nacimiento de su bebé, para realizarles una entrevista en profundidad. Establecimos un patrón en el que las asistentes bilingües presentaban el proyecto en *wixárika* y me resumían las respuestas en español para que yo pudiera proseguir con la conversación. A menudo esto implicaba un viaje largo a pie para encontrar a las mujeres, y a veces teníamos que pasar la noche. Durante este tiempo discutíamos las entrevistas, dando más detalles o explicando situaciones complejas. Estas discusiones matizadas permitieron obtener una segunda versión de los hechos, exploraciones de un contexto más amplio en torno al parto y discutir qué tan usual o raro era, por ejemplo, dar a luz sola o soportar que su marido tuviera una segunda esposa.

Uno de los acompañantes a quien conocía ya desde hacía varios años era hombre y su versión de los hechos a menudo resultaba sesgada por su género, más aún porque a veces conocía a los hombres de la comunidad y había oído su versión de los hechos. Me decía cosas como: “*Eliseo* [quien había tomado una segunda esposa] *es un buen marido, y Marina* [su primera esposa] *frecuentemente no le preparaba la comida cuando llegaba del campo*”, o “*creo que Wenima* [quien me describió un episodio de violencia muy agudo en el que su esposo le azotó la cabeza contra el suelo de cemento] *está exagerando, su marido es un buen hombre y es duro para él volver a casa y ver que ella está ganando dinero y que le va bien sin él, eso es difícil para un hombre*”. A la vez, después de una entrevista con una mujer que había dado a luz sola mientras su marido pasaba la noche en la casa de al lado con su otra esposa, le pregunté a Felita, mi acompañante de investigación, qué era lo que llevaba a las mujeres a querer contraer matrimonio como segunda esposa. Me respondió: “*te lo diré, Jennie, porque soy la segunda esposa de Martín*.” Mientras caminábamos de regreso, me contó cómo fue que se casó a una edad muy temprana, cómo escapó de su marido violento y luego volvió con él, y cómo tiene documentos y dinero guardados con un familiar por si tuviera necesidad de escapar de nuevo. Su relato era de violencia intercalada con su trayectoria personal de decidir cómo vivir su vida.

La violencia estructural y el más allá de la etnografía

Obtuve una perspectiva profundamente subjetiva acerca de cómo las dinámicas del parto, el género y el matrimonio encajaban en las estructuras sociales y de parentesco

de la comunidad. También generé datos de métodos mixtos de investigación sobre el embarazo y los partos de 64 mujeres, cinco de las cuales perdieron a su bebé durante el parto o poco después. Cuando se analizaron con los datos municipales sobre nacimientos y muertes, estos datos sugirieron una tasa de mortalidad infantil muy elevada y un subregistro oficial. Desde un punto de vista de políticas públicas, estos datos eran útiles para la comunidad, que en el momento de mi investigación mantenía una larga lucha contra varias instancias gubernamentales. El comisario de la comunidad, un cargo (no remunerado) que es desempeñado por tres años con la responsabilidad de las relaciones políticas externas, vio la importancia de generar evidencia para fines de cabildeo y discutimos cómo ésta podría utilizarse. Había pruebas claras de daños evitables (muertes infantiles prevenibles), de discriminación en la prestación de servicios (abusos durante el parto) y de negligencia (subregistro y prestación inadecuada de servicios de atención de la salud). En conclusión, esto encajaba precisamente en la categoría de violencia estructural.

Fassin se pregunta por la “crítica más allá de la etnografía” (2013, p. 124). Si la etnografía es un arte que resulta del encuentro entre el trabajo de campo y la escritura, argumenta, entonces tiene un *afterlife* (sobrevida), sin embargo, lo que le sucede a nuestro escrito después de que se publica está en buena medida fuera de nuestro control. Cuando Tuck (indígena *Unangax*) escribe sobre la “investigación con enfoque en los daños”, se refiere a las consecuencias de los escritos que producimos. Una de ellas es que las historias que documentan las dificultades, el dolor o la pobreza se escriben a menudo con “ganancias materiales, soberanas y políticas” a la vista, de modo que la construcción de narrativas sobre los daños es una estrategia para corregir la opresión (Tuck, 2009, p. 414) o, como Katz *et al.* lo llaman, “atraer recursos, interés político o preocupación pública” (2019, p. 1).

La segunda de estas consecuencias es que la investigación con enfoque en los daños tiene la tendencia de retratar a sus sujetos como “derrotados y rotos” (Tuck, 2009, p. 412), una designación con consecuencias a largo plazo sobre cómo las personas pueden llegar a percibirse a sí mismas. Esta patologización puede llegar a ser definitiva y Tuck se pregunta: “¿estas victorias valen el compromiso a largo plazo de pensarnos a nosotros mismos como dañados y rotos?” (2009, p. 415). Bryant *et al.* (2021) adoptan una postura similar al describir las “narrativas del déficit”. Refiriéndose más concretamente a la biomedicina, los autores critican el poder que tienen los científicos para narrar la *verdad* de la salud indígena, posicionando su salud como un *problema a resolver*, al mismo tiempo que ocultan las formas indígenas de conocimiento y sus conceptos indígenas. Tal vez lo más preocupante sea cómo estas narrativas, cuando son posicionadas en revistas médicas arbitradas, se leen como verdad y ciencia y, de hecho, probablemente benefician a los investigadores y a otros responsables de programas más que a las personas a las que en teoría intentan ayudar. Aunque una publicación en *The Lancet* puede ser un logro de carrera, sobre todo para los científicos sociales acostumbrados a ver sus datos cualitativos rechazados o considerados inadecuados para las revistas de alto impacto, su inclusión también marcará el tono del discurso en ese campo. Por lo tanto, cuando hablamos de los pueblos indígenas como vulnerables, o como víctimas de la

violencia estructural, esto debe hacerse con la conciencia de que esta posicionalidad puede convertirse rápidamente en una etiqueta o identidad. La vulnerabilidad evoca imágenes de debilidad física generalizada sin necesariamente visibilizar las causas subyacentes de la desigualdad y, cuando se refiere a poblaciones como los ancianos, los jóvenes, las mujeres o los pueblos indígenas, se convierte fácilmente en un eufemismo para la naturalización de la debilidad física de estos grupos (Katz *et al.*, 2019), lo cual resuena con los discursos coloniales de la época de conquista de Abya Yala.

Como señalan los autores, estas narrativas son contraproducentes, ya que culpabilizan a poblaciones y grupos por su estado de salud, sugiriendo que están biológicamente destinados a estar enfermos y/o generando esa ausencia de salud a través de sus decisiones y conductas (Katz *et al.*, 2019, p. 2). Al igual, el concepto mismo de violencia simbólica estructural fácilmente se desliza hacia una teorización que responsabiliza a las “víctimas” de la violencia que experimentan. Estas difamaciones conceptuales resuenan con las secuelas de otros conceptos que se han generado en el encuentro colonial, como la racialización, la jerarquización de las personas y el propio racismo científico. Dicho de otra forma, *vulnerabilidad* es una palabra relativista que sugiere una escala de bienestar o de seguridad. Sin embargo, esta “condición” de vulnerabilidad es debida a circunstancias socioculturales que son las consecuencias de otros grupos de personas, instituciones y/o sistemas globalizados de economía política, y no por una debilidad inherente o biológica. La pregunta es cómo podemos girar este enfoque hacia los sistemas y no a las personas.

Daño al deseo

La antropología del bien (Robbins, 2013), los enfoques basados en la fuerza (Bryant *et al.*, 2021) y la investigación centrada en el deseo (Tuck, 2009) o la posibilidad (Rivera Cusicanqui, 2020) son propuestas para descolonizar, o para documentar y teorizar de manera no jerárquica las vidas de las personas indígenas y de las personas “estructuralmente vulnerables”. Para Tuck, la investigación basada en el deseo se preocupa por “comprender la complejidad, la contradicción y la autodeterminación de las vidas vividas” (2009, p. 416), y se basa en la despatologización de las vidas y experiencias de los desposeídos de derechos para hablar de que las comunidades colonizadas son *mucho más que eso*. Sin ignorar ni evitar el debate sobre las formas y la historicidad de las desigualdades y las violencias estructurales, los deseos hablan de las “esperanzas, visiones y sabidurías” de las vidas vividas y las comunidades (Tuck, 2009, p. 417), desafiando los enfoques estructurales que dicotomizan la estructura y la agencia (Gamlin y Berrio, 2020). Como sostienen Bourgois y Scheper-Hughes,

...los antropólogos críticos todavía tienen que desentrañar las causas, los significados, las experiencias y las consecuencias de la violencia estructural y mostrar cómo opera en la vida real, incluyendo cómo es que las víctimas se

convierten en victimarios y cómo eso oculta un entendimiento local de las relaciones de poder estructurales. (2004, p. 318)

Todo esto no significa que las estructuras erradiquen la representación propia; y un enfoque basado en el deseo trataría específicamente de identificar el respeto propio que experimentan las *víctimas*.

En esta sección me centraré en experiencias de sabiduría, fricción y rechazo para mostrar ejemplos de cómo las comunidades actúan y responden en el contexto de la violencia estructural. No es mi intención hacer de esto un estudio de activismo o antropología activista, sino yuxtaponer datos etnográficos de relatos de resistencia y acción para dar subjetividad y agencia a las mujeres con las que conversé, más allá de su experiencia como víctimas. Se trata también de “futuros posibles” (Pandian, 2019), posibilidades que pueden abrirse cuando redirigimos nuestra imaginación hacia fuera de los confines del desarrollo capitalista. Estos son ejemplos de “entendimientos locales de relaciones de poder estructurales” (Bourgeois & Scheper-Hughes, 2004); de cómo mujeres y hombres expresan su reconocimiento de la forma en que las intervenciones gubernamentales los cosifican a ellas y ellos y a sus comunidades a través de las interacciones que ocurren en la zona de contacto.

Comenzaré con notas de mi diario de campo. El año era 2015 y fue un día en el que mi visita coincidió con la Cruzada contra el Hambre, un programa en el que se entregaban un poco de alimentos y donaciones económicas a algunos miembros de la comunidad que estaban reunidos en largas filas esperando su turno:

Fue un día complicado en la sierra, en el que nuestro encuentro se cruzó con una Jornada de la Cruzada contra el Hambre, con entregas de alimentos y financieras. Una gran cola de mujeres y hombres esperaba su dinero. Lo distribuía un hombre mestizo con lentes oscuros, sentado detrás de una mesa, con lectores de huellas dactilares como prueba de identidad para los que no saben leer ni escribir. / Hay una verdadera falta de comprensión sobre cómo funcionan estas “entregas”, por qué algunas personas las reciben y otras no. Todo el mundo puede tratar de inscribirse, pero solo unos pocos consiguen la “entrega”. Nunca saben por qué, por qué han sido excluidos –tal vez un pequeño detalle en algún papel o documento no cumplía con el criterio requerido– o faltan. Tal vez haya habido algún fraude y hayan desaparecido grandes sumas de dinero, pero nadie sabe ni entiende por qué ocurre esto. / A una anciana que había venido caminando desde La Manga (cuatro horas de camino desde la barranca) para recibir una ayuda de MX\$245, se le dijo que tenía que haber estado en el programa durante dos años para recibir el dinero. El resto solo recibe una magra entrega de comida. / Tukarima [mi acompañante] me dice: “¿Quiénes creen que somos, que somos todos gente que se muere de hambre?” / Felipe, el promotor [mestizo] de la salud de la comunidad, había estado utilizando su tiempo libre para captar votos para el PRI [durante la campaña electoral para presidente municipal], diciéndole a la gente que si no votan por el PRI “no van a conseguir nada”. “Si votan por estos nuevos partidos [Movimiento Ciudadano], ellos no tienen recursos... el PRI tiene historia. Estos nuevos partidos no tienen ninguna historia, ¿cómo vamos a confiar en ellos?”

les dice. / Las comunidades se dividen entre los partidos políticos, y la propaganda en forma de camisetas, paraguas, delantales y estampas para las casas y los coches. En todas partes se ven los beneficios "locales y familiares" de votar por el PRI. Tienen una taza, una camiseta o un balón de fútbol gratis y el PRI ha prometido láminas para el techo [de hierro corrugado] y pisos de concreto si conservan su puesto. / Las decisiones políticas de la gente no son sobre un "bien mayor", lo que es mejor para su comunidad, su Estado o su país, sino sobre cómo les beneficiará a ellos individual/familiar y localmente, de eso se trata el PRI. Trae programas como la "cruzada contra el hambre"; que dan pequeñas y diminutas entregas y la gente ve esto como un beneficio por su voto. / Esta forma localista e individualista a nivel familiar de ganar apoyo también es real, porque no hay un "bien mayor" en el PRI ni en ningún otro partido político y ellos lo pueden ver. Ellos [los partidos políticos] no hacen nada por el bien mayor. Esta es su forma de hacer política y las comunidades lo pueden ver, así que votan por las pequeñas ganancias materiales que se ofrecen. (Diario de campo)

Lo que aprendí de estas experiencias es que las familias *wixaritari* que conocí no compartían una visión desarrollista de su comunidad, ni la idea de un movimiento progresista hacia una sociedad moderna con bienestar mayor y más equitativo, ni una mejor salud y, ciertamente, no se dejan engañar por el gobierno con su supuesta democracia y sus programas presumiendo ser un agente positivo de cambio. Al mismo tiempo, pueden ver claramente que los partidos y los organismos políticos están enfocados en su propio beneficio político y no en mejorar las vidas o comunidades *wixaritari*, así que siguen el juego, pero para su beneficio propio e inmediato. Dado que no ven del gobierno una visión a largo plazo ni un compromiso duradero con sus comunidades, votan por la única ganancia que pueden ver, el beneficio inmediato de una camiseta, algunas láminas para su techo o una entrega irregular de alimentos. De esta forma expresan su autodeterminación y a la vez navegan las relaciones estructurales de poder. Con su comentario "¿Quiénes creen que somos? ¿Qué somos toda gente que se muere de hambre?", Tukáríma visibiliza la condescendencia de los programas asistenciales que entregan pequeños donativos, usualmente patrocinados por alguna empresa mexicana (en este caso, Jumex) con una actitud paternalista.

Las comunidades *wixaritari* son semiautónomas; es decir, tienen autonomía territorial y política en los asuntos que abarcan la organización interna de sus comunidades, incluida la ley y el orden, hasta cierto punto y siempre que no afecte a personas o propiedades externas. Esto incluye su propio proceso de elección de líderes, que mezcla una selección divina, a través de los sueños, con la discusión entre los ancianos. No se trata de una democracia, sin embargo, los líderes representan los intereses de su comunidad y no los del capital privado, ni sus intereses individuales, ni los de nadie más. Al igual que los líderes de las comunidades mayas, ellos "dirigen obedeciendo" (Lenkersdorf, 1996). La comunidad está por encima de los individuos, ya que de ello depende su supervivencia. Se colectan contribuciones económicas de los *comuneros* para ayudar a los gastos administrativos y, paralelamente, las comunidades se adhieren a un calendario agrícola ritual y a un ciclo de fiestas y ceremonias.

También hay ámbitos de la vida comunitaria sobre los que carecen de control y deben encontrar la manera de gestionar la imposición de instituciones y empleados mestizos que no tienen la competencia cultural y la comprensión histórica necesarias para prestar respetuosamente servicios a los *wixaritari*. Las actitudes de los *teiwari*⁴ pueden ser alienantes y agravar los sentimientos, aludidos anteriormente, de que las instituciones y los representantes del gobierno no se preocupan por su bienestar, ni a corto plazo, ni desde una perspectiva desarrollista a largo plazo, sino que están ahí para marcar casillas y cumplir con las regulaciones, algunas de las cuales se cumplen, pero en su mayoría no.

Otro programa fue Prospera⁵, el plan de transferencias monetarias condicionadas, que requería a las mujeres asistir a charlas y sesiones periódicas de acondicionamiento físico para poder recibir las ayudas sociales. El médico de cada comunidad era responsable de vigilar la elegibilidad y en la época en que yo realizaba visitas frecuentes un médico nuevo impuso reglas estrictas respecto a estos requisitos, además de exigir reservaciones previas para las citas, cosa que antes no existía. Al enterarse de las dificultades que esto creaba, dos de mis asistentes de investigación decidieron actuar. Me explicaron lo que estaba ocurriendo y empezaron a organizarse.

Marta: Bueno, pues veníamos de una plática que nos dan cada mes, somos 7 equipos, como el morado y otros colores más. Además, también yo soy la traductora de ahí. Y ahí me daba cuenta cómo los trataba la doctora y la promotora, pues les daba plática y les explicaba, pero al último a las señoras que no pueden hablar les hacía preguntas sobre la plática. Les decía “A ver, señoras, ¿de qué se trató la plática?”, y pues las señoras no contestaban y ya les ponía falta. [Esto fue] en las pláticas y las personas que contestaban tenían asistencia, pero las que ya no contestaban ya les ponía falta. Y eso fue en todas las pláticas que nos dio y yo pregunté a las mujeres: “¿Qué les parece lo que nos dan la doctora y la promotora? ¿Para ustedes está bien o está mal? ¿Qué piensan? ¿O haremos algo, levantamos un escrito o levantaremos una lista de las que tienen inconformidad y de las que están mal tratadas?” La doctora nos tenía que dar cita, si no vienes en la hora que te citaba ya no te atendía, entonces te daba otra cita para el siguiente día o para el siguiente mes. Ese fue el problema, mejor ya nos organizamos, tuvimos una reunión con todas las señoras de Prospera y ellas dijeron que teníamos que llegar con el agente y pues ahí ya levanté la lista y ya lo entregué con el agente. Y el agente fue el que lo entregó a las autoridades... es que [las doctoras] me decían: “oye, por favor me haces la traducción”, y yo no daba la traducción como lo decía la promotora, nada más yo iba a preguntar a las personas y ella pensaba que yo ya platicaba sobre lo que nos hablaba.

Estefanía: Sí, es que también, cuando terminaban su plática, las mujeres salían y platicaban sus inconformidades. Entonces Marta aprovechaba, en vez de traducirles

⁴ Cualquier persona no indígena, pero generalmente se refiere a personas mestizas.

⁵ Después de funcionar desde 1997 con distintos nombres (“Progresá”, “Oportunidades” y “Prospera”), el Programa Prospera fue eliminado por la actual administración presidencial (2018-2024), a favor de transferencias a través de programas de subsidio directo.

lo que la promotora decía, ella aprovechaba para preguntarles sus inquietudes o los problemas que tenían.

Marta: Pues ya del tema que nos hablaba, de eso nos hacía las preguntas. Y si la promotora me preguntaba “oye, ¿qué dijo?”, yo ya sabía la respuesta que le iba dar.

Jennie: ¿Entonces después de eso hiciste la lista?

Marta: Sí, tuvimos una reunión de la comitiva, con todas las mujeres y en ese mismo día aproveché para levantar esa lista a escondidas y la gente me preguntaba “¿y esa lista para qué?”, y yo les decía que era parte de mi trabajo. Como soy la traductora tanto como la presidenta tengo que hacer una lista de los acuerdos que estamos tomando. Nada más eso dije, y me creyeron la doctora y la promotora. Pues nada más levanté la lista y ya después hicimos un escrito [y decía] pues que no queríamos que nos trataran así y que no queríamos a la promotora y a la doctora que nos trataran así, y pues que nos ponían mucho trabajo. Y por eso motivo no queríamos que nos trataran así y que no éramos animales, esclavas para que nos trataran así. Pues decía eso y muchas cosas más.

Jennie: ¿En algún momento confrontaron ustedes a la promotora o a la doctora?

Marta: Pues es que yo en las pláticas le decía “¿oye, por qué las preguntas y por qué los exámenes?” y me decían “es que yo quiero saber qué han aprendido, y de qué sirve que yo esté acá hable y hable y ustedes nada más vienen a calentar las sillas.

Las mujeres y hombres que conocí eran astutos y muy conscientes de sus derechos y de los acuerdos políticos y económicos en los que su comunidad está involucrada. El desarrollo o la democracia que se les ofrece no les sirven. En su lugar, forjan un camino paralelo propio mientras navegan por la zona de contacto como comunidad. En el caso arriba citado, vemos cómo Marta utiliza su experiencia como traductora, como agente de la zona de contacto, para buscar nuevas formas de recuperar el control comunitario sobre el manejo jerárquico y colonial de organizar salud y servicios y darle vuelta al poder. Nuevamente, sus acciones visibilizan precisamente su entendimiento de las relaciones de poder. Los *wixaritari* históricamente han sabido negociar (Ultreras *et al.*, 2023) y este movimiento da continuidad a un proceso histórico, pero ahora liderado por mujeres.

Fricción y zonas de contacto: Acciones de visibilización, desafíos y resistencia

Estas acciones interrumpen la fluidez de este orden jerárquico, creando lo que Tsing llama “fricción” pues no asumen condición de vulnerabilidad. Los parámetros de la vulnerabilidad omiten los recursos comunitarios, que son sus principales formas

de agencia. Navegan las burocracias y estructuras coloniales no como subordinados, sino con las herramientas que 500 años de colonialismo les han enseñado. El poder que tienen es no mestizarse y no conformarse, sin dejar de lado los hechos históricos violentos y la dominación política que se sigue ejerciendo sobre las comunidades indígenas. Rehúsan asimilarse, adoptando las formas y lógicas modernas a su propia manera. Como dice Rivera Cusicanqui (2020), es posible que su futuro resida en los espacios modernos, y los *wixaritari* busquen una incorporación de su forma.

Tsing (2005) describe cómo las culturas son continuamente coproducidas en las interacciones que ella llama “fricción”: las “cualidades incómodas, desiguales, inestables y creativas de la interconexión a través de la diferencia” (p. 4). En estos encuentros se produce movimiento y eso puede ser tanto comprometedor, como lo podrían sugerir las conceptualizaciones de la vulnerabilidad, pero también, en este caso, potenciador o habilitador (p. 6), como vimos en los recuentos críticos de la entrega condicionada de asistencia social y donaciones de alimentos. A través de estas conversaciones, y muchas otras, se vuelve evidente que las comunidades no se ven a sí mismas en un camino desarrollista lineal, en el sentido moderno y capitalista del término. Mi expectativa de lo que harían o deberían de hacer me estaba cegando a las experiencias de los *wixaritari* en la *zona de contacto*.

Como analiza Coulthard (2014), al hablar de los contextos del *settler colonialism*⁶, el desarrollo capitalista no es una condición necesaria y sí, existen alternativas político-económicas (p. 152). Para los *wixaritari*, el capitalismo es esa “extraña aberración” (Pandian, 2019, p. 118). La suya es una lucha tanto contra la pobreza y la desigualdad, como en contra de muchos supuestos del desarrollo y las estructuras de la modernización. Una resistencia o “pelo en la harina” que han accionado desde la conquista: se trata de una crítica social y una movilización política que, como señala Tsing, avanza a través de la *fricción* (2005, p. 206). Estas luchas, aparentemente contradictorias, coexisten y son experimentadas por las mismas personas, a menudo durante el mismo encuentro. Los *wixaritari* no actúan de acuerdo con la idea moderna normalizada de cómo deben vivir las comunidades en este mundo y cómo la sociedad debería de estar organizada, aunque al mismo tiempo deben interactuar con este sistema de creencias a diario el cual, de hecho, marca sus vidas. Como señala Tsing, “tanto si nos situamos dentro como fuera de Occidente, estamos atorados con procesos universales creados en el diálogo cultural” (2005, p. 1). Esto es la coproducción de *culturas* y me pregunto si al tratar de definir, describir y/o analizar lugares o culturas en relación con un *punto final* esperado o normalizado, que sería la línea meta del desarrollo en movimiento continuo, estamos omitiendo de la visión el *proceso mismo* con sus experiencias de vida desordenadas y desiguales. Kohn (2013, p. 206) explica cómo el futuro dicta la vida en el presente; pero este no es necesariamente el futuro moderno. Tenemos que considerar críticamente el proceso de creación de conocimiento y cómo la forma en que interpretamos lo que presenciamos en este encuentro, prosigue hasta definir a pueblos y comunidades. Cuando definimos a

⁶ *Settler Colonialism* refiere al complejo político e histórico en Estados, incluyendo Canadá, Estados Unidos y Australia, donde el gobierno representa la continuidad de poder de los invasores blancos sobre la población nativa o indígena.

los pueblos indígenas como *hambrientos* y centrados únicamente en la supervivencia más elemental, estamos reproduciendo una narrativa de déficit, como también lo explica Tsing a propósito del pueblo *Meratus*. Los *wixaritari* históricamente han optado por la autodefinición y por negociar su futuro con los gobernantes mestizos. Sin embargo, la visión racista y jerárquica a la que están expuestos no pasa desapercibida y a lo largo de cinco siglos este diálogo cultural ha formado parte de su manera de verse a sí mismos.

Tuck enfatiza la manera en que el deseo, como construcción teórica, interrumpe el binarismo de la reproducción de la integridad social frente a la resistencia a la misma, para mostrar un “conjunto de experiencias, ideas e ideologías, tanto subversivas como dominantes” (2009, pp. 418-419), para complicar nuestro entendimiento de “la agencia, la complicidad y la resistencia”. Necesitamos alejarnos de los análisis constreñidos por ideas del progreso y el desarrollo, para así no caer en la dicotomía de estructura y agencia en nuestras interpretaciones de las vidas y experiencias de las personas y comunidades. Los lugares se hacen a través de sus encuentros con los demás, no a través de su aislamiento (Tsing, 2000, p. 330), pero esta interconexión es desigual y en disputa, sin embargo, ¿qué se está haciendo en la fricción de esta zona de contacto, donde el poder se encuentra con la subjetividad, el deseo coexiste con la vulnerabilidad y la vida de las personas continúa por caminos complejos y no lineales?

Además, mientras escribimos etnografías de encuentros con el sujeto que sufre, ¿cuándo escribimos sobre la manera en que las comunidades indígenas han dado forma al mundo y a la globalización a través de estos mismos encuentros? La modernización a través del desarrollo, la ideología que subyace a los proyectos institucionales a través de los cuales las comunidades indígenas son incorporadas al Estado, sitúan a las personas en relación con el progreso, pero ¿cuándo nos preguntamos cuál ha sido su papel en la creación del mundo contemporáneo? O más bien, ¿pueden los países *contemporáneos, modernos y avanzados* seguirlo siendo, sin la existencia de los pueblos originarios?

En su relato “Civilizando al salvaje”, Morris (2017, p. 3) habla de cómo la resistencia de los huicholes se convirtió en un obstáculo para su incorporación al Estado-Nación y mientras que el Estado mexicano intentaba reducir sus sistemas políticos y religiosos a un “folclore desprovisto de todo significado”, la oposición huichol a esto fue incesante. Mediante el contacto con las escuelas y el reclutamiento forzoso de niños, aprendieron a negociar y a luchar por su autonomía. Estas “armas de los débiles” (Morris, 2017; Scott, 1985) niegan la universalidad, creando espacios materiales e ideológicos de cuestionamientos, críticas y resistencias.

La zona de contacto es un recordatorio continuo del pasado colonial o, mejor dicho, de la colonialidad del poder. Por lo tanto, una primera pregunta que debemos plantearnos al escribir podría ser si estamos creando (y reproduciendo) conceptos normativos útiles para representar las vidas y los contextos de las poblaciones indígenas *tal y como existen en el mundo globalizado*. La vulnerabilidad estructural se inscribe en el paradigma desarrollista lineal del progreso, que naturaliza el capitalismo como la base de nuestro orden social y como el marco alrededor del cual deben estructurarse las familias, las comunidades y los Estados-nación.

Como sostiene Menéndez, debemos reconocer lo global en lo local, tanto como lo local en lo global (2002). Los sistemas médicos también se definen mutuamente. Al nombrar como tradicionales o alternativas a las formas indígenas que no comparten los métodos biomédicos o la base epistémica, se refuerza la hegemonía de lo otro: la biomedicina. Esta hegemonía no existiría si no fuera por la presencia de lo tradicional o lo subalterno (Menéndez, 1994). Por lo tanto, al utilizar el concepto de vulnerable, estamos reproduciendo la comprensión relacional de la pobreza y el malestar, o de las altas tasas de mortalidad infantil y materna, y la idea normativa de que las comunidades indígenas siguen siendo *atrasadas*, mientras que los conceptos modernos de bienestar y de la salud se refuerzan como normas universales a las cuales deberíamos aspirar. ¿O será más bien que no solo lo estamos reproduciendo sino que lo estamos construyendo?

Mientras es imprescindible identificar las rutas estructurales de condiciones de vida que presentan riesgos para la salud y la vida, ¿habría otra forma de nombrar que no remita a una jerarquía entre órdenes sociales? En su ensayo sobre la antropología en la época del antropoceno, Latour argumenta “redescribir a los que no han sido modernos” a partir del desmantelamiento del concepto e idea de la modernización, para así crear una “otredad” distinta que surge del reconocimiento antropocénico de la interconexión y las relaciones con agencias animadas más allá de lo humano (2014, pp. 15-16). El antropoceno centra las ontologías indígenas, siendo las que desde siempre han tenido relaciones interespecies y habría que pararnos en su territorio para volver a ver cómo reordenar el mundo contemporáneo. Como dice Mendoza (2018, p. 109) en *Can the Subaltern Save Us (¿Nos pueden salvar los subalternos?)*: “Encontramos que los modernos dan una importancia sustantiva a los conceptos y ontologías desarrollados por los no modernos, como una forma de imaginar el futuro por sí mismos”. Si no se descentra la vista hegemónica ni se denuncia como una ideología colonial y occidentalocéntrica para la sociedad humana, estamos dando prioridad a los sistemas y estructuras de conocimiento y producción de conocimiento del norte global, los cuales profundizan la subalternidad de las formas y vivencias indígenas.

Así, al nombrar a grupos específicos como vulnerables, reforzamos esta jerarquía, pues “*Man*”, el hombre blanco europeizado y cristiano, sujeto del estado moderno (Wynter, 2003, p. 263), ocupa la posición superior en esta escala. Los pueblos indígenas son minorías étnicas solamente cuando son marginados por el grupo político dominante dentro de su Estado-nación. En ese sentido surge la pregunta: ¿Cómo puede la etnografía construir una nueva manera de representar?

La posibilidad: Etnografías del deseo y desde la posibilidad

Puede que sea la “antropología oscura”, atenta a las dimensiones duras y brutales de la experiencia humana, la que predomine en la escolaridad de los tiempos complicados [...] pero tenemos recursos duraderos con los cuales identificar aperturas para un involucramiento creativo con tales circunstancias.

Anand Pandian, *A Possible Anthropology: Methods for Uneasy Times*

La autodefinición

Al documentar el proceso de devenir y las posibilidades que este conlleva, estamos escribiendo sobre el movimiento en un diálogo abierto en el que el marco no es fijo, el impulso puede estar cobrando fuerza y existe la oportunidad de una serie de resultados, más allá del paradigma occidental esperado. De forma concreta, un modo de documentar posibilidad es emplear la etnografía para mostrar procesos de autodefinición. Biehl & Locke (2010) escriben sobre el potencial del devenir, a través de la primacía del deseo sobre el poder, y hablan de la “gente que aún está por venir”. En su trabajo con gente pobre de entornos urbanos y pacientes psiquiátricos, hablan de la necesidad de escapar de las formas del conocimiento y el poder y de la necesidad de complicar los supuestos de la teoría universalizadora. También se refieren a Marcus, hablando de la necesidad de documentar el movimiento y la transición para, como él mismo dice: “involucrarse etnográficamente con la historia que se desarrolla en el presente, o para anticipar lo que está emergiendo” (Marcus, en Biehl & Locke, 2010, p. 320). Esto es fácil de decir, pero no tan sencillo de hacer, ya que la antropología también busca *antropologizar* o teorizar sobre las experiencias que presenciamos, pero sostengo que hacerlo es a la vez aplanar vidas coloridas, fragmentar las realidades sociales en piezas que pueden ser explicadas teóricamente y categorizar a las personas y los lugares que no son fijos y que son mucho más que el constructo que se les ha asignado. ¿Podemos utilizar construcciones teóricas para explicar lo que ocurre, sin definir un estado ni emitir un juicio?

Documentar la comprensión del poder, desde espacios subalternos

En lugar de teorizar desde Occidente con términos como vulnerabilidad y violencia estructural, hay que pensar a través de las versiones de los hechos construidos desde los otros por los *otros*. Las herramientas conceptuales centradas en el movimiento, incluyendo la colonialidad —que habla de un proceso—, la fricción —encuentros continuos—, las zonas de contacto —diálogos continuos y abiertos de experiencia compartida, deseo y esperanza— o el *devenir*, crean nuevas posibilidades. Y aún más importante, al elevar las voces de los *otros* para que hablen por sí mismos, sacamos el

diálogo afuera del espacio del desarrollo y el progreso, ofreciendo una lente crítica a través de la cual desnaturalizar la modernidad y exigir justicia social.

No espero que esto sea una tarea fácil y, como se documenta en este ensayo, mi propio proceso etnográfico para llegar a este punto ha sido largo. Comparto la firme convicción de que debemos utilizar la antropología y la teoría para transmitir hacia fuera de nuestra disciplina las realidades de la vida en circunstancias extremadamente desiguales, y que esto requiere un cambio estructural. Mantengo esta convicción mientras busco desmontar las formas y categorías fijas y coloniales desde la cuales hablamos. Así, en el caso de los *wixaritari*, retar esta relación de poder ofrece posibilidad. Desechar la idea de progreso permite enfocarse en su propia trayectoria política: actuar por el presente.

Ser el pelo en la harina

La esperanza es más importante cuando las cosas van mal, ya que ofrece la posibilidad de que la vida sea de otra manera, “la posibilidad de que las pequeñas grietas puedan romper y abrir el dique” (Tsing, 2005, p. 267). Quizás un punto de partida sea identificar y documentar esa esperanza, o esos deseos y los contextos en los cuales existen. Tsing utiliza las palabras de un chamán, Awat Kilay, quien le dice:

Sé un pelo en la harina explica [...] Un pelo en la harina es una perturbación de la sumisión y la rutina del día a día. Un pelo en la harina arruina la legitimidad del poder. [...] Escribir como un pelo en la harina es buscar la debilidad, las confusiones y las brechas en lo habitual. Sin esas fricciones, ¿por qué molestarse en cambiar algo? Como un pelo en la harina, escribo sobre los movimientos sociales utópicos incluso cuando no salen victoriosos. Estos momentos mantienen vivo nuestro sentido de que las formas de jerarquía y coerción que damos por sentadas aún pueden ser dislocadas (p. 206).

Como antropólogos médicos debemos ser el pelo en la harina y seguir denunciando el capitalismo y el poder desde las regiones colonizadoras por su papel añejo de socavar los sistemas sociales, ambientales y culturales no occidentales. Para lograr esto, debemos escoger nuestra terminología con cuidado, sabiendo que puede volverse *normativa* o prescriptiva. El progreso nos constriñe en cuanto a nuestras capacidades, tanto para interpretar las experiencias que presenciamos y compartimos como etnógrafos, como para *visualizar las vidas de otra manera*. Como argumenta Tsing, “la teoría, al reorientarse a sí misma hacia futuros proféticos, se ha dirigido más a la replicación y al desarrollo planificado que a las oportunidades y heridas inesperadas que deben ser atendidas, aunque sea de forma inadecuada” (2005, p. 266). Biehl & Locke hablan de la “relación simbiótica entre el involucramiento empírico cercano con la gente (a través del trabajo de campo) y la innovación teórica en la antropología”, afirmando que “en su implacable afán por teorizar, los antropólogos

corren el peligro de caricaturizar realidades complejas, negando ámbitos clave de experiencia y pasando por alto ironías y singularidades vividas que podrían complicar y enriquecer el análisis” (2010, p. 319), dificultando la autodefinición.

Anna Tsing (2005, p. 4) establece cómo “la especificidad de las formas capitalistas surge de la necesidad de poner en acción los universales capitalistas a través de encuentros mundanos”. ¿Es el nombramiento de los indígenas como *vulnerables* uno de esos encuentros? Al nombrar a los indígenas como *vulnerables*, ¿estamos reforzando un sistema de dominación basado en la raza? Para mí eso significa que no hablamos de personas indígenas como vulnerables, sino como grupos étnicos y sociales que están interactuando activamente con la modernidad y el capitalismo para forjar su propio camino, y si así es como queremos hablar de las personas con las que nos relacionamos a través de la tarea antropológica, así es como debemos hacer etnografía. También nos toca poner al frente las formas indígenas de conocer, ya que son ellos los críticos más exactos de su vivencia propia, y de la nuestra. Tenemos que “contar una historia que reconozca el poder imperial y deje espacio para la posibilidad” (Tsing, 2005, p. 267). Nuestra escritura está implicada en las vidas de los demás y estamos en condiciones de hacerla transformadora, tanto de la vida de los demás como de nuestra visión del mundo globalizado. Si somos capaces de descolonizar y dismantelar las ideas dominantes de progreso y las nociones universales que, en última instancia, orientan todas las culturas en la dirección monocultural *universalista*, marcada por la globalización y las estructuras sociales, de género, raciales, políticas y económicas que sustenta, entonces habremos despejado un camino para concebir otras posibilidades. Pero ¿cuáles son éstas? ¿Estamos tan cegados por la noción moderna de sociedad humana que no podemos imaginar otros futuros?

Si mi trabajo se hubiera detenido en la violencia estructural, podría haber (re) creado una imagen de los *wixaritari* como personas maltratadas, débiles y vulnerables. El desafío es reconocer estas violencias estructurales y buscar cómo interrumpirlas, ser el pelo en la harina, pero a la vez pensar en cómo darle vuelta al discurso para que las formas en que nos referimos a estas violencias no terminen siendo otra forma de violencia a través de la reproducción de la idea de sociedad moderna y eurocéntrica como el modelo hegemónico de sociedad.

Referencias bibliográficas

- Bagú, S. (1989). *La idea de dios en la sociedad de los hombres*. Siglo XXI Editores.
- Bartolomé, M. A. (1997). *Gente de costumbre y gente de razón*. Siglo XXI Editores.
- Bonfil Batalla, G. (1983). *México Profundo. Una Civilización Negada*. Grijalbo.
- Biehl, J. & Locke, P. (2010). Deleuze and the Anthropology of Becoming. *Current Anthropology*, 51(3), 317-351.
- Biehl, J. & Moran-Thomas, A. (2009). Symptom: Subjectivities, Social Ills, Technologies. *Annual Review of Anthropology*, 38, 267-288. <https://doi.org/10.1146/annurev-anthro-091908-164420>.

- Bourdieu, P. (1997). Gender and Symbolic Violence. En Scheper-Hughes, N. & Bourgois, P., *Violence in War and Peace: An Anthology* (pp. 339-342). Blackwell Publishing.
- Bourgois, P. & Scheper-Hughes, N. (2004). Comments on Structural Violence. *Current Anthropology*, 45(3), 317- 318.
- Bryant, J., Bolt, R., Botfield, J., Martin, K., Doyle M., Murphy D., Graham S., Newman, C. E., Bell S., Treloar, C., Browne, A. J. y Aggleton, P. (2021). Beyond Deficit 'Strengths-Based Approaches' in Indigenous Health Research. *Sociology of Health and Illness*, 43(6), 1405-1421. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13311>.
- Coulthard, G. (2014). *Red Skin, White Masks. Rejecting the Colonial Politics of Recognition*. University of Minnesota Press.
- Echeverría, B. (2010). *Modernidad y blanquitud*. Era.
- Fajardo Santana, H. (2007). *Comer y dar de comer a los dioses. Terapéuticas en encuentro: conocimiento, proyectos y nutrición en la Sierra Huichola*. Universidad de Guadalajara/El Colegio de San Luis.
- Farmer, P. (1996b). Social Inequalities and Emerging Infectious Diseases. *Emerging Infectious Diseases*, 2(4), 259-269.
- Farmer, P., Nizeye, B., Stulac, S. & Keshavjee, S. (2006). Structural Violence and Clinical Medicine. *PLoS Medicine*, 2(10), 1686-1691. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449>
- Fassin, D. (2013). A Case for Critical Ethnography. Rethinking the Early Years of the AIDS Epidemic in South Africa. *Social Science and Medicine*, 99, 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.034>.
- Federici, S. (2004). *Calibán and the Witch. Women, the Body and Primitive Accumulation*. Autonomedia.
- Franklin, S. (2019) Nostalgic Nationalism: How a Discourse of Sacrificial Reproduction Helped Fuel Brexit Britain. *Cultural Anthropology*, 34(1), 41-52. <https://doi.org/10.14506/ca34.1.07>.
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>.
- Gamlin, J. & Berrio, L. (2020). Critical Anthropologies of Maternal Health: Theorising from the Field with Mexican Indigenous Communities. En: Gamlin, J., Gibbon, S., Sesia, P. y Berrio, L. (Coords.). *Critical Medical Anthropology. Perspectives in and from Latin America*. University College London Press.
- Gamlin, J., Calestani, M. & Gibbon, S. (2021). The Biopolitics of COVID-19 in the UK: Racism, Nationalism and the Afterlife of Colonialism. En: Manderson, L., Burke, N. y Wahlberg, A. (Eds.). *Viral Loads* (pp. 108-128). University College London Press.
- Gamlin J., Díaz Romo, P. & Hesketh, T. (2007). Exposure of Young Children Working on Tobacco Plantations to Organophosphorus and Carbamic Pesticides, Indicated by Cholinesterase Depression. *Child: Care, Health and Development*, 33(3), 246-248. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00702.x>.
- Hansen, H. & Metzl, J. (2017). New Medicine for the U.S. Health Care System: Training Physicians for Structural Interventions. *Academy of Medicine*, 92(3), 279-281. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001542>.
- Herrick, C. & Bell, K. (2020). Concepts, Disciplines and Politics: on Structural Violence' and the Social Determinants of Health. *Critical Public Health*, 32(3), 295-308. <https://doi.org/10.1080/09581596.2020.1810637>.
- Holmes, S. (2007). "Oaxacans Like to Work Bent Over": The Naturalisation of Social Suffering among Berry Farm Workers. *International Migration*, 45(3), 39-68. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2007.00410.x>.

- International Committee of the Red Cross (ICRC) (2020). *When rain turns to dust. Understanding and responding to the combined impact of armed conflict and the climate and environment crisis on people's lives*. ICRC. <https://shop.icrc.org/when-rain-turns-to-dust-pdf-en.html>Issacs, J. & Otruba, A. (2019). Guest Introduction: More-Than-Human Contact Zones. *Nature and Space*, 2(4), 697-711. <https://doi.org/10.1177/2514848619855369>.
- Karandinos, G. & Bourgois, P. (2019). The Structural Violence of Hyperincarceration- A 44-Year-Old Man with Back Pain. *The New England Journal of Medicine* (Case studies in social medicine). Recuperado de <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1811542>.
- Katz, A. S., Hardy, B.-J., Firestone, M., Lofters, A., & Morton-Ninomiya, M. E. (2019). Vagueness, Power and Public Health: Use of 'Vulnerable' in Public Health Literature. *Critical Public Health*, 30(5), 601-611. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1656800>.
- Kohn, E. (2013). *How Forests Think*. University of California Press.
- Latour, B. (2014). Anthropology at the Time of the Anthropocene -a Personal View of What is to Be Studied [Distinguished Lecture]. American Association of Anthropologists.
- Lenkersdorf, C. (1996). *Los hombres verdaderos. Voces y testimonios Tojolabales*. Siglo XXI Editores.
- Lugones, M. (2008). The Coloniality of Gender. *Worlds and Knowledges Otherwise* (pp.1-17).
- Maldonado-Torres, N. (2013). On the Coloniality of Being: Contributions to the Development of a Concept. En: Mignolo, W. & Escobar A. (Eds.). *Globalizacion and the Decolonial Option* (p. 94-142). Routledge.
- Mendoza, B. (2018). Can the Subaltern Save Us? *Tapuya Latin American Science, Technology and Society*, 1(1), 109-122. <https://doi.org/10.1080/25729861.2018.1551462>.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83. Disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Ediciones Bellettera.
- Metzl, J. & Hansen, H. (2014). Structural Competency: Theorizing a New Medical Engagement with Stigma and Inequality. *Social Science and Medicine*, 103, 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.06.032>.
- Montesanti, S. & Thurston, W. (2015). Mapping the Role of Structural and Interpersonal Violence in the Lives of Women: Implications for Public Health Interventions and Policy. *BMC Women's Health*, 15(100).
- Morris, N. (2017). 'Civilizing the Savage': State-Building, Education and Huichol Autonomy in Revolutionary Mexico, 1920-1940. *Journal of Latin American Studies*, 49(4), 739-769. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0256-4>.
- Neurath, J. (2002). *Las fiestas de la casa grande. Procesos rituales, cosmovisión y estructura social en una comunidad Huichola*. Conaculta-Instituto Nacional de Antropología.
- Pandian, A. (2019). *A Possible Anthropology. Methods for Uneasy Times*. Duke University Press.
- Pratt, M. L. (1992). *Imperial Eyes. Travel writing and Transculturation*. Routledge.
- Quesada, J., Hart, L. K., & Bourgois, P. (2011). Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339-362. <https://doi.org/10.1080/1459740.2011.576725>.
- Quijano, A. (2013). Coloniality and Modernity/Rationality. En Mignolo, W. y Escobar, A. (Eds.). *Globalization and the Decolonial Option*. Routledge.
- Regalado, A. (7 y 8 de octubre de 2021). La transformación de naciones a indios al calor de la conquista [Ponencia]. Coloquio "Pasado, presente e importancia de los pueblos indígenas en Jalisco y el Centro Occidente Mesoamericano". El Colegio de Jalisco.

- Rivera Cusicanqui, S. (2020). *Ch'ixinakax Utxiwa. On the Practices and Discourses of Decolonisation*. Polity Press.
- Robbins, J. (2013). Beyond the Suffering Subject: Toward an Anthropology of the Good. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 19(3), 447-462.
- Schaefer, S. (2002). *To Think with a Good Heart. Wixárika Women, Weavers, and Shamans*. The University of Utah Press.
- Scott, J. (1985). *Weapons of the Weak*. Yale University Press.
- Segato, R. (2015). *La crítica a la colonialidad en ocho ensayos*. Prometeo Libros.
- Silverblatt, I. (2009). Foreword. En: Fisher, A. y Matthew, D. (Eds.). *Imperial Subjects. Race and Identity in Colonial Latin America*. Duke University Press.
- Tsing, A. (2000). The Global Situation. *Cultural Anthropology*, 15(3), 327-350. Tsing, A. (2005). *Friction, an Ethnography of Global Connection*. Princeton University Press.
- Tsing, A. (2015a). A Feminist Approach to the Anthropocene: Earth Stalked by Man [Conferencia]. Barnard Center for Research on Women. Disponible en <https://bcrw.barnard.edu/videos/anna-lowenhaupt-ting-a-feminist-approach-to-the-anthropocene-earth-stalked-by-man>.
- Tsing, A. (2015b). *The Mushroom at the End of the World. On the Possibility of Life in Capitalist Ruins*. Princeton University Press.
- Tuck, E. (2009). Suspending Damage: A Letter to Communities. *Harvard Educational Review*, 79(3), 409-427. <https://doi.org/10.17763/haer.79.3.n0016675661t3n15>.
- Ultreras, P., Gamlin, J. & Fernández, M. T. (2023). The Messy Coloniality of Gender and Development in Indigenous *Wixárika* Communities. *Gender and Development*, 31(2-3), 705-723. <https://doi.org/10.1080/13552074.2023.2264638>.
- Villegas Marisca, L. (2017). *La polisemia de los símbolos en las ofrendas rituales de los Huicholes*. Taberna Librería Editores.
- Wynter, S. (2003). Unsettling the Coloniality of Being/Power/Truth/Freedom. Towards the Human, After Man, its Overrepresentation - an Argument. *The New Centennial Review*, 3(3), 257-337.
- Zingg, R. (2004). *Huichol Mythology*. University of Arizona Press.



Capítulo 3

La violencia obstétrica o la provocación de la vulnerabilidad estructural en la atención del parto y en la mortalidad materna

*Arachu Castro*¹

Pero todo mi argumento es inútil si no puede sostenerse por la práctica
(Gandhi, 1965)

Introducción

El concepto de *violencia estructural*, acuñado por el investigador noruego Johan Galtung hace más de medio siglo (1969), desarrollado posteriormente por teólogos de la liberación en América Latina (Boff, 1975; Gutiérrez, 1971, 1979) y retomado de manera extensa por el antropólogo médico norteamericano Paul Farmer (1996, 2003, 2004), ha ofrecido a las ciencias sociales una herramienta analítica que desvía la atención desde las causas personales de la desposesión hacia las instituciones que detentan el poder a lo largo de la historia. Permite vincular el poder político, socioeconómico y hegemónico con la exclusión y el sufrimiento personal como formas de vulnerabilidad estructural (Quesada *et al.*, 2011). Pero una de las limitaciones de la visión de Galtung fue su énfasis en la naturaleza abstracta (1975) de las fuerzas que crean las condiciones para el desarrollo de la violencia estructural, lo cual analíticamente puede convertirse en una “caja negra” que requiere “desenredar las causas, los

¹ Doctora en Antropología Social y Etnología por la Escuela de Estudios Superiores en Ciencias Sociales (EHESS) de París, Francia. Doctora en Ciencias Sociales y Salud por la Universidad de Barcelona (España) y máster en Salud Pública por la Escuela de Salud Pública de Harvard, Boston, Estados Unidos; catedrática Samuel Z. Stone de Salud Pública en América Latina en la Universidad de Tulane, Nueva Orleans, Estados Unidos. Orcid 0000-0003-0428-9174. Correo electrónico: acastro1@tulane.edu

significados, las experiencias y las consecuencias de la violencia estructural y mostrar cómo opera en las vidas de las personas” (Bourgois & Scheper-Hughes, 2004). El objetivo de este capítulo es identificar cómo el poder y la violencia estructural se incorporan en la vida de las personas a través de la vulnerabilidad estructural, demostrar que la mortalidad materna y la violencia obstétrica tienen causas estructurales y discutir la corresponsabilidad de la investigación académica en la transformación social.

La situación en la República Dominicana permite explorar los mecanismos de la vulnerabilidad estructural. De las mujeres que forman parte del quintil más pobre, la mayoría da a luz en un hospital público: el 93% en el periodo 2008-2013 (vs. el 72% de toda la población), 92% en 2012-2014 (vs. el 69%) y 87% en 2017-2019 (vs. el 59%) (CESDEM e ICF International, 2014; ONE & UNICEF, 2016, 2022). En el lado más seguro de la grieta social se encuentran las mujeres que pueden elegir los establecimientos de salud privados para recibir la mejor atención disponible en el país, mientras que en el otro lado de la grieta, y en la propia grieta, se encuentran las mujeres que viven en situación de pobreza, que solo tienen la opción de buscar atención médica en establecimientos públicos, donde los profesionales de la salud y el personal pueden percibir las mujeres como desprovistas de cualquier derecho, en particular si determinan que son migrantes haitianas en vez de dominicanas. Estos regímenes morales (Morgan & Roberts, 2012), separados por esta grieta, preparan el escenario para lo que se ha denominado *reproducción estratificada* (Ginsburg & Rapp, 1995); es decir, la diferente valía que la sociedad asigna a las mujeres y sus procesos reproductivos (Castro *et al.*, 2007; Suh, 2018). La estratificación social de los servicios de salud crea un acceso desigual a la atención materna segura y respetuosa para las mujeres de bajos recursos económicos; perpetúa las inequidades sociales y de salud al mantener o aumentar la brecha entre las esferas de salud privada y la pública; y establece diferentes regímenes morales y expectativas para cada lado de la grieta. Para algunas personas, esta inequidad crea “sujetos autocontrolados” (Morgan & Roberts, 2012) que aceptan la medicalización de sus vidas reproductivas porque no tienen ninguna otra opción (Castro & Savage, 2019).

La evitabilidad de las muertes maternas

En 2009, desde mi posición académica como profesora e investigadora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Harvard (HMS, por sus siglas en inglés) y en colaboración con el Ministerio de Salud Pública (MSP) de la República Dominicana, comencé varios estudios etnográficos y epidemiológicos en hospitales públicos de la República Dominicana. El primero consistió en analizar el manejo del VIH y la sífilis durante el embarazo en las dos maternidades públicas principales del país, el cual mostró que el personal de salud con frecuencia incumplía los protocolos hospitalarios y las normas nacionales de atención (Pérez-Then *et al.*, 2011). De ahí surgió mi hipótesis de trabajo de que ese incumplimiento podría estar detrás de la alta

razón de mortalidad materna en el país, que en 2010 estaba estimada en 143 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, 2013). En el periodo 2008-2012, los trastornos hipertensivos del embarazo (principalmente preeclampsia y eclampsia) constituyeron la primera causa de las 625 muertes maternas reportadas en la República Dominicana, representando el 36 por ciento de los casos, seguidas por la hemorragia, otras complicaciones obstétricas, sepsis y aborto; el 55 por ciento de las muertes ocurrieron en Santo Domingo y en la provincia circundante (Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, 2013). Pero limitar el análisis a la causa final de la muerte sin comprender los contextos del sistema social y de salud en el que sucedieron no es suficiente para evitar la mortalidad materna.

En 2010, me enfoqué en estudiar las referencias de mujeres que fallecieron por complicaciones obstétricas y las causas de sus muertes. El comité de ética de HMS eximió el estudio de la revisión ética por tratarse de personas fallecidas que no podían participar en la investigación. El objetivo del estudio fue determinar el contexto social en el que ocurrieron las muertes e informar a las personas responsables del Programa Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna. Con ese fin, y tras acordar la estrategia de investigación con el MSP y obtener su autorización para acceder a toda la información disponible, Marilyn Heymann² y yo comenzamos a recopilar datos de registros médicos, autopsias verbales y discusiones de casos hospitalarios de todas las muertes maternas reportadas en la ciudad de Santo Domingo. Cada vez que el MSP recibía una notificación de muerte materna, nos contactaban, nos daban acceso al historial médico y nos permitían acompañar a los epidemiólogos de campo cuando visitaban a la familia de la fallecida para realizar la autopsia verbal y participar en las discusiones del caso en el hospital en el que había ocurrido la muerte. Según las directrices de la Dirección General de Epidemiología del MSP, un comité compuesto por todo el personal médico que participó en la atención de la mujer fallecida, por los epidemiólogos de campo que realizan previamente las autopsias verbales, por el patólogo que realiza la autopsia física y por la persona que dirige el área de epidemiología donde está adscrito el hospital debe analizar cada muerte materna. El comité se reúne en el hospital donde sucedió la muerte y contrasta la información de las historias clínicas con los resultados de las autopsias. Aunque debería reunirse lo antes posible tras la muerte, puede tomar días o semanas o incluso no realizarse por falta de cooperación del personal de algunos hospitales.

La primera muerte materna de la que nos alertaron sucedió en agosto de 2010. Aunque originalmente el estudio iba a durar 12 meses, a mitad de la investigación y habiendo estudiado las circunstancias de 49 mujeres fallecidas durante 207 días, la última con fecha de febrero de 2011, entendí que, más allá de la distribución de las causas clínicas, estas mujeres estaban muriendo según patrones establecidos. Con un promedio de una muerte materna cada cuatro días en Santo Domingo y una muerte cada dos días en el país (Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana,

² Marilyn Heymann estudió Salud Internacional y Ciencias Políticas en la Universidad de Toronto, posee un máster de Administración de Empresa de IESE Barcelona y trabaja como consultora de estrategia en Ciencias de la Vida en Zürich.

2013), las muertes no eran impredecibles ni aleatorias, sino eventos esperados, producidos por el sistema de salud.

En nuestra muestra, las causas de muerte fueron los trastornos hipertensivos (38%), las hemorragias (18%), las complicaciones del puerperio (12%), las enfermedades maternas que complican el embarazo (10%), el aborto (6%), la sepsis (6%) y causas no especificadas (4%), mientras que para el restante 6% no se reportó ninguna causa. El promedio de edad al fallecer fue de 27 años. Treinta y siete de las mujeres tenían en su historia datos de la atención prenatal recibida, dos habían recurrido a un aborto inseguro sin buscar atención prenatal y de las otras diez no había datos en la historia clínica. Treinta y cinco de las muertes ocurrieron en las tres maternidades con mayor número de nacimientos de Santo Domingo, once en otros siete hospitales y las otras tres se reportaron como extrahospitalarias, aunque una de ellas ocurrió en uno de los tres grandes hospitales. De las 29 muertes discutidas, los epidemiólogos de campo que realizaron las autopsias verbales y los comités de revisión de mortalidad materna estimaron que 24 fueron evitables.

Las siguientes narraciones presentan los casos de seis de las muertes evitables, aunque para una de ellas no se reunió el comité de revisión. Según la causa oficial, todas fallecieron por causas obstétricas directas: tres por trastornos hipertensivos, una por hemorragia, una por complicaciones del puerperio y otra por aborto. Seleccioné estas seis narrativas de entre la muestra de 24 muertes maternas evitables por representar situaciones recurrentes de discontinuidad de la atención médica hospitalaria que contribuyeron a las muertes.

Primera: Agosto de 2010, mujer de 29 años

Una empleada doméstica haitiana de 29 años en sus últimas semanas de embarazo fue con el esposo al hospital público de su localidad rural, el mismo en el que ella había recibido atención prenatal. Mientras estaba en la sala de espera, tuvo convulsiones. La trataron con sulfato de magnesio y le dijeron que fuera al hospital provincial para continuar su tratamiento. La mujer y el marido tomaron un transporte público y, tras dos horas atravesando campos de caña de azúcar, llegaron al hospital a las 12:40 del mediodía. Le diagnosticaron una preeclampsia grave, la trataron con sulfato de magnesio e hidralazina, le hicieron una cesárea de emergencia y dio a luz a un niño vivo. Debido a que sus convulsiones no disminuían y que la unidad de cuidados intensivos no estaba operativa, el personal del hospital la llevó inmediatamente en ambulancia a una maternidad pública en Santo Domingo, donde llegó inconsciente a las 3:40 de la tarde. Fue admitida y trasladada a la unidad de cuidados intensivos, donde recibió tratamiento por eclampsia. Cinco días después, debido a un traumatismo neurológico, fue trasladada en ambulancia con un médico a la unidad de cuidados intensivos de un hospital general de la ciudad, donde murió cuatro días después, tras un segundo paro cardíaco y edema cerebral. La causa oficial de su muerte fue complicación del puerperio. Como faltaba en su historia clínica, la mayor parte de la información sobre la atención que recibió en los cuatro hospitales

se reconstruyó mediante una autopsia social realizada con el esposo y durante una discusión del comité de revisión de mortalidad materna que evaluó su caso. Los miembros del comité determinaron que su muerte podría haberse evitado si el personal de los dos últimos hospitales hubiera seguido los protocolos clínicos nacionales; mencionaron que los dos primeros contaban con recursos insuficientes.

Segunda: Septiembre de 2010, mujer de 28 años

Una mujer dominicana de 28 años embarazada por primera vez, que había realizado 12 visitas prenatales en un hospital general de Santo Domingo, comenzó a sentir contracciones a las 11 de la noche. A las 3:30 de la madrugada, su esposo la acompañó al mismo hospital, donde la evaluaron. La enviaron a casa porque solo tenía una dilatación de 2 cm. A las 7:30 de la mañana siguiente, regresó al hospital y fue admitida a las 2:30 de la tarde. A las 4:05 de la tarde, la trasladaron a la sala de parto y dio a luz por parto vaginal a un recién nacido. Cuarenta y cinco minutos después, comenzó a sangrar y fue trasladada al quirófano, donde le diagnosticaron atonía uterina. El personal del hospital le pidió a su familia que trajera sangre con urgencia y, después de que llevaran 500 cc a las 7:30 de la noche, el personal médico comenzó la cirugía para extirparle el útero. Dos horas después, fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos. A medianoche, la familia proporcionó 2000 cc de sangre adicional y, a las 6 de la mañana del día siguiente, la mujer recibió una transfusión de paquete globular. Cuando su familia la visitó a las 9 de la mañana, la mujer estaba inconsciente. A las 10:30 de la mañana, su esposo fue a su casa a buscar sábanas limpias, ya que las sábanas donde estaba su esposa estaban manchadas de sangre. Cuando regresó al hospital por la tarde, le dijeron que había fallecido de un paro cardíaco. El comité de revisión de mortalidad materna concluyó que su muerte podría haberse evitado. La causa oficial de su muerte fue hemorragia posparto.

Tercera: Diciembre de 2010, adolescente de 15 años

Una joven dominicana de 15 años embarazada por primera vez tuvo dolor de cabeza y convulsiones en su hogar, donde vivía con sus padres. Buscaron a un conocido que los pudiera llevar a un hospital en Santo Domingo, donde llegaron a las 11:40 de la noche. Un médico especialista en urgencias la evaluó, ya que durante el turno de la noche el hospital no tenía asignados ginecoobstetras de guardia. Durante la evaluación, la adolescente tuvo convulsiones y dejó de detectarse el pulso fetal. El médico le administró una solución intravenosa de dextrosa al 5%, sulfato de magnesio, 10 mg de diazepam y oxígeno. La trasladaron en ambulancia a la maternidad pública de referencia nacional, donde llegó inconsciente a las 2 de la madrugada, pálida, sin pulso y con una gran dificultad respiratoria. Tras la evaluación clínica en la sala de emergencia, fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos, donde fue atendida por un médico de cuidados intensivos y un obstetra. A las 5 de la mañana

tuvo un paro cardíaco y la reanimaron. Fue evaluada de nuevo a las 6:30 y a las 9:30 de la mañana. A las 9:45, realizaron una ecografía. Los resultados, que estuvieron disponibles a las 11, identificaron muerte fetal. A las 11:30 de la mañana, le diagnosticaron anuria y baja presión arterial. Tuvo un segundo paro cardíaco y la reanimaron. A las 4 de la tarde, tuvo un tercer paro cardíaco, el intento de reanimación fracasó y falleció. Tras una discusión agitada, el comité de revisión de mortalidad materna determinó que la muerte podría haberse evitado si los médicos hubieran seguido los protocolos clínicos nacionales, que en la maternidad deberían haber reunido de inmediato al comité de morbilidad extrema y realizar una cesárea de emergencia a la mujer, en vez de esperar nueve horas para realizarle una ultrasonografía que indicó óbito fetal. La causa oficial de su muerte fue eclampsia.

Cuarta: Enero de 2011, mujer de 27 años

Una conserje dominicana de un hotel de 27 años, madre de un niño, ingresó en un hospital general sin fines de lucro, en Santo Domingo, un día feriado a las 12:10 del mediodía, con hemorragia vaginal, alta temperatura e ictericia, que resultó de un legrado realizado en una clínica clandestina dos días antes. A las 4 de la tarde la ingresaron en cuidados intensivos, donde un equipo clínico multidisciplinario le diagnosticó insuficiencia multiorgánica y recomendó una transfusión urgente de sangre y una laparotomía, seguida de diálisis. El personal se comunicó con su familia para pedirles que trajeran sangre antes de que pudieran realizar cualquier procedimiento. Al día siguiente a las 7:45 de la noche, después de que la familia pudo encontrar un donante adecuado y llevó la sangre al hospital, comenzó la cirugía. Los médicos descubrieron una hemorragia interna masiva y el útero perforado, que extirparon junto con los ovarios y las trompas de Falopio. No anotaron datos en la historia clínica hasta el día siguiente, cuando después de varias pruebas diagnósticas y diversos síntomas graves, la mujer murió a las 1:50 de la tarde; su causa reportada de muerte fue aborto séptico. Durante la autopsia verbal, los padres y los hermanos explicaron que el hospital nunca les hizo conocer la gravedad de la situación. Cuando los epidemiólogos del distrito de salud intentaron organizar la reunión del comité de mortalidad materna en el hospital, el personal se negó y dirigió a los epidemiólogos a identificar la clínica clandestina, que nunca encontraron.

Quinta: Febrero de 2011, mujer de 28 años

Una mujer dominicana de 28 años, con 37 o 38 semanas de embarazo y madre de cuatro hijos, llegó a las 11:10 de la mañana a la sala de emergencias de una maternidad pública en Santo Domingo, donde le diagnosticaron preeclampsia grave y la ingresaron en la sala de parto a las 11:50. El personal se comunicó con los familiares de la mujer por teléfono para pedirles que llevaran sangre. A las 7 de la noche, después de que la familia llevara la sangre, los médicos iniciaron la transfusión

sanguínea y una cesárea con anestesia epidural. Tras dar a luz a un niño vivo, le extrajeron las trompas de Falopio y 200 cc de coágulos de sangre. La trasladaron a la sala de recuperación. Tres horas después, un residente de segundo año la encontró sangrando profusamente y con dificultad respiratoria. Un médico especialista y un residente de cuarto año evaluaron a la mujer, le diagnosticaron atonía uterina y le realizaron una laparotomía de emergencia, durante la cual perdió 300 cc de sangre y le extrajeron el útero. La mujer tuvo un paro cardíaco y murió en el quirófano a la 1 de la madrugada. La causa de muerte oficial fue preeclampsia. El comité de revisión de mortalidad materna determinó que su muerte fue evitable.

Sexta: Febrero de 2011, mujer de 30 años

Una mujer haitiana de 30 años, con conocimiento de su hipertensión crónica y madre de un niño nacido por cesárea, asistió a la clínica prenatal de una maternidad pública, donde la habían visto varias veces durante su embarazo y donde habían discutido acerca de su necesidad de realizarle una cesárea programada. El médico le dio tratamiento para su hipertensión y le pidió que regresara en una semana. Regresó siete días después, con 38 semanas de embarazo, y la médica que la atendió cambió su tratamiento antihipertensivo y le pidió que regresara en una semana. La mujer no pudo comprar el nuevo medicamento por falta de dinero y por la noche se fue a dormir. A la 1:50 de la madrugada, al estar con mucho dolor, su familia la llevó al hospital, donde llegó a las 2:25 con contracciones y una dilatación de 7 cm, según los residentes que la evaluaron; los residentes no despertaron a la ginecoobstetra que estaba de guardia porque ella había pedido a los residentes que no la despertaran. A las 4 de la madrugada, la mujer fue trasladada a la unidad de alto riesgo, donde le diagnosticaron preeclampsia y la trataron con hidralazina; su presión arterial era de 180/120 mm Hg. A las 7 de la mañana, su presión arterial estaba en 160/120 mm Hg y tenía una dilatación de 10 cm, y los médicos decidieron posponer la cesárea hasta que la presión arterial alcanzara niveles más bajos. A las 7:25, la mujer fue trasladada a la sala de parto, pero ella insistió en que necesitaba una cesárea, según lo que le había dicho su médico en la atención prenatal. Debido a que ella no quería pujar, los médicos le pidieron a ella y a su familia que firmaran un formulario en el que se eximiera a los médicos de cualquier responsabilidad con respecto a la supervivencia del recién nacido si ella tenía una cesárea. A las 10:30 de la mañana, la trasladaron al quirófano, le hicieron una cesárea con anestesia total y dio a luz a un niño. También perdió 1.300 ml de sangre, recibió una transfusión y fue trasladada a la sala de parto. A las 12 del mediodía, la mujer llamó a su familia para informarles que se había realizado la cesárea. Poco después, tuvo dificultad respiratoria debido a un edema pulmonar, la reanimaron y, a la 1 de la tarde, la trasladaron a la unidad de cuidados intensivos sin pulso detectable. A las 4 de la tarde, después de que su familia la visitara, varios médicos evaluaron a la mujer y extrajeron 300 cc de coágulos de sangre. Más tarde, tuvo una hemorragia, quedó inconsciente y sin pulso, y a las 6 de la tarde la trasladaron al quirófano. No respondió a la reanimación y

murió 20 minutos después. El personal se comunicó con su familia, que estaba fuera del hospital, para pedirles su tarjeta de identidad; cuando la familia preguntó por qué necesitaban la tarjeta, el personal les dijo que era porque ella había fallecido. El comité de revisión de mortalidad materna determinó que la atención que recibió la mujer fue de mala calidad, tanto en la atención prenatal como cuando la ingresaron, que el personal médico no siguió las normas de atención y que la muerte podría haberse evitado con un mejor manejo clínico. Observaron que en la historia clínica de la mujer había dos hojas de signos vitales: la original, que mostraba cuán escasamente se habían tomado sus signos vitales, y el formulario completado después de su muerte, que mostraba chequeos perfectamente regulares durante la estadía en el hospital, todos con la misma letra. La causa oficial de muerte fue preeclampsia grave.

La mortalidad materna como expresión de la vulnerabilidad estructural

Las seis mujeres fueron diagnosticadas con complicaciones obstétricas graves en establecimientos hospitalarios, donde las interrupciones de la atención las llevaron a la muerte. A la primera mujer, el personal médico del hospital municipal le dio un tratamiento farmacológico tras sufrir convulsiones y le dio de alta estando al borde de la muerte, desentendiéndose de ella al indicarle que fuera por su cuenta al hospital provincial. Al no tener otros medios, ella y su esposo viajaron al hospital en transporte público, llamado localmente *voladora*. Esta recorre el trayecto de 23 kilómetros por una carretera rural accidentada, que atraviesa bateyes en los que hombres haitianos o de ascendencia haitiana cortan toneladas de caña a diario a cambio de un jornal que les mantiene por debajo del nivel de la pobreza extrema. Por casualidad, al día siguiente realicé el camino inverso, que tomó dos horas con el traqueteo de la voladora, y visité el hospital municipal. Al igual que otros hospitales públicos dominicanos, la “sala de espera” consistía en unos bancos que flanquean a la intemperie la puerta de entrada, expuestos al calor, la humedad y el sol tropical que irradia sin compasión. El interior contaba con una camilla de observación en una sala demasiado pequeña y desabastecida como para tener la denominación de hospital. Como en otras zonas rurales del país, no existía un sistema de referencia, ni un plan de traslado seguro al hospital provincial —sin duda mejor equipado para atender las emergencias obstétricas— a pesar de que cada día hay personas que dan a luz, que un porcentaje de ellas desarrolla complicaciones graves y que la mayoría de la población rural da a luz en un hospital público (el 76% en el período 2008-2013) (CESDEM e ICF International, 2014). Al contrario, la expectativa es que quienes viven en zonas rurales resuelvan por su cuenta cómo llegar a un hospital y logren que las admitan y que las atiendan con la urgencia y la calidad requerida.

Con la segunda, cuarta y quinta mujer, el personal de salud detuvo la atención de las mujeres que estaban en estado crítico mientras esperaban a recibir sangre de reemplazo de algún donante. El personal médico esperó tres horas, un día y medio y siete horas, respectivamente, para realizarles una cirugía que les hubiera podido salvar la vida. Adicionalmente, la cuarta mujer había recurrido a un aborto inseguro,

ya que el acceso al aborto seguro en la República Dominicana está estrictamente prohibido sin excepciones legales explícitas (Guttmacher Institute, 2018), lo cual es un factor contribuyente a las muertes maternas por aborto. Tanto a ella como a la quinta mujer, tras haber tenido que esperar horas hasta poder recibir la cirugía que podía salvar sus vidas, en espera de sangre de reemplazo, las abandonaron también durante horas después de la cirugía, sin monitorear sus signos vitales.

Documentamos la interrupción de la atención por falta de sangre en 17 (35%) de los 49 casos de muertes maternas del estudio. Indudablemente, hay limitaciones en el acceso a la sangre en los establecimientos de salud dominicanos, donde el 80 por ciento de la sangre, en 2011, provino de donantes de reemplazo, en su mayoría miembros de la familia (Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, 2014). El personal de salud comentaba sin cuestionarlo que es responsabilidad de las mujeres y sus familias aportar sangre por si la necesitan, mientras que los familiares expresaban las dificultades, no solo en encontrar a una persona donante, sino en pagar las pruebas de tamizaje previas a la entrega de la sangre al hospital. Una mujer de 34 años que sobrevivió al retraso en la atención por falta de sangre en una de las dos maternidades principales del país nos contó durante un estudio posterior, en 2015, realizado con Virginia Savage que, cuando se presentó en el hospital y le diagnosticaron preeclampsia con necesidad urgente de recibir una transfusión, le exigieron comprar una pinta de sangre en la Cruz Roja. Al vivir en situación de pobreza, no pudo pagarla y le negaron la admisión. Durante tres días, sin recibir ninguna compasión por parte del personal médico y temiendo por su vida, esperó en el vestíbulo del hospital, en trabajo de parto, luchando por encontrar a alguien que pudiera donar o comprarle sangre. Por fin fue admitida cuando su hermana, quien había perdido a un hijo durante el parto en el mismo hospital unos años antes, consiguió la sangre (Castro & Savage, 2019).

Con la tercera mujer, hubo varios fallos y retrasos acumulados en el manejo de la emergencia obstétrica y varias oportunidades perdidas de intervención para salvar la vida de la adolescente. Durante la discusión hospitalaria del caso, la directora de epidemiología del área recorrió con detalle todas esas oportunidades perdidas, arengó contra todo el personal y regañó en particular al médico especialista en emergencias del primer hospital, a quien castigó a tres meses de suspensión en el empleo, sin sueldo. La asignación de un chivo expiatorio tuvo un resultado catártico entre las personas asistentes. Sin embargo, se dio carpetazo al caso y nada más cambió.

En el caso de la sexta mujer, hubo una desconexión entre la atención prenatal y la que recibió al ingresar al mismo hospital para dar a luz. En la atención prenatal, la última médica que la atendió, quien se había jubilado unos años antes pero que se reincorporó al servicio haciéndose hueco sin estar contratada, decidió no programar la cesárea que le había planificado un médico anterior. Cuando la mujer ingresó al hospital de madrugada en estado grave, los dos médicos residentes que la atendieron no contaron con el apoyo de la especialista de obstetricia porque esta les había pedido que no la despertaran bajo ningún concepto, lo cual contribuyó a que se pospusiera de nuevo la cesárea, esta vez de emergencia. Tras fallecer, alguien del hospital añadió una hoja de signos vitales falsa, con datos anotados después de la

muerte, y una nota con la hora de la cesárea cambiada, adelantada a las 8 de mañana en vez de a las 10:30. La hoja auténtica de signos vitales mostraba que hubo grandes intervalos entre las tomas de sus signos vitales, a pesar de su gravedad. Durante la discusión del caso de muerte, dirigida por la misma directora de epidemiología del área que en la discusión de la muerte de la tercera mujer, hubo de nuevo acusaciones por falta de cumplimiento de las normas de atención, en particular hacia la médica jubilada y a la que no quiso que la despertaran, quienes mantuvieron una actitud indolente durante la reunión. De nuevo, discusión catártica y caso archivado sin más consecuencias.

Cuando les comenté a mis colaboradores en el MSP que estaba lista para compartir mis hallazgos preliminares, me invitaron a dar una presentación formal, en marzo de 2011, a un grupo de tomadores de decisiones en salud pública y directores de hospitales. Deseando alejarme del concepto de que los errores clínicos surgen de la nada, resumí las causas de las 49 muertes de acuerdo con cinco categorías sistémicas, cada una de las cuales estaba formada por una lista de criterios: las causas de las causas de las muertes maternas. Cuatro de las categorías se relacionaban con los problemas del sistema de salud: la organización de la atención dentro de los hospitales, la falta de una cultura de seguridad de la paciente, la falta de pautas para referencias y contrarreferencias de las mujeres de un establecimiento a otro y las limitaciones de infraestructura, mientras que el quinto resaltaba las condiciones estructurales de pobreza y desigualdad social en la población que busca atención en establecimientos públicos de salud. La desconexión entre las necesidades de esta población y un sistema de prestación de la atención que está mejor diseñado para satisfacer las necesidades de los médicos que las de las mujeres que viven con múltiples privaciones crea fricciones adicionales en un paisaje de por sí arisco.

Partiendo de los conceptos de criterios de diagnóstico y clasificación de enfermedades, según los cuales se debe cumplir un conjunto de criterios para llegar a un diagnóstico particular, creé una lista de síntomas sistémicos asociados con la morbilidad y la mortalidad maternas (Castro, 2019). Mis colaboradores aceptaron los hallazgos y comenzaron a distribuir la lista de *Las 30 razones* a otros tomadores de decisiones y administradores de hospitales, mostrada en el Cuadro 1. Sin excepción, cada muerte materna cumplió varios de los treinta criterios, lo cual trae a colación un sistema de salud caracterizado por la falta del continuo de la atención, la falta de una cultura de la rendición de cuentas ante las mujeres por parte de los profesionales de salud y la negación de la atención e incluso el abandono total de las mujeres dentro del hospital.

Años después, la lista sigue siendo aplicable y las muertes siguen siendo elevadas. En 2021, se reportaron 172 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana, 2022). Esta razón de mortalidad materna se encuentra entre las más altas de América Latina y el Caribe, solo menor que la de Haití, Venezuela, Bolivia, Belice y Guyana (OMS, 2023).

Cuadro 1. Las 30 razones de la mortalidad materna en República Dominicana.

Categorías de criterios asociados con la mortalidad materna	A mayor número de criterios cumplidos, mayor la probabilidad de muerte materna en mujeres con complicaciones obstétricas
Organización de la atención dentro del hospital	Mujeres embarazadas no se asignan a médicos específicos
	Desconexión entre la consulta externa (atención prenatal) y la hospitalización (atención al parto y a complicaciones)
	Falta de coordinación entre distintos departamentos hospitalarios
	Falta de trabajo en equipo y de búsqueda de segundas opiniones
	La historia previa no se considera en el triaje; todas son pacientes nuevas
	Número insuficiente de médicos de base presentes y de especialistas de guardia
	Residentes sin supervisión a cargo de casos de alto riesgo
	Jefes de departamento asignados por razones distintas a las de mérito y capacitación
	Falta de supervisión de la adherencia de médicos a las normas y guías de atención
	Alta hospitalaria prematura de la mujer puérpera
(Falta de) cultura de seguridad de la paciente	Difusión de la responsabilidad y de la rendición de cuentas
	Adherencia insuficiente a normas y guías nacionales y hospitalarias
	Valoración insuficiente de signos vitales, incluso en casos de alto riesgo
	Médico de base ausente (durmiendo en el hospital o en práctica privada)
	Jerarquía hospitalaria por encima de las necesidades clínicas de la mujer
	Historias clínicas incompletas o cumplimentadas con valores predeterminados
Referencias y contrarreferencias	Se asigna responsabilidad de aportar sangre a la mujer embarazada y a su familia
	Falta de claridad en el criterio para referencias y práctica de referencias sin justificación clínica
	A muchas mujeres se les dice que vayan a otro hospital por su cuenta y sin avisar al hospital que se les sugiere ir
Infraestructura	Hospital que recibe carece de información sobre la condición de la mujer y del manejo previo
	Disponibilidad insuficiente de sangre
	Falta de ambulancias con o sin personal médico
	Abastecimiento irregular de agua potable en los hospitales
Condiciones de pobreza y desigualdad	Número limitado de camas en salas de cuidados intensivos y de incubadoras
	Presencia de anemia y malnutrición que pueden agravar las complicaciones obstétricas
	Adherencia incompleta al tratamiento o a toma de vitaminas debido a su reventa para cubrir otros gastos
	Recurso al aborto inseguro
	Presentación tardía en casos de complicación
	Temor a desvelar la situación irregular de residencia
	Ausencia de demanda de calidad en la atención por desconocimiento de derechos propios

Fuente: Elaboración propia.

La violencia obstétrica y la vulnerabilidad provocada

Los errores clínicos que los comités de revisión de mortalidad materna identificaron en cada caso reflejan, además, dos determinantes contribuyentes estructurales de estas muertes: primero, la desfinanciación y desorganización del sistema de salud y, segundo, la desidia del personal médico, expresada por la falta de sentido de la responsabilidad y de rendición de cuentas hacia la población que acude a los hospitales públicos. La financiación insuficiente de los sistemas de salud pública incluso en países de ingreso medio alto como la República Dominicana (PNUD, 2019) refleja que los segmentos de población que utilizan los servicios públicos, a pesar de ser la mayoría del país, no cuentan, o cuentan poco, para quienes toman las decisiones y asignan los presupuestos, negando así la posibilidad de que a la población que vive en situación de pobreza —ya sea de ascendencia dominicana o haitiana— se le otorguen los mismos derechos que al resto de la población.

Hablan las mujeres: Resistencia y adaptación a la vulnerabilidad estructural

Para indagar sobre el fenómeno de la desidia del personal médico como factor contribuyente a la mortalidad materna, que pude observar en algunas reuniones de discusión de caso de muerte materna, empecé a explorar el papel de la violencia obstétrica —la apropiación del cuerpo de la mujer por parte del personal de salud (Savage & Castro, 2017)— en la creación de la vulnerabilidad estructural. En 2017, como profesora e investigadora de la Universidad de Tulane, realicé un estudio con Virginia Savage³ en el que entrevistamos a mujeres que estaban recibiendo el alta de un hospital público en Santo Domingo justo después del parto. La mayoría de las que vivieron violencia obstétrica hablaron sobre ello como si no fuera gran cosa (Castro & Savage, 2019). Se habían resignado a aceptar la falta de privacidad, el trato duro por parte del personal médico y los retrasos en la atención como componentes esperados de la atención pública en salud y a soportar esos problemas solas, en el modo de autocontrol al que las ha sometido el régimen moral establecido para las personas que viven en situación de pobreza.

Descubrimos que solo las mujeres que temieron por su vida o la de sus recién nacidos, o que se dieron cuenta de que estaban siendo desatendidas, desarrollaron una mayor capacidad para reflexionar de forma crítica sobre las circunstancias coercitivas que eventualmente podrían causarles su muerte, comprender que su supervivencia dependía del personal del hospital y rechazar la violencia obstétrica de la cual fueron objeto (Castro & Savage, 2019). Quienes no temieron por su vida, desarrollaron formas de resistencia que han sido descritas como preferencia adaptativa, es decir, “la preferencia a aguantar el abuso” en respuesta a las opciones limitadas

³ Virginia Savage estudió Medicina, Salud y Sociedad en la Universidad de Vanderbilt, realizó una maestría en Salud Pública en la Universidad de Tulane y es doctora en Salud Pública por la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill.

que tienen a disposición las personas estructuralmente desfavorecidas (Nussbaum, 2001) o un “tipo especial de incapacidad para ejercer plenamente la capacidad de reflexión crítica que la mayoría de nosotros tenemos en mayor o menor grado: se trata de circunstancias que, o limitan nuestra conciencia de las opciones que tenemos en algún caso particular o nos hacen reconocer que las opciones que preferiríamos son inaccesibles, y así incentivar que no perdamos el tiempo aspirando a ellas (o tal vez incluso considerándolos seriamente)” (Terlazzo, 2016). Esta capacidad de adaptación, incorporación y naturalización de la subordinación, conocida también como violencia simbólica (Bourdieu, 1997), refleja los mecanismos por los que la vulnerabilidad estructural limita la autonomía personal para tomar decisiones (Quesada *et al.*, 2011) en los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención (Menéndez, 2018).

Son varias las circunstancias que obligan a las mujeres en situación de vulnerabilidad estructural a pensar que la violencia obstétrica es aceptable. Entre ellas, el pensar que el hacinamiento de los hospitales y otros problemas de infraestructura son la razón de la falta de privacidad, del lenguaje áspero y condescendiente del personal de salud, y de los retrasos en la atención. Estos malestares no son percibidos como la responsabilidad del personal hospitalario, sobre todo cuando este sigue medicalizando sus cuerpos y realizándoles diversos procedimientos clínicos a pesar del hacinamiento, factor que es percibido como externo a su propia condición de persona sometida a la voluntad del personal del hospital. Esta “tendencia abiertamente servil” (Terlazzo, 2016) inherente a las preferencias adaptativas explica por qué la mayoría de las mujeres de nuestro estudio perdieron su autonomía reproductiva y aceptaron la violencia obstétrica como la forma esperada de atención.

Las perspectivas de las mujeres sobre la buena y la mala atención destacan hasta qué punto la violencia obstétrica actúa como una forma coercitiva de gobernanza reproductiva en las maternidades públicas dominicanas, que se sustenta en la preferencia adaptativa y que crea vulnerabilidad estructural (Castro & Savage, 2019). La normalización de la violencia obstétrica limita las expectativas de las mujeres sobre la atención que reciben, reduce su disposición a expresar quejas, contribuye a la medicalización del parto y restringe la libertad de las mujeres en tomar las riendas de su propio proceso de parto y de ejercer su plena autonomía reproductiva.

Hablan los números: Frecuencia de la violencia obstétrica

En 2019 realicé, junto con el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil de la República Dominicana y con la financiación de UNICEF, un estudio observacional con una muestra estadísticamente representativa de 275 nacimientos en dos hospitales públicos dominicanos (Castro, 2020). El 25% de las personas que dieron a luz eran menores de edad. Encontramos 117 incidentes de violencia verbal y 24 incidentes de violencia física. Las formas más frecuentes de violencia verbal consistieron en que la mujer o niña embarazada o puerpera: recibió comentarios negativos sobre su etnia, color de piel u otras características físicas (23% de mujeres en un hospital y 7% en el otro); fue regañada o culpada por su salud o la de su recién

nacido; le gritaron, se burlaron de ella o la insultaron; y fue amenazada con violencia física, uso de algún procedimiento o privación de atención a ella o al recién nacido. Las formas más frecuentes de violencia física consistieron en que la mujer o niña embarazada o puérpera fuera pellizcada, amordazada, presionada contra la cama con fuerza, o abofeteada, golpeada o presionada fuertemente en el abdomen.

Habla el personal médico: Culpando a la víctima

También en 2019, para comprender las perspectivas de médicos y enfermeras sobre el concepto de violencia obstétrica y sus justificaciones de por qué ocurre, junto con Annie Preaux⁴ realizamos 92 entrevistas en tres hospitales públicos de la República Dominicana (Preaux & Castro, 2023). El personal de medicina y enfermería con frecuencia explicó que sus relaciones negativas con las mujeres —incluyendo el maltrato y la violencia obstétrica— eran el resultado de que las mujeres no colaboraban con su equipo de atención o no cumplían con sus instrucciones y órdenes. Algunos culparon a las mujeres por ser violentas y agresivas durante el trabajo de parto o dijeron que sus colegas culpaban a las mujeres porque eran incapaces de cumplir sus indicaciones. Muchos profesionales de salud también describieron estos *incumplimientos* de las mujeres como un inconveniente para los médicos y una fuente de frustración. Atribuyeron con frecuencia los *incumplimientos* y la *agresión* de las mujeres a ciertas características sociodemográficas, como su posición socioeconómica, educación, edad, paridad u origen geográfico (en particular por ser de Haití). Otros médicos y enfermeras dijeron que, aunque la falta de colaboración o cumplimiento era una causa importante del maltrato, los médicos eran los responsables de fomentar una relación positiva con sus pacientes y crear un entorno en el que las mujeres confiaran en ellos y se sintieran seguras durante la atención. Cuando fallaba la conexión con la mujer, hubo médicos y enfermeras que recurrían al abuso físico y verbal para obligarlas a cumplir las indicaciones durante el parto. Algunos médicos describieron la falta de cumplimiento de las mujeres como fuente de frustración y otros explicaron que el uso de la fuerza u otras formas de maltrato cuando las mujeres no cooperaban no era simplemente un acto de frustración, sino una acción necesaria para salvar la vida de la mujer y de su recién nacido (Preaux & Castro, 2023).

⁴ Annie Preaux estudió Antropología en la Universidad de Pittsburgh, y realizó la maestría y el doctorado de Salud Pública en la Universidad de Tulane. Es profesora asistente de Salud Pública en la Universidad Estatal de los Apalaches en Carolina del Norte.

La vulnerabilidad estructural como acto de provocación

En la República Dominicana, el personal clínico aprende a manejarse dentro de las limitaciones estructurales del sistema de salud, proporcionando atención para evaluaciones y procedimientos clínicos concretos, pero sin asumir la responsabilidad del continuo de la atención que necesita cada mujer. Incluso cuando sus intervenciones pueden ser clínicamente apropiadas para la circunstancia, la responsabilidad del manejo de cada mujer es tan difusa que nadie parece estar a cargo. Esta descarga de responsabilidad forma parte esencial de cómo los profesionales de la salud pueden navegar, tolerar y perpetuar la estructura del sistema de atención y, al hacerlo, crear las condiciones de vulnerabilidad estructural que desembocan en la violencia obstétrica y la mortalidad materna.

Los resultados de las investigaciones sobre la violencia obstétrica en la República Dominicana brindan evidencia de cómo la violencia estructural de una sociedad desigual se entrelaza en la vida de las personas a través de la vulnerabilidad estructural perpetrada por las personas que integran el sistema público de salud, lo cual tiene consecuencias significativas en términos de mortalidad materna y violencia obstétrica. En primer lugar, los datos revelan que la mortalidad materna y la violencia obstétrica no son eventos aislados o fortuitos, sino el resultado directo de un sistema de salud deficiente y desorganizado. La falta de financiamiento y recursos adecuados, así como la desidia y la falta de sentido de responsabilidad del personal médico hacia sus pacientes, son manifestaciones claras de una estructura de poder que perpetúa la vulnerabilidad y la violencia en la atención materna.

Segundo, los resultados muestran cómo la violencia obstétrica actúa como una forma coercitiva de gobernanza reproductiva, donde el personal de salud se apropia del cuerpo de la mujer para controlarlo. Esta apropiación se normaliza en la atención materna, limitando las expectativas de las mujeres y restringiendo su autonomía y capacidad de decisión. La violencia obstétrica se convierte así en una expresión directa de la violencia estructural incorporada en la vida de las mujeres embarazadas. Tercero, los datos recopilados destacan que la violencia obstétrica en los hospitales públicos está causada por la desidia y la discriminación por parte del personal médico (desidia y discriminación mayores si las mujeres son haitianas), que culpabiliza y responsabiliza a las mujeres por situaciones que escapan a su control, lo cual a su vez justifica y perpetúa el maltrato y la violencia como supuestas medidas para salvarles la vida.

El concepto de vulnerabilidad estructural proporciona una herramienta analítica para comprender cómo el poder y la violencia estructural se incorporan en la vida de las personas, generando altas tasas de mortalidad materna y violencia obstétrica. Por tanto, es fundamental abordar esos mecanismos para lograr una transformación social y garantizar una atención materna segura, respetuosa y libre de violencia.

Praxis, compromiso e investigación-acción

A pesar de la necesidad de identificar los procesos que crean vulnerabilidad estructural, es importante considerar las limitaciones que supone analizar sus causas con el solo objetivo de publicar una denuncia social (Tuck, 2009). En parte, porque publicar los resultados de una denuncia en un medio académico no equivale a actuar para el cambio social. Publicar un artículo otorga a quien lo escribe el beneficio de la credibilidad académica, aunque su escrito esté destinado a una audiencia, en su mayoría académica, desvinculada de las herramientas necesarias para el cambio social. Por ello es necesario comunicar los resultados a audiencias más amplias, que incluya tanto a la población estudiada como a la población que perpetúa la vulnerabilidad estructural.

Publicar una denuncia social sobre las causas de la vulnerabilidad estructural exclusivamente en medios académicos puede ir acompañado de un fenómeno extendido, que podría conceptualizarse como extractivismo académico y que consiste en una práctica según la cual quien investiga obtiene datos personales de sus "sujetos de estudio", comparte los resultados con sus pares académicos en congresos y artículos científicos e ignora a las poblaciones de donde extrajo los datos. El extractivismo académico puede ser, además, inmoral desde un punto de vista ético por realizar una denuncia a las espaldas de los "sujetos de estudio" de la investigación, aun pensando que se actúa por el bien de estas personas, ya que reproduce ciertas formas de opresión (Katz *et al.*, 2019; Kincheloe & McLaren, 1994).

En el caso del análisis de la violencia obstétrica, es indispensable visualizarla como problema y causa de la vulnerabilidad estructural para que deje de quedarse arrinconada e impune en los pasillos y las salas de los hospitales. Pero para evitar la investigación centrada en el daño (Tuck, 2009), los estudios sobre violencia obstétrica y otras consecuencias de la vulnerabilidad estructural deberían aspirar a la implicación, el compromiso y la corresponsabilidad por parte del equipo investigador para lograr la transformación social. Es decir, que tengan implícita una praxis, entendida como el nexo entre la teoría y la práctica (Gramsci, 1986), que a su vez se base en una articulación comprometida con el acto de investigar (Bourdieu, 2002; Fals Borda, 1968). Cuando, además, el equipo investigador estudia a personas que están vivas y que aportan su información personal, estas pueden constituirse en copartícipes del proceso de cambio social a través de la investigación-acción participativa (Fals Borda, 1973) y contribuir así a la construcción cultural del bien (Robbins, 2013) y no solo de la violencia.

Con el fin de llevar a la práctica esta construcción social del bien, desde la Red de las Américas para la Equidad en Salud (RAES) (Castro *et al.*, 2020) hemos emprendido el proyecto de investigación-acción Maternidad Segura y Respetuosa en América Latina (Proyecto MaSyR-RAES), lanzado en noviembre de 2023 (RAES, 2023). Confiamos en que las acciones que estamos desarrollando junto con actores nacionales, regionales e internacionales permitan lograr que la población de la región viva una maternidad segura y respetuosa y ejerza su autonomía reproductiva.

Referencias bibliográficas

- Boff, L. (1975). *Teologia da libertação e do cativoiro*. Multinova.
- Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes*. Éditions du Seuil.
- Bourdieu, P. (2002). Pour un savoir engagé. *Le Monde Diplomatique*. Recuperado de <https://www.monde-diplomatique.fr/2002/02/BOURDIEU/8602>.
- Bourgois, P. & Scheper-Hughes, N. (2004). Comments on Structural Violence. *Current Anthropology*, 45(3), 317- 318.
- Castro, A. (2019). Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork. Notes from Latin America. *Health and Human Rights*, 21(1), 103-111. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc6586976>.
- Castro, A. (2020). *Violencia obstétrica en la República Dominicana: Estudio epidemiológico observacional realizado en dos hospitales públicos*. UNICEF.
- Castro, A., Khawja, Y. & González-Núñez, I. (2007). Sexuality, Reproduction, and HIV in Women: The Impact of Antiretroviral Therapy in Elective Pregnancies in Cuba. *AIDS*, 21(5), S49-S54. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000298103.02356.7d>.
- Castro, A. & Savage, V. (2019). Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, 38(2), 123-136. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>.
- Castro, A., Sáenz, R., Avellaneda, X., Cáceres, C., Galvão, L., Mas, P., Ritterbusch, A. E., & Fuentes, M. U. (2020). La Red de las Américas para la Equidad en Salud: Inclusión, compromiso y acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e130. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.130>.
- CESDEM e ICF International. (2014). *Encuesta demográfica y de salud 2013*. Centro de Estudios Sociales y Demográficos e ICF International.
- Fals Borda, O. (1968). *Pour une analyse socio-politique engagée en Amérique Latine*. Institut de Sociologie, Université Libre de Bruxelles.
- Fals Borda, O. (1973). Reflexiones sobre la aplicación del método de Estudio-Acción en Colombia. *Revista Mexicana de Sociología*, 35(1), 49-62.
- Farmer, P. (1996). On Suffering and Structural Violence: a View from Below. *Daedalus*, 125(1), 261-283.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. University of California Press.
- Farmer, P. (2004). An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology*, 45(3), 305-317. <https://doi.org/10.1086/382250>.
- Galtung, J. (1969). Violence, Peace, and Peace Research. *Journal of Peace Research*, 6(3), 167-191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>.
- Galtung, J. (1975). *Peace: Research, Education, Action*. Christian Ejlert.
- Gandhi, M. (1965). *Fasting in Satyagraha: Its Use and Abuse*. R. K. Prabhu & Rabindra Kelekar.
- Ginsburg, F. D. & Rapp, R. (1995). Introduction: Conceiving the New World Order. En Ginsburg, F. D. y Rapp, R. (Eds.). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction* (pp. 1-17). University of California Press.
- Gramsci, A. (1986). *Cuadernos de la cárcel*. (Edición crítica del Instituto Gramsci, a cargo de Valentino Gerratana, Tomo 4). Ediciones Era.
- Gutiérrez, G. (1971). *Teología de la liberación: Perspectivas*. Centro de Estudios y Publicaciones.
- Gutiérrez, G. (1979). *La fuerza histórica de los pobres*. Centro de Estudios y Publicaciones.

- Gutmacher Institute. (2018). *Hoja informativa. Aborto en América Latina y el Caribe*. Gutmacher Institute.
- Katz, A. S., Hardy, B-J., Firestone, M., Lofters, A., & Morton-Ninomiya, M. E. (2019). Vagueness, Power and Public Health: Use of 'Vulnerable' in Public Health Literature. *Critical Public Health*, 30(5), 601-611. <https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1656800>.
- Kincheloe, J. L., & McLaren, P. L. (1994). Rethinking Critical Theory and Qualitative Research. En Denzin, N. & Lincoln, Y. (Eds.). *Handbook of Qualitative Research* (pp. 138-157). Sage Publications.
- Menéndez, E. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos Revista de Ciencias Sociales*, (58), 104-113.
- Ministerio de Salud Pública (2013). Perfil de la salud materna: ODM 5 República Dominicana.
- Ministerio de Salud Pública (2014). *Política nacional de sangre*. República Dominicana.
- Ministerio de Salud Pública (2022). Boletín Epidemiológico Semanal. Semana Epidemiológica Número 44. República Dominicana. Disponible en <https://digeppi.gob.do/documentos-epidemiologicos/boletines-semanales>.
- Morgan, L. M., & Roberts, E. F. S. (2012). Reproductive Governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 241-254. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>.
- Nussbaum, M. (2001). Symposium on Amartya Sen's philosophy: Adaptive Preferences and Women's Options. *Economics and Philosophy*, 17(1), 67-88. <https://doi.org/10.1017/S0266267101000153>.
- ONE y UNICEF (2016). Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2014. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística.
- ONE y UNICEF (2022). ENHOGAR-MICS 2019. Encuesta Nacional de Hogares de Propósitos Múltiples, con la metodología de Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, sobre la situación de niños, niñas, adolescentes y mujeres en la República Dominicana. Santo Domingo: Oficina Nacional de Estadística y UNICEF.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023). *Trends in Maternal Mortality 2000-2020*. OMS.
- Pérez-Then, E., Miric, M., & Castro, A. (2011). *Integración de la atención prenatal con los procesos de detección y manejo clínico del VIH y de la sífilis en la República Dominicana*. Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana.
- Preaux, A. & Castro, A. (2023). Obstetricians and the Delivery of Obstetric Violence: An Ethnographic Account from the Dominican Republic. En: Premkumar, A. & Davis-Floyd, R. (Eds.), *Obstetric Violence and Systemic Disparities: Can Obstetrics Be Humanized and Decolonized?* (pp. 23-43). Berghahn Books.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2019). *Human Development Report 2019. Beyond Income, Beyond Averages, Beyond Today: Inequalities in Human Development in the 21st Century*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Recuperado de <http://hdr.undp.org/en/2019-report>.
- Quesada, J., Hart, L. K. & Bourgois, P. (2011). Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339-362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>.
- RAES, (2023). *Estrategias para asegurar el acceso a la atención integral de las mujeres gestantes, con el fin de reducir el sufrimiento, la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal*. Encuentro por la Equidad: Saberes locales en salud para la transformación global. Red de las Américas para la Equidad en Salud, Universidad de Costa Rica.
- Robbins, J. (2013). Beyond the Suffering Subject: Toward an Anthropology of the Good. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 19(3), 447-462. <https://doi.org/10.1111/1467-9655.12044>.

- Savage, V. & Castro, A. (2017). Measuring Mistreatment of Women during Childbirth: a Review of Terminology and Methodological Approaches. *Reproductive Health*, 14(138), 1-27. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>.
- Suh, S. (2018). Accounting for Abortion: Accomplishing Transnational Reproductive Governance through Post-Abortion Care in Senegal. *Global Public Health*, 13(6), 662-679. <https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1301513>.
- Terlazzo, R. (2016). Conceptualizing Adaptive Preferences Respectfully: an Indirectly Substantive Account. *Journal of Political Philosophy*, 24(2), 206-226. <https://doi.org/10.1111/jopp.12062>.
- Tuck, E. (2009). Suspending Damage: a Letter to Communities. *Harvard Educational Review*, 79(3), 409-427. <https://doi.org/10.17763/haer.79.3.n0016675661t3n15>.



Capítulo 4

Lo que esconde la lógica de la elección en la atención institucional del parto en Chile

*Michelle Sadler*¹

Entrada: Las expectativas frustradas²

En su comuna de residencia, Carla acudió a los cinco talleres de educación prenatal que ofrecía su consultorio de salud, en el marco del modelo de parto personalizado impulsado por el gobierno. Aprendió sobre la importancia de que fuera protagonista de su experiencia de parto y sobre los beneficios del parto fisiológico. Decidió preparar un plan de parto, que presentó en la maternidad del hospital público donde sería atendida. La profesional que recibió el documento lo colgó en el muro de la sala de descanso de las matronas, riéndose de la joven que creía estar en un servicio de salud privado. Cuando Carla llegó al hospital el día de parto, vivió una atención en extremo medicalizada y se burlaron de su expectativa de vivir su parto ideal.

Mabel deseaba vivir un parto respetado y sin intervenciones obstétricas de rutina, y si bien estaba afiliada al sector público de salud, hizo un gran esfuerzo económico para poder costear la atención en el sector privado, pensando que de ese modo tendría garantizada dicha atención. Buscó un obstetra que promovía el parto *natural*, para darse cuenta el día de parto que no se respetarían sus deseos. A pesar de no haber un motivo médico que lo justificara y sin siquiera informarle, le inyectaron oxitocina artificial indicándole que se trataba solo de suero para mantenerla hidratada. Durante su trabajo de parto vivió una serie de intervenciones de rutina

¹ Antropóloga social y maestra en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile; MSc en Antropología Médica, Universidad de Oxford; doctora en Antropología y Comunicación, Universitat Rovira i Virgili. Investigadora adjunta, Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez, Chile; directora, Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. Orcid.org/0000-0002-3895-047X. Correo electrónico: michelle.sadler@ovochile.cl.

² Agradezco a todas las personas cuyos testimonios dan forma a este texto, quienes compartieron generosamente sus experiencias.

que ella no deseaba y sin su consentimiento, tras el parto le desprendieron manualmente la placenta, la separaron casi de inmediato de su bebé, no les permitieron el alojamiento conjunto y a su bebé lo alimentaron artificialmente.

Sandra se atendía en salud privada y, dadas las altas tasas de cesárea de dicho sector, se informó para contar con un equipo que privilegiara el parto vaginal. Ingresó a la maternidad con contracciones, temprano una mañana, y el equipo le sugirió realizar aceleración oxitócica para que el trabajo de parto fuera más corto y tuviera energías para llegar hasta el final. Ella aceptó, pensando que era *por su bien*, como le dijeron. Las contracciones y el dolor se intensificaron y decidió aceptar la epidural, a pesar de que había esperado no tener que recibirla. Le repitieron varias veces que estaban haciendo todo lo posible por lograr su parto vaginal, pero que se estaba dilatando muy lentamente. A la hora del almuerzo la ingresaron al pabellón para una cesárea, pues su parto no progresaba, lo cual, le dijeron, era muy peligroso para su bebé. Lo que Sandra no sabía era que desde su ingreso, esa mañana, el pabellón para su cesárea estaba reservado para las 13:00 h del mismo día.

A Evelyn, afiliada a salud pública, le correspondía atenderse en el hospital de su comuna de residencia, el cual tenía muy mala reputación en atención de partos. Buscando evitar una mala experiencia, cuando llevaba varias horas de trabajo de parto, acudió a un hospital de mejor reputación, en otra comuna, para que no pudieran negarle la atención. Sin embargo, cuando la examinaron, tenía 3 cm de dilatación y la derivaron de regreso a su hospital inicial de referencia. En dicha maternidad vivió una experiencia cargada de malos tratos y recriminaciones por no haber acudido ahí en primer lugar. Evelyn lamenta no haber *aguantado más* para llegar al *mejor* hospital con un trabajo de parto más avanzado y haberse podido quedar ahí, como ha escuchado que han hecho otras mujeres.

Maira vivía en una región en la que hay solo un hospital de referencia, del cual había escuchado malas experiencias de parto. No contaba con recursos económicos para trasladarse a otra región, como habían hecho algunas de sus primas. Para recibir una *buena* atención, las mujeres de su familia le recomendaron *portarse bien*: evitar quejarse o gritar y seguir todas las indicaciones del equipo médico sin cuestionamientos. Estuvo en parto durante doce horas, durante las cuales no le permitieron tomar líquidos ni comer, tampoco deambular. Una matrona y cinco de sus alumnas le practicaron tactos vaginales sin dirigirle la palabra. Maira se quedó *calladita y tranquilita* para que la trataran bien, y de hecho no le gritaron como a otras mujeres que sí se quejaban en voz alta.

Todas estas mujeres deseaban ser tratadas con dignidad y algunas tenían una clara preferencia por un parto vaginal y sin intervenciones obstétricas de rutina. Todas desplegaron estrategias para conseguir la mejor atención dentro de sus posibilidades; todas sintieron en sus hombros la responsabilidad de utilizar dichos recursos para conseguir una atención respetuosa y alineada con sus expectativas. Pero, lamentablemente, no consiguieron la atención que deseaban.

De esto habla el presente capítulo. De un contexto país —Chile— en el cual se cuenta con una década y media de programas para una atención integral en el parto, que no han tenido el impacto esperado hasta la fecha (Binfa *et al.*, 2016; OVO

Chile, 2018; Sadler, 2021). En el año 2007 se comenzaron a implementar políticas y programas de salud tendientes a instalar el modelo de atención de nacimiento “personalizado” (MINSAL, 2008; Ley N°20.379, 2009; ChCC, 2015). Este modelo, al que también voy a referirme como *humanista* (Davis-Floyd, 2018), busca reducir el intervencionismo obstétrico excesivo e innecesario, relevar las dimensiones psicosociales del cuidado y entregar herramientas para que las personas usuarias estén en el centro del cuidado (MINSAL, 2008).

Desde entonces, se ha ido integrando dicho modelo de atención en las mallas curriculares de las carreras afines de salud, capacitando a los equipos de salud que se encuentran en práctica en el modelo de atención y mejorando la infraestructura de diversas maternidades públicas a lo largo del país. El sector privado, por su parte, ofrece cada vez una mayor oferta de programas de parto *normal o natural*, queriendo destacar mediante dichos adjetivos que se busca evitar intervenciones obstétricas y cesáreas sin motivos médicos que las justifiquen. Desde el inicio del nuevo milenio, además, se ha ido fortaleciendo un movimiento de la sociedad civil que primero abogaba por el parto *humanizado* y que —durante la última década— denuncia la violencia obstétrica (OVO Chile, 2018). Todo lo anterior se ha traducido en que las mujeres cuenten con mayor información y demanden, cada vez con mayor fuerza, la entrega de una atención personalizada. Y si bien algunas, y cada vez más mujeres, viven una atención digna, son aún muchas quienes no lo consiguen.

Esto, en un contexto país en el cual el 99,6% de los partos ocurrió en instituciones médicas en el 2017 (INE, 2019), con indicadores de intervenciones obstétricas excesivamente elevados (Binfá *et al.*, 2016; OVO Chile, 2018; Sadler, 2021) y con una tasa nacional de cesáreas que alcanzó el 59% en 2021 (Subsecretaría de Salud Pública, 2022). Se trata de uno de los países que se encuentran en el extremo de *mucho, muy pronto (too much, too soon)* en la atención obstétrica, los cuales se caracterizan por una sobremedicalización de la gestación y el parto, con uso rutinario de intervenciones obstétricas, costos excesivos para los sistemas de salud, y que se asocia habitualmente al abuso y falta de respeto sistemáticos de las mujeres usuarias de dichos sistemas (Miller *et al.*, 2016).

En este trabajo planteo que, tras una década y media de esfuerzos por implementar el modelo personalizado de atención, se han producido cambios más bien superficiales y no a nivel del paradigma de atención. A pesar de que aparentemente habría una mayor *oferta* de instituciones y equipos de atención que adscriben al modelo personalizado, y una mayor posibilidad de elección y agencia en la toma de decisiones por parte de las mujeres respecto al nacimiento; las auténticas opciones de optar al modelo son muy limitadas y prima la desautorización de las mujeres en la forma de violencia epistémica y obstétrica. El capítulo presenta algunos resultados de mi tesis doctoral (Sadler, 2021) y se basa tanto en hallazgos de diversos estudios

realizados en Chile durante la última década, como en mi experiencia de trabajo en el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVO Chile) a partir del año 2016³.

La perversa lógica de la elección

Dentro del gran territorio biomédico institucional de atención del parto, se configuran dos subsistemas que presentan grandes diferencias en la organización del cuidado: el público y el privado. El sector público, en el que se atiende alrededor del 60% de los partos del país (Subsecretaría de Salud Pública, 2022), presenta una gran presión asistencial y menor proporción de médicos y matronas por usuaria que el privado, traduciéndose esto en la imposibilidad de que la atención de parto sea de una (un) profesional por usuaria en trabajo de parto, y de que haya continuidad del mismo equipo de atención desde la gestación hasta el parto. Ello, en el contexto de que el sistema de salud público tiene un importante déficit de infraestructura hospitalaria, poca privacidad en la atención y un bajo nivel de salarios para los profesionales (Goic, 2015). Los procesos de gestación y parto que no presentan complicaciones son atendidos principalmente por matronas, y los obstetras participan en casos de problemas de salud y en los partos instrumentales y cesáreas. A diferencia del sector público, en el privado se cuenta —en general— con mejor infraestructura y mejores servicios de hotelería, además de continuidad de la atención por el mismo equipo profesional. El obstetra es el profesional de cabecera que atiende a la mujer desde la gestación hasta el parto y solo desde las últimas semanas de gestación se suma una matrona al equipo, con un rol secundario.

Las mujeres se pueden afiliar a la red pública de atención en el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) o a la privada en Instituciones de Salud Previsional (Isapres), según su posición socioeconómica y capacidad de pago. En Fonasa, quienes no cotizan, por ser personas indigentes o carentes de ingresos, acceden al tramo A, con gratuidad en el sistema público de salud. Estas mujeres solo pueden acceder a la atención de parto en la Modalidad de Atención Institucional en la red pública de instituciones asignadas por comuna de residencia. Por otra parte, quienes aportan un 7% de su sueldo imponible a Fonasa (tramos B, C o D), pueden optar a ser atendidas en la

³ Los testimonios de mujeres provienen de la *Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile* (OVO Chile, 2018). En esta encuesta, además de 70 preguntas de selección múltiple, se incluyó una pregunta abierta en la cual las mujeres podrían extenderse en su narrativa de parto. Dicha pregunta tuvo 8.696 respuestas, la mayoría de ellas con detallados relatos de la experiencia vivida, de las cuales tomo breves extractos para este capítulo. Los nombres utilizados para identificar a las mujeres son seudónimos; el número que les sigue es el número del testimonio al que corresponde (del total de 8.696). Por su parte, los testimonios de matronas y obstetras provienen principalmente de entrevistas y grupos de discusión realizados en el marco del Proyecto FONIS SA13I20259 (Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, Gobierno de Chile) titulado *Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea*, entre los años 2013 y 2017. Tras cada extracto de testimonio, se identifica a qué especialidad de atención corresponde, seguido por el número de entrevista o del grupo en que dicha persona participó, de un total de 28 matronas/es y 14 obstetras participantes. El detalle metodológico de ambos estudios se encuentra en Sadler, 2021. Además, se incluyen resultados de otras cuatro entrevistas en profundidad y de dos grupos de discusión (con 10 participantes en total) realizados en 2021 con obstetras del país, proceso metodológico que se detalla en Sadler & Leiva (2023).

Modalidad de Libre Elección, en la red privada, en caso de cumplir ciertos requisitos de salud, mediante el pago de bolsillo del bono PAD Parto.⁴ En estos casos, pueden elegir entre una serie de instituciones y equipos que prestan servicios a través de dicho bono. Por último, las mayores posibilidades de *elección* las tienen las afiliadas a Isapres, que pueden hacer uso de la red privada de sus territorios y escoger entre las opciones disponibles según su convenio y capacidad de pago de bolsillo. Tanto para afiliadas de Isapres como para quienes utilizan el bono PAD Parto, las opciones disponibles varían mucho según territorios, habiendo regiones con una oferta mucho más restringida —incluso de solo una institución privada— que otras.

Durante la atención del parto, los sectores público y privado presentan tasas de intervención obstétrica similares y muy por encima de las recomendaciones (a excepción de la cesárea, que se comportan de forma muy diferente). En la muestra de casi 6.000 experiencias de parto ocurridas entre 2014 y 2017, reportadas en la encuesta OVO Chile (2018), un 85% de las mujeres atendidas en salud pública y un 82% en salud privada manifestó haber tenido monitorización fetal continua, y un 52% y 45%, respectivamente, administración de oxitocina sintética. A un 44% de los casos en el sistema público y a un 40% en el privado se les practicó la rotura artificial de membranas, a un 27% en el público y a un 32% en el privado la maniobra de Kristeller, y a un 44% y 41% una episiotomía, respectivamente. Cuando se analiza el trato que recibieron las mujeres, la situación es diferente, y se reportan muchos mayores abusos en el sistema público que en el privado. La misma encuesta muestra que el doble de mujeres se sintió omitida y/o acallada durante la atención en salud pública en comparación a la privada, el triple sintió que la expresión de sus emociones fue criticada, y el cuádruple vivió algún tipo de abuso físico en el primer sector con respecto al segundo. Esto, además, se agrava en el caso de las mujeres con los niveles de escolaridad más bajos: aquellas cuya educación llegó hasta el nivel básico (incompleto o completo) reportaron vivir seis veces más abusos físicos que quienes cursaron posgrados universitarios, cinco veces más expresiones de lenguaje grosero, sarcástico o humillante; y cuatro veces más amenazas de parte del personal de salud. Podríamos entonces argumentar que estas mujeres viven situaciones de vulnerabilidad estructural, estando en riesgo de resultados de salud negativos por su posición en un orden social jerárquico que está incrustado en diversas redes de relaciones y efectos de poder (Quesada *et al.*, 2011; Bourgois *et al.*, 2017).

Las más habituales experiencias de violencia vividas por las mujeres en la atención pública ayudan a explicar la deseabilidad por transitar hacia el sector privado, como sugieren los testimonios que siguen:

⁴ PAD es el acrónimo para “Pago Asociado a Diagnóstico”, programa que se creó a inicios del nuevo milenio con el objeto de incentivar la eficacia en la atención médica. Se trata de un paquete de procedimientos médicos y quirúrgicos, con un precio fijo para las prestaciones incluidas en el programa, en los establecimientos asociados al convenio. El Programa busca reducir los trámites administrativos relativos a efectuar cobros por diferencias no bonificadas por Fonasa y evitar las listas de espera por insuficiencia de oferta en el sector público (Salazar, 2013). Fonasa cobra al beneficiario el copago correspondiente a la prestación otorgada y paga al prestador un monto igual al valor de la atención definido por el PAD. El valor total del PAD Parto en 2023 fue de 1.305.380 pesos chilenos (alrededor de USD 1500, con tasa de cambio de diciembre 2023), de los cuales Fonasa aporta el 75% (www.fonasa.cl/sites/fonasa/parto).

La atención en el sistema público es pésima, médicos y matronas se sienten con el derecho de tratarte mal solo porque te atiendes gratis. (Karen, 8218)

Sentí y siento rabia por no haber tenido dinero y haber tenido que parir en el mata-sanos. Me sentí humillada por ser pobre. Mi segunda hija la tuve en una clínica y me di cuenta de lo diferente que era parir con plata. Me trataron bien, me trataron como persona. Todo por pagar. (Solange, 8206)

La percepción de una mejor atención en el sector privado es bastante generalizada, lo cual se asocia a menudo con el hecho de que hay un pago de por medio: “[Mi experiencia] fue muy buena, pero en una clínica muy cara por lo que no esperaba menos” (Esperanza, 7474); “Fue muy respetado, muy amorosos todos, un gran equipo; lástima que una debe pagar por una mejor atención” (Jennifer, 7477). En esta misma línea, la mayoría de las mujeres que han sido atendidas tanto en salud pública como privada, consideran que en el último sector tuvieron una mejor experiencia, como describe Pía: “Mi primer hijo la experiencia fue un desastre, pero aprendí que en las clínicas no pasan esas cosas, mis dos hijos menores nacieron en clínica y no tuve ninguna mala experiencia” (Pía, 5761). En ambos sectores de salud, hay maternidades que a nivel institucional tienen un enfoque más alineado o menos alineado con el parto humanista y, más importante aún, hay profesionales de salud que adhieren más y menos con sus principios.

Por último, además de las opciones institucionales de parto, en Chile existe la posibilidad de optar a un parto en casa. No está regulado oficialmente, ni cubierto por seguros de salud, por lo cual el pago para el equipo de salud debe hacerse de bolsillo y se transforma en una opción de élite. Si bien representa menos del 1% de los partos, ha ido en creciente aumento, en especial desde el inicio de la pandemia de COVID-19 (Márquez, 2019; Rodríguez-Garrido & Goberna-Tricas, 2021; Sadler *et al.*, 2021).

En el escenario descrito, las mujeres y sus familias recorren diversas y múltiples trayectorias de atención, mediadas por una multiplicidad de imaginarios en torno al parto: desde atenderse en la opción que por defecto les ofrece su seguro de salud, hasta una muy intensa búsqueda de instituciones y equipos que se alineen con sus enfoques y expectativas. Las opciones se multiplican a mayor capacidad de pago, habiendo cada vez más maternidades que ofrecen *tipos* de partos entre los cuales elegir. Como ejemplo, una clínica de la ciudad de Santiago ofrece el programa Mi Parto Natural, diferenciándolo del *parto en ambiente tradicional*. En este nuevo programa; “las madres tienen la posibilidad de ser verdaderas protagonistas del momento del nacimiento [...] sin descuidar su seguridad ni la de su hijo”. Se describe el parto como uno en el que: “la pareja participa del proceso y expresa sus necesidades y preferencias con anterioridad, con el objetivo de que el nacimiento sea tan fisiológico como sea posible, evitar las intervenciones que son prescindibles y resguardar la seguridad tanto de la mamá como del bebé”⁵. En este ejemplo, vemos cómo el modelo de atención que debiera presentarse como un derecho, se transforma en una opción.

⁵ Recuperado de <https://www.clinicauandes.cl/centros-y-programas/programas-medicos/mi-parto-natural>.

Como muestro en mi tesis doctoral (Sadler, 2021), en el sector privado, en el caso de que se desee una atención con intervenciones obstétricas y/o cesárea programada sin motivos médicos que la justifiquen, la búsqueda es en general sencilla y las expectativas/solicitudes de las mujeres son cumplidas en la gran mayoría de los casos. Pero cuando se busca una atención integral que limite las intervenciones obstétricas, la tarea es más difícil y las mujeres coinciden en que se requiere contar con la información que permita distinguir entre equipos que verdaderamente entregan dicho cuidado de aquellos que solo lo prometen. Dada esta desconfianza, el recorrido puede incluir varias instituciones y equipos médicos:

“Mi pareja y yo nos informamos mucho durante la gestación, fuimos a cuatro médicos antes de quedarnos con nuestro doctor”. (Nieves, 96)

“Visité a tres médicos y elegí el que me dio la tranquilidad de que el parto sería mío”. (Katia, 569)

“Me preocupé de buscar una excelente matrona, y de cambiar de obstetra apenas noté que el profesional no me escuchaba realmente”. (Daniela, 5790).

Y, lamentablemente, muchas mujeres son engañadas:

“Me vendieron un servicio sobre parto respetado y natural que en la realidad no fue tal”. (Aline, 6306)

“No se cumplió nada de lo que prometieron”. (Francesca, 4180)

“El equipo médico que me atendió [nombres], nos mintió en cuanto a la línea que seguían”. (Ángeles, 195)

Como vemos, pareciera que el acceso a una atención digna es en buena parte responsabilidad de las propias mujeres, en procesos donde su *autonomía* para la toma de decisiones se presenta como central. Este concepto es protagonista en los programas y políticas de salud del país. Como ejemplo, en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva se plantea que: “La autonomía se refiere a las habilidades que poseen las personas para ser independientes y responsables, estableciendo la capacidad de determinar por sí mismas lo que es mejor para su vida sexual y reproductiva” (MINSAL, 2018, p. 35). Se trata, como han planteado diversas autoras, de una comprensión limitada del concepto, que lo reduce a la capacidad individual para hacer elecciones en materia de salud (Mumtaz & Salway, 2009; Osamor & Grady, 2016; Chadwick, 2018; Cohen Shabot, 2020). Esta posibilidad de elegir entre opciones de atención se enmarca en concepciones de subjetividad *neoliberalizadas* —sin ánimo de simplificar ni reducir la complejidad de dicho concepto— que permean la forma en que se provee el cuidado de salud. En estas dinámicas, se traspasa a los individuos la responsabilidad de su propio cuidado, restándole protagonismo a los procesos estructurales que median la salud (Turrini, 2015). Annemarie Mol plantea que en este tipo de dinámicas prima una “lógica de la elección”, la cual entrega la ilusión de que los *pacientes* se tornan más activos y libres ya que pueden escoger y conocer lo que

eligen⁶. Se asume que las mujeres analizarían los pros y contras de los datos que se les presentan para realizar sus elecciones de manera *autónoma* y que, por tanto, una buena elección dependerá del equilibrio entre ventajas y desventajas (Mol, 2008). Sin embargo, es necesario reconocer las fallas en el supuesto de que las mujeres y parejas sean capaces de tomar decisiones *libres* acerca de la naturaleza de la atención médica: la gama de opciones que se presentan puede ser limitada y no basada en la evidencia y, más aún, la posibilidad de elección no está siempre disponible y cuando lo está, no todas las mujeres pueden escoger (Sadler *et al.*, 2016); un punto sobre el que se enfoca Castro, también en este volumen. Diversos factores socioculturales, económicos y territoriales llevan a que las mujeres de menores ingresos y de regiones extremas tengan muchas menos alternativas de atención que las más privilegiadas. E incluso entre estas últimas hay un largo camino entre acceder a información fiable, a instituciones y/o equipos de atención que promuevan una atención humanista, y que efectivamente se genere dicho contexto de atención.

De la falacia de la elección a la culpa

¿El perjuicio económico del parto vaginal?

Ahora bien, veamos cómo se posicionan los y las profesionales de atención del parto respecto a estas cuestiones. Al pedir a matronas/es y obstetras su opinión de la situación del parto en el país, la gran mayoría toma una posición crítica, mencionando la persistencia de una cultura del parto extremadamente medicalizada y difícil de cambiar, que está instalada en los imaginarios y prácticas de los equipos médicos y en la población en su conjunto. Aquellos profesionales más alineados con una visión tecnocrática del nacimiento ponen más peso en causas del problema que de alguna manera se consideran *externas* a sus propias prácticas, como la solicitud materna de intervenciones obstétricas y la judicialización de la obstetricia, y son menos críticos de sus propias influencias en el escenario actual de la atención del nacimiento. Por otro lado, aquellos que adhieren más a un enfoque humanista del parto, dan mayor peso a factores estructurales como los incentivos económicos para la realización de intervenciones, y a los enfoques personales de los equipos de atención. De entre estos elementos, hay algunos que se comportan de forma transversal a los sectores de atención de salud, como la medicalización del parto, los enfoques personales de los/as profesionales de atención y la judicialización de la medicina. Los elementos que juegan de formas diferenciadas son el requerimiento

⁶ La autora toma el concepto de “lógica” de la filosofía para aludir a la racionalidad de las prácticas en estudio; el cual invita a explorar lo que se considera o no apropiado hacer en un espacio o situación determinada. El concepto alude a una coherencia que es a la vez local, frágil y pertinente, y que no es necesariamente obvia para todas las personas involucradas; pudiendo estar presente de manera implícita encarnada en prácticas y objetos (Mol, 2008).

materno de intervenciones y los incentivos económicos que permean la atención (Sadler, 2021; Sadler & Leiva, 2023).

La solicitud de intervenciones y en especial de cesáreas por parte de la mujer es posible casi exclusivamente en el sector privado de atención. Por ser el sector que concentra las cesáreas del país, el alza de esta cirugía ha sido muchas veces injustamente atribuida a las mujeres. Como ejemplos, un artículo escrito por dos gineco-obstetras chilenos en 2012 afirmaba que entre los factores no médicos con mayor probabilidad de influir en el aumento de las cesáreas estaba la solicitud materna (Fariás & Oyarzún, 2012); y el titular de un importante periódico chileno en 2014 decía que “las mujeres con seguro médico privado prefieren las cesáreas” (Fernández & Sandoval, 2014). Al contrario de estas ideas, las mujeres manifiestan una clara preferencia por el parto vaginal, como lo demuestran varios estudios en el país: una preferencia de un 78% en el estudio de Angeja *et al.* (2006) con mujeres embarazadas (con un 13% que se declararon indecisas); de 89% en un estudio con estudiantes universitarias que deseaban tener hijos en el futuro (Weeks, Sadler & Stoll, 2020), y de 80% en una muestra de mujeres que habían vivido cesáreas en el pasado (Sadler *et al.*, 2018). En este último estudio, sólo el 6,6% de las mujeres que habían tenido al menos una cesárea en los 10 años anteriores declaró haber solicitado el procedimiento.

En contextos donde los obstetras se sienten presionados para justificar altas tasas de cesáreas, la “solicitud materna” opera como una forma de transferir su propia responsabilidad hacia las mujeres (Gamble & Creedy, 2000). Diversos estudios tanto fuera de Latinoamérica (Hodnett, 2002; Davis-Floyd, 2003; McCourt *et al.*, 2007; Panda, Begley & Daly, 2018), como en la región (Salgado, 2012; Bernal-García & Nahín-Escobedo, 2019; Smith-Oka & Flores, 2022; Sadler & Leiva, 2023), han mostrado que son los enfoques y preferencias de los obstetras, mucho más que los de las mujeres, los que inciden en el desempeño de las cesáreas.

Esto puede verse reflejado en las tasas diferenciales de cesáreas entre los distintos subsistemas de atención en Chile. En el año 2017 la tasa de cesáreas en la Modalidad Institucional de Atención de Fonasa (sector público) fue de un 28%; en el sector de mujeres afiliadas a Isapres (sector privado), de un 62%; y en aquellas mujeres atendidas mediante el bono PAD Parto (afiliadas a Fonasa que transitan al sector privado), fue de un 72% (Subsecretaría de Salud Pública, 2018). De estos subsistemas, las tasas en los sectores público y privado han permanecido relativamente estables durante los últimos años, sin embargo, en los partos atendidos mediante el PAD Parto, la cesárea ha experimentado un fuerte aumento (Subsecretaría de Salud Pública, 2018). Esto se torna especialmente grave por cuanto un cuarto de los partos del país suceden bajo esta modalidad (De Elejalde & Giolito, 2019).

Estas diferencias se pueden explicar principalmente por el mayor incentivo económico que implica la realización de cesáreas en el sector privado de atención, lo cual ha sido reportado en todo el mundo (Anónimo, 2015; Geirsson, 2016). En Chile, en el sector público, el equipo de salud recibe un sueldo fijo, con independencia del tipo de prestaciones que entregue. Por tanto, la optimización del tiempo de atención y la práctica de más o menos cesáreas no influye en sus ingresos. Pero, en el sector privado, el pago para instituciones y equipos de atención se realiza principalmente

por prestación, lo que permite aumentar los ingresos mientras más procedimientos se realicen. Una cesárea ocupa menos de una hora de tiempo de un obstetra, el prestador principal de la atención en el sector privado, y además le permite acomodar la agenda para maximizar la cantidad de atenciones que realiza. Asimismo, le permite a la institución optimizar el uso de sus pabellones y de su personal.

La gran mayoría de los obstetras entrevistados en nuestros estudios reconocen estos incentivos, llegando incluso a afirmar que el parto vaginal implica un perjuicio económico: *“Es diferente programar una cesárea en un horario adecuado que no interrumpa las citas de tus pacientes que el parto fisiológico, que comienza en cualquier momento y constituye un daño económico significativo”* (obstetra, E3). Incluso, un ex ministro de Salud, el Dr. Jaime Mañalich, declaró que: *“Como hay un incentivo económico muy grande para que los médicos realicen cesáreas, tenemos una de las cifras más altas del mundo en el sector privado”* (INDH, 2016). Es en este contexto que dichos incentivos no solo permiten, sino que fomentan que se programen los nacimientos para acomodar las agendas de los/as profesionales de atención y aumentar así sus ingresos. Estos factores ayudan a explicar por qué las cesáreas se duplican en el sector de salud privado en comparación con el sector público, a pesar de que la población atendida en el primero de estos sectores es más saludable que la del segundo.

¿Y qué ocurre con el PAD Parto? Se trata de una modalidad que supera en 10% las tasas de cesárea del sector privado de afiliadas a Isapres. El valor total del PAD Parto —incluyendo infraestructura clínica, insumos y honorarios médicos— es similar al honorario que un obstetra recibiría por una cesárea en las clínicas más costosas del país. Se trata de un paquete de muy bajo costo para el sector privado, por tanto, se optimiza el ingreso económico por volumen de partos atendidos, como plantea uno de los obstetras entrevistados: *“Por eso se privilegia que todo se haga rápido, se convierte en una cuestión de volumen”* (obstetra, E9). En esta lógica, es solo por un alto número de partos —o, para precisar, de cesáreas— que los/as profesionales e instituciones pueden *compensar* económicamente los bajos retornos de los procedimientos del PAD Parto. Otra obstetra afirmó:

Mirándolo con frialdad, es la ecuación de tiempo/dinero lo que cuenta. Tristemente en el PAD es muy difícil decirle a un médico que intente ir a un parto vaginal en 8 horas y gane 200.000 pesos [pesos chilenos], cuando él puede ganar mucho más que eso en menos de una hora [practicando una cesárea]. (Obstetra 2, GD1)

Se aprecia entonces cómo en el caso de las cesáreas, la vulnerabilidad estructural de las mujeres gestantes opera en un sentido inverso al del (mal)trato: aquí son las mujeres de mayores recursos económicos las que están en mayor riesgo de vivir una intervención innecesaria por el hecho de poder acceder a la atención privada.

En este escenario, no es difícil imaginar cómo los/as profesionales de la atención pueden adecuar las recomendaciones clínicas para su propio beneficio. De hecho, así lo reconocen:

Si la mejor opción para uno es una cesárea, es terriblemente fácil, uno puede buscar entre miles de argumentos que van a convencer a la paciente. (Obstetra, E11)

Como existe una asimetría en la relación [...], si tú le dices la verdad a medias a la paciente, esta puede creer que es el mismo riesgo tener un parto normal que una cesárea. Y cuando te das cuenta que a la cesárea le puedes poner hora y organizarla, es más cómodo. (Obstetra, E6)

Como ya adelantábamos, esto puede además quedar *disfrazado* como solicitud materna. Uno de estos mismos médicos agrega que: “*Después analizamos los casos, y ante el ¿por qué se operó?, decimos que fue por solicitud materna*” (obstetra, E11). Esto se confirma en las experiencias de las mujeres, quienes pueden convencerse de la necesidad de intervenciones y cesáreas hasta el punto de solicitarlas ellas mismas.

La injusticia epistémica

Tenemos, entonces, mujeres que desean vivir partos dignos, ser bien tratadas, y que en su gran mayoría preferirían vivir partos vaginales. Sin embargo, más de la mitad vivirá cesáreas y muchas pasarán por intervenciones obstétricas innecesarias y por experiencias de maltrato y violencia obstétrica en sus diversas formas. La responsabilidad de estas situaciones se pone —en el marco de la lógica de la elección y de la individualización de las decisiones en salud— en las mujeres mismas más que en el sistema de salud y en la estructura del cuidado: “[Las mujeres] *están muy desinformadas, entonces dejan que les hagan cualquier cosa*” (matrona, GD2); “*La mujer llega muy mal preparada a tener un parto*” (obstetra, E2). Además de la falta de *preparación*; el personal de salud puede también atribuir a las mujeres una serie de condiciones emocionales y de carácter —la mayoría de corte sexista— que justifican que no puedan ejercer su agencia durante el trabajo de parto y el parto, y que ellas muchas veces internalizan y transforman en culpa. Algunas mujeres estarían *desempoderadas* o no tendrían el carácter necesario para hacer valer sus derechos, como plantea una matrona: “*Hay mujeres que cualquier cosa que les digan la van a aceptar porque están tan desempoderadas*” (matrona 2, GD2). Y las mujeres así lo reflejan: “*Me arrepiento de no haber tenido la capacidad ni el empoderamiento para decir no quiero esto*” (Mariana, 2126); “*Yo tampoco me empoderé y me consumió el miedo a parir, al dolor, a confiar que alguien me podía sostener*” (Pati, 3438).

Se puede sumar también el apelativo de *cobarde* que aparece en diversos testimonios de mujeres, tanto recordando cómo las trataba el personal de salud, como describiéndose a sí mismas: “*Yo estaba muy angustiada, no podía dejar de llorar, y me decían que no fuera niña y cobarde*” (Paula, 4321); “*Me sigo culpando porque mi hija no llegó a esta vida como se merecía, solo porque fui una primeriza cobarde*” (Olga, 8294). Podría continuar con testimonios sobre mujeres que *no toleran el dolor, exageradas, alharacas, difíciles, descontroladas, que no cooperan, que no entienden razones*. Cuando se trata de mujeres en posiciones vulneradas de la sociedad, a su *ignorancia* se suman además

supuestas conductas o *estilos de vida* de riesgo —malnutrición, sobrepeso y obesidad, alcoholismo, drogadicción— depositando principalmente en ellas la responsabilidad de dichas situaciones⁷: “*Tenemos muchas pacientes que no se cuidan [...], tiene un mayor riesgo de hacer un montón de complicaciones porque son obesas, mal nutridas, mal alimentadas, son tejidos de mala calidad*” (matrona, GD1). Entonces, las vivencias negativas de las mujeres son muchas veces entendidas como experiencias de autonomía impedida, entendida como la prevención del ejercicio de su capacidad individual de decisión y de agencia; apelando a la idea de que lo que se pierde es un sujeto completo, independiente y encerrado ante el acontecimiento (Cohen Shabot, 2020).

Ahora bien, se podría argumentar que algunas de las dinámicas recién descritas son comunes a otras prestaciones de salud: las personas concebidas como pacientes-objeto, el trato jerárquico y despersonalizado, el uso intensivo de tecnología (Davis-Floyd, 2018). Pero mediante un análisis de género podemos comprender por qué en la atención del parto pareciera haber una particular dificultad de cambio y por qué se reproducen y perpetúan abusos de mucha mayor crudeza que en otros escenarios de atención de salud. Y es que no se trata de cualquier *paciente* ni de cualquier cuerpo; se trata de mujeres y de cuerpos femeninos, viviendo una experiencia desbordante, activa y potente, que como tal desafía al imaginario de la feminidad normativa y dócil, como plantea Cohen Shabot (2016). La autora argumenta que los cuerpos parturientes son potencialmente percibidos como antitéticos al mito de la feminidad, por ende, quebrantan el modo femenino de comportamiento corporal bajo el patriarcado y amenazan a los poderes hegemónicos. De ahí que sea necesario domesticarlos, para hacerlos *femeninos* nuevamente, domesticación que apunta a la subjetividad de las mujeres en cuanto tales, amedrentando su confianza sobre sus capacidades, cuestionándolas, sancionándolas, desconociéndolas, y causando daños físicos y emocionales que impactan su relación con otros. Opera así una forma de silenciamiento sistemático del conocimiento encarnado de las mujeres, que las priva del estatus de conocedoras creíbles (Amorós, 2006). Dicho silenciamiento daña su capacidad de hablar y de ser escuchadas, operando en forma de injusticia epistémica por cuanto se les dificulta o impide expresar y construir una voz autorizada en relación a su propia experiencia de parto (Chadwick, 2020). Y esto, además, desconociendo que dicha agencia solo puede construirse en un marco de relaciones colectivas de cuidado, donde el apoyo y reconocimiento de lo que se vive es fundamental para dar sentido a la propia experiencia vivida (Cohen Shabot, 2020).

Si bien podría extenderme en diversos factores estructurales que están involucrados en el nacimiento en instituciones de salud en Chile en la actualidad, elegí extenderme en ciertos elementos económico-organizacionales del cuidado e imaginarios de género que permean la atención, por representar ejes críticos que distinguen al parto de otras prestaciones de salud. Cierro a continuación con un breve resumen y consideraciones analíticas.

⁷ El enfoque de “estilos de vida saludable” se basa en la modificación de comportamientos individuales perjudiciales para la salud y se basa en el supuesto de libertad de elección de los individuos; ha sido central en las estrategias de promoción de salud pública del país desde fines del siglo XX (Ferrer-Lues *et al.*, 2021).

Apelando a la estructura del cambio

En este capítulo he descrito algunos de los múltiples elementos involucrados en la configuración actual de la atención del nacimiento en Chile. Mostré cómo las iniciativas gubernamentales para propiciar la implementación de un modelo personalizado de atención no han tenido los resultados esperados; y si bien se ha avanzado en algunos indicadores de atención, la sobremedicalización del proceso y los imaginarios que posicionan a las mujeres en un lugar de desautorización epistémica siguen siendo hegemónicos. Y esto, en un escenario en el que muchas veces se pretende que las mujeres —y sus familias— están siendo involucradas en el proceso de atención, cuando en realidad no es así.

En el proceso de atención prima la lógica de la elección, mediante la cual se asume que las decisiones *autónomas* de las mujeres y sus familias son en buena parte responsables de su propio bienestar, traspasándoles la responsabilidad de vivir un *buen parto*. Son ellas quienes se deben preparar, informar, educar, decidir entre instituciones y equipos, entre distintos *tipos* de parto y, más aún, no dejarse engañar por un sistema que en muchos casos no privilegia su salud integral. La relación entre el sistema de salud y las mujeres se transforma así en una transacción entre individuos que forman un colectivo solo por la prestación que reciben (Mol, 2008). De ahí que el fracaso en lograr una experiencia satisfactoria sea en muchos casos vivido como responsabilidad personal y se traduzca en culpa, lo cual oculta las condiciones estructurales que perpetúan los abusos.

En este sentido, se torna relevante incorporar la perspectiva de vulnerabilidad estructural, la cual nos permite distanciarnos de la noción de culpabilización de las personas por sus comportamientos, y transitar hacia enfoques que consideren las condiciones estructurales que condicionan su salud (Quesada *et al.*, 2011; Piñones *et al.*, 2019). Esta perspectiva nos abre a la comprensión del sufrimiento que ciertas personas o grupos viven por las posiciones de opresión que ocupan en el entramado social y cuestiona la noción de agencia que pudieran tener los sujetos o comunidades frente a padecimientos en materia de salud (Piñones *et al.*, 2019). Y, como hemos visto, esta vulnerabilidad toma distintas formas según las posiciones que las mujeres ocupan en la escala social: aquellas que viven en contextos socioeconómicos desfavorecidos vivirán peores formas de humillación y una más marcada desautorización de sus saberes y desestimación de sus sentires, mientras que aquellas que ocupan lugares de mayores privilegios verán hasta triplicadas sus posibilidades de vivir cesáreas sin motivos médicos que las ameriten. Lamentablemente, la mayoría vivirá alguna forma de violencia epistémica durante el proceso de atención.

El nombrar esta vulnerabilidad es esencial para comprender los engranajes de poder-saber que se articulan en este fenómeno, siempre con el cuidado de no caer en estereotipos de las personas oprimidas —en este caso, las mujeres durante la atención del parto— como carentes de recursos para potenciar el cambio. Como plantea Tuck (2009), al comprender la vulnerabilidad es importante también capturar el deseo, involucrándose en la comprensión de la complejidad y contradicciones de las experiencias vividas, no solo con sus elementos dolorosos, sino también

desde la esperanza. Esto quiere decir que aun cuando las comunidades están quebradas o dañadas, son a la vez mucho más que eso (Tuck, 2009). Incluso aquellas mujeres de las posiciones más vulneradas del entramado social despliegan una serie de estrategias activas para buscar una mejor atención, como el “*portarse bien*” para evitar malos tratos, o el llegar en trabajo de parto avanzado a maternidades públicas de “buena” reputación para que no puedan negarles la atención. En mujeres con más recursos económicos, vimos una búsqueda intensiva de equipos profesionales que se alinearan con sus expectativas. El desafío de la investigación social sería, en estas líneas, dar cuenta de las complejas experiencias vividas por las personas, que pueden a veces legitimar, a veces resistir y hasta dismantelar ciertos órdenes sociales y estructuras de poder. Dicho dismantelamiento solo será posible si se apunta a los factores estructurales involucrados en el problema, que puedan potenciar cambios paradigmáticos y no solo de apariencia. Pues mientras se continúe poniendo el foco en la individualización de las responsabilidades y de las relaciones, se puede caer en el grave error de reducir el problema a un *mal servicio* de ciertas instituciones o personal de atención y que, como tal, pueda ser corregido mediante medidas que apunten principalmente a ese nivel (Castro, 2014).

Y si bien el panorama actual en la atención del parto podría parecer desalentador, no lo es del todo. Ha habido una buena cuota de resistencia y dismantelamiento del modelo hegemónico, con avances y retrocesos, que ha ocurrido tanto a nivel internacional como nacional. Durante las dos últimas décadas se ha avanzado en reconocer que en la atención obstétrica en todo el mundo se ejerce maltrato, abuso y falta de respeto (OMS, 2014). Y, sobre todo, se han nombrado estos abusos como “violencia obstétrica”, un tipo específico de violencia de género (República Bolivariana de Venezuela, 2007). En Chile y en otros países de Latinoamérica, un potente movimiento de la sociedad civil ha visibilizado y nombrado esta violencia y empuja la agenda pública hacia un cambio de modelo (Sadler, Leiva & Gómez, 2021), y varios países de la región han legislado en torno al parto respetado y a la violencia obstétrica (Díaz & Fernández, 2018; Williams *et al.*, 2018). En Chile se han presentado tres proyectos de ley en torno al tema, el último de los cuales ha ido avanzando en el Congreso. Si bien está por verse, todo lo anterior podría dar pie a que los debates que se venían dando en torno a la atención del nacimiento cobren protagonismo en la agenda de salud en los años por venir, con un marcado enfoque de derechos humanos y de género.

Referencias bibliográficas

- Amorós, C. (2006). Filosofía y feminismo en la era de la globalización. En Guerra, M. J. & Har-
disson, A. (Eds.), *20 pensadoras del siglo XX*. Nobel.
- Angeja, A. C. E., Washington, A. C., Vargas, J. E., Gómez, R., Rojas, I. & Caughey, A. B. (2006).
Chilean Women’s Preferences Regarding Mode of Delivery: Which do They Prefer and Why?
BJOG, *113*(11), 1253-1258. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.01069.x>.

- Anónimo (15 de agosto de 2015). Caesar's Legions. *The Economist*. Recuperado de <https://www.economist.com/international/2015/08/15/caesars-legions>.
- Bernal-García, C. & Nahín-Escobedo, C. (2019). Cesárea: situación actual y factores asociados en México. *Salud Quintana Roo*, 11(40), 28-33. Recuperado de <https://salud.groo.gob.mx/revista/images/revista40/4.%20CES%20C%81REA%20SITUACI%20C%93N%20ACTUAL.pdf>.
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G., & Foster, J. (2016). Assessment of the Implementation of the Model of Integrated and Humanised Midwifery Health Services in Chile. *Midwifery*, 35, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>.
- Bourgois, P., Holmes, S. M., Sue, K., & Quesada, J. (2017). Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(3), 299-307. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001294>.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Chadwick, R. (2018). *Bodies that birth*. Routledge.
- Chadwick, R. (2020). Practices of Silencing: Birth, Marginality and Epistemic Violence. En: Pickles, C. y Herring J. (Eds.), *Childbirth, Vulnerability and Law: Exploring Issues of Violence and Control* (pp. 30-48). Routledge.
- Chile Crece Contigo. (2015) *¿Qué es Chile Crece Contigo?* Gobierno de Chile. Recuperado de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/que-es-Chile-Crece-2015.pdf>.
- Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39, 231-247. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>.
- Cohen Shabot, S. (2020). We Birth with Others: Towards a Beauvoirian Understanding of Obstetric Violence. *European Journal of Women's Studies*, 28(2), 213-228. <https://doi.org/10.1177/1350506820919474>.
- Davis-Floyd, R. (2003). *Birth as an American Rite of Passage*. University of California Press.
- Davis-Floyd, R. (2018). The Technocratic, Humanistic, and Holistic Models of Birth and Health Care. En Davis-Floyd, R. *Ways of Knowing about Birth: Mothers, Midwives, Medicine, and Birth Activism* (p. 3-44). Waveland Press.
- De Elejalde, R. & Giolito, R. (2019). *More Hospital Choices, more C-Sections: Evidence from Chile*. Working Paper Series N°0028. Recuperado de http://vox.lacea.org/files/Working_Papers/lacea_wps_0028_elejalde_giolito.pdf.
- Díaz, L. I. & Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, (51), 123-143. <https://doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>.
- Fariás, M. & Oyarzún, E. (2012). Cesárea electiva *versus* parto vaginal. *Medwave*, 12(3), e5335. Recuperado de <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/RevisionClinica/5335>.
- Fernández, O. & Sandoval, G. (22 de noviembre de 2014). Mujeres con seguro de salud privado prefieren la cesárea. *Diario La Tercera*. Recuperado de <https://www.latercera.com/diario-impresso/mujeres-con-seguro-de-salud-privado-prefieren-las-cesareas/#>.
- Gamble, J., & Creedy, D. (2000). Women's Request for a Cesarean Section: A Critique of the Literature. *Birth*, 27(4), 256-263. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00256.x>.
- Geirsson, R. T. (2016). From Half to a Third: a Step Towards Reducing Unnecessary Caesarean Sections. *BJOG*, 123(10). <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14059>.

- Goic, A. (2015). El sistema de salud de Chile: Una tarea pendiente. *Rev. Méd. Chile*, 143(6), 774-786. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>.
- Hodnett, E. D. (2002). Caregiver Support for Women During Childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. CDC000199. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000199>.
- Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) (2016) *Situación de los derechos humanos en Chile: Informe Anual 2016*. Santiago de Chile: INDH. Recuperado de <https://www.indh.cl/bb/wp-content/uploads/2017/01/Informe-Anual-INDH-2016.pdf>.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2019) *Anuario de estadísticas vitales 2017*. Chile: INE. Recuperado de https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2017.pdf?sfvrsn=95e68aba_4.
- Ley 20.379 (12 de septiembre de 2009). Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”. *Diario Oficial de la República de Chile*.
- Márquez, Y. (2019). *Parto en casa contemporáneo en Santiago de Chile: Percepciones, conocimientos y saberes que se dan en el parto en casa según las mujeres y matronas* [Tesis para optar al grado de Magister en Antropología]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Chile.
- McCourt, C., Weaver, J., Statham, H., Beake, S., Gamble, J. & Creedy, D. K. (2007). Elective Cesarean Section and Decision Making: A critical Review of the Literature. *Birth*, 34(1), 65-79. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2006.00147.x>.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D. & Althabe, F. (2016). Beyond too Little, too Late and too Much, too Soon: a Pathway Towards Evidence-Based, Respectful Maternity Care Worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6).
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2008). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2018) *Política Nacional de salud sexual y reproductiva*. Gobierno de Chile.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Routledge.
- Mumtaz, Z., & Salway, S. (2009). Understanding Gendered Influences on Women’s Reproductive Health in Pakistan: Moving beyond the Autonomy Paradigm. *Social Science & Medicine*, 68(7), 1349-1356. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.01.025>.
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile (OVO) (2018). *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*. Santiago de Chile. Recuperado de https://eol.uchile.cl/assets/courseware/v1/2d3bb25ebb7ba32fa28ef2c8b2b88388/asset-v1:eol+MED-GO+2021_1+type@asset+block/OVOChile2018Resultados1EncuestanacimientoChile.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS) (2014). *Declaración para la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. OMS. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/.
- Osamor, P. E., & Grady, C. (2016). Women’s Autonomy in Health Care Decision-Making in Developing Countries: A Synthesis of the Literature. *International Journal of Women’s Health*, 8, 191–202. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S105483>.
- Panda, S., Begley, C. & Daly, D. (2018). Clinicians’ Views of Factors Influencing Decision-Making for Caesarean Section: a Systematic Review and Metasynthesis of Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Studies. *PLoS ONE*, 13(7), e0200941. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200941>.

- Piñones, C., Quesada, J. & Holmes, S. (2019). La vulnerabilidad estructural y las nuevas perspectivas en medicina social sobre la salud de los migrantes: entrevista a James Quesada y Seth M. Holmes. *Salud Colectiva*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2146>.
- Quesada, J., Hart, L. K., & Bourgois, P. (2011). Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339-362. <https://doi.org/10.1080/1459740.2011.576725>.
- República Bolivariana de Venezuela (2007). Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. GORBV, Sept. 1738.668. Recuperado de <http://virtual.urbe.edu/gacetas/38770.pdf>.
- Rodríguez-Garrido, P. y Goberna-Tricas, J. (2021). Birth Cultures: A Qualitative Approach to Home Birthing in Chile. *PLoS ONE*, 16(4), e0249224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249224>.
- Sadler, M. (2021). *La tecnocracia biomédica vestida de humanismo. La atención del parto institucional en el Chile contemporáneo* [Tesis doctoral]. Universitat Rovira I Virgili. Recuperado de <https://www.thesisred.net/handle/10803/672527>.
- Sadler, M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Leiva Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P. & Clausen J. (2016). Moving beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimensions of Obstetric Violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>.
- Sadler, M., Leiva, G., Perelló, A., & Schorr, J. (2018). Preferencia por vía de parto y razones de la operación cesárea en mujeres de la Región Metropolitana de Chile. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 2(1), 22-29.
- Sadler M., Leiva G., & Gómez R. (2021). Childbirth in Chile: Winds of Change. En: Gutschow, K., Davis-Floyd, R. y Daviss, B. A. (Eds.), *Sustainable Birth in Disruptive Times* (p.131-144). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-54775-2_9.
- Sadler, M. & Leiva, G. (2023). "Physiologic Birth Implies Economic Damage": Financial Incentives for the Performance of Cesareans in Chile. En: Premkumar, A. y Davis-Floyd, R. (Eds.), *Cognition, Risk, and Responsibility in Obstetrics: Anthropological Analyses and Critiques of Obstetricians' Practices* (p. 101-124). Berghahn Books.
- Salgado, H. O. (2012). *A experiência da cesárea indesejada: perspectivas das mulheres sobre decisões e suas implicações no parto e nascimento* [Tesis, Maestría en Salud Pública]. Universidad de Sao Paulo.
- Smith-Oka, V. & Flores, B. (2022). Competing Narratives: Examining Obstetricians' Decision-Making Regarding Indications for Cesarean Sections and Abdominal Incisions. *Social Science & Medicine*, (309), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115238>.
- Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL. (9 de noviembre de 2018). *Identificación clínico sanitaria de las intervenciones en los partos naturales y los por cesárea* (Licitación Pública ID 757-120-L118 DIPLAS. 02661). Gobierno de Chile.
- Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL. (29 de noviembre de 2022). Respuesta a solicitud de acceso a información pública, Ley de Transparencia, Folio N° AO001T0018394. Gobierno de Chile.
- Tuck, E. (2009). Suspending Damage: A Letter to Communities. *Harvard Educational Review*, 79(3), 409-428. <https://doi.org/10.17763/haer.79.3.n0016675661t3n15>.
- Turrini, M. (2015). A Genealogy of "Healthism": Healthy Subjectivities between Individual Autonomy and Disciplinary Control. *Eä Journal*, 7(1), 11-27.
- Weeks, F. H., Sadler, M., & Stoll, K. (2020). Preference for Caesarean Attitudes toward Birth in a Chilean Sample of Young Adults. *Women and Birth*, 33(2), e159-e165. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.012>.



Capítulo 5

“¿Cómo podría hablar yo de esto?”: Juventudes mapuche, sexualidades y VIH en la Región de la Araucanía, Chile¹

*Alexandra Obach², Alejandra Carreño³, Ana María Alarcón⁴,
Luís Panguinao⁵*

Introducción

Hoy en día Chile presenta una de las tasas más altas de incidencia de VIH en América Latina, situación preocupante si consideramos que el virus afecta particularmente a jóvenes en el tramo de edad de 20 a 39 años. De las estadísticas actuales (Wolff *et al.*, 2020) emerge que el virus se adquiere mayoritariamente a través de relaciones sexuales (95%), y que la población más expuesta serían los hombres. Si bien contamos con datos que muestran una disminución en el uso de métodos preventivos (INJUV, 2017) y problemas en el acceso al diagnóstico oportuno, pocas investigaciones han abordado el tema desde la perspectiva de grupos específicos como los pueblos indígenas (Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud,

¹ Este capítulo está asociado a los proyectos Fondecyt de Iniciación 11190701 y FONIS SA19I0091, ANID, Chile.

² Antropóloga social y maestra en Estudios de Género y Cultura por la Universidad de Chile, doctora en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Barcelona. Profesora Asociada de la Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo, y directora ejecutiva del Centro de Salud Global Intercultural (CeSGI), Facultad de Medicina y Psicología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. Orcid.org/0000-0002-7412-4159. Correo electrónico: aobach@udd.cl.

³ Doctora en Antropología Cultural por la Universidad de Siena, Italia. Profesora en: Centro de Salud Global Intercultural, Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. Orcid.org/0000-0002-0605-2632. Correo electrónico: a.carreno@udd.cl.

⁴ Enfermera y antropóloga, maestra en Ciencias Sociales Aplicadas y en Antropología, doctora en Antropología por la University of Connecticut, USA. Profesora titular del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Chile. Orcid.org/0000-0003-0706-478X. Correo electrónico: ana.alarcon@ufrontera.cl.

⁵ Antropólogo por la Universidad Católica de Temuco, maestro en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local, Universidad de La Frontera. Integrante de la comunidad Juan Cayupán, Wallmapu, Chile. Correo electrónico: luispanguinao@gmail.com.

2006; Dides Castillo & Pérez Moscoso, 2007; Ministerio de Salud, 2018). De hecho, el principal actor objetivo de las campañas de prevención divulgadas a través de medios de comunicación ha sido un público joven, urbano y chileno-mestizo, al que se ha pretendido llegar a través de mensajes considerados, por los mismos jóvenes, como distantes, poco inclusivos y basados en el miedo (Duarte-Anselmi *et al.*, 2022).

De los nueve pueblos originarios reconocidos por el Estado chileno⁶ el más numeroso es el Mapuche, el cual se concentra en la Región de la Araucanía, ubicada en la zona sur del país (INE, 2019). Si bien la mayoría de las personas que se auto-identifican con este pueblo reside en comunidades rurales, los últimos decenios han estado marcados por una migración creciente desde el campo a la ciudad —consecuencia directa del empobrecimiento y minifundización de las tierras (Calfio & Ancán, 1998)—, desplazamientos que han sido protagonizados por jóvenes, quienes presentan un patrón más urbano que las generaciones anteriores y han accedido a mejores niveles de alfabetización y oportunidades de estudios secundarios (CEPAL, 2009; INJUV 2015). En estos procesos migratorios, la población mapuche urbana ha tendido a asentarse en los estratos sociales y económicos más pobres de la sociedad, adoptando los patrones de conducta social de la cultura de inserción que le permite vincularse, adaptarse y protegerse en un medio ajeno (García Sosa *et al.*, 2013; Gundermann *et al.*, 2009; Torres López *et al.*, 2009).

Como se ha demostrado a nivel internacional, el abordaje del VIH en pueblos indígenas ha estado marcado por una fuerte invisibilidad que se traduce tanto en ausencia de datos epidemiológicos desagregados por etnia, como de políticas públicas focalizadas en esta población (Ponce *et al.*, 2017; ONUSIDA & SIPIA, 2016). Ello, a pesar de numerosos estudios que demuestran la sobreposición entre factores estructurales como la pobreza, marginalidad social y territorial, falta de acceso a servicios sanitarios y pertenencia a minorías étnicas con la exposición a conductas de riesgo de adquisición de ITS, incluido el VIH (ONUSIDA & SIPIA, 2016). Para el caso del pueblo mapuche, la literatura existente sobre este tema señala un aumento progresivo del VIH en este grupo donde además se reporta consulta tardía, así como reticencia a aceptar que es una ITS presente entre los mapuche, especialmente a nivel de comunidades rurales (Alarcón *et al.*, 2018; Ministerio de Salud, 2018). Basadas en los registros estadísticos de los pacientes activos de un centro de atención de la Región de la Araucanía, Alarcón *et al.* (2018) sostienen que existen diferencias consistentes de acuerdo con la etnia en temas como ingreso y educación entre personas diagnosticadas con VIH: mientras que el 11,5% de los usuarios no mapuche recibe un ingreso mensual mayor al sueldo mínimo en Chile (509 USD), este porcentaje baja a solo el 5% entre los usuarios mapuche. En la misma línea, casi el 70% de los usuarios mapuche encuestados no tienen educación media completa (doce años de estudio), en contraste con los usuarios no mapuche que tienen una tasa de escolaridad diez puntos más alta en el mismo tramo.

En el perfil de usuario mapuche que aparece al desagregar por etnia, destacan diferencias que hablan de inequidades específicas para este grupo. En contraste con

⁶ En el año 2020, la Ley 21.273 modificó la Ley Indígena 19.253 para reconocer al pueblo originario Changó.

lo que ocurre en la población general, los usuarios mapuche se definen como una población mayormente heterosexual, un poco más joven, de menores niveles de ingreso y educación, entre los que aparece una importante proporción de mujeres amas de casa. Por último, el estudio alerta sobre la desproporcionada concentración de pacientes mapuche que ingresan en etapa sida (recuento de CD4+ inferior a 200) a los centros de atención hospitalaria, situación que, como es sabido, está asociada a una mayor mortalidad (Alarcón *et al.*, 2018). Estos datos coinciden con las informaciones que tempranamente fueron recopilando las mismas asociaciones indígenas y que en el caso de Chile se tradujeron en documentos que si bien confirmaron la vulnerabilidad estructural que sufren los pueblos originarios frente al VIH, también valorizaron iniciativas locales como la incorporación de diálogos complementarios entre medicina mapuche y medicina alopática para el mejoramiento de la adherencia y la confianza en los tratamientos antirretrovirales de pacientes indígenas viviendo con VIH (RENPO, 2016).

Frente a datos que sistemáticamente demuestran las inequidades que están actuando en la exposición de la población indígena al VIH y su falta de acceso al diagnóstico y al tratamiento, el presente capítulo pretende reflexionar en torno a la relación que dichas inequidades establecen con la posicionalidad que ocupan estas poblaciones dentro del orden social latinoamericano y la generación de vulnerabilidades estructurales (Quesada *et al.*, 2011) que influyen sobre su capacidad de gozar de una vida sexual sana, libre, responsable y placentera. Para ello, incluiremos parte de los resultados de dos estudios cualitativos dedicados a temas de cuerpo y sexualidad en jóvenes, realizados durante los años 2019-2022, siendo uno de sus subgrupos de estudio los jóvenes mapuche de la Región de la Araucanía (FONDECYT #11190701; FONIS #SA19I0091). Los resultados de estos estudios describen la diversidad de factores que se juegan en la formación de identidades juveniles indígenas en la actualidad y el modo en que estas diversas identidades interactúan con dimensiones socioculturales y sanitarias como el ejercicio de la sexualidad y la prevención de ITS, entre ellas el VIH.

VIH y pueblos indígenas en América Latina

El tema de los pueblos indígenas y el VIH forma parte de preocupaciones que tanto activistas como académicos han evidenciado en las últimas décadas y en torno al cual existe cierta producción de literatura a nivel regional (Ponce *et al.*, 2011; Ponce *et al.*, 2017). Ya en el 2003, agencias como la OPS constataban la correlación entre las condiciones de vida en que se encuentra buena parte de las poblaciones indígenas y el surgimiento de perfiles epidemiológicos en los que predominan enfermedades por causas prevenibles (OPS, 2006). En el mismo periodo, las organizaciones activistas visibilizaron la diversidad de situaciones que convergen en la generación de riesgos específicos para los distintos pueblos originarios del continente (Núñez Noriega, 2011).

Entre ellas destacan, en primer lugar, el hecho de que la pertenencia étnica se sobrepone a menudo con la condición migrante tanto en los desplazamientos campo-ciudad, como en torno a los corredores migratorios (Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 2011). Las condiciones en que se viven los tránsitos migratorios exponen a estas personas a tener experiencias de sexo sin protección, ya sea por sobrevivencia, por placer, por búsqueda de nuevas relaciones afectivas o por obligación al verse insertos en circuitos ilegales de trata de personas (Leyva Flores *et al.*, 2009). Una vez que la migración se ha concretado, muchas de estas personas regresan temporal o definitivamente a sus lugares de origen, donde reestablecen sus vínculos sexo-afectivos, generando casos de transmisión en zonas rurales, históricamente consideradas de bajo riesgo por los entes gubernamentales (Magis *et al.*, 2003).

Una segunda característica ha sido relevada para comunidades que habitan zonas fronterizas o en territorios que han sido objeto de acciones legales o ilegales de extractivismo de recursos naturales, como es el caso de los habitantes de la frontera Colombia-Venezuela (Castro-Arroyave *et al.*, 2017), Perú-Brasil (Orellana *et al.*, 2013) y Chile-Bolivia, Perú (CIEG, 2006). En estos casos las poblaciones indígenas de dichos territorios se insertan en redes de comercio y movilidad que implican intercambios sexuales en los que a menudo son principalmente los hombres, jóvenes o adultos, quienes establecen relaciones sexuales con personas que ejercen trabajo sexual, así como también relaciones homoeróticas, que muchas veces no son reconocidas por ellos mismos por motivos vinculados al racismo y al heterosexismo que imperan tanto en el interior como en el exterior de sus comunidades (De la Cruz-López, 2013).

Por último, una tercera especificidad pesquisada en la literatura la representan las concepciones locales que existen en torno al VIH en diversas comunidades indígenas de la región y su vinculación con procesos históricos de construcción de la salud-enfermedad (CIEG, 2005; Flores Rojas, 2020; Orellana *et al.*, 2013; Rojas, 2019). En dichas concepciones aparecen nociones del VIH vinculadas con la transgresión de normas morales de la comunidad, que incluyen el contacto sexual con población foránea (Castro-Arroyave *et al.*, 2017), así como efectos de la brujería ejercida por grupos externos en los que la infección es leída en un marco de interpretación de sucesivas pandemias que han diezariado dramáticamente a su población desde el periodo colonial (Flores Rojas, 2020). De modo análogo, para el caso de la población mapuche, existen registros sobre un sistema clasificatorio local vigente en el que las enfermedades *winka*⁷, *winka kutran* o traídas por los extranjeros no mapuche, son consideradas particularmente potentes y difíciles de tratar por las medicinas locales, dada su capacidad de extender la opresión histórica del pueblo mapuche en el dominio del cuerpo y la espiritualidad (Antona Bustos, 2021; CIEG 2005; Citarella, 2014).

Para el caso del VIH, una investigación del año 2005 develó las dificultades existentes en el abordaje de la sexualidad, tema considerado tabú tanto dentro de las comunidades indígenas, como en las instituciones no indígenas con las que los jóvenes se relacionan (por ejemplo, las escuelas). Esta reticencia se acentúa en el abordaje de las ITS, en tanto consideradas enfermedades ajenas e inexistentes dentro

⁷ *Winka*: se utiliza para dirigirse a personas no mapuche.

de las comunidades, frente a las cuales se espera que los mapuche que obedecen a las reglas morales de la comunidad estuvieran protegidos. En consecuencia, sostienen los autores, adquirir el virus dentro de las comunidades “es concebido como una carga, un castigo para la familia y el estigma puede producir tanto sufrimiento como la pérdida misma del ser querido que muere a causa del virus” (CIEG, 2006, p. 87). Otro estudio más reciente (Labra *et al.*, 2021) entre jóvenes mapuche develó que existe un conocimiento superficial sobre el virus, a menudo influenciado por redes sociales y medios de comunicación, asociado principalmente a prácticas homosexuales, con una fuerte carga de estigma y miedo. Los hallazgos sostienen que entre los participantes el conocimiento sobre los orígenes del virus es limitado y confuso, mientras que existe más conocimiento sobre las formas de transmisión. Pese a ello, persisten dudas sobre la posibilidad de adquirir el virus por intercambio de útiles de higiene personal, lo que demuestra la existencia de vacíos de información en el tema, a pesar de la diferencia de más de diez años entre ambos estudios.

Vulnerabilidad estructural en el abordaje del VIH en población indígena

Como es sabido, el enfoque de los determinantes sociales de la salud (OPS, 2006) identifica aspectos estructurales e intermedios que producen inequidades en los resultados de salud de las poblaciones, entre los que se encuentran los sistemas políticos y económicos, clasificados como de nivel estructural, y dimensiones como el género, los ingresos, educación, etnicidad, etc., clasificados en el nivel intermedio. Si bien gracias a esta perspectiva ha sido posible comprender las condiciones de salud más allá del comportamiento individual, desde la antropología médica se han levantado observaciones a este modelo que, se sostiene, tiende a reducir realidades complejas en las que se encuentran los sujetos, sus prácticas y decisiones respecto al proceso salud/enfermedad/atención, a interacciones entre determinantes específicas (Trostle, 2005; Ramírez Hita, 2017). Para el caso del VIH este modelo ha puesto especial énfasis en la interacción entre el género y el surgimiento de riesgos específicos de infección. De hecho, en una primera instancia, organizaciones internacionales tendieron a focalizar sus acciones en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y en la población trans (Cáceres & Pino, 2018). Desde esta óptica, las mujeres quedaron excluidas de los programas de prevención, bajo el supuesto de que estarían más protegidas por tener mayor acceso a información en salud y mayor contacto con personal sanitario por temas de fecundidad y pruebas diagnósticas durante el embarazo. Sucesivamente, este supuesto se develó errado a través de investigaciones que demostraron que muchas veces son las mujeres quienes tienen menos conocimientos sobre VIH, menos información en materia de salud sexual e ITS y menos posibilidades de exigir métodos anticonceptivos a sus parejas (Osorio *et al.*, 2018; Juan-Martínez & Castillo-Arcos, 2016; Amuchástegui, 2017). A pesar de

esta evidencia que releva la situación de subordinación de las mujeres en materia de información y prevención de VIH, hasta hoy las políticas regionales en la materia siguen focalizándose principalmente en las poblaciones antes nombradas, tradicionalmente consideradas de riesgo (MINSAL, 2018).

Frente a esta necesidad de combatir la invisibilización de los procesos de determinación estructural, algunas corrientes de la antropología médica han debatido en torno al concepto de vulnerabilidad, proponiendo destacar su carácter estructural, generando un concepto operativo que ponga atención en la posicionalidad que impone sufrimiento físico y emocional a colectivos e individuos específicos de manera estructurada como consecuencia de la explotación económica de acuerdo a la clase, a la discriminación cultural, por género/sexo y racial; y también debido a los procesos complementarios de formación de subjetividad (Quesada *et al.*, 2011; Rivera *et al.*, 2019). Al poner énfasis en la posición que ocupan los sujetos dentro de un orden social específico, el concepto de vulnerabilidad estructural permite introducir la propuesta de determinantes sociales de la salud en un marco de opresiones conjugadas en las que dialogan interseccionalmente sexo/género/raza/clase y etnia (Bourgois, 1988). De esta manera, el concepto de vulnerabilidad estructural enfatiza el modo en que la toma de decisiones de los sujetos está sometida a fuerzas que limitan las opciones de vida, al punto de llevarlos a realizar prácticas que pueden ser incluso nocivas para su propia salud (Terlazzo, 2016).

En el tema de VIH y pueblos indígenas estas vulnerabilidades estructurales están representadas por procesos de heterosexismo, racismo y neocolonialismo que están instalados tanto en las políticas públicas como en la academia e incluso han sido subjetivados por las propias comunidades indígenas. Estudios principalmente situados en México (Leyva Flores *et al.*, 2009; Núñez Noriega, 2011; Ponce Jiménez *et al.*, 2011; Ponce *et al.*, 2017) demuestran cómo los estereotipos raciales y heterocéntricos han jugado en contra del abordaje de la etnicidad como factor de vulnerabilidad frente al VIH. Esto, debido a que históricamente las poblaciones indígenas han sido representadas como poblaciones aisladas, vinculadas a la naturaleza y a la vida campesina (Solís & Martínez, 2015). Los emergentes estudios que se han dedicado a indagar en los territorios de la sexualidad han demostrado que la complejidad de las prácticas, identidades y orientaciones sexuales que caracterizan al mundo contemporáneo se repiten también dentro del mundo indígena (Miano, 1998; Bautista, 2018; Cosío & Fernández, 2005). En esta línea, existe una naciente literatura que se ha atrevido a derribar algunos mitos respecto al supuesto conservadurismo, a la monogamia y la heterosexualidad de estos grupos, demostrando la existencia de prácticas homoeóticas que, como en todas las sociedades, van unidas a normas que establecen cuándo y quiénes pueden ejercerlas (Miano, 1998; Vaca, 2003). A su vez, autores como Núñez Noriega (2009, 2011) han aportado a la reflexión develando la estigmatización y el rechazo que pueden recibir los sujetos dentro de sus propias comunidades debido a su orientación sexual y los efectos migratorios que dicha exclusión genera. El deseo de explorar, de no sentirse vigilados por sus familiares y amigos, de escapar de la soledad y de establecer nuevas relaciones sexo-afectivas pueden poner a las personas en condiciones de asumir conductas de riesgo, lo que se suma a

la escasa información sobre ITS y a la falta de acceso y aceptabilidad de servicios de salud que no integran la dimensión intercultural de la salud sexual (Núñez Noriega, 2011). Estos factores se sobrepone a las condiciones estructurales de pobreza, falta de oportunidades educativas y de ingresos, así como la escasa participación política que caracterizan a estas poblaciones a nivel regional y que generan a su vez mayor exposición al virus.

Como concuerdan múltiples investigaciones en el ámbito de la antropología (Pérez Guirao, 2014), el ejercicio de la sexualidad ha estado por décadas sometido al dominio de un lenguaje biologicista, cuyo efecto ha tendido a naturalizar las relaciones heterosexuales, con sus consecuencias sobre la imposición de un modelo heteronormativo en las ciencias (Obach & Carreño, 2022). El fortalecimiento de los aportes teóricos del feminismo y los estudios LGBTQIA+ han permitido develar cómo la sexualidad se forja en sociedad y en cultura, vinculando prácticas y significados a organizaciones de sistemas socioeconómicos en los que aspectos como el deseo y el poder están íntimamente vinculados y rigen el devenir histórico de las sociedades (Foucault, 2008). Acercarse a la salud sexual y reproductiva de la población mapuche joven implica subvertir silencios históricos que han tendido a invisibilizar el ejercicio mismo de la sexualidad de jóvenes provenientes de comunidades indígenas, así como cuestionar las prácticas que dentro de los sistemas de salud (ya sean biomédicos o indígenas) se asumen para el abordaje de estas temáticas.

En este marco, con base en los resultados emergentes de dos investigaciones sobre sexualidades juveniles que incluyeron a jóvenes mapuche, el presente capítulo se propone reflexionar sobre la relación entre la vulnerabilidad estructural de estos grupos y las inequidades que enfrentan en materia de prevención y diagnóstico temprano de VIH, de modo de alimentar la posibilidad de generar políticas públicas focalizadas, abordadas con perspectiva de género e interculturalidad.

Metodología

Para llevar a cabo los estudios de los que emergen los resultados que presentaremos, se realizaron dos investigaciones cualitativas: a) la primera tuvo como objetivo explorar las tensiones, divergencias y/o puntos de encuentro que se producen al confrontar la visión de los/as jóvenes sobre sus cuerpos y sexualidades, con las construcciones que imperan en el sistema de salud⁸; b) la segunda se propuso identificar significaciones en torno al VIH, y barreras de acceso y uso del sistema público de salud en torno a la prevención y detección del virus en jóvenes de 18 a 24 años, desde la perspectiva de este grupo etario y de equipos de salud, en contextos rurales y urbanos⁹. Ambos estudios se aplicaron en tres regiones del país, una de las cuales fue la Región de la Araucanía, donde la muestra estuvo integralmente compuesta por jóvenes mapuche rurales y urbanos, equipos de salud y facilitadores interculturales.

⁸ Proyecto Fondecyt de Iniciación #11190701, ANID, Chile.

⁹ Proyecto FONIS #SA19I0091, ANID, Chile.

El trabajo de campo se desarrolló principalmente en las comunas de Padre Las Casas, Ercilla, Toltén, Lumaco, Loncoche, Puerto Saavedra, Carahue, Temuco y Angol, pertenecientes a la Región de la Araucanía, entre los meses de marzo de 2020 y diciembre del año 2021. La Región de la Araucanía es un territorio cuyos indicadores socioeconómicos advierten desigualdades sociales, económicas y políticas que tienen un marcado trasfondo histórico. De hecho, al año 2020 estaba entre las regiones más pobres, con mayores tasas de analfabetismo, menor promedio de escolaridad y mayor porcentaje de personas sin educación secundaria completa (INE, 2015). Este panorama está marcado por relaciones interétnicas asimétricas que se forjan a partir de la colonización y sucesiva formación del Estado chileno y se perpetúan a través de los siglos XIX y XX por medio de diversas oleadas de colonización y expropiación de tierras (Bengoa, 2011).

Sobre los procesos de acercamiento a participantes en contexto de pandemia

Inicialmente el proyecto se pensó desde un diseño etnográfico (Durán, 2005), que permitiera ahondar en la realidad de jóvenes mapuche de las urbes, pero también de aquellos/as que habitan en las comunas cordilleranas y costeras de la región, con el fin de fomentar la inclusión geográfica de zonas de difícil acceso dentro del estudio. Sin embargo, las barreras impuestas por la pandemia de Covid-19 limitaron las posibilidades de contacto físico y los traslados dentro de los territorios, y nos obligaron a rediseñar el estudio. Con tal propósito, comenzamos explorando la realización de entrevistas vía remota, a través de las plataformas *Zoom*, *Meet* o por videollamadas. Esto se realizó inicialmente con informantes clave y con personal de salud de atención primaria y hospitalaria.

Esta aproximación metodológica, a pesar de sus limitaciones en términos de *rapport* y generación de espacios de confianza, demostró ser una herramienta eficaz, que permitió lograr profundidad en las conversaciones y ofrecer espacios de escucha e intercambio en un momento particularmente sensible como fueron los periodos de cuarentena. Para el caso de los y las jóvenes mapuche, y facilitadores/as interculturales, la metodología utilizada fue mixta privilegiando la realización de entrevistas presenciales en sus hogares o en lugares establecidos por ellos/as mismos/as. Para contactar a los y las jóvenes integramos al equipo a investigadores coetáneos de los entrevistados, que facilitaron los procesos de reclutamiento e invitación a través de sus conocimientos de redes universitarias, espacios culturales, asociaciones artísticas y deportivas, grupos de estudio de la lengua *mapuzungún*¹⁰, etc. Aun así, reconocemos las limitaciones implicadas en la realización de un trabajo antropológico sin un trabajo etnográfico intensivo que nos permitiera acercarnos a las comunidades, estableciendo relaciones de confianza y *rapport* de largo alcance. En nuestro caso, si bien las plataformas digitales permitieron el acceso a grupos que de otra manera

¹⁰ *Mapuzungun*: idioma mapuche, habla de la tierra; es la interpretación de los elementos de los ecosistemas y se les da sentido.

serían muy difíciles de alcanzar (Blukacz *et al.*, 2023), especialmente en periodos de cuarentenas extensas con suspensión total de la movilidad, dichas vías de comunicación entorpecían el establecimiento de relaciones de confianza que son clave para el abordaje de temas como la sexualidad de grupos juveniles. Las elecciones metodológicas que debimos asumir para poder ser ejecutadas en contexto de Covid-19 (2020-2022) dificultaron particularmente nuestra llegada a jóvenes mapuche, lo cual se exacerbó por la distancia generacional que nos separaba en tanto investigadoras e investigadores adultos y ellos/as, en tanto juventudes.

Como forma de resolver estas distancias, además de incluir a investigadores jóvenes en el equipo, se privilegió la realización de entrevistas presenciales a cargo de un investigador mapuche, perteneciente a una comunidad de La Araucanía y quien se encontraba habitando en el lugar durante las cuarentenas. Si bien la reflexión en torno a los alcances decoloniales y/o neocoloniales de las investigaciones con población indígena son fundamentales (Tuhiwai Smith, 2021), es menester reconocer que en nuestro caso el hecho de adscribir a la cultura mapuche, no enmendó integralmente las dificultades de interacción, pues al tratarse de un investigador hombre y adulto, no era identificado como un par por quienes hoy constituyen las juventudes mapuche. A lo anterior se agregan las tensiones existentes entre las comunidades mapuche y el Estado de Chile, que han dado paso a un distanciamiento de gran parte de las comunidades de la Región de la Araucanía con el mundo *winka*, incluidas las instituciones académicas, en las que nos desempeñamos buena parte del equipo de investigación. Estas limitaciones nos sitúan en un marco específico de acción dentro de los estudios y, por lo mismo, establecen los términos desde los cuales han de ser leídos e interpretados los resultados.

Participantes

En total, entre ambos estudios se logró una muestra de 29 jóvenes, 15 de contextos urbanos y 14 de contextos rurales de la región. La selección de los/as jóvenes mapuche tuvo como criterio de inclusión el que fueran hombres o mujeres de entre 18 y 24 años y que autoadscribieran pertenencia mapuche. Se intentó que la selección de casos incluyera a jóvenes mapuche de zonas urbanas y rurales, heterosexuales y LGTBIQ+, y de diversas adscripciones religiosas, con el fin de poder analizar cómo diversos marcadores sociales interactúan con las significaciones respecto a la sexualidad en general y al VIH en particular, y con prácticas en torno a su prevención y detección. Los equipos de salud estuvieron representados por 20 profesionales de atención primaria y hospitalaria, 9 de contextos urbanos y 11 de contextos rurales. Entre ellos, cuatro personas se desempeñan como facilitadores interculturales del Programa Especial Salud y Pueblos Indígenas, adscribiendo también al pueblo mapuche. Por último, en ambos estudios se incluyeron en total siete expertos académicos, representantes de organizaciones o autoridades dedicados a temas de sexualidad, juventud y/o pueblos indígenas.

Todos aquellos que participaron en la investigación firmaron, previo a las entrevistas, un consentimiento informado *online* o en papel. Todas las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas. Luego de esto, el equipo de investigación realizó el análisis temático de estas. Los proyectos cuentan con la aprobación del Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Araucanía Sur y del Comité Científico de la Universidad del Desarrollo.

Resultados

“En la comunidad no es fácil”: el crisol de las juventudes y sexualidades mapuche

Los y las participantes del estudio dan cuenta de un permanente tránsito entre la cultura de origen, representada por las comunidades rurales, y la occidental-mestiza, encarnada por el habitar en las urbes de la Región de la Araucanía y de otras regiones del país. En esta imbricación de mundos reconocen experimentar tanto procesos de asimilación como también de resistencia cultural. En términos generales, independientemente de su actual situación rural o urbana, la mayor parte de los y las jóvenes mapuche sostiene participar de la cultura dominante mediante el uso de tecnologías y redes sociales, acceso a estudios superiores y experiencias de vida en hogares tipo internados, ubicados principalmente en la ciudad de Temuco y en la comuna de Padre Las Casas.

Sin embargo, a partir de su relación con la cultura de origen, y en base a los datos recogidos, es posible esbozar cuatro perfiles que demuestran la heterogeneidad de vivencias que atraviesan a este grupo etario: (i) jóvenes rurales con una vinculación profunda con su pertenencia étnica; (ii) jóvenes rurales que, si bien se sienten mapuche, priorizan otras afiliaciones culturales, por ejemplo, la pertenencia a iglesias evangélicas; (iii) jóvenes urbanos que, si bien se reconocen mapuche, su pertenencia étnica no resulta particularmente relevante en la definición de su propia subjetividad; y (iv) jóvenes urbanos que viven procesos de reapropiación y valoración de sus orígenes mapuche. Las características de estos perfiles, lejos de ser estructuras rígidas, guardan relación con los modos de vivir su género y sexualidad, su relación con los servicios de salud indígenas y biomédicos y con la forma de percibir los ámbitos de prevención y detección de las ITS, incluido el VIH. A continuación, se describen las características de cada uno de estos grupos.

El primer perfil, situado en territorio rural, corresponde a jóvenes que se definen como protagonistas de procesos de revitalización cultural y recuperación territorial, con discursos marcados por ideas de libertad, resistencia y autonomía para el territorio mapuche. Entre ellos se encuentran jóvenes que han sido testigos directos del ejercicio de violencia por parte de agentes del Estado en sus comunidades y que relacionan dichas experiencias con el clima actual de violencia en la región. Julia, por

ejemplo, estudiante universitaria originaria de una de las zonas donde se han concentrado ataques incendiarios a forestales en los últimos años, relata su vinculación con quienes participan activamente de los movimientos reivindicatorios y explica lo que para ella son los orígenes de la violencia:

Uno los conoce, sabe que andan metidos ¿Por qué? Porque ellos crecieron con ese odio, ellos se acuerdan que a los seis años de la nada les quemaron las casas, o entraban a hacerle tirar todo, mataron a su abuelo, los amordazaban, los golpeaban, los dejaban sin alimento [...]. Entonces yo viví eso, yo sé, a mí me tocó conocer mucha gente que lo vivió. Y esos niños se criaron con ese odio, que al final ahora a la edad que tengo yo (23 años), lamentablemente y con mucha pena, la mitad está vivo. Porque más de la mitad está muriendo en su lucha, en su odio. Tratando que este pueblo, o esta comunidad sea reconocida de una vez por todas, y ya dejen de... de, por ejemplo, de haber matanzas y cosas así. [...] Pero si yo me llevo a tiempo atrás, o si yo veo a esta generación que está revolucionada, yo sé por qué está revolucionada y por qué no quieren nada con los chilenos. (Julia, joven mapuche, entrevista M10)

En relación a la sexualidad, los relatos en este perfil de jóvenes están marcados por el reconocimiento de la necesidad de conversar en el interior de las familias, comunidades y entre pares respecto a este tema, y sobre los cuidados del cuerpo en general, pero desde una perspectiva que integre los preceptos médicos y espirituales de la cultura mapuche; es decir, son jóvenes interesados en priorizar el uso de hierbas medicinales, que se dirigen a agentes de salud mapuche para la atención de sus necesidades de salud y que responden a principios de sexualidad y afectividad ordenados por la cultura mapuche, en los que se habla de complementariedad masculino/femenino, fertilidad y reproducción como parte importante del proceso de mantención de la cultura, así como de la relevancia de construir lealtad con el *itrofilmogen* o *itxofill mognen*¹¹ para la mantención de la vida y la salud. Lautaro, joven miembro de una comunidad mapuche rural a la que regresa luego de sus estudios universitarios, relata de esta manera el vínculo entre la revitalización de la cultura mapuche con sus decisiones en temas de salud:

Hace algunos años fui a Gorbea y me encontré con un ngillatun gigantesco y habían más de 20 machi, muchas mujeres jóvenes y también muchos hombres también jóvenes. Y digamos que se está levantando un proceso espiritual también, en nuestro pueblo, que tiene que ver con, tiene que ver con las raíces y tiene que ver también con el feyentun digamos, la creencia [...]. En ese ngillatun de Gorbea había mucha gente joven que no sabía hablar mapuzungun, lo están recuperando [...]. Entonces yo dije, este, digamos, proceso de revitalización en los hombres y en las mujeres se está dando

¹¹ Biodiversidad del entorno en el que se sitúa la persona (según Grafemario Azumcheffe).

de todas las formas. Y claro, la figura de la machi¹², es muy importante dentro del pueblo mapuche ¿no?, tiene que ver con la salud, con el buen vivir, con qué hacer cuando uno se enferma, yo prefiero siempre verme con machi primero, soy muy poco de doctor. (Lautaro, joven mapuche, entrevista 15)

Junto a estos/as jóvenes, reconocimos un segundo perfil caracterizado por quienes habitan también en los sectores rurales, que se saben de origen mapuche, pero se perciben desvinculados de los saberes y dominios de esta cultura. Esta falta de adhesión pasa, entre otros factores, por la importante influencia que tienen las iglesias evangélicas en algunos territorios indígenas, entrando en colisión con la mantención de dimensiones rituales, médicas y religiosas, así como con el uso de *mapuzungún* y las vestimentas tradicionales: Pablo, por ejemplo, es de origen rural y pertenece a una comunidad indígena constituida hace varios años, también pertenece a una iglesia evangélica, razón por la que en su relato se define “*cristiano*”. Al indagar en su relación con la cultura mapuche indica que, justamente, uno de los puntos que considera crítico es el reconocimiento de los agentes tradicionales de salud como las machis en quienes no cree y “*no le gustan*”:

Desde chico fue el tema de sentirme parte de la comunidad y la cultura, pero no tan a fondo tampoco, porque igual mi papá no sabe hablar mucho y mi abuelo tampoco [...]. Igual yo me siento Mapuche y no me da vergüenza, pero... como soy cristiano y los rituales igual como que te llevan a otras cosas, no me gusta eso. Porque igual hay hartos temas de las machis y esas cosas como que no va conmigo, eso no me gusta. Me siento más cómodo en la iglesia, en esa línea, con mis amigos de ahí. (Pablo, joven mapuche, entrevista 11)

En relación con los sistemas de salud, estos jóvenes sostienen adherir al sistema biomédico de atención principalmente constituido por la red de atención primaria que está presente en localidades rurales bajo la figura de consultorios familiares (CESFAM) y postas rurales. De los equipos de salud que atienden a estos jóvenes, y que entrevistamos en el marco de las investigaciones, emerge que muchos de estos/as jóvenes se avergüenzan de su pertenencia étnica y en algunos casos la niegan, incluso cuando la recopilación de datos requeridos en las fichas de salud integra preguntas sobre pertenencia al pueblo mapuche. Juan, matrón de un centro de salud familiar de una localidad con alta presencia de población indígena indica:

El adolescente de este sector es un poco esquivo al tema de etnias. Uno le pregunta a un chico o chica de apellidos indígenas si se considera del pueblo mapuche, que es una pregunta que se está haciendo en todos los hospitales ahora, y la gran mayoría dice

¹² Guías y autoridades espirituales que pueden ser tanto mujeres como hombres, fuertemente ligadas vitalmente con un *ñen* o *pillán* con quien comparten visiones y poderes de sanación; *kimün* o conocimientos ancestrales, a quien corresponde la sanación y el comunicarse con entidades espirituales como el *pillán*, *püllü* y *ñen*, siendo *Ngenechén* la más importante de ellas (en: https://www.conadi.gob.cl/storage/docs/Diccionario_mapudungun.pdf)

que no se siente identificado. Y eso nos habla de que ha perdido un poco la cercanía o la identidad con el pueblo mapuche. (Juan, equipo de salud, entrevista 4).

Resulta interesante el hecho de que jóvenes cercanos a los dos perfiles identitarios descritos hasta ahora sostienen que, en general, las juventudes mapuche actuales están más abiertas a la presencia de las diversidades sexo-genéricas y a la exploración en el campo de las sexualidades. Si bien atribuyen prácticas y discursos en esta línea principalmente a jóvenes mapuche que habitan en los sectores urbanos, encontramos relatos del sector salud que reportan que en los sectores rurales también se observan prácticas entre jóvenes de, por ejemplo, exploración en el campo de la sexualidad:

Yo, cuando llegué a [nombre de la localidad], me encontré con muchas ITS que jamás había visto, ni siquiera acá en Temuco. Y eso, la verdad es que me llamó mucho la atención que fueran varias chicas y chicos, fue un grupito, que durante varios meses me fueron a pedir exámenes y evaluaciones porque estaban con síntomas de ITS. Y, en realidad, uniendo todos los clavitos que me iban dejando ellos, había situaciones en las que se juntaban todos y tenían relaciones sexuales: Pedrito con Juanita, Pedrito con María y después con otro chico, y se juntaban y tenían relaciones sexuales e iban a pedir preservativos porque tenían una junta de adolescentes. Jamás había visto eso, nunca. Y como te digo, las ITS que encontré en esos chicos fueron grandes, tremendas, más de una. Yo creo que aún el tema del preservativo sigue siendo un tabú, siento que lo toman como para la risa. (Juan, equipo de salud, entrevista 4)

Un tercer perfil identificado es el de jóvenes urbanos alejados de la vida comunitaria, que no mantienen mayor vínculo con su identidad étnica, con excepción del apellido y algunos elementos introducidos por cursos de *mapuzugún* que recibieron como parte del currículum intercultural que se promueve en las escuelas de la región. Raúl, quien tiene dos apellidos indígenas, proviene de una comunidad mapuche y trabaja como mecánico en Temuco; si bien se siente mapuche y realizó sus estudios técnicos a través de una beca para estudiantes indígenas, sostiene que “*no se ha metido en lo de los mapuche*”, asociando dicha identidad con colectivos más radicalizados que se encuentran en las comunidades rurales o en las universidades.

En el tema de la cultura... cuando chico jugábamos varios al tema del palín, la chueca. [...], pero ahora grande como que no. Más que nuestra comunidad en sí, no me he metido mucho en lo de los mapuche. Hay agrupaciones en Concepción igual, donde yo estudié, pero la verdad no me tinca mucho ese tipo de cosas. El tema de ese pensamiento como que no va conmigo, son pensamientos más radicales. (Raúl, joven mapuche, entrevista 16)

Por último, el cuarto perfil de jóvenes mapuche lo representan jóvenes urbanos que se encuentran en un proceso de recuperación y revalorización de la cultura mapuche —o viven una continuidad de su identidad en tanto tradición heredada por sus

padres/madres y abuelos— pero desde ciertas relecturas que surgen de sus experiencias de vida en la ciudad. Así, por ejemplo, en este grupo encontramos mujeres jóvenes mapuche que reivindican su identidad étnica desde sus posiciones feministas críticas a la subordinación de las mujeres en el interior de las comunidades y conscientes sobre las distintas formas de violencias que viven las mujeres mapuche. Este es el caso de Rayén, quien nació y creció en la ciudad como hija de migrantes indígenas urbanos, y quiso recuperar sus raíces siendo muy joven, motivo por el que eligió una universidad de la Región de la Araucanía para hacerlo. Luego de trasladarse a vivir con parientes que tenían un vínculo más estrecho con la comunidad de origen de su familia, comenzó a observar críticamente las dinámicas que existen en su familia y, a través de su formación feminista en distintos espacios universitarios reivindica una nueva vinculación con sus raíces, que no está exenta de críticas:

Con el tiempo y también en la U [Universidad] me he acercado a mis raíces, he estudiado, he aprendido mucho. [...] Con el movimiento indígena, con ese sí me siento muy, muy identificada. Igual trato de seguir esos lineamientos como del feminismo, pero recién estoy partiendo y me falta mucho. Pero sí como que me apego mucho a eso [...] Una empieza a cuestionar igual, que por qué le sirven primero la comida al tío, siempre decíamos eso en mi familia porque mi tío es el único hombre y todas lo sirven [...]. Cuando vivía en comunidad, un primo me contaba que había una vecina que gritaba todas las noches pidiendo ayuda porque el marido le pegaba. Todos tenían que salir a defenderla y claro, es complicado, porque en las comunidades también ha entrado lo del alcoholismo y la violencia a las mujeres. (Rayén, joven mapuche, entrevista 7)

Por su parte, en este grupo también se encuentran jóvenes urbanos que revitalizan y se reapropian de su identidad mapuche, pero desde una perspectiva crítica en cuanto pertenecientes a las diversidades sexo-genéricas. En estos perfiles el proceso de reapropiación suele surgir después de un distanciamiento vivido por las presiones homofóbicas y/o heteronormativas que viven dentro de sus propias comunidades. Pau, quien se define *queer* mapuche, representa este proceso. Pau vivió su infancia y adolescencia en un sector urbano, pero sabiéndose mapuche por su apellido y por la identidad cultural que le transmitió su madre, quien ejerce como *lawentuchefe*¹³. A pesar de haberse sabido siempre gay, fueron las huelgas feministas del año 2018 que surgieron en Chile impulsadas principalmente por jóvenes, los eventos que marcaron un cuestionamiento hacia su identidad de género y étnica:

Primero fue abrir los ojos, y cuando empezó el movimiento feminista en el 2018, ese fue para mí un momento importante porque empezaron a mostrarse cosas que siempre eran normales o estaban normalizadas. Ese año fue un antes y un después, porque yo antes ya era parte de la comunidad [gay], pero era igual súper heteronormado, era

¹³ Los *lawentuchefes* son conocidos en español como “agentes de salud”, “médicas o médicos” y “hierbateros”, su rol dentro de la cultura mapuche es curar a través del *lawen*, por medio de su capacidad de soñar el remedio indicado para cada persona. Definición obtenida de: *Lawentuwün Trürwa Mapu Mew*. La salud en el territorio de Tirúa, <https://www.mapuexpress.org/2017/11/14/el-conocimiento-ancestral-y-el-aporte-de-los-suenos-en-la-medicina-mapuche-conversaciones-con-mujeres-lawentuchefes/>

un gay heteronormado de la zona, ahí comenzó a estallar en mí toda esta revolución, deconstrucción al respecto, ser gay, mapuche, disidente, todo junto. (Pau, joven mapuche, entrevista 3)

Si bien en un primer momento su afiliación identitaria pasó principalmente por sentirse *queer* no binario, tomando distancia de la propia comunidad de origen y de su ser mapuche, tiempo después, regresando a la localidad en la que vive su madre, sintió la necesidad de retomar también su pertenencia a dicho pueblo, vinculación que considera una nueva “salida del closet”:

Donde más me defino en la actualidad sería como dentro del espectro no-binario, pero aun así me genera ruido lo de portar etiquetas, entonces... creo que lo más cercano a mí sería eso, o queer, no sé. Soy un ente, o como se dice hoy en día “vamos como en la cuarta o quinta salida de closet”. Es cuático [extraño, exagerado, extravagante], son muchas salidas de closet [...] para mí, el hecho de acercarme al pueblo mapuche es otra salida de closet y más con todo lo que tengo atrás, ser no binario, disidente, entonces como mostrarse mapuche además es otra salida de closet. Al final no debería haber un closet, pero como eso va saliendo otra cosa más de ti que no debería estar encerrada. (Pau, joven mapuche, entrevista 3)

En relación a la temática de las diversidades sexo-genéricas y su posicionamiento en los contextos mapuche actuales, es posible sostener que en las comunidades mapuche, este tema está marcado por dos fuerzas en contraposición: una que sostiene la vigencia de un fuerte rechazo a las expresiones sexo-genéricas no binarias en el interior de las comunidades indígenas, y otra que sostiene la existencia de identidades no-binarias toleradas al interior de las comunidades, encarnadas en la figura del *epupillán*¹⁴, dos almas o espíritu doble, cuyo origen se considera precolonial y que, en ocasiones, estaría representado por la figura de el/la *machi*. En los resultados de nuestros estudios aparecen relatos que hacen referencia a ambas tendencias, siendo los jóvenes rurales quienes más reafirman la inexistencia de homosexualidad en sus comunidades, expresándose abiertamente contrarios a la misma y/o reconociendo la existencia de gestos de homofobia en contra de expresiones de género no heteronormadas, especialmente por parte de miembros adultos de la comunidad. Como explica Rosalía, miembro de una comunidad rural:

Estoy en contra [de la homosexualidad] porque, al final, uno cuando es lesbiana, no sé... O sea, como que hay personas que tienen como familia y después descubren que les gusta el hombre o le gusta la mujer, siendo que ya tenían familia de antes, entonces es como... No, lo encuentro absurdo.

E: Y en tu comunidad, ¿conoces a alguien que sea homosexual?

R: No, nadie, no se ve eso. (Rosalía, joven mapuche, entrevista 13)

¹⁴ Término que refiere a dos espíritus de un volcán, en el que estaría representado lo masculino y lo femenino. En el ámbito de la disidencia sexual mapuche el término se ha resignificado, haciendo alusión a identidades no binarias presentes en el mundo indígena.

Otra joven entrevistada agrega que personas de las diversidades sexuales muchas veces se ven forzadas a alejarse de las comunidades ya que generan vergüenza en sus familias por la exposición que hacen de su sexualidad en redes sociales u otros espacios de sociabilidad tanto virtuales como físicos —propios de las juventudes—, generando con esto una suerte de daño a sus familias. Esmeralda, joven nacida en una comunidad rural de la Araucanía, explica:

A la gente más adulta le cuesta mirar de otra forma a los homosexuales. Quizás a él, porque ahora él salió del closet por decirlo así, mucha gente lo criticó a él por la forma de hacerlo, porque lo hizo por redes sociales. Por ese lado igual fue fome¹⁵ verlo así, de haberlo conocido de chico que era diferente y ahora como que tiene otro pensamiento de la homosexualidad, hace fotos de su cuerpo así, eso no me gustó [...]. De mi parte yo nunca lo discriminé ni nada, pero para la gente adulta, es algo alejado de ellos. Su familia tenía vergüenza y él al final se fue [...] Es que la homosexualidad no es aceptada, porque la mayoría de la gente mayor, adulta, los adultos mayores, es como que para ellos no puede ser así. Para ellos son hombres con mujeres y nadie más... (Esmeralda, joven mapuche, Entrevista 14)

Por su parte, entre los jóvenes mapuche urbanos que están en proceso de reapropiación de su cultura es más común ver la revitalización del concepto de *epupillán*. En diálogo con corrientes artísticas locales y globales, las nuevas identidades juveniles urbanas están retomando estos conceptos a través de ensamblajes de reivindicaciones que cruzan la pertenencia étnica con identidades sexo-genéricas emergentes. Como explica Lía, estudiante universitaria que se define lesbiana:

La gente mapuche que conozco, la mayoría es disidente, pero es disidente en la ciudad. Porque llegan a la comunidad y hasta ahí llega la disidencia, porque pueden serlo más abiertamente en otros espacios, pero en la comunidad no es fácil. Igual en el mundo mapuche, los machis son una figura a la que se les permite travestirse. La mayoría de los machis hombres son homosexuales, son epupillanes, y eso no se habla mucho. Porque, claro, como fue tan evangelizado, como que se calló eso. Es mucho más cerrado. Porque claro, la iglesia hace que sea algo para avergonzarse. (Lía, joven mapuche, entrevista 2)

Pau también sostiene que la situación de la población mapuche joven está marcada por múltiples discriminaciones en las que se sobreponen aspectos económicos, culturales y de género, a lo que se suma el que los servicios sanitarios brindan, según su experiencia, atenciones heteronormadas en las que se asume la heterosexualidad de las y los usuarios y se sanciona la homosexualidad a través de comentarios humillantes:

¹⁵ *Fome* quiere decir aburrido, sin gracia, fastidioso. En este contexto se refiere a lo fastidioso que conlleva el ver a la homosexualidad de esa manera.

El pueblo mapuche es el de más escasos recursos, estamos en la región más pobre. Acá hay mucha pobreza, entonces justo coincide que si no tienes plata, no puedes acceder al sistema de salud, y coincide que la gente con menos plata es el pueblo mapuche. Entonces es una relación complicada. Más la desinformación, son muchas cosas, muchas problemáticas cruzadas. [...] También los estigmas, porque viene una persona y dicen “tenías que ser gay, por eso te pegaste esto”. Yo sé que a gente le pasa, o que los cuestionan, entonces es complicado, hay una deuda enorme ahí. (Pau, joven mapuche, entrevista 3)

Como se evidencia, para estos/as jóvenes su ser mapuche también pasa por establecer una nueva forma de vinculación con la cultura, vinculación que a su vez guiará sus decisiones en materia de sexualidad y prevención de ITS y VIH.

Sexualidad: “un tema delicado”

Cuando contactamos a los y las jóvenes participantes del estudio para conversar sobre temas de sexualidad percibimos que la mayoría mantiene una actitud de vigilancia y timidez respecto con quien conversar sobre estos ámbitos. Nos explican que en las comunidades existen dinámicas específicas para hablar de sexualidad, las que consisten en círculos separados entre mujeres y hombres, que son guiados por padres y familiares adultos y que no está bien visto que las personas, aun siendo de la propia comunidad, indaguen en esos temas.

Enrica es una facilitadora intercultural de un Centro de Atención de Salud Familiar (CESFAM) de una zona rural de la Araucanía. Ella explica que, si bien le parece que es un tema necesario de conversar en comunidad, pocas veces se aborda. Además, sostiene que las matronas necesitan orientación en cómo establecer una relación con los y las jóvenes mapuche, en la cual se respeten las normas culturales para el abordaje de la sexualidad. Como esto la mayoría de las ocasiones no sucede, ella dice comprender la reticencia que existe entre los miembros de su comunidad hacia el sector salud en ámbitos de salud sexual y reproductiva, ya que no se establece este respeto sino más bien la imposición de la visión biomédica en estos ámbitos:

Es un tema delicado porque usted no puede llegar al campo y hablar de sexualidad, porque es un tema tabú. A ver, yo como mapuche soy una persona muy escrupulosa, me avergüenzan muchas cosas aún. Si usted le habla de una matrona a una mujer llega a tiritar, da pánico lamngen¹⁶, no es llegar y sacarse la ropa y andar mostrando todas sus cuestiones como el winka que a lo mejor lo hace más fácil. Y en el campo tocar este tema es delicado, yo como mapuche, usted me pregunta, o le toca el tema a mi hijo, chuta, bueno si es hombre a lo mejor entre hombres conversan, y entre mujeres conversamos cosas de mujeres. (Enrica, personal de salud, entrevista 3)

¹⁶ *Lamgen*: refiere a una expresión de cariño hacia una mujer mapuche, no es preciso un vínculo de parentesco. Generalmente se traduce como hermana.

Enrica explica que hablar de estos temas en las comunidades mapuche requiere primero de aprobación por parte de la comunidad, y que hay que hacerlo desde la comprensión mapuche de la sexualidad, la cual está marcada por pautas en la que se espera que los jóvenes eviten manifestaciones sexo-afectivas públicas como besos o caricias:

Para tocar este tema primero tengo que conocer el territorio, conocer la comunidad a donde voy a ir a hacer esa exposición [...] y no que llegue así de una forma confrontacional a tocar un tema que, para ellos, en vez de ser un aporte sea una falta de respeto [...]. Por esto hay que tener cuidado con ese tema, es un tema delicado, personal, y que hay que tocarlo obviamente, pero no es llegar y hablar de la población mapuche así tan abiertamente y que se pueden tocar esos temas, porque los chicos no pueden andar así andándose dando besos, caricias en público, no es así tan fácil. (Enrica, personal de salud, entrevista 3)

En la experiencia del equipo de investigación con relación al trabajo de campo y las entrevistas realizadas, si bien en términos generales percibimos en un primer momento resistencias a hablar de sexualidad, todos/as los/as jóvenes participantes, frente al ejercicio de iniciar la conversación en relación con temáticas del cuerpo y las sexualidades, valoran la instancia, debido a que sostienen que hay una falta de espacios para conversar y conocer más sobre estos ámbitos. Esmeralda, por ejemplo, reconoce que las dificultades para hablar de sexualidad dentro de la propia familia, incluso entre mujeres, implican desinformación no solo sobre ITS, sino en general sobre salud sexual y reproductiva:

Yo creo que [la falta de información] pasa porque, no sé, en realidad la gente es como que ignora muchas cosas de eso, y a veces prefieren no contarles a los hijos por vergüenza, la mayoría de las veces. Porque mi mamá igual me contaba que a ella le daba vergüenza contarme también. Como yo tengo confianza con mi abuela por parte de mamá, ella igual decía que era difícil, porque ellos antes cuando les llegaba su periodo, nunca nadie le avisó que eso iba a suceder. (Esmeralda, joven mapuche, entrevista 14)

La dificultad de abordar temas de sexualidad en el interior de las familias y comunidades coexiste con una aproximación a la salud sexual y reproductiva, desde el sistema de salud biomédico, en la que el acceso a la anticoncepción por parte de mujeres sigue siendo la principal prioridad. Por lo mismo, la mayoría de las experiencias de atención de salud de las jóvenes radica principalmente en atenciones enfocadas en prevenir embarazos en la adolescencia, asumiendo además que se trata de una responsabilidad que recae en ellas en tanto mujeres. Al respecto, Rayén, frente a la pregunta por experiencias en el consultorio de la comunidad de origen de su familia, indica que: “lo que más interesa es prevenir el embarazo, siento que ese es el gran tema, no hay mucho más” (Rayén, joven mapuche, entrevista 7).

Rosalía, también habitante de zona rural, refuerza que su experiencia de acceso a servicios biomédicos está principalmente motivada por la búsqueda de anticoncepción, responsabilidad que reconoce recae en las identidades femeninas:

Siempre se ha dicho que la mujer es la que tiene que cuidarse. En el tema de la anti-concepción, la responsabilidad la mayoría de las veces recae en la mujer, como que ahí se reduce, nada de evitar enfermedades, no... es solo no quedar embarazada. (Rosalía, joven mapuche, entrevista 13)

En este ámbito de acceso a la anticoncepción para evitar embarazos adolescentes se visibilizan diferencias entre los contextos urbanos y rurales. En estos últimos, de acuerdo con las y los jóvenes entrevistados, el embarazo en la adolescencia es más frecuente que en las urbes. Pablo recuerda que, en el liceo, ubicado en una zona rural, tuvo compañeros que tuvieron hijos durante la enseñanza media y que en la actualidad muchos de sus compañeros de generación ya tienen hijos, a pesar de ser menores de 23 años: *“En la generación que salimos del colegio la mayoría ya han sido papás, yo soy uno de los pocos sin hijos, uno fue papá a los catorce, eso fue bien impresionante.”* (Pablo, joven mapuche, entrevista 11).

Camila, quien tuvo a su hija a los 17 años, confirma lo común que resultó en su generación que los jóvenes fueran padres tempranamente, con las consecuencias que ello genera en términos de acceso a continuidad de estudios y trabajo remunerado: *“Muchas compañeras fueron mamás adolescentes y claro, el tema era un boom en la escuela.”* (Camila, joven mapuche, Entrevista 12).

De acuerdo con diversos relatos, el embarazo temprano es significado de manera particular desde la cultura mapuche ya que los recién nacidos siempre son bienvenidos e incluso son conceptualizados como una forma de dar continuidad a la propia comunidad. Por lo mismo, el embarazo en la adolescencia no es sancionado en las comunidades, sino que es comprendido como parte del ciclo natural de la vida, independiente de la edad de los padres, su condición económica o si se encuentran unidos en relaciones estables. Julia, por ejemplo, recuerda que entre sus amigas que tuvieron hijos antes de los 18 años no existía la sensación de que se tratara de un problema, ya que desde la cultura mapuche: *“la mujer se hizo para procrear y si va a procrear po’, eso y al bebé lo van a cuidar, lo van a querer, eso no es problema.”* (Julia, joven mapuche, entrevista M10).

Por su parte y desde su propia experiencia como hija de madre soltera, Rayén reflexiona sobre el hecho que su madre la tuvo a temprana edad y sin tener un vínculo duradero con su padre, sin que ello significara una transgresión dentro de la comunidad:

Mira ahora que lo pienso en mi familia son puras madres solteras, jóvenes igual, pero nos tuvieron y no fue tema como que los hombres se fueran, mi abuela es como mujer mapuche aperrada, aperrada, entonces no importaba que fueran adolescentes ni que no estuvieran casadas. (Rayén, joven mapuche, entrevista 7)

Además de la importancia política que adquiere la fertilidad al interior de las comunidades, otro de los factores a los que es posible atribuir los altos índices de embarazos adolescentes en zonas rurales indígenas es el tipo de educación sexual que reciben los jóvenes al interior de las comunidades y en los espacios institucionales. La caracterizan como carente de contenido y basada en el silencio. En esta línea, todos/as los/las jóvenes con quienes conversamos, subrayan la falta de información que tienen con relación a la sexualidad y la falta de educación sexual integral (en sus escuelas, hogares y centros de salud, entendida esta como el derecho de todas las personas a desarrollar los conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que necesitan para determinar y gozar de una sexualidad sana, libre y placentera). Asimismo, la presencia de embarazos en la adolescencia en la región devela los efectos que determinantes como la posición social y la pertenencia a grupos étnicos específicos tienen sobre las maternidades tempranas. Karen, por ejemplo, joven habitante de contexto rural, cuenta que:

De mis papás mucha educación sexual no recibí. Mis papás igual son mayores de 60, entonces igual son de mentalidad más rígida y conservadora, entonces no recibí educación sexual [...] en el colegio en cambio, no, no tengo recuerdos que me hayan enseñado algo, excepto en ciencias, en biología, el tema de la anticoncepción, pero siento que eso no es suficiente. (Karen, joven mapuche, entrevista 17)

Tal como sucede con otros grupos jóvenes, nuestros entrevistados sostienen que el acceso que tienen a información sobre sexualidad es principalmente a través de sus pares, internet y redes sociales, herramientas que cobran gran relevancia en estos temas. Karen y Rayén, por ejemplo, afirman que internet es el medio por el que se informan ellas mismas y la mayoría de sus pares:

La verdad es que ahora hay harta como educación en internet, que de repente tiene su lado bueno y su lado malo. La mayoría de los jóvenes ahora yo creo que acceden por esa parte. (Karen, joven mapuche, entrevista 17)

Por las redes sociales vi que se había publicado un libro, algo así de ginecología mapuche o natural, por ahí una se va informando. (Rayén, joven mapuche, entrevista 7)

Estos testimonios revelan la complejidad implícita en el abordaje de temáticas de sexualidad en la población mapuche, así como su conexión con factores económicos, territoriales y políticos en base a los cuales se posicionan diferencialmente los actores jóvenes de la sociedad mapuche frente a la posibilidad de acceder a información en materia de sexualidad y prevención de ITS. La falta de diálogo al interior de las comunidades se suma a la falta de educación sexual por parte de la institucionalidad (escolar, de salud, entre otras), generando dificultades en el ejercicio de derechos sexuales que los protejan de conductas sexuales riesgosas para su salud y les garanticen el goce de una sexualidad placentera y responsable. Este ámbito de la vida humana, al igual que en otros contextos, sigue siendo un tabú en los colectivos

mapuche, especialmente rurales. A esto se suma la falta de estrategias y políticas desde el Estado en materia de educación sexual integral, que no ha logrado transitar desde intervenciones basadas principalmente en el control de la fertilidad, hacia la integración de perspectiva intercultural en la promoción de la salud sexual. A pesar de los intentos por instalar un enfoque intercultural en las políticas sanitarias que se llevan a cabo desde los años noventa en el país (Boccaro, 2007), aún persisten dificultades para visibilizar y valorar los saberes propios de la cultura mapuche en estos ámbitos, así como propiciar intercambios con los saberes biomédicos. En este panorama, es importante relevar que jóvenes mapuche urbanos pertenecientes a las disidencias sexuales, si bien reconocen estas carencias, buscan diversas estrategias organizativas para acceder a educación sobre VIH, principalmente a través de su participación en grupos y organizaciones LGBTQIA+, y por redes sociales:

Siempre mi entorno, independiente de mi ser mapuche, siempre fue muy queer o disidente, entonces no tuve problemas, aprendí, me cuidó, como que es todo muy amoroso en mi entorno con ese tema [...]. Pero obviamente si hablo con gente más antigua ya, no, y ahí hay más problema. Eso es sumamente relativo según la comunidad y según de donde vengas. Porque hay comunidades, por ejemplo, que si una persona tiene VIH deja de ser mapuche porque es una enfermedad wuinca, entonces son como eliminados de su comunidad. (Pau, joven mapuche, entrevista 3)

Los resultados hasta aquí expuestos también dan cuenta de la reproducción que hace el sistema de salud biomédico de inequidades profundas en términos de género, mediante la continua responsabilización femenina de los ámbitos de la sexualidad. Esto se refleja en la centralidad que adquiere la prevención del embarazo en mujeres adolescentes y jóvenes en las atenciones de salud sexual y reproductiva dirigidas a población mapuche, y la escasa o nula oferta que existe en materia de salud sexual para mujeres interesadas en áreas de cuidado que no son el embarazo, y para hombres y personas de las diversidades sexo/genéricas. Si bien esta estrategia de abordaje de la salud sexual y reproductiva es una constante transversal del sistema de salud hacia toda la población del país, se exagera en contextos indígenas ya que factores étnicos y de racismo que operan sobre estos grupos los dejan en una posición de mayor vulnerabilidad respecto a su sexualidad.

“¿Cómo podría yo hablar de eso?": VIH y comunidades mapuche en la Araucanía

De acuerdo con la información entregada por informantes clave del estudio y profesionales de salud, a nivel nacional, el mayor porcentaje de población de pueblos originarios VIH es población mapuche que habita en la región de la Araucanía, principalmente en sectores rurales: *“A nivel nacional 3,5%, 4% de los pacientes son de pueblos originarios, y de ese porcentaje al menos el 80% son mapuche, es lógico entonces enfocarse en*

este grupo de pueblos originarios porque son la gran mayoría". (Francisco, experto académico, entrevista 7).

Algunos/as jóvenes entrevistados/as también dicen estar al tanto de esta situación, es decir, no son datos que manejen exclusivamente expertos, sino que en las comunidades y grupos mapuche urbanos también se conversan y socializan estas temáticas:

Acá en la Araucanía hay muchos casos de sida en población joven. Eso es lo que he escuchado del sida por acá por lo menos. (Karen, joven mapuche, entrevista 17)

La salud sexual acá en la Araucanía, hay poca gente que sabe, pero el pueblo mapuche es donde más hay casos de sida y es por el choque cultural de que no quieren recibir tratamiento occidental. Entonces la gente mapuche, aparte de que tienen muchos problemas para acceder a la salud, también hay casos en que se niegan a recibir la poca ayuda y llegan en estado de sida a morir. (Pau, joven mapuche, entrevista 3)

De acuerdo a los/as expertos/as entrevistados, este alto índice de presencia de VIH en comunidades mapuche se debe en parte a que las campañas ministeriales de prevención no llegan a los sectores rurales de la región y, junto con lo anterior, que habría una resistencia por parte de estos grupos a acceder al sistema de salud para el diagnóstico y tratamiento del VIH, lo que tiene como consecuencia que los casos que llegan al hospital ya se encuentran en fase sida avanzado y, por ende, son poco tratables:

Hay temas de inequidad en salud, como que las campañas ministeriales no llegan a las comunidades mapuche, de que hay un tema de desconocimiento, muchas veces hay un tema de no creer en la medicina tradicional, sino que buscan creer o buscan tratarse con su propia medicina y cuando acceden a cuidados ya no hay nada que hacer. (Francisco, experto académico, entrevista 7)

Tuvimos 17 casos en el periodo 2017-2019 de pacientes que murieron en primera consulta, y de esos 17, 14 eran Mapuche, o que tenían al menos un apellido mapuche. Entonces, evidentemente las campañas no están llegando a esa población. (Elvira, autoridad servicio de salud, entrevista 8)

El viernes pasado llegó un paciente mapuche de 20 y tantos años, llegó con una hemorragia digestiva y se murió el sábado, o sea, tuvimos cero posibilidades de hacer alguna intervención, y eso obedece a un diagnóstico tardío. (Cristal, médico especialista, entrevista 5)

Sobre las formas de infección de la población mapuche, expertos y profesionales de salud sostienen que esta se da principalmente a través de hombres que se van a trabajar temporalmente al norte del país, donde mantienen relaciones sexuales hetero u homoeróticas y, al regresar a sus territorios, transmiten el virus a sus parejas:

El contagio acá está centrado básicamente en un contagio que hacen hombres a mujeres. No es en la homosexualidad lo más importante donde la gente se agrupa el VIH aquí en la región, sino que es por contagio del hombre que sale a trabajar y que tiene relaciones promiscuas. Vuelve a la comunidad y contagia a su señora. (Cristal, médico especialista, entrevista 5)

La percepción de expertos y profesionales de la salud con relación a las formas de adquirir el virus es compartida también por algunos/as jóvenes entrevistados/as. Julián, habitante de zona rural, nos cuenta:

Se dice que en los sectores rurales los adultos se van a trabajar al norte y vuelven con sus esposas y traen el sida, entonces las mujeres rurales tienen sida por eso, por las parejas, eso es lo que se habla. (Julián, joven mapuche, Entrevista 2)

Esta dinámica de movimiento entre territorios es una práctica instalada hace décadas en la región. Cuando termina el año académico, jóvenes mapuche inician una migración temporal a la zona norte para realizar labores principalmente de cosecha de fruta. Durante nuestro trabajo de campo, en un intento por invitar a participar al estudio a jóvenes de un hogar mapuche en la ciudad de Temuco nos respondieron: “*Chacha*”, los lamgen no están ahora, están ya yéndose para el norte. Hay poca gente acá”. Esta práctica socioeconómica de “*ir a trabajar a la fruta*” conocida entre los jóvenes mapuche, la realizan en periodo estival, desde diciembre hasta principios del mes de marzo. Viajan solos, en pareja y/o en grupos, siendo una práctica masiva entre jóvenes mapuche que, dada la falta de oportunidades laborales en su región de residencia, se ven forzados a migrar. Si bien, tal como sostienen Ponce *et al.* (2017), migrar no es una conducta de riesgo en sí misma, sí es un factor de vulnerabilidad frente al VIH ya que en los procesos migratorios la sexualidad de las personas — tanto hombres como mujeres— muchas veces sufre transformaciones por diversos motivos, entre ellos, por estar alejados de la familia y la comunidad, por sentirse solos, por necesidad o por querer experimentar, entre otras. Estos contextos pueden generar situaciones que lleven a las personas a realizar conductas de riesgo que los exponen a la adquisición de ITS, incluido el VIH, frente a las cuales en muchas ocasiones quedan desprotegidos y desconocen los mecanismos de prevención (Ponce, Muñoz & Stival, 2017).

Más allá de este diagnóstico informal respecto a la magnitud del VIH en población mapuche de la Araucanía, y la percepción con relación a los mecanismos de adquisición de este, el VIH fue una temática difícil de conversar con los/as jóvenes contactados, especialmente con aquellos de origen rural. En primera instancia los/as percibimos renuentes a establecer conversaciones al respecto. Recibimos respuestas tales como “*cómo podría yo decir algo de eso*”, lo cual alude al desconocimiento que existe en torno al VIH y el sentirse ajenos a la temática. Estas dificultades para hablar del tema, así como sentirlo lejano, se suman a un interés que percibimos por el “*conocer más sobre eso*”, respondiendo nuestras preguntas con dudas concretas sobre

¹⁷ *Chacha*: querido hermano.

temas tales como los factores de riesgo, la sobrevida, el tratamiento y la probabilidad de morir por el virus.

De acuerdo con los relatos, pareciera que parte de las dificultades para hablar de sexualidad no pasan solo por las tensiones internas y ciertos tabúes que existen en las comunidades sobre el tema, incluido el VIH, sino también debido a la vergüenza y el miedo a ser estigmatizados por el solo hecho de requerir información sobre sexualidad y prevención de ITS y VIH, o solicitar métodos de barrera en el sistema de salud biomédico, explicitando de esta forma que se tiene una vida sexual activa. Esto es una problemática estructural en el país en relación a las carencias que existen en programas de educación sexual integral a nivel institucional, lo que genera mayor vulnerabilidad en las comunidades indígenas —especialmente rurales—, dado que al tratamiento que recibe la sexualidad en la cultura mapuche, se suma la falta de un currículum en educación sexual integral que se implemente en las escuelas y educación sexual intercultural desde el sector salud (Rodríguez, Roberts, & Sadler, 2021).

Según nos indican facilitadores interculturales entrevistados, parte de las barreras que encuentran los y las jóvenes para acceder a la salud sexual y reproductiva en el sistema de salud biomédico se relaciona con la percepción por parte de las y los jóvenes de ser víctimas de estigmas y prejuicios que en ocasiones provienen de los mismos trabajadores de la salud. Cabe mencionar que dichos estigmas y prejuicios están trazados por los intercambios y mestizajes que se han establecido entre las culturas indígenas y la moral judeocristiana, la cual históricamente ha construido un manto de culpa y silenciamiento en el abordaje de la sexualidad y que, interseccionado con la pertenencia étnica, se traduce en la distancia que establecen con los servicios de salud (Núñez Noriega, 2011).

En este contexto, los y las jóvenes mapuche evitan realizar preguntas, sobre todo en atención primaria, donde los programas de salud para adolescentes y jóvenes que existen en este nivel de atención de salud —llamados “Espacios Amigables”—, no han asumido una perspectiva intercultural ni han dialogado con el Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) que existe en el país hace décadas. De acuerdo con lo observado en los estudios, estas barreras se intensifican en los y las jóvenes rurales, en quienes se puede identificar más claramente la presencia de la denominada vergüenza y una distancia y desconocimiento acerca de temáticas que tienen relación con su sexualidad. Esto pasa también por las lógicas de atención que imponen los servicios biomédicos, donde jóvenes entrevistados denuncian haber sentido discriminación y estigma al haber sido obligados a presentarse con un adulto como condición para recibir atención (aun cuando la Ley 20418 establece lo contrario, resguardando la confidencialidad en las prestaciones en materia de regulación de la fertilidad), o incluso haber sido reprendidos por personal de salud por haber iniciado su actividad sexual.

Antes de tener a mi hijo yo no tenía idea qué era una matrona, qué hacían ni que tuviera algo que ver con la sexualidad, nunca me había acercado al consultorio la verdad, solo fui con mi mamá cuando ya sabía que estaba embarazada, tenía como

cuatro meses y para todo lo que fue el parto, ella tuvo que dar autorización para todo, yo no podía decir nada porque era menor. (Camila, joven mapuche, entrevista 12)

Es que da vergüenza igual, porque hay que entrar a consulta de la matrona con la mamá, te hacen preguntas ahí con ella al lado, fue horrible... entonces por eso no voy ni pregunto nada. (Rosalía, joven mapuche, entrevista 13)

Si bien la literatura informa barreras similares de acceso a la salud sexual y reproductiva en población joven no perteneciente a pueblos originarios, desde los discursos emanados por los diversos actores sociales entrevistados en este estudio se entiende que la “vergüenza” adquiere un significado particular en la cultura mapuche, desde donde los ámbitos de sexualidad se piensan como parte del mundo privado y, por ende, no se visualiza la posibilidad de compartirlos con extraños:

No sé, un caso así de ir a un centro a hacerme algún examen, he sentido vergüenza. A pesar de que te dicen que es confidencial y todo, existe la vergüenza. [...] He ido y siento que todos tienen la misma vergüenza. (Analía, joven mapuche, entrevista 18)

De acuerdo con la percepción de los equipos de salud entrevistados, los y las jóvenes rurales son más proclives a sentir esta vergüenza frente a ellos en tanto agentes de salud. Se sostiene que las mismas familias y otros adultos de la comunidad socializan en niñas, niños y personas jóvenes esta noción de vergüenza a través de mensajes directos y otros simbólicos que promueven la idea de que la sexualidad e intimidad son ámbitos de la vida que deben estar anclados al interior de las familias y, por ende, no deben ser compartidos con figuras externas como es el personal biomédico:

De repente en el mundo mapuche cuando te ven de afuera que tú vas con delantal, eso ya te genera una distancia en el mundo rural. (Jeany, equipo de salud, entrevista 9)
Lo que he notado es que quizá el adolescente mapuche rural tiene menos participación en el sector salud que uno que vive en sector urbano, que vaya por anticonceptivos, a control o consulta por enfermedad. Son más introvertidos, les cuesta expresar temas abiertos, o hablar de sexualidad lo entienden casi como que están teniendo sexo. Entonces es algo que siempre me llamó mucho la atención. Yo, en las postas rurales, sectores muy rurales, tenía muy poca asistencia de adolescentes [...]. Yo siento que igual está influenciado por los papás y qué les van a decir en la casa, entonces siento que los chicos sí están interesados, pero están en un sistema de vida que quizá los tiene reprimidos. (Juan, equipo de salud, entrevista 4)

En las postas rurales, por ejemplo, la exposición social y comunitaria es mayor que en un centro urbano, los jóvenes en las postas rurales de salud interactúan con el equipo de salud que pueden ser miembros de la comunidad, familiares y amigos o amigas, en consecuencia, las consultas se limitan a problemas comunes de salud.

Discusión: lo común y lo singular del trabajo con salud sexual con jóvenes mapuche específicos

Los resultados expuestos muestran la variedad de factores que inciden en las inequidades que enfrentan las juventudes mapuche de la Región de la Araucanía en diversos ámbitos, incluidos los referidos a las sexualidades. Muchas de estas inequidades, como la falta de acceso a información en sexualidad, a educación sexual integral y a atención de salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural, entre otras, son transversales a las juventudes en Chile y han sido reportadas por diversos estudios y autores (INJUV, 2017; Kropff-Causa & Stella, 2017; Solís & Martínez, 2015). Lo mismo sucede con diferentes barreras que obstaculizan el acceso de población adolescente y joven a una salud sexual y reproductiva sana y justa en Chile, entre ellas, la falta de educación sexual integral en el país; el enfoque reduccionista de los servicios de salud en lo relativo a salud sexual y reproductiva al vincularlo únicamente al control de la vida reproductiva de las mujeres jóvenes; barreras administrativas en el acceso de los servicios de salud, entre otras. Estas son realidades que se reportan en relación al acceso a la salud sexual en población adolescente y joven del país de manera transversal, independiente de su condición étnica (Obach *et al.*, 2017; Sadler *et al.*, 2010).

Los resultados presentados en el presente capítulo permiten reconocer la presencia de muchas de estas barreras en los diversos mundos juveniles mapuche de la región de la Araucanía, con la consideración que en estos territorios los y las jóvenes mapuche los perciben y experimentan de una manera particular, con ciertos matices que es necesario visibilizar para, de este modo, poder generar acciones que permitan que las y los jóvenes mapuche tengan acceso a una sexualidad placentera, responsable afectivamente y en un marco de respeto, todos estos aspectos relevantes en las definiciones internacionales de salud y derechos sexuales y reproductivos. Una de estas definiciones es la propuesta realizada en 2018 por la Comisión Gutmacher-Lancet, donde se estipula que la salud sexual y reproductiva es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción, y no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencias. Asimismo, el derecho de todas las personas a tomar decisiones que rijan sus cuerpos y a tener acceso a los servicios que respaldan ese derecho (Starrs *et al.*, 2018).

Desde este marco, y para abordar la problemática de las sexualidades mapuche—en particular la vulnerabilidad frente al VIH en estos grupos—, nos parece crucial posicionarnos en una perspectiva académica capaz de superar los esencialismos y culturalismos que han encerrado a los pueblos indígenas en identidades estáticas, que asumen a priori conservadurismo y heterosexualidad en sus prácticas sexo-afectivas, así como evitan establecer diálogos sobre temáticas que son transversalmente silenciadas. Por lo mismo consideramos que es necesario, en primer lugar, reconocer la heterogeneidad que marca los diversos modos de ser indígena y joven en el mundo contemporáneo. Esta diversidad surge, en parte, por los variados territorios que habita la población mapuche en la actualidad, y por los diversos procesos histórico-políticos marcados por el conflicto con el Estado chileno (Bengoa 2000;

Pairican & Urrutia, 2021), el aumento de episodios de violencia en zonas rurales (Pairican, 2015), la intensificación de la migración campo-ciudad (Aravena, 1999; Gissi, 2004; Antileo, 2014) el fortalecimiento de la influencia de iglesias evangélicas en sectores rurales (Foerster, 1995), el mayor acceso a la alfabetización, a estudios secundarios y universitarios, la revitalización del *mapuzungun* en contextos urbanos, entre otros. Todos estos procesos son experimentados de forma diferente por los diversos perfiles de jóvenes mapuche identificados en el estudio.

Sin embargo, más allá de las diferencias y tensiones que se puedan generar entre estos diferentes modos de ser indígenas y jóvenes, existe acuerdo respecto a la vulnerabilidad estructural que enfrentan frente a temas como la exposición a riesgos en salud sexual y salud reproductiva. Esta vulnerabilidad está marcada por la posición de estos jóvenes que, particularmente en zonas rurales, parecen estar expuestos a una doble barrera de acceso a la prevención y promoción en estos temas, tanto por la casi inexistente relación que se establece con un sistema biomédico que no ha integrado la interculturalidad a sus servicios para la población joven, como por la socialización en sexualidad que se produce al interior de las comunidades, caracterizada, desde la lógica occidental, por lo que se entiende como reserva y sigilo, a lo que se suma la acción de iglesias y movimientos conservadores fuertemente presentes en dichos territorios.

Cualquier política de salud sexual y reproductiva que busque impactar en la región, pero que no sea sensible a incorporar las concepciones —tanto tradicionales como actuales— con relación al cuerpo y la sexualidad desde los saberes mapuche, difícilmente podrá tener resultados positivos. Esto implica superar la perspectiva que tiende a reproducir la idea de que las comunidades “no saben o no hablan” de sexualidad, entendiendo que esta no constituye un tabú por sí misma, sino que responde a mecanismos de control y de poder que pasan a través del cuerpo y que han sido ampliamente estudiados en el mundo occidental (Foucault, 1976). Si los trabajos de Foucault han demostrado la manera en que la sexualidad es un objeto político y social de producción de los sujetos, hablar sobre sexualidad indígena implica explorar las epistemologías que subyacen dentro de la construcción de los cuerpos y deseos de otros, así como el modo en que dichas concepciones se leen como campos de resistencia frente a la dominación que las verdades médicas ejercen a través del lenguaje y las prácticas de salud (Fassin, 2007).

En este sentido, resulta necesario asumir que, si bien abordar los ámbitos de sexualidad en los mundos juveniles indígenas es un tema delicado, la desresponsabilización del Estado y la falta de vínculo entre el sector sanitario y las comunidades de pueblos originarios está produciendo efectos nocivos sobre la salud de los jóvenes indígenas, reproduciendo inequidades que afectan en mayor medida a quienes no tienen acceso a otras vías de información como son las redes sociales, o asociaciones y colectivos de las diversidades sexo-genéricas, entre otras, que están actuando como redes informales de prevención y autocuidado en diversos ámbitos de la sexualidad. En este marco, se hace necesario incorporar en el análisis el hecho de que en la cultura mapuche actual existen importantes tensiones entre la *tradicción* y la *modernidad*. Una de ellas la constituye la representación del rol de la mujer y su

participación en procesos sociales y organizacionales tanto en el espacio público como privado, debates que están presentes en emergentes pensadoras y activistas mapuche (Millaleo, 2022; Cuminao, 2009) que desde hace algunos años están problematizando el anclaje entre feminismo y culturas indígenas, aunque pocas veces dichos debates establezcan diálogos con las políticas sanitarias nacionales.

En temas específicos de VIH y juventudes mapuche surge también la evidente desresponsabilización del Estado en relación con la falta de acciones con pertinencia cultural desarrolladas en la región y en el país en general. Resulta llamativa la invisibilización existente con relación al VIH y los pueblos originarios en la Araucanía, región que concentra casos y donde los datos dan cuenta de la estrecha relación que existe entre estos y la población mapuche joven. De los resultados del estudio se desprende que esta invisibilización está cubierta por el mismo velo de esencialismo que dificulta el reconocimiento de búsquedas y exploraciones sexo-afectivas diversas presentes en el mundo indígena, tanto cuanto en el mundo mestizo. En este sentido, creemos que más que poder construir un perfil único de riesgo para la población mapuche, esta investigación levanta la complejidad del mundo joven y los diversos factores que están actuando en sus aprendizajes y prácticas sobre la sexualidad. La exposición que estos grupos pueden tener a contraer el virus durante su desempeño como trabajadores temporales, en prácticas homoeróticas no reconocidas y sancionadas por las mismas comunidades, así como en los circuitos de migración campo-ciudad, han de ser considerados en conjunto con la diversidad de realidades que nos muestran sus perfiles identitarios.

También en este ámbito, cabe dar cuenta de la particular vulnerabilidad femenina con relación al VIH dentro de las juventudes mapuche. Las desigualdades de género al interior de las comunidades no es un aspecto nuevo, así como tampoco las violencias de género. Existen antecedentes en la literatura histórica de violencia hacia mujeres mapuche, las cuales han sido relatadas por viajeros y también reportadas por hallazgos de investigación empírica con historias de vida de abuelas y bisabuelas (Hilger, 2014). Actualmente las mismas mujeres jóvenes participantes de los estudios abordan de cierta forma esta temática, dando cuenta —sobre todo quienes habitan contextos urbanos—, de la necesidad de resignificar las relaciones de género al interior de las comunidades, destacando elementos de violencia, por ejemplo, pero también redescubriendo mecanismos tradicionales de protección intraculturales de resolución de conflictos. Ellas buscan potenciar el feminismo indígena con el fin de reivindicar la posición de las mujeres y el relacionamiento entre los géneros dentro de las comunidades (Cuminao, 2009). Esto se vuelve central toda vez que las inequidades de género vividas en los contextos comunitarios las dejan a ellas en general en una posición de menor acceso a información en salud sexual y reproductiva, y con menos posibilidades de acercarse a estrategias de prevención en VIH. El sistema de salud poco aporta en este ámbito toda vez que su abordaje de los cuerpos femeninos indígenas gira en torno al control de la fertilidad y las sobre responsabiliza en la prevención de embarazos.

Estas dinámicas de inequidades de género en el mundo indígena no son exclusivas de las comunidades mapuche. Tal como sostienen Ponce *et al.* (2017), diversos

textos dan cuenta de usos y costumbres de los pueblos indígenas en América Latina que discriminan y subordinan a las mujeres, quienes viven a diario los efectos de la dominación masculina que va de la mano con los comportamientos de género tradicionales y que posicionan a las mujeres indígenas en una situación de mayor vulnerabilidad a la adquisición del VIH (Ponce *et al.*, 2017). Asimismo, la literatura reporta la mayor vulnerabilidad de las mujeres mestizas frente al VIH dando cuenta de que las inequidades de género en estos ámbitos no son exclusivas del mundo indígena sino que, por el contrario, son una constante en el mundo femenino y de las diversidades sexo-genéricas (Torres Pereda, 2010).

Por último, nos interesa recalcar la vulnerabilidad en la que se encuentran principalmente los y las jóvenes rurales mapuche, quienes al parecer manejan menos información sobre el VIH y se sienten menos autorizados a hablar del tema que quienes habitan contextos urbanos, reproduciendo la idea de que el VIH es una enfermedad foránea, *winka*, que no los afecta, y cuya gravedad y posibilidad de prevención y tratamiento desconocen. En este sentido, resulta fundamental superar la visión tradicional de la sexualidad indígena, asumiéndola como naturalmente heterosexual, y reconocer la existencia de diversidades sexo-genéricas tanto al interior de las comunidades como en los espacios urbanos habitados por jóvenes mapuche. Siguiendo los argumentos planteados por los estudios provenientes principalmente de México (De la Cruz-López, 2013; Ponce *et al.*, 2017) sobre la necesidad de conocer y hablar de estas realidades para poder elaborar estrategias de prevención y atención del VIH con pueblos indígenas, en el caso de los y las jóvenes mapuche se comprueba la prioridad de generar acciones en esta línea, ya que el no hacerlo es condenar a mucha gente a una situación de vulnerabilidad al VIH.

En conclusión, la vinculación entre comunidades, sector sanitario, espacios educativos, religiosos y de trabajo de jóvenes mapuche, así como la inclusión de los propios jóvenes y de las autoridades tradicionales en los programas sanitarios de salud sexual son estrategias clave para generar los procesos de diálogo que están a la base de cualquier intervención sobre los cuerpos y las sexualidades. Las juventudes indígenas hoy presentan un crisol de realidades y de relaciones diversificadas con sus mundos de origen y con los conflictos y transformaciones que este pueblo enfrenta.

Sin embargo, a pesar de esta heterogeneidad, existen factores transversales que los ponen en una situación de vulnerabilidad, a los que se suman elementos específicos que hemos ido describiendo en términos de acceso a información sobre sexualidad, tensiones con los servicios biomédicos, embarazo adolescente, visibilidad de las diversidades sexuales y concepciones en torno al VIH y otras ITS. La historia de un pueblo que ha visto diezmada su cultura, su territorio y su autonomía, también pasa por las sombras que hoy cubren la posibilidad que tienen sus miembros más jóvenes de vivir su sexualidad en forma sana y plena. La propagación del VIH, el sida, entre otras enfermedades, ha contribuido a este proceso de daño estructural sufrido por el pueblo mapuche. Así también los sistemas sanitarios y educativos, entre otros, desde sus discursos y prácticas de intervención han impuesto estrategias biopolíticas sobre los cuerpos de jóvenes mapuche, en el entendido de que sobre ellos y ellas recaen procesos de normalización que definen un orden moral y político (Foucault,

1991) que en este caso busca reproducir una hegemonía de lo “blanco”, generando una subalternidad del otro a través de la invisibilización de sus propias prácticas, representaciones y significados en torno a la sexualidad.

Frente a esto, los resultados de los estudios presentados dan cuenta, por una parte, de las dificultades que enfrentan las juventudes mapuche con relación al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y un distanciamiento de estos grupos con el sistema de salud biomédico. Al mismo tiempo, los estudios develan la existencia de ciertos grupos de jóvenes mapuche que en la actualidad construyen identidades y tienen prácticas sexuales que los distancian de los marcos conservadores propios de otras generaciones, generando identidades sexuales y de género y vínculos con sus cuerpos que rompen con las ideologías de género imperantes tanto en sus comunidades como en el sistema de salud y educativo del país. Repensar la posibilidad de vivir una vida sexual sana, libre, responsable y placentera para todos/as los/as jóvenes, independiente de su condición económica, de género y étnica, implica un esfuerzo colectivo en el que las comunidades y los distintos sistemas de salud presentes en los territorios, deben estar implicadas en la prevención, detección y atención del VIH, con el fin de disminuir la exposición y detener su avance entre la población indígena.

Referencias bibliográficas

- Alarcón, A. M., Chahin, C., Muñoz, S., Wolff, M., Northland, R. (2018). Perfil de personas con infección por VIH/SIDA: diferencial étnico, económico y socio-cultural en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 35(3), 276-282. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182018000300276>.
- Amuchástegui, A. (2017). Gobernanza neoliberal en la epidemia del VIH/SIDA en mujeres en México: Los efectos del paradigma de la vulnerabilidad. *Estudios Sociológicos de El Colegio de México*, 35(104), 343-371. <https://doi.org/10.24201/es.2017v35n104.1511>.
- Antileo, E. (2014). Lecturas en torno a la migración mapuche. Apuntes para la discusión sobre la diáspora, la nación y el colonialismo. En: Fielbaum, A., Hamel, R. & López, A. (Eds.). *El poder de la cultura. Espacios y discursos en América Latina* (pp. 261-287). Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad de Chile.
- Antona Bustos, J. (2021). Coronavirus y *wigka kūzan*: La percepción mapuche de la pandemia. *Nuevo Mundo, Mundos Nuevos*, 21, 1626-0252. <https://doi.org/10.4000/NUEVOMUNDO.84740>.
- Aravena, A. (1999). La identidad indígena en los medios urbanos. Procesos de recomposición de la identidad étnica mapuche en la ciudad de Santiago. En: Boccara, G. y Galindo, S. (Eds.), *Lógica Mestiza en América* (pp. 165-199). Instituto de Estudios Indígenas. Universidad de la Frontera.
- Bautista Rojas, E. (2018). Reflexiones acerca de la diversidad sexual entre jóvenes indígenas en México. *Revista de Estudios Sociales*, 1(63), 100-109. <https://doi.org/10.7440/res63.2018.08>.
- Bengoa, J. (2000). *Historia de un conflicto: El Estado y los Mapuches en el siglo XX*. Planeta.
- Bengoa, J. (2011). Los Mapuches: historia, cultura y conflicto. *Cahiers Des Amériques Latines*, 3(68), 89-107. <https://doi.org/10.4000/CAL.118>.

- Blukacz, A., Cabieses, B., Obach, A., Calderón, A. C., Álvarez, M. I., Madrid, P., & Rada, I. (2023). Promoting the Participation of «Hard-to-Reach» Migrant Populations in Qualitative Public Health Research during the COVID-19 Pandemic in Chile. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1-17. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031956>.
- Boccaro, G. (2007). Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará: Revista de Antropología Chilena*, 39(2), 185-207.
- Bourgois, P. (1988). Conjugated Oppression: Class and Ethnicity among Guaymi and Kuna Banana Workers. *American Ethnologist*, 15(2), 328-348. <https://doi.org/10.1525/ae.1988.15.2.02a00080>.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13-27.
- Cáceres, K., & Pino, R. (2018). Estimaciones poblacionales sobre VIH en Chile 2017 SPECTRUM, ONUSIDA. *Revista chilena de infectología*, 35(6), 642-648. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182018000600642>.
- Calfío, M., & Ancán, J. (1998). El retorno al país mapuche. Reflexiones preliminares para una utopía por construir [Ponencia]. III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G.
- Castro-Arroyave, D. M., Gamella, J. F., Gómez Valencia, N., & Rojas Arbeláez, C. (2017). Caracterización de la situación del VIH/SIDA en los wayuu de Colombia: Una aproximación a sus percepciones. *Chungará: Revista de Antropología Chilena*, 49(1), 109-119. <https://doi.org/10.4067/S0717-73562017005000001>.
- Centro Interdisciplinario de Estudios de Género (2005). “Esa SIDA todavía yo no le he conocido” Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en pueblos originarios [Resumen ejecutivo. Informe Final] Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Recuperado de http://criaps.cl/descarga/doc_elect_RESUMEN_PVE_ORIGINARIOS.pdf.
- Centro Interdisciplinario de Estudios de Género. (2006). *En los dominios de la salud y la cultura: Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en pueblos originarios*. Colección de publicaciones CONASIDA. Ministerio de Salud. Recuperado de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/85381414c5fe11a9e0400101e015920.pdf>.
- CEPAL (2014). *Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos*. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. División de Población de La CEPAL.
- Citarella, L. (2014). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Pehuén Editores.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. (2011). *Informe Final de la Consulta sobre VIH-SIDA y Pueblos Indígenas en Áreas Fronterizas*. Recuperado de <https://avispasenaccion.files.wordpress.com/2012/02/informe-cdi-vih-prueba-final.pdf>.
- Cosío, I., Fernández, M., (2005). Entre masculinidades y gayasidades: Tiríndaro, Michoacán. Un caso etnográfico. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(1), 127-140.
- Cuminao, C. (2009). Mujeres mapuche: Voces y escritura de un posible feminismo indígena. En Pequeño, A. (Comp.), *Participación y políticas de mujeres indígenas en contextos latinoamericanos recientes* (pp. 111-124). FLACSO-Ministerio de Cultura del Ecuador.
- De la Cruz López-Moya, M. (2013). Vidas vulnerables: Hombres indígenas, diversidad sexual y VIH-Sida. *LiminaR*, 11(2), 195-197.
- Dides Castillo, C., & Pérez Moscoso, M. S. (2007). Investigaciones en salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas en Chile y la ausencia de pertinencia étnica. *Acta Bioethica*, 13(2), 216-222. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2007000200009>.
- Duarte-Anselmi, G., Leiva-Pinto, E., Vanegas-López, J., & Thomas-Lange, J. (2022). Experiencias y percepciones sobre sexualidad, riesgo y campañas de prevención de ITS/VIH por estudian-

- tes universitarios. Diseñando una intervención digital. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(3), 909-920. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.05372021>.
- Fassin, D. (2007). *When bodies remember. Experience and Politics of AIDS in South Africa*. University of California Press.
- Flores Rojas, M. X. (2020). «VIH/sida awajún»: Nociones y experiencias de enfermedad y daño en un contexto de epidemia en la Amazonía peruana. *Anthropologica*, 38(44), 235-266. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.202001.010>.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Curso en el Collège de France.
- García Sosa, J. C., Meneses Navarro, S. & Palé Pérez, S. (2007). Migración internacional indígena y vulnerabilidad ante el VIH-SIDA. Los chamulas entre barras y estrellas. *LiminaR*, 5(1), 119-144. <https://doi.org/10.29043/LIMINAR.V5I1.239>.
- Gissi, N. (2004). Segregación espacial mapuche en la ciudad: ¿Negación o revitalización identitaria? *Revista de Urbanismo*, (9), 141-153. <https://doi.org/10.5354/RU.V0I9.18669>.
- Gundermann, H., González, H., Larisa, Y. y Ruyt, D. E. (2009). Migración y movilidad mapuche a la patagonia argentina. *Magallania*, 37(1), 21-35. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22442009000100003>.
- Hilger, I. (2014). *Infancia. Vida y Cultura Mapuche*. Pehuén Editores.
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2015). Resultados Encuesta Nacional de Caracterización Sociodemográfica 2015. Documento INE. (Chile).
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2019). Enfoque estadístico pueblos indígenas en Chile. Documento INE y Programa Orígenes Mideplan-BID. CONADI.
- Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) (2015). Octava Encuesta Nacional de Juventud. Chile. Recuperado de: <https://biblioteca.digital.gob.cl/items/cda39e3d-cdcd-45a9-b888-714877d61078>.
- Juan-Martínez, B. & Castillo-Arcos, L. del C. (2016). Determinantes sociales de salud asociados al virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres indígenas del norte de Oaxaca, México. *Enfermería Clínica*, 26(1), 81-84. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.11.003>.
- Kropff Causa, L. & Stella, V. (2017). Abordajes teóricos sobre las juventudes indígenas en Latinoamérica. *LiminaR*, 15(1), 15-28. <https://doi.org/10.29043/LIMINAR.V15I1.491>.
- Labra, O., Ependa, A., Castro, C., & Wright, R. (2021). Conocimientos y significados atribuidos al VIH en jóvenes Mapuche. *Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 33, 1-12. Recuperado de <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/184/1842058027/html/index.html>.
- Leyva Flores, R., Caballero, M., Ochoa, S. C. & Bronfman, M. (2009). VIH/Sida y grupos móviles en México y Centroamérica: estrategias regionales para la reducción de la vulnerabilidad. En: Castillo, M. A., Cruz Piñeiro, R., Santibáñez, J. & Rosas Mújica, C. (Eds.). *Nuevas tendencias y nuevos desafíos de la migración internacional: Memorias del Seminario Permanente sobre Migración Internacional*. Tomo 3 (1ra ed., pp. 277-296). El Colegio de México. <https://doi.org/10.2307/j.ctv3dnp14.11>.
- Magis, C., Bravo-García, E. & Carrillo, A. M. (Eds.) (2003). *La otra epidemia: El SIDA en el área rural*. Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA).
- Miano, M. (1998). Gays tras bambalinas. Historias de bellezas, pasiones e identidades. *Debate Feminista*, 18, 186-236.
- Millaleo, A. (2022). Epu Püllü, Epu Pillan y otras temáticas sexo-afectivas en contexto mapuche: Un acercamiento al Poyewün. *Estudios Atacameños: arqueología y antropologías surandinas*, 68, 1-28. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-1043-2022-0014>.
- Ministerio de Salud (MINSAL) (2018a). Boletín epidemiológico: Evolución del VIH-SIDA Chile 2018. Gobierno de Chile.

- Ministerio de Salud (MINSAL) (2018b). Plan Estratégico Nacional de Respuesta Multisectorial al VIH/Sida y las ITS. Gobierno de Chile. Recuperado de https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/06/2019.06.12_PLAN-NACIONAL-VIH-SIDA-E-ITS.pdf.
- Núñez, G. (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-Sida: Una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología. *Desacatos*, (35), 13-28.
- Obach, A. & Carreño, A. (2022). De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género. En: Ociel Moya, M. (Ed.), *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud*. FLACSO-Chile/Universidad de Chile.
- Obach, A., Sadler, M., & Jofré, N. (2017). Salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Revista de Salud Pública*, 19(6), 848-854. <https://doi.org/10.15446/rsap.V19n6.70023>.
- ONUSIDA - SIPIA (2016). *Estado del arte sobre VIH y pueblos indígenas en América Latina* [Informe final]. Recuperado de https://www.academia.edu/36075987/Estado_del_Arte_sobre_VIH_y_Pueblos_Ind%C3%ADgenas_en_Am%C3%A9rica_Latina.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2006). Determinantes sociales de la salud—OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.
- Orellana, E. R., Alva, I. E., Cárcamo, C. P., & García, P. J. (2013). Structural Factors That Increase HIV/STI Vulnerability Among Indigenous People in the Peruvian Amazon. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1240-1250. <https://doi.org/10.1177/1049732313502129>.
- Osorio, E. V., Ocampo, D. A. A., & Pineda, J. E. R. (2018). Determinantes sociales en salud que influyen en la prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales de la zona céntrica de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 944-956. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180066>.
- Pairican, F. (2015). El retorno de un viejo actor político: el guerrero. Perspectivas para comprender la violencia política en el movimiento mapuche (1990-2010). En: Antileo Baeza, E., Cárcamo-Huechante, L., Calfio Montalva, M., & Huinca-Piutrin, H. (Eds.), *Violencias Coloniales en Wajmapu* (pp. 301-323). Ediciones Comunidad de Historia Mapuche.
- Pairican, F., & Urrutia, M. J. (2021). The Permanent Rebellion: An Interpretation of Mapuche Uprisings under Chilean Colonialism. *Radical Americas*, 6(1), 1-18. <https://doi.org/10.14324/111.444.ra.2021.v6.1.012>.
- Pérez Guirao, F. J. (2014). Identidad y diversidad cultural. Una visión antropológica del género y la sexualidad. *Revista de Estudios Socioeducativos*, 1(2), 12-32.
- Piñones, C., Quesada, J. & Holmes, S. (2019). La vulnerabilidad estructural y las nuevas perspectivas en medicina social sobre la salud de los migrantes: entrevista a James Quesada y Seth M. Holmes. *Salud Colectiva*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2146>.
- Ponce, P., Forcada, H., Torres, J. & Rascón, A. (2011). *El VIH y los pueblos indígenas*. Comisión Nacional de Derechos Humanos México.
- Ponce, P., Muñoz, R., & Stival, M. (2017). Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: Una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno. *Salud Colectiva*, 13(3), 537-554. <https://doi.org/10.18294/SC.2017.1120>.
- Quesada, J., Hart, L. K. & Bourgois, P. (2011). Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States. *Medical Anthropology*, 30(4), 339-362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>.

- RENPO (2016). *Lecciones aprendidas en el abordaje comunitario a las poblaciones originarias*. Organización Kelwo Chiloé.
- Ramírez-Hita S. (2017). ¿Es posible una antropología médica emancipadora? Reflexiones desde el contexto regional. *Avá. Revista de Antropología*, 31, 185-196.
- Rodríguez, J., Roberts, A., & Sadler, M. (2021). Logros pendientes y desafíos en torno al descenso de la fecundidad adolescente en Chile. En Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) (Coord.), *Problemáticas y desafíos de las juventudes en Chile. Evidencias desde las encuestas nacionales* (p. 122-157). Instituto Nacional de la Juventud: Santiago. Recuperado de https://www.njuv2021_problematicas_y_desafios_de_las_juventudes_en_chile_-1.pdf. INJUV.
- Rojas, X. F. (2019). Entre játa y waweamu: VIH/SIDA en las comunidades awajún de la Amazonía Peruana. *Mana*, 25(3), 777-808. <https://doi.org/10.1590/1678-49442019v25n3p777>.
- Sadler, M., Obach, A., Luego, X. & Biggs, A. (2010). *Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile*. CulturaSalud/Gobierno de Chile.
- Solís, D. & Martínez, C. (2015). Género, sexualidad y cuerpo. Campo juvenil y jóvenes universitarios indígenas de San Luis Potosí, México. *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas*, 22(62), 121-148.
- Starrs, A. M., Ezeh, A., Barker, G., et al. (2018). Accelerate Progress—Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet*, 391, 2642-2692. [https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9).
- Terlazzo, R. (2016). Conceptualizing Adaptive Preferences Respectfully: An Indirectly Substantive Account. *Journal of Political Philosophy*, 24(2), 206-226. <https://doi:10.1111/jopp.12062>.
- Torres López, T. M., Iñiguez Huitrado, R. A., Pando Moreno, M., & Salazar Estrada, J. G. (2009). Riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA desde el punto de vista de adolescentes migrantes del Estado de Jalisco, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(1), 135-154.
- Torres Pereda, M. del P. (Ed.). (2010). *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: Una mirada comprensiva en torno al VIH y el SIDA. Epidemiología, prevención, atención y mejores prácticas en México* (1ra. ed). Ciudad de México: Centro Nacional para la prevención y el Control del VIH/SIDA. Instituto Nacional de las Mujeres. Instituto Nacional de Salud Pública.
- Trostle, J. (2005). *Epidemiology and Culture*. Cambridge University Press.
- Tuhiwai Smith, L. (2021). *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. Bloomsbury Publishing.
- Vaca, J. (2003). Los tarahumaras: ¿grupo de bajo riesgo? En: Magis, C., Bravo-García, E. & Carrillo, A. (2003). *La otra epidemia: el Sida en el área rural*. México: Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH-SIDA.
- Wolff, M., Pinto, M. E., Santolaya, M. E., Aguilera, X., & Child, R. (2020). Evaluación de la infección por VIH en Chile: Pronunciamento del Comité VIH de la Academia Chilena de Medicina. *Revista Médica de Chile*, 148(6), 818-821. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000600818>.

Capítulo 6

Entre la vulnerabilidad y la precariedad estructural: La partería tradicional indígena mexicana en tiempos pandémicos y pospandémicos

Paola María Sesia¹, Lina Rosa Berrio²

Introducción

México es el país con el mayor número absoluto de personas indígenas en América Latina (CEPAL/FILAC, 2020), distribuidos a lo largo y ancho de su territorio, pero con una fuerte concentración en el sur, sureste y centro del país. La salud es uno de los ámbitos donde se expresan los saberes de estos pueblos y la partería tradicional es parte de sus sistemas de salud, representando un recurso de gran valor para el cuidado de las mujeres y la reproducción de la vida.

La presencia de la partería indígena es notable en México pues se encuentra al menos en 26 de las 32 entidades federativas. Los datos oficiales de la Secretaría de Salud federal mencionan que en 2020 había 15.835 parteras/os tradicionales registradas/os en el país, de las cuales 91% permanecen en actividad con un promedio de 29 años de servicio (SSA-CNEGSR, 2020, p. 27). Se trata de un saber ancestral transmitido a través de generaciones, que forma parte del acervo de conocimientos de los pueblos indígenas sobre el territorio, la naturaleza, la cosmovisión, la cultura, la reproducción y el cuerpo. Su preservación, ejercicio y fortalecimiento son elementos fundamentales en la garantía y el disfrute de los derechos colectivos y culturales de los pueblos indígenas.

¹ Doctora en Antropología sociocultural por la Universidad de Arizona en Tucson, Estados Unidos y maestra en Salud Pública por la Universidad de California en Berkeley, profesora-investigadora titular del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.

² Comunicóloga por la Universidad Javeriana, Colombia, maestra en Estudios Latinoamericanos por la UNAM y doctora en Ciencias Antropológicas por la UAM-I, México. Es profesora-investigadora en la línea de antropología médica en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Pacífico Sur, México. Orcid.org/0000-0003-3787-7028. Correo electrónico: linaberrio@gmail.com.

Es además un recurso fundamental para la salud materna y neonatal, especialmente en municipios y regiones mayoritariamente indígenas (Berrio, 2017; Botteri & Bochard Pizarro, 2019; Dixon, El Kotni & Miranda, 2018; El Kotni & Ramírez, 2017; Fagetti & Martínez, 2020; Jiménez, Pelcaltre & Figueroa, 2008; Mateo & Argüello, 2018; Sánchez Ramírez, 2015; Sesia & Berrio, 2021, 2023a, 2023b; Smid *et al.*, 2010), pero también, y de modo creciente, en contextos urbanos como la Ciudad de México (Martínez Villarruel, 2024) u otras ciudades pequeñas o medianas con presencia de población migrante indígena en su interior y alrededores, como es el caso de San Cristóbal de las Casas en Chiapas (Ramírez Pérez, 2016).

La partería en México se encuentra actualmente en un contexto profundamente adverso para su ejercicio, especialmente en el momento del parto, pese a su importancia para la reproducción social de la vida en las comunidades y a la existencia de un marco jurídico de derechos colectivos y culturales de los pueblos indígenas que protege la partería e, igualmente, de un marco legislativo y normativo en salud que, de manera ambivalente, la reconoce.

Esta situación se debe a múltiples causas, algunas vinculadas a procesos naturales de envejecimiento, pero otras obedecen a razones estructurales derivadas de la acción del Estado; de las cuales resaltamos: a) la vulnerabilidad estructural en la que se ejerce la partería, lo cual es el tema central de este capítulo y que desarrollaremos posteriormente; y b) el modelo de política pública en salud materna implementado en el país desde comienzo del nuevo milenio, el cual ha priorizado el parto hospitalario como la única forma de atención para evitar muertes maternas. Esta política se basó en dos premisas que consideramos erróneas. La primera es que las parteras tradicionales no coadyuvan a la reducción de la muerte materna a nivel comunitario y, por tanto, hay que eliminar estas prácticas y saberes progresivamente (véase Sesia & Berrio, 2024, para una discusión más a fondo sobre este punto); y la segunda, la suposición de que los hospitales públicos son el mejor lugar para dar a luz, aun cuando no se trate de partos complicados³.

Aún si el análisis de esa política no es central en este texto, la mencionamos porque ha contribuido al fuerte desplazamiento de las parteras tradicionales en la atención del parto, desestimulando a las mujeres para acudir a ellas y, en varios casos, creando contextos locales y regionales donde la partería indígena ha sido obstaculizada, hostigada y hasta abiertamente reprimida⁴. Los datos de atención de partos por parteras son reveladores pues muestran cómo estos números se reducen cada año, de tal suerte que el porcentaje de partos atendidos por ellas a nivel nacional es menor al 2%, mientras que en la década de 1980 era significativamente mayor. Su actual disminución numérica y una menor transmisión intergeneracional de conocimientos, la coloca hoy en día en peligro de extinción, lo cual constituye una pérdida acelerada de saberes y de patrimonio cultural inmaterial, además de la reducción de recursos

³ Hay que recordar que, de acuerdo con la OMS (2015), los partos normales son el 85% o más, por lo que se pone en tela de juicio que los hospitales sean el mejor lugar para dar a luz en la gran mayoría de los nacimientos.

⁴ Véase Sesia y Berrio (2021; 2023a y 2023b; 2024) para una profundización sobre este punto.

comunitarios valiosos en salud materna que no se reemplazan con nuevas generaciones de parteras, ni por servicios institucionales de salud a nivel local.

Ante esta situación compleja y contradictoria, se realizó un diagnóstico situacional de corte antropológico acerca de las condiciones en las que se encuentra actualmente la partería indígena en seis estados del país donde históricamente ha tenido una gran presencia e importancia (Sesia & Berrio, 2021; 2023a; 2023b)⁵. En este capítulo abordamos tres de los ejes indagados con parteras y profesionales de salud, a fin de discutir la vulnerabilidad y la precariedad estructural en la cual desarrollan hoy su trabajo. Los ejes temáticos relevantes para este texto son: a) la presencia y las características sociodemográficas, laborales y de salud de las parteras en el entorno donde ejercen; b) la relación de las parteras con los servicios institucionales públicos de salud y con el personal de salud; y c) la situación de crisis y precariedad en que el personal de salud ejerce sus funciones, incluyendo su relación con la partería comunitaria, en el contexto de la pandemia y en tiempos pospandémicos.

El texto se centra en las especificidades de la situación enfrentada por las parteras tradicionales indígenas que se relacionan con el sistema institucional de salud, sin perder de vista que esta articulación se da en un entorno sistémico de gran precariedad y crisis. Se trata de un contexto difícil y de una articulación problemática, tanto a nivel ideológico como práctico; un contexto que bien se puede definir de *vulnerabilidad estructural* (Quezada, Hart & Bourgois, 2011) en el ejercicio de la partería y una relación que se ha caracterizado históricamente por procesos cotidianos, normativos e ideológicos de *hegemonía-subordinación* entre el Modelo Médico Hegemónico (MMH) y la partería como un modelo de atención subalterno (Menéndez, 1984). Sin embargo, esta relación se da en un contexto de *crisis* y de gran *precariedad* en el sistema institucional de salud, las cuales se experimentan sobre todo entre el personal de salud de las Secretarías de Salud de las entidades federativas (SESA); crisis y precariedad que se agravaron con la pandemia y en la pospandemia y que atañen, entre otros, precisamente a los espacios de articulación entre personal de salud y parteras.

Interesa mostrar cómo la vulnerabilidad estructural en la que se ejerce la partería interactúa y se profundiza a partir de la situación de precariedad en la que trabaja el personal de salud que se relaciona con ella. Esto tiende a producir una situación donde, independientemente de la voluntad o intenciones explícitas del mismo personal de salud, el contexto de crisis establece *de facto* una “jerarquía de lo prescindible”, donde las parteras y sus necesidades se colocan en el peldaño más bajo de las prioridades en las políticas y estrategias de salud comunitaria y/o salud materna que el personal institucional logra todavía llevar a cabo.

La ausencia o, por lo menos, la reducción de estos espacios de encuentros podría percibirse como un relajamiento del control ejercido por el personal de salud hacia ellas; sin embargo, al parecer, terminan por experimentarse por parte de varias,

⁵ Proyecto “La situación actual de la partería indígena en México”, desarrollado entre el 2021 y el 2023, financiado por el Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología (CONAHCYT) en México con clave 311319. En la investigación participaron Cirenía Vásquez, Nadia Maciel, Coral Mendoza, Aide Rodríguez, Edgar Delgado, Nadia Ortega y Adriana Lozano, como integrantes del equipo. A todas ellas, van nuestros agradecimientos.

aun si no todas, como un elemento adicional de privación, abandono y/o desvalorización de su trabajo.

Marco teórico-conceptual

Siguiendo el espíritu del libro, es necesario discutir el concepto de vulnerabilidad, el cual se refiere a “un conjunto de aspectos individuales y colectivos relacionados a la mayor susceptibilidad de individuos y comunidades ante una enfermedad o daño y, de modo inseparable, menor disponibilidad de recursos para su protección” (Ayres *et al.*, 2018, p. 44). Estos autores recomiendan no enfocarse tanto en “los rasgos generales de la desigualdad”, sino en “comprender la concreción de las relaciones de género y raciales, de clase y generacionales en cada escena de la vida cotidiana, con el interés sobre el modo en que la desigualdad es vivida por los sujetos en cada lugar” (p. 50). Esta episteme es relativamente nueva en la epidemiología o la salud pública; sin embargo, estos autores mencionan que tiene un importante potencial de uso en el análisis de todo tipo de enfermedad, daño o necesidad de cuidados. Es en esta línea donde incluimos el campo de los y las curadoras y cuidadoras tradicionales indígenas que se encuentran desprotegidas, sobre todo al entrar su adultez mayor.

Por otro lado, en un artículo de 2011, Quesada, Hart & Bourgois argumentaron acerca de la relevancia del concepto de *vulnerabilidad estructural* en relación con los efectos negativos en el acceso a la atención en salud, el trato personal médico-pacientes, perfiles epidemiológicos desiguales, y la experiencia de aflicciones entre grupos social y estructuralmente excluidos, discriminados, marginalizados y explotados, sobre la base de la clase social, la etnicidad-raza, el género, la nacionalidad y el estatus migratorio, entre otros. Estos autores propusieron que la *vulnerabilidad estructural* marca una posicionalidad específica de profunda desventaja que es necesario entender y sobre la cual actuar, tanto desde la política pública como en, y desde, los encuentros clínicos. En particular, argumentaron que, en la interacción personal de salud-pacientes, se tendría que rebasar el enfoque explicativo individualizante y auto-responsabilizador de las enfermedades causadas por los estilos de vida y/o las conductas de riesgos para, en su lugar, comprender las barreras y limitaciones estructurales que grupos sociales subordinados enfrentan día tras día; para llegar así a visualizar las causas subyacentes detrás de su salud mermada y actuar en consecuencia. Con respecto a Ayres *et al.*, estos autores enfatizan más el componente colectivo y las dimensiones estructurales de la vulnerabilidad, aun si el enfoque crítico es muy parecido.

En este capítulo retomamos el concepto de vulnerabilidad estructural más allá del encuentro clínico y lo extendemos a las condiciones de ejercicio de la partería indígena y a ciertos aspectos concretos de la interacción entre ellas y el personal institucional de salud. Las parteras ejercen en una situación que bien se define como de una profunda vulnerabilidad que las afecta en sus propias *condiciones de salud*, pero también en sus *condiciones de trabajo* y en la articulación entre ambas condiciones.

Por otro lado, y para entender estos procesos, no es suficiente leerlos a través de la lente de la vulnerabilidad o de la vulnerabilidad estructural; es necesario retomar la dialéctica de *hegemonía-subordinación*, originalmente elaborada por Gramsci en el contexto de la cultura política italiana durante el fascismo y recuperada y trabajada por Menéndez en el campo de la salud (1984); como un enfoque procesual aplicado al campo de la biomedicina, el sistema institucional de salud y sus articulaciones entre modelos médicos; en este caso, en la interrelación con otros sistemas de atención y otros agentes de salud que operan en el nivel comunitario y no son parte formal del sistema institucional. Aquí, la relación entre parteras y personal de salud se construye produciendo, reproduciendo y profundizando a nivel ideológico, técnico y práctico la subordinación, invisibilización y hasta exclusión de las primeras y la reafirmación de la hegemonía de los segundos, aun si esto sucede como procesos no siempre lineales y a veces fracturados. La vulnerabilidad estructural encuentra uno de sus límites explicativos precisamente por ser una categoría analítica tipológica y no procesual (para ver otras limitaciones, véase la Introducción y el capítulo de Muñoz en este libro).

La hegemonía del sistema institucional de salud se reproduce ideológica y prácticamente por parte del personal de salud a través de un reconocimiento titubeante, ambivalente y a su pesar de la existencia y relevancia de la partería indígena en la atención materna, al mismo tiempo que se deslegitima, hostiga y a veces amenaza abiertamente con el peso de su poder regulatorio, sus mecanismos de control directo e indirecto y su institucionalidad o *gobernanza* (Foucault, 2009) burocrática; situaciones que se hacen realidad en las relaciones cotidianas que el personal de salud y/o las autoridades jurisdiccionales o estatales establecen en la práctica.

Lo anterior refleja rasgos estructurales y sistémicos del sistema institucional de salud, donde juega la reproducción social del racismo, clasismo y sexismo estructural que aqueja al sistema de salud en México, como reflejo y profundización de rasgos de la sociedad mexicana en su conjunto; en este caso, aumentados por la ideología inherente del sistema institucional de salud, entre los profesionales de la salud y en el ejercicio de la profesión médica y paramédica, de la superioridad del conocimiento médico como científico. La ideología de la superioridad se establece en el campo de la salud desde la formación y en el interior de estructuras organizativas profundamente jerárquicas; se acompaña por la descalificación sistemática de otros saberes o prácticas ejercidas en el campo de la salud, incluyendo la partería, que no hayan pasado por un proceso de formación profesional y que no se perciban como científicas.

Lo interesante y muy revelador —ya que nos remarca el gran peso que la ideología tiene en la construcción de la hegemonía— es que la producción, reproducción y profundización de estas relaciones desiguales, verticales, autoritarias y asimétricas se dan en el terreno de lo concreto, aun si el sistema institucional público de salud presenta enormes fragilidades en el primer nivel de atención y grandes carencias y una crónica sobresaturación a nivel hospitalario; particular y precisamente, en las regiones donde las parteras indígenas ejercen su oficio.

Este escenario se profundizó durante la pandemia, al mismo tiempo que refiere a una crisis mucho más profunda en el sector salud, alimentada, entre otras razones, por el convulso proceso actual de transformación del sistema público de salud y por una crónica subfinanciación al sector, esta última, agravada con las políticas de austeridad del actual gobierno federal y la grave corrupción presente en muchas entidades federativas. Esta crisis del sistema institucional de salud alude a una situación que definimos de *precariedad estructural* en la cual trabaja la mayoría de su personal, con el cual las parteras se relacionan directa o indirectamente.

En Europa y gran parte del norte global, el concepto de *precariedad* remite a una condición de inseguridad derivada de la pérdida progresiva de la protección social en el Estado de Bienestar, y a la sociedad del riesgo (Beck, 1998) desde los inicios de la época neoliberal; en algunos casos, haciendo referencia explícita a la pérdida de derechos sociales en lo laboral (Vincent, 2017/2018). En otras palabras, la precariedad se ha asociado con la modernidad líquida de Baumann (2002) o la condición posmoderna ligada a la globalización. En América Latina, donde el Estado de Bienestar ha sido, en el mejor de los casos, solo una aspiración endeble, el concepto de precariedad se ha asociado a la realidad del mercado informal del trabajo, donde amplios sectores de la población en edad productiva se enfrentan con condiciones laborales crónicamente inestables, remuneraciones bajas y falta de protección social y/o contractual (Oliveira, 2006); condiciones que han sufrido deterioro desde antes de la flexibilización neoliberal de los mercados del trabajo (Harris & Scully, 2015), como ha sido precisamente el caso de México.

Aplicado al ámbito de la salud, se ha pensado en sistemas de salud precarios en los países más afectados por las reformas neoliberales privatizadoras, como en el Chile ligado de la dictadura. Actualmente, se ha asociado la condición de precariedad con la fragilidad y hasta el colapso derivado de la pandemia por COVID-19 (Knaut *et al.*, 2023; Tetelboin *et al.*, 2021), pero también con el campo ocupacional de los médicos generales egresados de las facultades de medicina que no logran entrar a una especialidad. En este último caso, la precariedad limita, a veces de manera drástica y severa, la capacidad de autoridades y personal de salud para implementar políticas, programas y servicios en salud materna y partería, y ante las necesidades expresadas por las parteras y/o identificadas por el mismo personal de salud. Este fenómeno está particularmente presente en los estados del sur del país, donde las poblaciones indígenas y las parteras tradicionales tienen una mayor presencia.

La incertidumbre expresada por el personal de salud frente a los cambios profundos que está sufriendo el sistema sanitario público en México es también un rasgo de dicha precariedad. Las transiciones ocurridas a partir de 2019 incluyen la desaparición del Sistema de Protección Social a la Salud (Seguro Popular), la posterior creación del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) para reemplazarlo y transferir al Instituto Mexicano de Seguridad Social-Bienestar (IMSS-Bienestar), la conducción y operación de los servicios de salud estatales en varias entidades del país. De esta manera, el IMSS-Bienestar, que hasta hace poco había prestado servicios en parte de las áreas rurales e indígenas del país, especialmente en los estados

del sureste, ahora gana una indudable hegemonía en el contexto de la apuesta política por la unificación y centralización de la prestación de servicios sanitarios.

Contexto del estudio y metodología

Se realizaron entrevistas a 257 parteras tradicionales indígenas⁶ en seis estados (Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán), además de algunas mestizas y afromexicanas en la Costa Chica de Guerrero y Oaxaca, involucrando a 21 regiones y 54 municipios, durante 2021 y 2022. La mayoría de las parteras fueron entrevistadas de manera individual pero también hubo algunas entrevistadas colectivamente, especialmente en Veracruz (véase el Cuadro 1 para su distribución territorial). Todas las parteras consintieron participar en el estudio de manera libre e informada.

Para su selección, se consideraron municipios que aparecían con altos números de partos atendidos por parteras en la base del Subsistema Nacional de Nacimientos (SINAC) en los seis estados para los años 2019-2021. También se consideraron las sugerencias de las organizaciones y redes de parteras locales, en los casos de Chiapas, Quintana Roo, Guerrero y Oaxaca; y las sugerencias de las autoridades de salud, en los casos de Yucatán y Veracruz. Las parteras entrevistadas en los seis estados procedían de 13 pueblos indígenas: *Ikoots*, Zapotecas, Tzotziles, Tzeltales, Tojolabales, Mayas, *Na Savi/Ñu Savi*, *Ñomnda*, *Meph'a*, Nahuas, Totonacas, Chinantecas y Mazatecas.

En 2022, se entrevistó a 93 personas de los programas de Partería, Salud Materna o Salud Reproductiva, que trabajan en los Servicios de Salud en cada una de las seis entidades. La definición de a quiénes entrevistar dependió de las características de cada entidad, la apertura de las Secretarías estatales y la priorización de jurisdicciones con mayor número de partos atendidos por parteras indígenas.

Se presentó el proyecto y se solicitó el permiso a las autoridades de los respectivos servicios de salud en cada entidad federativa, logrando entrevistar en la gran mayoría de los casos a los directivos estatales y los responsables jurisdiccionales de dichos programas (Salud Reproductiva, Salud Materna y/o Partería), personal adscrito a algunos hospitales del primer nivel (hospitales básicos comunitarios) y del segundo nivel, así como a personal de centros de salud. En general, no se logró el acceso de manera institucional al Programa IMSS-Bienestar, pese a las solicitudes. En algunos casos donde ello fue posible, se hicieron entrevistas a prestadores de salud del IMSS-Bienestar y a parteras vinculadas a sus áreas de cobertura, sin embargo se trata de un número limitado. En total, en cada estado se entrevistó el siguiente número de personas del sector salud (Cuadro 2).

⁶ Aún si la gran mayoría de las parteras son mujeres y la partería se considera generalmente un oficio femenino, se encontraron y entrevistaron también algunos parteros varones. En el texto se utiliza el femenino partera(s) como genérico, incluyendo también a los varones.

Cuadro 1. Distribución por municipios de parteras entrevistadas, años 2021 y 2022

Entidad Federativa	Cantidad de parteras entrevistadas	Región	Municipios
Chiapas	37	Los Altos	San Cristóbal de las Casas, Tenejapa, San Juan Chamula, Chalchihuitán y Oxchuc
		Frontera	Frontera Comalapa
		Selva	Chilón y Yajalón
Guerrero	31	La Montaña	Atlixac y Acatepec
		Costa Chica	San Luis Acatlán, Quetzalapa, Xochistlahuaca, Cuajinicuilapa y San Nicolás
Oaxaca	47	Mixteca	Mesones Hidalgo
		Papaloapan	San Juan Bautista, Tuxtepec, Loma Bonita, San Felipe Jalapa de Díaz y San Felipe Usila
		Istmo	Juchitán, San Mateo del Mar, San Francisco del Mar y San Dionisio del Mar
		Costa	Pinotepa, Tututepec y Santiago Tapextla
Yucatán	38	Poniente	Samahil
		Noroeste	Progreso, Mérida y Umán
		Centro	Sudzal y Teya
		Noreste	Tizimín y Espita
		Oriente	Valladolid, Chemax, Tahdziu, Peto y Yaxcabá
		Sur	Santa Elena
Quintana Roo	9	Maya	Felipe Carrillo Puerto y José María Morelos
		Norte	Benito Juárez (Cancún)
Veracruz	95	Las Altas Montaña	Soledad Atzompa, Tlaquilpa, Nogales y Mariano Escobedo
		Huasteca Baja	Tlachichilco
		Olmeca	Las Choapas
		Totonaca	Filomeno Mata y Papantla
TOTAL	257		

Fuente: elaboración propia con base en datos del proyecto, 2021 y 2022.

Cuadro 2. Cantidad de personal de salud entrevistado, según entidad federativa y municipios de trabajo. Años 2021-2022

Entidad Federativa	Cantidad de personal de salud entrevistado	Municipios
Oaxaca	24	Oaxaca de Juárez, San Mateo del Mar, Juchitán de Zaragoza, Santiago Pinotepa Nacional, San Pedro Mixtepec distrito 22 (Puerto Escondido), San Juan Bautista Tuxtepec, San Juan Bautista Lo de Soto, San Felipe Jalapa de Díaz y Salina Cruz.
Chiapas	11	San Cristóbal de las Casas, Ocosingo, Comitán de Domínguez, Las Margaritas y Tuxtla Gutiérrez.
Guerrero	13	San Luis Acatlán, Cuajinicuilapa, Ometepec y Tlapa de Comonfort.
Veracruz	20	Xalapa, Orizaba, Soledad Atzompa, Tlaquilpa, Poza Rica, Tlachichilco, Filomeno Mata, Espinal y Coatzacoalcos.
Quintana Roo	4	Bacalar y Othón P. Blanco
Yucatán	21	Mérida, Kanasin, Ticul, Santa Elena, Valladolid, Tizimin, Yaxcabá y Peto.
Total	93	

Fuente: elaboración propia basada en los datos del proyecto, 2021 y 2022.

Las entrevistas a personal de salud recogieron sus perspectivas en diversos campos temáticos, de los cuales son pertinentes aquí: a) las percepciones en cuanto a las ventajas y desventajas y aportes o limitaciones del trabajo que desempeñan las parteras en su área de cobertura; b) los principales problemas que como personal de salud están enfrentando en la atención materna y dentro del sistema institucional de salud; y c) las formas de articularse con las parteras, los principales problemas y las necesidades de las parteras.

Todos los guiones de entrevista para parteras y personal de salud fueron pilotoados y ajustados. Las entrevistas fueron transcritas y codificadas en el software de análisis cualitativo Atlas Ti. Además, se realizaron dos reuniones virtuales con parteras en 2021 y una presencial a finales de 2022, con el objetivo de devolverles la información sistematizada, retroalimentar los resultados del diagnóstico y recoger sus propuestas y sugerencias. En las tres reuniones participaron entre 30 y 50 parteras de los diferentes estados, además de algunas de otras entidades federativas.

El oficio de la partera en las comunidades: condiciones de trabajo, condiciones de salud y vulnerabilidad estructural

Las condiciones de trabajo

Las parteras tradicionales indígenas realizan una labor fundamental para la salud de las mujeres, la niñez y otras personas, cumpliendo en muchos casos una función comunitaria como autoridades, servidoras y sanadoras ante situaciones de salud cotidianas. Su trabajo no se limita a la atención de las mujeres durante el parto; por el contrario, incluye otros momentos del proceso reproductivo como la gestación y el puerperio, pero también procesos de cuidado del ciclo vital, incluyendo a los recién nacidos e infantes; tratamientos para estimular la fertilidad, calentar o subir la matriz a fin de facilitar la gestación; consejería en salud física y emocional, incluyendo la escucha y recomendaciones en casos de violencias. Durante la pandemia su función se amplió de manera significativa pues no solo atendieron procesos reproductivos sino que fueron primera línea de atención en prevención y atención de casos leves y moderados de COVID-19, como lo documentamos en nuestra investigación (Sesia & Berrio, 2021).

La mayoría del personal y las autoridades de salud entrevistado reconoce esta función comunitaria de las parteras, manifestando un interés y hasta la necesidad de articularse con ellas:

Yo creo que son el pilar principal para el enlace entre la comunidad y el médico. Las parteras siguen siendo, hoy por hoy, [las] primeras en nuestras localidades que se enteran de que una paciente está embarazada, siguen siendo las primeras con quienes las pacientes acuden cuando necesitan algo, porque lamentablemente no siempre en las unidades médicas hay atención 24 horas, siguen siendo esa parte principal de enlace con nosotros. (PS46YUC)

Ellas nos ayudan muchísimo, muchísimo, muchísimo. Hay pacientes que luego a veces ya nació su bebé y en el puerperio no quieren ir a la revisión, entonces ellas igual nos apoyan para que esas pacientes acepten acudir nuevamente al centro de salud [...] pues a veces ya no quiere regresar al centro de salud, ya nada más quiere estar con la partera. Pero si la partera siente o identifica que a fuerza necesita ser valorada por el médico, va y nos avisa, o a veces la paciente no quiere ir, va la partera con el médico y nos dice “necesito que le hagamos una visita domiciliaria” y ya vamos con la partera y la partera ahora si nos ayuda, esa gestión para lograr entrar al domicilio, revisar a la paciente y retirarnos, pero si ellas son de grandísimo apoyo. (PS49VER)

No obstante este reconocimiento —y utilización— de su función comunitaria, es común que las condiciones de vida y de trabajo en las cuales las parteras realizan su

labor sean profundamente desfavorables. Debido a las condiciones rurales y el aislamiento de muchas comunidades indígenas, varias de ellas deben caminar grandes distancias y los caminos están accidentados, como en el caso de las parteras de Filomeno Mata, en Veracruz, o las parteras de la Montaña, en Guerrero.

En otras regiones, las complejas condiciones de inseguridad y violencia hacen más complicado o hasta imposible salir de noche a atender un trabajo de parto. En varias comunidades de Guerrero o del istmo de Tehuantepec, por ejemplo, las medidas comunitarias tomadas por las asambleas para hacer frente a la inseguridad y controlar la circulación de personas externas en sus territorios, incluyen la restricción de la movilidad a partir de las 21 o 22 horas. En Cancún y en Veracruz también se mencionaron esas restricciones de movilidad debido a la creciente presencia del crimen organizado. El incremento sostenido de los flujos migratorios hace que muchas parteras de la región fronteriza en Chiapas, enfrenten una creciente demanda por parte de las mujeres pero al mismo tiempo deban actuar en un contexto de profunda inseguridad, violencia y situaciones de terror cotidiano.

Estas situaciones no son exclusivas de las zonas rurales. Ciudades como San Cristóbal de las Casas en Chiapas, Juchitán o Pinotepa Nacional en Oaxaca; San Luis Acatlán, Tlapa, Chilapa o Chilpancingo en Guerrero; Zongolica en Veracruz o Cancún en Quintana Roo, experimentan de una manera muy evidente este contexto de violencia estructural y presencia de actores armados, que sin duda se han convertido en un elemento más que amenaza la partería tradicional y su posibilidad de ejercicio, especialmente en horario nocturno, que es donde usualmente ocurren los trabajos de parto. Ser partera es un oficio demandante que requiere dedicación, tiempo y mucha valentía.

Los desplazamientos para asistir a las mujeres se dan con sol o con lluvia, con transporte o sin vehículo, de día y sobre todo de noche. Los partos ocurren a cualquier hora y es común que sean ellas quienes deban desplazarse por sus propios medios hasta la casa de la gestante o acompañada solo de un familiar. Un elemento extra de precariedad en la cual realizan su trabajo es la poca remuneración que reciben por sus servicios, al mismo tiempo que muchas asumen los gastos adicionales al trasladar mujeres con complicaciones a los hospitales; gastos que en muchas ocasiones nunca son reembolsados. Así lo relatan una partera maya yucateca y una veracruzana:

E: ¿Hay apoyo cuando las tienes que trasladar de aquí?

—No, eso es por cuenta propia. Pues la verdad cuando me ha tocado pacientes que realmente no tienen pues, yo le tengo que pagar porque realmente no tienen cómo y no voy a dejar a la mujer ahí, la llevo por mi medio mi recurso, la tengo que trasladar [...] Aquí es caro el flete de noche te cobran 1.000 pesos a Valladolid. Llegas en el Hospital General. (102YUC).

E: ¿Y usted tiene que costear todos los gastos para ir a atender a las mujeres o le reembolsan esos gastos?

—Si algún día se presenta algún problema, por ejemplo, alguna complicación de trabajo de parto, pues yo tengo que llevarlas inmediatamente al hospital, a veces hay

unas que no quieren ir a regional, entonces, aunque sea particular, pero hay que llevarla, bajarla a un doctor y nosotras tenemos que hacer el gasto para trasladarla... (078VER)

Ellas invierten su tiempo en el seguimiento a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio; en muchos casos, lo que reciben a cambio es muy poco: son contadas las parteras que cobran más de mil o dos mil pesos por sus servicios en la atención de un parto; muchas reportaron recibir cantidades menores. Algunas comentaron que a veces ni cobran, porque las familias no tienen con qué pagarles o terminan debiéndoles sin saldar nunca sus deudas. Así lo comentaron parteras de Guerrero:

Como tampoco cobro mucho, me dan lo que ellos pueden, o no me dan. Hace ratito me pasaron a dejar 200 (043GROQuetz).

Y: Dice ella que ha atendido mucho parto y que hay gente que no le da ni las gracias y ni les pagan. Dice que ella se va caminando desde las cuatro de la mañana para ir a atender a Llano Silleta o a Honduras, algunos sí, le dan \$200.00 [pesos] o \$350.00 es lo más que le dan, pero algunos ni las gracias le dan. (058GRO, grupo focal con intérprete)

Procesos de envejecimiento y condiciones precarias de salud

Las parteras tradicionales indígenas en general tienen una edad avanzada y han prestado sus servicios a la comunidad por muchos años, algunas incluso por más de cuatro décadas. En nuestra investigación la edad promedio fue de 59 años aunque esta edad sube significativamente en los estados de la península maya (Cuadro 3).

La elevada edad promedio de las parteras hace evidentes los procesos de envejecimiento y enfermedad que varias de ellas enfrentan, así como la vulnerabilidad en la cual atraviesan estas condiciones de salud, pues en general no tienen afiliación a la seguridad social y su único acceso gratuito es a unidades públicas de salud que generalmente son solo de primer nivel de atención y con una capacidad muy limitada

Cuadro 3. Cantidad de parteras entrevistadas y promedio de edad por entidad federativa, años 2021-2023.

	Chiapas	Guerrero	Oaxaca	Querétaro	Veracruz	Yucatán
Cantidad de parteras entrevistadas	37	31	47	9	95	38
Promedio de edad de las parteras entrevistadas (en años)	52	57	62	67	57	64

Fuente: elaboración propia, con datos del proyecto, 2021 y 2022.

de ofrecer servicios que respondan a sus necesidades. A la pregunta sobre sus condiciones de salud, destacó la presencia de afecciones y padecimientos de tipo crónico, especialmente diabetes e hipertensión arterial, lo cual coincide con el panorama nacional de salud y la presencia creciente de estas enfermedades crónicas en el país, incluyendo la población rural e indígena (ENSANUT, 2021)⁷.

Estos padecimientos se hicieron muy presentes en los testimonios de las parteras entrevistadas. Así lo expresaron Beatriz⁸, de 64 años, partera maya de Carrillo Puerto, Quintana Roo; Mariana, su coetánea, partera *nahuatl* de una localidad cerca de Orizaba, Veracruz; Bárbara de 53 años, partera amuzga de Cuiajinicuilapa, Guerrero; Rita, partera maya de Yucatán, de 66 años; Griselda, partera tzeltal de Chilón, Chiapas, de 46 años; o Alma, partera zapoteca de Juchitán, Oaxaca, de 55 años:

Diabetes, lo tengo. De que perdí un hijo hace tres años me empezó la diabetes (069QROO).

Yo soy diabética, tiene como 18 años (079VER).

Aproximadamente [llevo con la diabetes] como unos 12 o 15 años (089GRO).

Soy diabética, e hipertensa (097YUC).

La hipertensión la tengo muy alta. Tengo que estar controlada siempre. Ahorita en la mañana por ejemplo me checan y en la noche tomo Losartán [medicamento para controlar la presión alta] para dormir (002OAX).

I: Dice ella que le hicieron las pruebas y que apareció que tiene diabetes, que tiene la azúcar alta, dice que le dieron unas pastillas y que ella lo toma cuando se siente mal (049CHI, entrevista con traductora).

En Veracruz, donde se hicieron varias entrevistas grupales, casi todas las parteras presentes reportaron padecer enfermedades, en su mayoría diabetes, a veces asociada con otros cuadros de comorbilidad:

Emilia: Yo tengo la diabetes, soy hipertensa y tengo la miastenia grado dos

Jovita: Yo soy diabética

Marta: Yo estoy enferma de asma bronquial

Amelia: Soy diabética

Gema: Yo sí soy diabética

E: Jovita ¿Usted está enferma?

Jovita: Pues estuve un poco, muy decaída que sentía mucho, mucho así como una flojera como una blandura en el cuerpo, me fui a hacer estudios... (107VERFocalChoapas)

⁷ La Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT-2021) muestra un crecimiento importante de la diabetes en México: 14,4% del total de población en 2006 a 15,8% en 2021. En números, eso significa que se pasó de 7,3 millones de personas con diabetes en 2006 a 13,4 millones en 2021. Respecto a la hipertensión, esta misma encuesta señala que 28,2% de la población mexicana tiene indicadores de tensión arterial por arriba de 130/80, considerado como lo normal. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/presentan-panorama-de-las-enfermedades-cronicas-en-mexico>

⁸ Todos los nombres utilizados son pseudónimos.

Ella es diabética, ella [otra partera] tiene alta la presión, ella [una tercera partera] es diabética e hipertensa, en el caso de ella [una cuarta partera] que es diabética nada más y hace como un año y medio que le agarró el COVID. (114VERGrupal)

Estos breves extractos reflejan una situación que la gran mayoría de las parteras entrevistadas comparte. La diabetes es una realidad omnipresente en las localidades donde ellas residen, una enfermedad crónica que deja su huella progresivamente degenerativa en los cuerpos cansados de estas mujeres y que acecha en realidad a toda la población, hombres y mujeres, particularmente a partir de los cincuenta años, aun si la edad del diagnóstico inicial tiende a decrecer con el pasar del tiempo. No se trata de una situación privativa de las parteras sino de la población indígena-rural mexicana en general (OCDE, 2023), la cual se asocia a los cambios profundos en los patrones alimenticios, la disponibilidad y el consumo creciente de alimentos altamente procesados y de bebidas azucaradas y el creciente sedentarismo por el abandono progresivo de las actividades agropecuarias de antaño. Al igual que muchas otras mujeres, las parteras saben que lo dulce hace daño, pero es común que asocien más bien la aparición de la enfermedad a una vivencia emocional durante eventos difíciles de sus vidas.

Lo que distingue a las parteras es la tendencia a asociar directamente la diabetes, la hipertensión y otros males crónicos o hasta accidentales que las alcanzan, a su oficio de parteras. Hay muchas referencias al trabajo persistente, demandante y duro de atender a las mujeres durante sus embarazos, nacimientos y puerperios; trabajo que, con el tiempo, pasa inevitablemente factura. Además, varias parteras entrevistadas relacionan sus condiciones difíciles de trabajo con comorbilidades que están padeciendo o accidentes que han sufrido desempeñando su labor y que a veces se vuelven incapacitantes, de manera temporal, o en varios casos, definitiva.

Un claro ejemplo lo proporciona Romelia, 61 años, partera *totonaku*, la cual sufre de por sí diabetes y tiene la presión alta. Unos días antes de visitarla en su comunidad en 2022, se cayó de las escaleras empinadas en su localidad, cuando iba a visitar a una mujer recién parida y a su bebé, sufriendo múltiples fracturas en un pie. Así lo relata ella, con el apoyo de su hija que cumplió el papel de traductora cuando se le dificultaba expresarse en español:

E1: *¿Dónde se cayó?*

—*Allá arriba...*

E1: *¿Como partera andaba trabajando y se cayó?*

—*Sí [...] Ya no he atendido [...] ¡Ya no! No pude caminar*

I: *Y eso que es diabética ella*

E1: *¿Además de la diabetes, tiene algún otro padecimiento?*

I: *Este [...] presión, lo que es la presión alta.*

E2: *Este... ahorita después de que se cayó, ya no ha atendido partos ¿verdad?*

—*Ya no*

I: *Ahorita no, porque es muy pesada la bajada entons [sic] igual la subida. Pero no puede bajar. Antes sí, subía y bajaba [a ver las embarazadas], iba a lo que es la*

colonia de allá Eleodora Davila, el Crucero y Cerro Grande [...] Caminando o a veces en carro. (086VER)

Ana, partera maya yucateca, de 78 años, la cual reportó haber traído al mundo más de 1.000 niños en su comunidad, acababa de sufrir una embolia justo cuando estaba sobando a una de las muchas mujeres embarazadas que todos los días la buscan:

*E: Usted me dice que ahora le acaba de dar una embolia hace 15 [días]. Que estaba sobando una mujer, es lo que dicen sus hijas ¿Y qué sintió? En su cuerpo, ¿qué sintió?
—No tengo fuerza. No tengo fuerza. Ya me cansé, hay días que sobo siete, diez mujeres [...] Voy a lavar después del parto, pañal del bebé, siete días les voy a estar lavando.
E: Y entonces, ¿por tanto trabajo ya se enfermó?
—Así dice A. [el médico de la Brigada]. Cuando voy a sobar, [sobo] 15 [mujeres], y sí, sobo siete [...]. Si de antes sobaba a 15, ahora solamente siete [...] Hay días que yo no descanso, ninguna hora [...] Pues para atender a tantas mujeres, lavarles la hamaca, lavarles la ropa, eso es bien pesado. (105YUC)*

Rosa, partera chinanteca de Oaxaca, de 81 años, con más de cincuenta de ser partera, ahora ya no atiende fuera de su localidad. Su nuera nos explicó que ella tuvo un accidente durante sus labores en el cual perdió su capacidad de audición:

*I: Ella andaba por las comunidades antes, dice. Ella andaba [...] si ella se siente [sentía] bien, ahora no oye bien, por eso no va [...] Cuando fue a ver a la señora embarazada, ella viene, regresó a las once, pasó como pasamos el río ¿no? Ella pasó en balsa, dice, y la señora se volteó, dice, hasta el río se metió a ella. Por eso se tapó su oído, dice, [se] llenó de agua.
E: ¿Llevaba a una mujer a Tuxtepec?
I: No, [fue] cuando ella regresó que fue a visitar a su paciente. Ya tiene años desde que pasó eso.
E: ¿Y desde entonces ya quedó así?
I: Mjm [afirmación]. (023OAX)*

Otras dejaron de atender partos de manera temporal, definitiva, o están a punto de hacerlo. Algunas dejaron de sobar, a consecuencia de las enfermedades que padecen o han padecido. Así lo expresan Regina de Quintana Roo, Rita de Yucatán y Gina de Guerrero:

Veinte años fui partera. Me dio parálisis facial y ya no pude seguir, de ahí la diabetes me fue avanzando, fueron mis nervios yo no sé, y se me fue borrando la vista, por eso uso lentes actualmente porque sin los lentes no veo bien. Después de que me esperé y todo, volví a tener función la mitad de mi cuerpo. Y ahora solamente sobo a las embarazadas, compongo la matriz, compongo el colon, el ciro y todo lo relacionado con la herbolaria. (073QROO)

Y así y así, bajé mucho de peso, llegué a pesar creo que 46 kilos, quedé así, flaquita [...] Y de mi diabetes, pues ellas [las hijas] cada rato me regañan, “Mamá, no debes comer eso, mamá, mamá, ¿ya comiste? Toda diabética debe comer 5 veces al día.” [...] Tons [sic], yo digo, también, doy gracias a Dios, creo que por eso estoy un poquito bien, me siento un poquito fuerte, ahorita me estoy recuperando del dengue. Estuve acostada mes y medio, ya no puedo ir a dar masajes y todas las clientes hablan y ellas [mi hija y mi nieta] son las que se dedicaron a sobar. (098YUC)

E: Así que, ¿fue perdiendo fuerza, se fue usted enfermado y ya dejó de atender? Sí me enfermé, venían [las mujeres] que por favor [...] Pero no yo ya no me comprometí, “venga” me decían, “por favor nada más a cortar el ombligo”. Pero no, ya estando ahí una, se complica, se compromete, no de una vida, sino de dos vidas. (065GRO)

Además de la diabetes y la hipertensión, hay parteras que refirieron padecer de otras enfermedades, como el ácido úrico, el colesterol alto, problemas de la vista, enfermedades infecciosas o por vectores, problemas lumbares, enfermedades renales y hasta tumores. Por ejemplo, Benilde, partera veracruzana de 67 años de la región nahua, comentó que tiene inflamaciones en los riñones por tanto trabajar en el campo:

¡Ay! iyo sí! Padezco de los riñones. Pero pos hice unos estudios, pero no he tenido dinerito para ver qué es lo que tengo. Tengo los estudios en casa.

E: ¿Pero qué le han dicho hasta ahorita que tiene? Que tengo inflamación en los riñones por tanto trabajar el campo. Sí, así es. (082VER)

Algunas que dejaron de atender o están a punto de hacerlo, relacionan precisamente su decisión con el estrés y/o el cansancio generado por su trabajo:

Te desvelas, necesitas estar saludable a que no te agote, ¿Por qué? Porque tienes que darle fuerza a esas mujeres o un niño que viene, que se nos atore, no lo podemos sacar sino a puro masaje [...] Ya ahora me tocó todavía partear a las que nacieron conmigo, las hijas de las que se aliviaban... Ahí iba doña Eva. Vino una ahorita apenas que dice que, que yo la vi de su hija y vino a verme para que yo parteara a su hija. ¡Ay mi madre! ¡Yo ya no puedo! ¡Ay Dios! Yo ya no [...] como me enfermé de los nervios, me dijo el doctor que ya no trabajara. Yo, yo también, yo dije: “Verdad, doctor que ¿ya no puedo trabajar?”, “como usted se sienta doña Eva!”. Pero, yo ya tenía miedo ver parto porque al cortar ombligo, no fuera yo a cortar mal. (091OAX)

84 años y 46 de partera, ya es una vida grande, en parte les digo yo que ya quiero renunciar, me canso. (115VERGrupal2)

“Ora sí que nos botaron como trapo viejo”: La falta de seguridad social y de acceso efectivo a la salud para las parteras

Es así como se acaba la fuerza y el cansancio se apodera de ellas hasta que muchas, ya grandes, enfermas y agotadas, dejan el oficio. Frente a estos padecimientos, la mayoría crónico-degenerativos con los cuales conviven y otros, de rápido deterioro, fue inevitable preguntar cuáles son las opciones que tienen para atenderse, controlarse o, por lo menos, contener el daño (Nichter, 2006). De manera parecida a la gran mayoría de los habitantes de estas localidades, las parteras tienen un acceso muy limitado —por no decir, inexistente— a servicios de salud que ofrezcan una atención de calidad, sean cercanos y gratuitos (sobre todo para obtener los medicamentos que necesitan para controlar las enfermedades crónico-degenerativas) e incluyan servicios especializados. El acceso gratuito a especialidades ha además disminuido con la cancelación en México del esquema de financiamiento del Seguro Popular, en 2019. Al igual que Benilde, muchas parteras no pueden costear estudios de corte diagnóstico o tratamientos. En las farmacias, los medicamentos son caros y en las enfermedades crónico-degenerativas deben tomarse de por vida.

Por otra parte, el acceso a la seguridad social es mínimo. Al preguntarles si estaban afiliadas al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) —las dos instancias de seguridad social más importantes en México donde por lo menos, en teoría, las consultas son gratuitas y los fármacos deberían de estar disponibles sin costo alguno— la gran mayoría contestó que no. Por ello, cuando se enferman, sus opciones se restringen. Lorenza y Tania, de Veracruz y Gisela, de Chiapas, nos reportaron que se van a la clínica local, aún si el personal médico no siempre está y las medicinas escasean:

E: *¿usted tiene seguridad social IMSS o ISSSTE?*

—*No, no recibo nada de eso.*

E: *¿y cuando se llega enfermar a dónde va?*

—*Cuando me llego enfermar a veces me da calentura, algún dolor, pero compro mi inyección y me inyecto o voy a la farmacia o si no, voy a clínica y ahí me dan algunas pastillas o inyecciones... (100VER)*

E: *¿ella va a la clínica o donde se atiende?*

L/I: *ella dice que [solo] aquí en la clínica cuando llega el doctor. (049CHI, entrevista con traductora)*

E: *¿Cuando se enferman a dónde van a atenderse?*

Intérprete: *Ella [la partera] lleva control aquí. No tienen el seguro, no tienen nada de eso. Sí, aquí [en el hospital básico comunitario] las atienden. (110VERFocal)*

Varias parteras se atienden paralelamente con medicina casera en sus hogares; algunas se curan o se mantienen estables con tés, licuados o aguas de tiempo con plantas medicinales, igualmente acuden a estos recursos locales y la dieta para controlar el nivel de azúcar:

—*Tiene diabetes, le dan unas pastillas para controlar la diabetes, lo que hace ella es que no toma sus pastillas, lo que hace es que busca sábila, le saca la pulpa y lo licúa y eso se lo toma.* (041GRO)

E: *¿Y se atiende constantemente?* [Ode la diabetes] [...] *¿Toma medicamentos?*

—*No. A veces, sí tomo tecito, pero no tomo amargo, tomo chaya ese no es amargo. Eso tomo, casi no tomo lo amargo.* (079VER)

E: *¿Cuándo usted se enferma a dónde va?*

—*Yo solita me curo [...] cuando me llevan al doctor y me dan medicina me siento borracha y no me gusta.* (072QROO)

E1: *¿Y con eso se ha estabilizado en el azúcar?*

—*Sí, con medicina tradicional yo hago mi propia medicina, porque yo curo hasta piedras. Yo tengo hasta mi vitamina.* (117YUC)

Cuando lo pueden costear recurren a la medicina privada, a veces con grandes esfuerzos propios y/o de sus familiares ya que las consultas, los tratamientos y las intervenciones quirúrgicas son muy caras; además, hay gastos de transporte y en muchos casos es complicado salir de las localidades, por lo que se tienen que activar las redes familiares de apoyo. Se reitera, entre las que acuden a la medicina privada, que las parteras o sus familiares no tienen acceso a la seguridad social:

—*Yo voy a médico particular porque nadie tiene seguro que [...] de mis hijas.* (090GRO)

E: *¿Y ahorita en dónde se está atendiendo su piecito [pie fracturado]?*

I: *Ella este [...] ahorita, como mis tíos se cooperaron para llevarla este... hospital particular.*

E: *Entonces en esos casos, ¿sus hijos se cooperan para poder llevarla al hospital, al particular? ¿Y cómo, cuánto se gasta allá en el hospital particular?*

—*26 mil [pesos] la cirugía*

I: *Pero [...] cada que va, como dos mil, tres mil [pesos] ...¡Ajá! entre la comida y el pasaje.* (086VER)

E: *Pero, ¿dónde la están atendiendo?*

—*Con el doctor A. Sí, es un hospital privado.*

E: *¿Cuánto les cobra por la atención?*

A1: *Bueno, ahorita en terapia, la terapia son trescientos pesos. Dos veces por semana, y hay que pagar el taxi de ida y de venida. 500 [pesos].*

E: *Mil pesos a la semana ¿Tiene seguridad social?*

—*No.* (105YUC)

De las pocas parteras registradas en el programa IMSS-Bienestar que logramos entrevistar, la mayoría reportó que se atiende en las unidades médicas rurales (UMR) de ese programa, lo cual se interpreta como si fuera una forma de Seguridad Social, aún si, en realidad, los servicios de especialidad que el programa ofrece son extremadamente limitados:

—Soy diabética
 E: *¿Usted tiene alguna enfermedad?*
 —Diabética
 E: *¿Y usted, y usted?*
 —Presión alta. Diabética también
 E: *Ustedes, ¿tienen algún tipo de seguridad social?*
 —Sí, acá [se refiere a la UMR local]
 E: *O sea, por ejemplo, ¿tienen IMSS, ISSSTE? O cómo le hacen cuando se enferman?*
 —Venimos acá [a la UMR]. Cuando no nos pueden curar acá nos mandan a Izamal [donde se ubica el hospital rural del IMSS-Bienestar]. (119YUCFocalIMSS-Bienestar)

Las entrevistadas que mencionan que tenían seguro antes, se refieren al Seguro Popular. Añaden que *“ese programa ya no existe”*. Una intérprete en un grupo focal nos tradujo sus palabras: *“dicen que antes tenían el Seguro Popular, pero ahora ya no tienen ni eso”* (114VERGrupal).

No saben con exactitud qué pasó con el Seguro Popular y ahora se preguntan qué hacer cuando requieren consultas con especialistas, lo cual consideran necesario para accidentes y traumas, problemas de la vista, complicaciones de la diabetes, del cáncer, de la embolia u otras enfermedades crónico-degenerativas. Ante la falta de seguridad social, con un acceso muy limitado a clínicas locales, la mayoría sin poder enfrentar gastos fuertes en la medicina privada y frente a la perspectiva de caer enferma o empeorar, Antonia, partera tzeltal de los Altos de Chiapas, de 63 años y con 44 años de ser partera, respondió *“nada”* a nuestra pregunta *“¿Usted tiene algún tipo de seguro?”*. A la siguiente pregunta: *“¿Qué pasaría si usted se enferma?”*, de manera lapidaria nos contestó: *“Pues me morí, me morí.”* (026CHI).

Esta es una situación que las parteras comparten con otras personas de sus localidades, donde el factor común es la vejez y la falta de cobertura real en la atención médica, sobre todo ante enfermedades graves crónico-degenerativas, diagnosticadas tardíamente y ante las cuales los costos en la atención privada son prohibitivos. La única gran diferencia entre las parteras y el resto de las personas en sus comunidades es que ellas llevan muchos años estando oficialmente registradas e interactuando con el personal de salud que trabaja en el sistema institucional público, en un maridaje de larga duración, pero en el cual no se les reconoce su contribución, rol o adquisición de derechos, justo cuando más necesidad tienen.

Jazmín, partera tzotzil de los Altos de Chiapas, de 45 años al momento de la entrevista y con 25 años de ser partera, nos compartió su situación y su sentir con respecto a la falta de acceso a la seguridad social y la precariedad que ella percibe en los servicios disponibles de la Secretaría de Salud para personas como ellas:

No tengo seguro. En mi ex trabajo tenía seguro, pero eso ya pasó. Ahorita no tengo seguro. Me voy al público, pero con la bendición de Dios no he [tenido que] llega[r]. No se sabe en qué momento, nadie es libre [...] lo ideal como parteras, como estamos registradas en la Secretaría de Salud, debemos tener una seguridad de atención. Eso debe de ser, pero no. No tenemos eso. (027CHI)

Sus palabras manifiestan de manera explícita el trato injusto e inequitativo que reciben como parteras y un reclamo implícito de que, por ser parteras registradas —a lo que añadiríamos, por proveer un servicio en salud en sus comunidades que además es gratuito para el sistema institucional de salud, por haber tenido ellas una larga historia de interacción con la biomedicina y haber servido y apoyado a las instituciones de salud donde están registradas— ellas *tendrían* que tener acceso a la seguridad social; pero no lo tienen. Magdalena, partera sobadora de Yucatán de 46 años, construye un argumento parecido, al enfatizar que “*ni por ser parteras*” tienen seguridad social y que, en el ámbito de la atención para ellas, “*no tenemos institución*”:

E: *¿Tienes seguridad social?*

—*No, nada. No pertenecemos.*

E: *¿No pertenecen?*

—*No, ni por ser parteras. No tenemos.*

E: *¿Y tienen algún trato en particular o en especial con el centro de salud si se enferman? ¿Si se enferman pueden venir y van a tener trato preferencial?*

—*No... Nada, no tenemos institución. No, ninguna institución nos avala. (096YUC)*

Mireya, partera de 58 años de la región de Tuxtepec, Oaxaca, va un paso más, atestiguando abiertamente su inconformidad con respecto a la falta de apoyo por parte de la Secretaría de Salud en casos de enfermedad y ante la pandemia:

Una ayuda ¿no?, un respaldo, este [...] Cuando menos pues al fallecer que alguien nos responda con que sea icon la caja de nosotras! Porque... 'ora sí que nos han dejado como, pues [...] ¡Así! ¡Nos botaron como trapo viejo!, ¡eh!, nunca hemos recibido un apoyo de nada, de nada ¡eh! Le digo ya se han muerto varias [con el Covid] y pues la mera verdad, pues sí. (017OAX)

Las palabras anteriores expresan mucha molestia. La metáfora de que las parteras sean utilizadas y después *botadas como trapo viejo* nos da la idea del sentido de abandono que varias parteras sienten; abandono justamente en la etapa de la vida donde enfrentan condiciones de mayor vulnerabilidad. Aquí no hay resignación, prevalecen más bien el reclamo y el enojo.

En resumen, si pensamos que la gran mayoría de los padecimientos se inscribe en las categorías de cronicidades, es evidente que en estos procesos de deterioro de la salud las parteras no reciben el apoyo o cuidado que se merecerían después de los años de trabajo y servicio a la comunidad y a la institución de salud. En varios estados identificamos parteras que fallecieron por complicaciones con la diabetes, las cuales enfrentaron antes largos peregrinajes en busca de atención en las mismas instituciones donde por años estuvieron llevando mujeres gestantes a ser atendidas.

También resultó evidente que esta falta de protección —por no decir franco abandono— no solo compete a las instituciones de salud federales y estatales. Algunas parteras o familiares refirieron que, pese a la gran cantidad de niños y niñas que han recibido y al servicio que han rendido a sus comunidades, durante su

vejez no siempre la gente se acuerda de sus aportes, por lo que la petición de recibir apoyos y cuidados se dirige también a autoridades de este nivel local de gobierno:

Pero también el municipio que nos, que nos den un poquito de, de recompensa pues de que los trabajos que vamos hacer juntos con ellos por eso está el centro de salud [...] para que todos juntos podemos hacer el bien de la población. Esa, esa es nuestra misión, eso es lo que le digo yo a mis compañeras, no tanto dinero que nos dé el Municipio, pero que nos den algo o que nos apoyen en algo de nuestro trabajo que estamos haciendo. (004OAX)

Para las parteras de edad avanzada, el desamparo es muy real cuando dejan de trabajar. Hay muchas de ellas que no tienen otros ingresos. Esporádicamente soban a alguien, pero una vez alcanzada una cierta edad donde el cuerpo ya no da, dejan de percibir ingresos de su trabajo, no tienen seguridad social, no tienen jubilación alguna. Es por eso que muchas demandan al sistema institucional público de salud una retribución económica por el trabajo que han realizado a lo largo de sus vidas. Las sostiene la conciencia de que han dado un servicio a las mujeres de sus comunidades descargando de responsabilidad y trabajo al sistema público de salud, sin que al sistema le costara, después de años de estar registradas, tener credenciales, reportar sus atenciones, llenar papeles y asistir a capacitaciones:

Quiere más apoyo, quiere que le den apoyo económico. (042GRO)
Venía una antes todavía, tiene dos tres años [que me dieron apoyo]. ¡No me da nada, ahora! [...] ¡Aunque sea un poco [de] aguinaldo! Porque estamos trabajando, porque damos papel por allá [entregan su información a la jurisdicción], aunque sea un poco por allá. Viene aguinaldo, así viene, Pero ahora, de ahí no, porque dice [la encargada de la jurisdicción] que no da el gobierno. (OAXSMM)
Ellas [las parteras en la comunidad], al igual que nosotras en Casa Materna, no tienen ningún sueldo. Nosotros sacamos nuestros pasajes. Ya vimos para una beca, pero no nos la dieron. Vimos que nos apoyaran, pero no. De nuestras fuerzas sacamos todo, no hay ayuda. Supimos nosotras que hay un apoyo para las parteras, pero nos pusieron muchas trabas. (028CHI)

Esta demanda se vuelve más apremiante con las parteras mayores que sus familiares no puedan apoyar o que ya no tengan familias y se hayan quedado solas. Algunas de ellas abiertamente reconocen la profunda injusticia de haber servido, haber creado vida, haber apoyado a las mujeres y al sistema institucional de salud durante tantos años, pero sin que esto se reconozca y se trasmute en un apoyo directo justo en la etapa de mayor vulnerabilidad en sus vidas:

Yo digo que el gobierno debe enfocarse en todo el apoyo hacia las parteras porque es la que está viendo la vida, la vida del bebé y la vida de una mamá. (107VER)

[Debería recibir algún] estímulo [...] Pues yo me imagino que sí, que sí, porque si nos mantienen informadas con el gobierno, yo pienso que el gobierno también debe de poner o sea, algo de su [parte]. (037OAX)

Por eso sí, pues luego me pienso, luego, pos como soy solita... Ya mi esposo ya falleció. Luego me pienso porque el gobierno no nos da un apoyo, por qué no nos busca, por qué no se da cuenta, somos sus trabajadoras, nos ha de buscar, nos ha de dar algo. (082VER)

Esta demanda encuentra eco entre algunos de los profesionales de la salud que colaboran de cerca con las parteras, los cuales son conscientes de sus necesidades, sobre todo en lo que refiere a recibir una retribución digna a cambio de su trabajo. Sin embargo, estos mismos profesionales expresaron su impotencia al no poder responder favorablemente a estas peticiones porque no tienen financiamiento:

Bueno, por un lado [...] una de las principales demandas es que se les remunere, porque eso pasa en el IMSS, pero en la Secretaría no. Ese es el principal inconveniente porque son cerca de 4000 parteras [en Chiapas] pues darles un recurso a ellas no alcanzaría, esa es la principal inconformidad que ellas manifiestan principalmente. (PSs/nCHI)

Lo que han manifestado en más de alguna ocasión, que se les gestione un recurso, que si bien es cierto ellas hacen un cobro por los partos atendidos, es un cobro muy bajo, en su mayoría y, algunas veces ni les pagan. Y que bueno, atienden partos sin menoscabo de un peso del erario público. Y yo estoy de acuerdo con ellas; sin embargo, ya lo he propuesto en más de una ocasión, no ha pegado [...] Pero, que ellas quisieran, pues ese estímulo y yo estoy de acuerdo, pero no, no se ha logrado, no se ha logrado nada. (PS17VER)

En resumen, se identificaron las difíciles condiciones en las cuales las parteras realizan su labor, el cansancio acumulado en los años de ejercicio; las enfermedades que padecen, y la falta de protección laboral, económica y médica que experimentan. Se trata de condiciones que no siempre son reconocidas, cuando su oficio en realidad no les genera un ingreso digno para poder cuidar de sí mismas. Es por ello que entre las demandas principales de las parteras, aparecieron el reconocimiento económico por su labor y el acceso a condiciones reales de atención en salud y la afiliación a la seguridad social.

En el siguiente apartado, miraremos la reconfiguración del sistema institucional de salud en el país, su creciente precariedad y cómo ésta termina afectando negativamente a las parteras y al desempeño de su labor.

La reconfiguración del sistema de salud en México

El sistema público de salud en México ha enfrentado múltiples transformaciones, sobre todo a partir de las décadas de 1980 y 1990 y hasta la fecha, las cuales han impactado en las capacidades de las administraciones públicas de salud, a nivel estatal o federal, de atender la salud materna; y han configurado el contexto complejo en el que el personal de salud opera hoy en día.

En México, el sistema se ha caracterizado históricamente por la segmentación y fragmentación del sector público, además de sufrir crónicamente de subfinanciación (OCDE, 2016). La segmentación deriva de subsistemas separados en el financiamiento, la organización y la reglamentación interna, y la provisión de servicios, dependiendo de la capacidad de pago y el estatus laboral de los y las distintas usuarias. Lo anterior implica que coexisten de manera desarticulada varias instituciones públicas de derechohabencia (IMSS, ISSSTE, Pemex, etc.) con la Secretaría de Salud federal, desde los años ochenta-noventa los servicios de salud estatales y, desde 1979, el programa IMSS-Bienestar. Estos últimos proveen la atención para la población no derechohabiente, la cual históricamente se ha referido a los segmentos más pobres y ha recibido un financiamiento per cápita mucho más limitado, además de la presencia de los servicios privados de salud. La fragmentación refiere a la falta de coordinación, referencia o contrarreferencia entre niveles de atención y a una oferta de servicios de salud que no están integrados, un problema particularmente pronunciado, aún si no exclusivo, en los servicios de salud para población no derechohabiente. La segmentación y la fragmentación han profundizado las desigualdades, ya de por sí preexistentes y persistentes, en el acceso a los servicios de salud, la calidad de estos y el gasto de bolsillo de los y las usuarias. Además, el sector salud está subfinanciado. Desde hace décadas, México gasta menos del 6% del PIB en salud, del cual menos del 50% es financiamiento público (Menéndez, 2005; OCDE, 2021).

En la década de 1980 se implementaron políticas draconianas de ajuste estructural promovidas por los organismos financieros multilaterales que mermaron aún más el financiamiento en salud, incluyendo el de las instituciones de la seguridad social. En esa misma década, se inició el proceso de transferencia de responsabilidades, funciones y financiamiento a los gobiernos de los estados con la descentralización del sistema público de salud (con la excepción de la seguridad social que se mantuvo bajo la responsabilidad directa federal), proceso que culminó una década después con los Servicios Estatales de Salud (SESA) y que ha favorecido la profundización de las desigualdades en el acceso, disponibilidad y calidad de los servicios entre entidades federativas y un aumento desmedido de la corrupción. En esa misma época, se adoptó una política de promoción de la *atención primaria selectiva en salud* para la población abierta, centrada en la alimentación-nutrición, la planificación familiar, la vacunación infantil, la atención y control de las enfermedades infecciosas sobre todo entre la niñez y el acceso a servicios de primer nivel de atención.

En el nuevo milenio se mantuvieron estas políticas pero se financió de manera importante la expansión de la red de servicios sobre todo de hospitales públicos de los SESA y se implementó a partir de 2003 y 2004 el Seguro Popular, un esquema

de financiamiento federal para ampliar la cobertura en la atención médica curativa para la población sin seguridad social. Esquema que siguió funcionando y recibió un discreto porcentaje de financiamiento hasta el inicio del sexenio actual, cuando el Seguro Popular se canceló con la creación del Instituto del Bienestar (INSABI), una nueva política de recentralización federal de los servicios bajo la aspiración de crear un sistema único de salud. Finalmente, el proceso aspiracional de esta administración federal tuvo que enfrentar la crisis provocada por la pandemia por Covid-19 y la necesidad de invertir un presupuesto de por sí mermado por las políticas de austeridad hacia la compra de vacunas para asegurar su disponibilidad universal. Al acercarse al final del sexenio, el Ejecutivo federal tomó la decisión de eliminar el INSABI y transferir sus funciones al IMSS-Bienestar para que este organismo garantice la recentralización de los servicios y los pasos necesarios para la creación del sistema único de salud en los estados.

Sin embargo, y más allá de las aspiraciones y la retórica, nos encontramos frente a una situación donde más de 15 millones de personas han perdido cobertura gratuita a servicios (parciales) de salud (CONEVAL, 2022, p. 42), con porcentajes particularmente altos de pérdida de cobertura en Chiapas, Oaxaca y Guerrero (p. 43). La mayoría de los SESA están crónicamente subfinanciados, padecen graves carencias en recursos materiales y humanos agravadas por la pandemia, han sido desangrados por la corrupción desenfrenada en muchas administraciones estatales, y el personal de salud vive una situación de incertidumbre y hasta de zozobra por falta de claridad acerca de la nueva configuración del sistema de salud, el lugar y las funciones de los SESA en esa nueva configuración, y su propia situación laboral. Mientras tanto, las instituciones federales de la Seguridad Social han visto mermada su capacidad real de cobertura y calidad de servicios a consecuencia de años de subfinanciamiento y recortes de presupuesto y no están exentas de graves actos de corrupción, además de caracterizarse por una visión centralista, corporativa, autoritaria y poco transparente. En esta reingeniería, el mismo IMSS-Bienestar —que es la institución que más ha prohibido a las parteras tradicionales indígenas atender partos (Sesia & Berrio, 2023a y 2023b)— recibe el manejo directo de las unidades hospitalarias y centros de salud estatales en casi todas las entidades federales (DOF, 2022a y 2022b).

Aún con diferencias importantes entre estado y estado, lo anterior marca el contexto en el que opera el personal de salud de los SESA en las seis entidades federativas donde se realizó el diagnóstico. En Oaxaca, Guerrero y Yucatán, el personal de salud mencionó la falta de claridad en el proceso de reestructuración y las implicaciones en su trabajo cotidiano o en sus condiciones laborales:

Pues lamentablemente, oficialmente no tenemos mucha información. Sabemos lo que se circula por las redes o los medios de comunicación, pero oficialmente que nos hayan dicho “lo vamos a incorporar”, pues no. Es lo esperado. Sabemos que, en algún momento dado, nos vamos a incorporar a este sistema de salud pero ¿cuándo? lo desconocemos. No sabemos si se vaya a ir durante este gobierno o el gobierno que sigue, como tal nosotros no sabríamos cómo vamos a quedar en área administrativa, no sabemos si nos vamos a incorporar a IMSS Bienestar o al INSABI, no sabemos todavía. (PS46YUC)

Estamos a la deriva, no tenemos realmente una ruta, no tenemos bien los procesos hacia qué vamos encaminados, más sin embargo estamos haciendo nuestro trabajo, estamos trabajando con lo que tenemos, con lo que hay, con lo que hemos gestionado... Nosotros no estamos dejando de hacer las cosas. Hay cambios a nivel institucional, hay cambios dentro del hospital, hay cambios dentro de la Secretaría de Salud, nosotros trabajaremos con quien esté, pero sí que nos apoye y que también esté entregado a favor de las mujeres. (PS56GRO)

Eso es lo que más nos ha pegado, el desconocimiento de cómo está funcionando ahora el INSABI. Pero de ahí en fuera, pues, seguimos trabajando aquí en el hospital con ese tema de la gratuidad y siempre tratamos de, si no podemos acá, mandarlos a quien sí los puede ayudar o ver cómo los atendemos sin afectarles el bolsillo [...] Pero, últimamente en todos lados, no es algo meramente de Oaxaca [...] hemos padecido algunos faltantes en vacunas [...] pero es generalizado no solo privativo de aquí. (PS35OAX)

De hecho ahorita estamos dando la atención como es, o sea, realmente no hemos visto proceso de transición, se habla de un proceso de transición, pero nosotros seguimos con los servicios de salud [de Oaxaca]. (PS57OAX)

Los testimonios de aparente tranquilidad y espera de indicaciones, expresados sobre todo por el personal directivo, contrastan con la sensación de incertidumbre que al mismo tiempo observamos en los equipos de salud y en los ajustes que sobre la marcha se están haciendo para responder a los múltiples desafíos de lo cotidiano. Frente a esta incertidumbre, las respuestas de varios fue seguir implementando sus programas y esperar las noticias respecto a la reestructuración.

La reducción presupuestal y el financiamiento para partería

El principal problema que el personal de salud reportó es el de los recortes financieros y de personal, los cuales afectan de manera significativa el trabajo, en tanto no hay garantías de un lugar desde el cual operar, o de poderlo hacer con el personal que se necesita o el medicamento requerido para la atención. Entre la pandemia y los recortes presupuestales, la situación se ha vuelto particularmente difícil en los SESA, donde los despidos acompañan a situaciones de grandes carencias en insumos, equipamiento o medicamentos en las unidades de salud. El caso de Oaxaca es particularmente dramático:

La verdad es que es bien triste cuando sesionamos las muertes maternas, porque dicen que todo es primer nivel, que estamos mal, y sí, es verdad, sí estamos mal. Porque también hay mucho de si los compañeros no tienen como la empatía de ponerse, cómo se dice, en los zapatos del paciente, pero también es que no tenemos nada. ¿Cómo se exige al hospital que te atienda a una mujer si no tiene ginecólogos? ¿Cómo? Si no hay, no hay en la noche atención, porque tampoco hay gente y si está el fin de semana

pues a lo mejor le tocó pedir permiso, entonces no hay [...] Entonces [...] si segundo nivel estuviera realmente cubierto no tendríamos ese problema... (PS60OAX)

No son solamente estrategias que yo pueda implementar o mi equipo para estar pendientes, tener los insumos, sulfatos, soluciones, anestesiólogo, todo listo, pero aquí mi paciente ya me llega intubada, con eclampsia. La última que nos llegó convulsionando [una embarazada] en una camioneta que la mandó el médico convulsionando y llegó en la camioneta, todavía la bajaron cargándola, porque ni siquiera la canalizaron, ni la mandaron en la ambulancia y con referencia médica y llegó convulsionando [...] Así han llegado. Entonces yo puedo tener las estrategias, ellos pueden estar capacitados en ese Código Máter pero me falta ginecólogo. Por más veces que yo quiera, tengo dos guardias que no tengo ginecólogo, a raíz de esto también tengo [...] todo mi personal [...] sindicalizado. El hospital en el mes de septiembre de hace un año, hubo un despido masivo de personal, médicos especialistas, ginecos, anestesiólogos, pediatras, generales se fueron de los hospitales dejando muchos sin especialistas. (PS41OAXColectiva)

Recortaron mucho personal, a nosotros nos dejaron sin personal, teníamos apoyo, teníamos apoyo para la captura del Tamiz, había una psicóloga que llevaba la parte de violencia, teníamos un apoyo y no los quitaron. Nos quedamos cuatro y quedaron volando programas, llovió se nos cayó el techo y se perdieron equipos y no hay presupuesto, estamos con las manos amarradas, todo mal, no hay reglas de operación, no hay normas, están las normas oficiales pero el INSABI no tiene, todo está volando, están cambiando formatos en todo y es repetitivo porque [hay] formatos que tiene[n] la misma información que otros. (PS59OAX)

La reducción en el presupuesto para el programa de salud materna ha afectado particularmente al programa de partería el cual, en estas circunstancias, al parecer se vuelve prescindible:

El recurso que yo tengo para el programa de salud materna del estado son 1 millón 300 mil pesos de forma anual, entonces ese recurso básicamente lo utilizo para compra de insumo de papelería y para la impresión de formatos que se utilizan a primer nivel o segundo nivel [...] ese dinero no alcanzaría para fortalecer el trabajo de las parteras. (PS32CHI)

Teníamos insumos, pero ahorita las unidades se están quejando que no tienen medicamento, no tienen paracetamol, ibuprofeno. Antes teníamos más, ahorita no hay ni ácido fólico y llevamos un año sin ácido fólico, y ya le preguntamos al Estado y nos dicen que cuando se acabe la licitación [...] Y así no se puede, y cuando nos daban todo eso lo tenemos en almacén y se les daba las parteras y ahorita no tenemos. (PS59OAX)

Es recurso federal que se asigna [...] a través del Programa de Salud Materna y Perinatal y, hasta la administración federal anterior, [...] cuando era Seguro Popular

disponía de una remuneración creo de mil pesos mensuales para las parteras empíricas. Hoy ese recurso desapareció. (PS20YUC)

Finalmente, las parteras constituyen el eslabón más débil de la cadena de atención de la salud materna: no son integrantes del sistema institucional de salud, este no tiene obligaciones formales claras con ellas de apoyarlas en su trabajo, no perciben un sueldo, ni tienen derechos laborales. Por lo tanto, dentro de un contexto institucional de gran precariedad y carencias, sus necesidades son las primeras a sacrificarse: son “*invitadas*”, como se expresó en Chiapas, pero invitadas a las que no se les ofrece nada: “*Entonces básicamente estas parteras que hay son ‘invitadas’ y si hubiera pago, ese dinero no alcanzaría para fortalecer el trabajo de las parteras*” (PS32CHI).

En el siguiente apartado, veremos algunos aspectos de la articulación con el sistema institucional de salud que, en lugar de ofrecer la protección y el apoyo que muchas parteras consideran se merecen, terminan vulnerabilizando aún más su labor.

La partería tradicional y el problema de su relación con el sector salud

Las parteras tradicionales tienen una relación compleja y difícil con el sector salud, la cual consiste en una problemática histórica.⁹ Este último apartado se enfoca en una faceta de esta problemática, en el contexto pandémico y pospandémico: la falta de apoyos para el ejercicio de su labor ante la pandemia y los recortes de presupuesto que aquejan los Servicios de Salud Estatales (SESA) y, en particular, el programa de partería. Esta situación no se puede generalizar a todo el personal de salud, ni a todas las jurisdicciones, tampoco necesariamente a cada una de las entidades federativas ya que hay diferencias y especificidades. Tampoco remite necesariamente a estrategias intencionadas por parte de autoridades y personal en el interior del sistema institucional de salud. Sin embargo, en la práctica termina relegando la

⁹ Aun si un recuento detallado de las características de esta vinculación trasciende los objetivos de este capítulo recordemos que, desde finales del siglo XIX, las parteras sufrieron descalificación por parte del gremio médico, el cual estaba tratando de establecer su hegemonía en la obstetricia, en un momento en que la gran mayoría de las mujeres mexicanas se atendían con parteras (Carrillo, 1999). Fue hasta las décadas de 1970 y 1980 que la partería inició a perder terreno frente a la atención obstétrica biomédica en los estados que se caracteriza(ba)n por tener una presencia indígena importante. Mientras que en los años noventa, la política fue capacitarlas para mejorar los cuidados durante el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido y reducir la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, para el nuevo milenio se desechó esa estrategia y se impulsó la atención del nacimiento por parte de personal calificado, sin que hubiese evidencia de que la estrategia de capacitación de la partería hubiese fracasado en su objetivo de reducir la mortalidad materna o neonatal (Sesia & Berrío, 2024; Sibley *et al*, 2012). A partir del año 2000 en México se promovió el parto hospitalario, como la solución para la reducción de la muerte materna. El esquema de financiamiento del Seguro Popular (2003-2019) hizo que la atención obstétrica en el sistema público de salud fuera gratuita. El resultado de estas políticas fue que, para 2015, el porcentaje de partos atendido en el sistema institucional de salud, sobre todo hospitales, alcanzó el 96%, aun si en Chiapas las parteras tradicionales indígenas siguen atendiendo porcentajes importantes de los partos.

partería tradicional aún más a los márgenes, restándole importancia, invisibilizando y menospreciando sus aportes, posicionándola en el eslabón más bajo de las prioridades en salud materna y volviéndola *prescindible*; al mismo tiempo que la subordina ideológica y prácticamente con un efecto generalizado de orillar sus saberes y prácticas y vulnerar ulteriormente su ejercicio en los entornos comunitarios.

La mayoría de las parteras entrevistadas reportó la necesidad de contar con el apoyo por parte del personal de salud con el cual interactúa en múltiples ámbitos. En lo que sigue, nos referimos a dos de los principales: los insumos y el equipo que necesitan para atender a las mujeres embarazadas o parturientas; y las capacitaciones como un espacio de regulación, obligatoriedad y generación de gastos para ellas, pero también, y de manera algo contradictoria, como espacios de intercambio, vínculo, aprendizaje y entrega de insumos, generalmente apreciados por ellas. Los dos rubros remiten a aspectos prioritarios y esenciales en su trabajo como parteras y en ambos, las parteras reportaron enfrentar dificultades en la entrega de los apoyos que necesitan, aun cuando se trata de aspectos cruciales de la atención materna y perinatal a nivel comunitario y, por tanto, es una responsabilidad del sistema institucional de salud garantizar su disponibilidad para una atención oportuna de las mujeres por parte de las parteras registradas.

La falta de apoyo con los insumos para su labor

Las parteras mencionaron la necesidad de contar de manera permanente con insumos y equipo para poder atender a las mujeres en sus comunidades; apoyos que en algunas ocasiones les han otorgado en los centros de salud o en las jurisdicciones sanitarias, pero de manera esporádica e insuficiente. Por lo anterior, en muchos casos, ellas mismas han tenido que costear estos materiales, como nos recuerdan Alma, *nahua* de Guerrero, América, *ikoots* de Oaxaca, Ana y Marta; mayas de Yucatán, y un grupo de nueve parteras totonacas de Veracruz:

No, no. Nunca me dan, porque inclusive yo utilizo gasa, utilizo guantes, utilizo algodón y me podrán dar, dotar [...] Ahorita ya llevo como dos meses o tres meses que me fui al centro de salud que me llamaron pues, pero no, no me dieron nada. (O43GRO)

Ah, pues yo digo que falta... material, material de partera, ya tiene años que sí me dieron pinza, tijera, perilla pero [...] yo la compro a veces, yo. Me dieron ligadura para amarrar, pero yo también compro mi algodón más fuerte para amarrar la ligadura, algodón [...] lo que falta para trabajar es la tijera, pinza. (OaxSMM)

E: ¿Y los materiales que usted utiliza?

—Los compramos de mi propia bolsa, los que nos dan cuando bajo a los cursos, solo los cordoncitos umbilicales son los únicos que nos dan. Perilla, guantes, todo eso nosotros lo compramos. (109YUC)

Magdalena, otra partera maya de Yucatán, menciona que los materiales son caros y el hecho de no poder costearlos porque el sistema institucional de salud no los provee en cantidades suficientes, es motivo para que algunas parteras hayan dejado de atender partos:

Pero, igual muchas dicen que no atienden, son parteras, pero no atienden partos... Bueno, no atienden partos. Punto número uno [...] sí, no tienen dinero para comprar el equipo de parto [...] Bueno, son muchas cosas que se requiere un equipo para atender parto. Sí, cierto el centro de salud nos da, pero lo básico, lo básico, pero no lo necesario. Entonces, todo eso tiene que correr por tu cuenta. (096YUC)

Sí pero que me disculpe también, no hay guantes, yo no tengo guantes, no tengo tijera, no tengo alcohol, no tengo de nada. Ese es el problema, como no tenemos el equipo también, nos dijeron en Yaxcabá que nos van a mandar [...] Hasta ahorita, no [no nos han mandado]. (119YUCcolectiva)

En algunos casos, parteras reportaron haber comprado con sus propios recursos no solo los insumos, sino también los aparatos que necesitan. Se trata de un gasto oneroso de bolsillo, que no todas pueden permitirse, aun cuando muchas consideran que estos equipos son importantes para dar la atención:

Y hoy en día ya compré, ese es estetoscopio, baumanómetro, termómetro, pinzas, todo el paquete compré [...] Sí, todo de mi bolsillo, no me han dado material... Lo que tengo es mío, todo eso gracias a dios lo he comprado, y una cosa muy importante que les voy a comentar no me gusta cobrarles [a las mujeres], lo que tengas pues eso dámelo, pero si no tienes, pues déjalo así... (101VER)

A mí me gustó ser partera, me registré ahora ya me conocen, sí, nada más que no tenemos dinero y yo quisiera comprarme algo así, digo así me gustaría checarles de la presión, pero no me puedo comprar nada. Hay un aparatito para que lo siente así en el corazón, yo quiero escuchar que sí están bien, luego no tengo dinero no puedo comprar nada. A mí me gustaría tener aparatitos, aunque sea chiquitos, pero no puedo [...] Nada más [me dieron] perilla, tijera, pincitas, guantes. (079VER)

Por ejemplo, en cuanto a la presión, necesito el bauma, para tomar temperatura el termómetro, que uno lo puede comprar, pero a veces ya ve [...] debe tener uno lo más importante para checar a la madre como viene, checar la temperatura, viene con presión alta, presión baja. Todo eso. (043GRO)

Algunas parteras se han percatado que las mayores carencias en el abasto de insumos se dan en los centros de salud, los cuales representan el primer eslabón en su articulación con el sistema institucional de salud, ya que se encuentran en sus localidades o en otras cercanas. En algunos casos, mencionaron que los insumos han sido más bien otorgados por la jurisdicción sanitaria, cuando han debido trasladarse ahí, para una capacitación:

—A veces, nos apoyan con algunos materiales

E: Como ¿qué material les dan?

—Nos dan el líquido se me olvida como se llama para desinfectar las pinzas y todo, como jabón, los guantes nos dan... A veces, [nos dan] cada dos meses, cada mes. Casi también [el personal del centro de salud] dicen que no les mandan. (085VER)

Pues acá en el centro de salud, nunca. Sí, no nos dan. Donde nos dieron aquí, es aquí de Valladolid... de la jurisdicción sanitaria. Sí, aquí sí, me dieron materiales. Cada caja de guantes tiene 100 guantes, eso es una ayuda para mí, porque de antes, todo comprado [...] Y de los guantes, yo los compro [...] Pero esta vez sí nos dieron una caja. La verdad, nos dieron un litro de alcohol, una caja de guantes, unas ligaduras, una perilla y cositas más, sí. Pero sí nos apoyaron bastante. Cuando me capacité nos dieron guantes, nos dieron eso de la, de los gorritos, pero ahora ya no nos dan gorritos, no nos dan. No más, no nos dan nada [...] Ya no nos dan nada [en el centro de salud], no más que fuimos aquí de Valladolid nos entregaron una caja de guantes y unas ligaduras umbilicales, y disque una perillita y gel bacterial. (118YUC)

En los testimonios sale a relucir la profundización de la precariedad, en el sentido de que el sistema institucional de salud ha reducido, al parecer, los apoyos que otorga a las parteras registradas con respecto a hace algunos años, antes de la pandemia y antes de la transformación inconclusa del sistema público de salud en México:

Nos dieron maletín, con accesorios así de la campana, la corneta, una navajita de rasurar, cordón umbilical, gasas, nos dieron [...] pero solamente cuando [estaba] Peña Nieto [no]. (010OAX)

...pero sí en apoyo de material, antes nos daban cordón umbilical para amarrar el cordón, alcohol, nos daban guantes pero ahorita ya nada, nada, nada. Que dijeron que cubrebocas pero al contrario, se deslindaron de las parteras. (102YUC)

La pandemia de Covid-19 representó un momento de crisis profunda para el personal de salud y las parteras, no solo en las ciudades, sino también en las zonas rurales. La pandemia evidenció el rol que las parteras juegan como recurso de atención permanente en las comunidades. La búsqueda de atención con parteras tradicionales se incrementó en varias regiones rurales del país, por el temor de las mujeres a acudir a unidades de salud ante la posibilidad de un mayor riesgo de contagio. Datos

publicados por el INEGI (2021), enseñan que, en Chiapas¹⁰, de todos los nacimientos registrados en 2020, más del 47% habían sido atendidos por parteras. De acuerdo con la base del Subsistema de Información sobre Nacimientos, en regiones de Oaxaca, Guerrero y Veracruz se ha observado también un aumento de la atención por parteras en tiempos de pandemia (Secretaría de Salud, 2020)¹¹.

La falta de materiales y equipo de protección afectó a toda la estructura del sistema institucional de salud a nivel nacional, pero parece más pronunciada en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz y ha sido mucho más evidente en las zonas rurales e indígenas. Prácticamente todas las parteras manifestaron que, durante la pandemia, ellas debieron comprar sus propios materiales de protección, porque en los centros de salud no tenían o no se los otorgaron o porque otros centros se volvieron inoperantes por falta de personal. En algunos casos, les dieron una dotación de guantes, cubrebocas o gel, pero en una sola ocasión; en otras, ellas hicieron cubrebocas de tela:

E: *¿Usted compra o compraba o le daban los instrumentos para protegerse del Covid para ejercer como partero?*

—Sí, nosotros los comprábamos. (085VER)

E: *¿Ha recibido equipo de protección...?*

Y: *No. Nada más esa vez que vino el gobernador nos trajo dos caretas, gel. Pero el traje que ellos deberían de usar, no. No nos lo dieron.*

E: *¿Qué necesitaría usted?*

Y: *Pues sí. Lo primordial que serían los cubrebocas, caretas pues ahí tengo, lo que sería la ropa esa apropiada (creo que es pantalón y como tipo camisa) [...] Guantes, sí. (036CHI)*

I: *Les dieron cubrebocas [...] Na'mas una vez [...] Sí, lo tenían que comprar. (086VER)*

EI: *¿Usted compra con su propio dinero el material?*

—Sí, sí, y muchos [...] *todo este año de la pandemia, pues puro comprado hacía yo esto. Yo compro guantes, gasas, todo es, la cubrebocas, el bacterial para que yo vaya a trabajar. (118YUC)*

He tomado por televisión o yo misma me hago la idea de qué debemos de hacer, de los cuidados, por televisión

E: *¿Sus materiales, también usted misma los compra?*

—*¡Exactamente! Todo, todo por mi cuenta, todo por mi cuenta. (037OAX)*

Esta situación fue confirmada por el personal de salud que trabaja con parteras en todas las entidades federativas, como se puede constatar de los siguientes testimonios, los cuales transmiten en ocasiones un sentimiento de ineluctabilidad y, a

¹⁰ Chiapas es la entidad federativa donde más parteras tradicionales hay (CNEGSR, 2020) y donde se atienden más partos por parteras (Secretaría de Salud, 2020, 2021; INEGI, 2021).

¹¹ Estamos conscientes del subregistro existente en las bases de datos del Subsistema de Información sobre Nacimientos, debido a que en muchas ocasiones no se registra que el parto fue atendido por una partera y se coloca el nombre del personal de salud que elabora el certificado. Esta invisibilización de su trabajo es una de las demandas que las parteras han planteado de manera reiterada.

veces, impotencia, al mismo tiempo que confirmaron que esta problemática incluye a los centros de salud del primer nivel y es añeja, aún si ha empeorado visiblemente en los últimos tiempos:

No les han dado material a las parteras. Esa es una de las cosas que [...] se perdió en el tiempo y aparte de eso pues no he visto yo en este año al menos que les hayan dado lo indispensable. Les dábamos consumibles [...] y ahí nos llegaban cintas umbilicales, jeringas, gotas de plata para evitar el problema de la infección de los niños, nos llegaban gasas, pinzas, las tijeras, en general llegaba material para la partera. En este año yo no he visto nada y por lo que me platican los compañeros que tienen más tiempo, pues tiene mucho tiempo que no les dan nada [...] antes el atractivo era que llegaban a la reunión para el centro de salud, si tenías ocho llegaban las ocho y te daban información [...] que se genera y les dábamos material, en una bolsita le ponías a cada quien y a veces les dábamos un desayuno sencillo porque personas de la unidad [de salud] siempre se ha preocupado. (PS39VER)

También debemos de ser, pues como concientes de que la Secretaría no tiene ahorita en estos momentos, materiales de apoyo [...] sí, sí, no hay. (PS17VER)

Pues algo muy importante [es] el reconocimiento y no nada más a nivel el reconocimiento a nivel de salud sino el reconocimiento del apoyo, un rubro etiquetado para sus insumos que ellas manejan. Porque muchos de esos insumos ellas los pagan y muchos los solicitan a la paciente. (PS53OAX)

Sí, más que nada porque [las parteras] perciben u manifiestan que no hay una remuneración económica o un incentivo ya sea en especie, insumos [...] En estos últimos años no se les ha otorgado insumos, que no es recíproco el trabajo. (PS/nCHI)

Una partera maya de Yucatán que pertenece a una organización de parteras y a la Agenda por la Defensa de la Partería¹², de manera muy elocuente y clara, identificó las contradicciones y ambigüedades de la relación que el personal y las instituciones de salud establecen con ellas y expresó su inconformidad y sentido de injusticia ante el trato recibido por el sistema institucional de salud en ocasión de la pandemia. El sentimiento elaborado por ella es de que el sistema las utiliza, sin darles nada a cambio, aun en situaciones de crisis y cuando se trataría de defender vidas de un personal comunitario que resuelve localmente la atención materna, inclusive en un momento en que las unidades de salud no lograban cumplir con su cometido:

—¿Y esas mujeres que estuvieron viendo durante la pandemia, cómo le hicieron ustedes?

¹² La Agenda por la Defensa de la Partería es una red que aglutina a parteras y organizaciones de parteras en México, por la defensa de la partería tradicional. Incluye también algunas personas de instituciones académicas. La Agenda surgió en 2021 y se ha convertido en un importante espacio de diálogo, articulación e incidencia entre parteras. Más información disponible en: <https://www.facebook.com/siconpartera/>

Pues nosotras compramos lo que necesitamos, compramos cubrebocas, guantes, lentes o en su caso careta que usamos, nosotras lo compramos. Ahí sí, nada, nada. Con decirle, sí me enojé y hasta ahorita no hemos tenido una reunión o una plática o un curso de parteras con ellos para que yo se los diga; porque ahorita nos hablan porque sí para la fotito, para que lleguen y ahí estamos con las parteras pero para el Covid ¿cómo es que no nos hablaron? y dijeron ¿sabes qué? Aquí les entregamos cubrebocas, caretas, guantes para que no se contagien. ¿Quién se preocupó por nosotras? Ahora sí se preocupan porque la productividad que les damos con las embarazadas [...] Se los voy a decir, no solo que nos tomen la foto con parteras y luego, solo cuando nos necesiten... (102YUC)

La capacitación y su transformación a raíz de la pandemia y de los recortes presupuestales

Un segundo ámbito de articulación que mencionaron las parteras son las capacitaciones. Estas son el espacio privilegiado de articulación con el personal de salud, además de constituir un mecanismo de registro y un vehículo importante de transmisión de conocimientos biomédicos lo cual, aún si tiende a ser apreciado por la mayoría de las parteras, contribuye a la expansión de la mirada medicalizada alrededor del embarazo, el parto y el puerperio, a la penetración del enfoque de riesgo y al potencial y progresivo desplazamiento de los saberes propios.

Las capacitaciones son un mecanismo eficaz para supervisar y tener registro del accionar de las parteras por parte del sistema de salud. Generalmente (aún si hay notorias excepciones), es también el espacio donde se produce y reafirma una relación de hegemonía y subordinación entre personal de salud y parteras y no solo con la expansión ideológica y concreta de la mirada y la práctica biomédica en los conocimientos transmitidos por el personal, los cuales se centran generalmente en reconocer signos de alarma y complicaciones. También se establecen relaciones que, algunas bien intencionadas, otras menos, tienden a asumir una actitud entre la protección y el paternalismo, donde las parteras no son concebidas como sujeto de derechos, sino como personas que hay que cuidar, proteger y, por ende, tutelar. En algunos casos, se declara que son sujetos a controlarse: “[Las tratamos] *con mucho apapacho... Como lo que queremos, es tenerlas cautivas*” (PS19VER).

Las capacitaciones son prácticamente obligatorias, ya que para seguir registradas en los SESA de las entidades federativas, las parteras necesitan asistir. Muchas identifican la obligatoriedad de las capacitaciones, el estar registradas y el recibir credenciales como una forma de validar su oficio, obtener el permiso oficial de ejercerlo y el respaldo institucional en caso de necesitarlo. Por ejemplo, a una pregunta de si sabía si tenía derecho a atender partos, una partera de Oaxaca contestó: “*Sí, porque como ya fuimos capacitadas ¿No?*” (019OAX).

Varias de ellas, por otro lado, expresaron una apreciación genuina hacia estos espacios que ofrecen socialización, vínculo, identidad gremial, reconocimiento e intercambio de saberes con otras parteras y con el personal de salud que las imparte¹³:

...nos da[n] capacitaciones, porque [en] las capacitaciones aprendemos muchas cosas buenas, porque a veces un parto no sale, [...] al tener las prácticas y las clases de diferentes médicos pues aprendemos muchas cosas. (088YUC)

Sí, la verdad a mí me gusta mucho la capacitación... Nos gusta más ir a capacitarnos en hospitales, por ejemplo, nos daban unos días para capacitarnos porque ahí sí no como que más ponemos atención, nos vamos directamente a una capacitación que más nos llama la atención o aprendemos más cosas porque con las otras compañeras de diferentes lugares ahí nos reunimos, llevamos nuestros conocimientos y nos trasparamos. A veces ellos utilizan otras cosas que yo no lo sabía, cuentan cómo atienden los partos que yo no sabía, de ahí aprendemos muchas cosas. (078VER)

Con la pandemia, y en algunos casos desde antes, estos espacios han desaparecido o han disminuido drásticamente. Hay parteras que lo resienten, algunas con nostalgia, otras con sentido de haber perdido algo importante:

Desde que comenzó la pandemia nos suspendieron las juntas, ya va para tres años que no nos juntamos como antes, era un salón lleno, éramos 80 parteras. (071QROO)

No tuvimos [capacitaciones durante la pandemia], apenas las retomamos. Aquí en nuestra comunidad cuando hubo muchos enfermos, tampoco tuvimos capacitaciones. (100VER)

Anteriormente, hace dos o tres años cuando entré, que ya no había recursos pero la enfermera que nos trae dijo [en ese entonces] “yo sí voy a pelear que bajen recursos para las parteras y este para pagar a dónde van a estar, pagar la comida, porque vienen muchos parteros de los ranchos.” Ahora, ni eso. (006OAX)

Pues, mucha relación [con la clínica], no. Porque solo es cuando nos invitan cada mes a los cursos, a los talleres. Pero, con esta pandemia, ni eso tenemos, ese derecho de ir a los talleres ahorita. (026CHI)

La cancelación de la capacitación durante la pandemia, se dio precisamente en un momento en que muchas parteras aumentaron notablemente su atención de partos en las comunidades, ante el colapso de centros de salud y la conversión de hospitales a hospitales Covid, asunto que fue reconocido por el personal de salud, sobre todo en el caso de Chiapas:

¹³ Para una descripción y análisis de la capacitación como el espacio más importante de articulación y reproducción del saber biomédico con el sistema institucional de salud, véase Sesia & Berrio (2021, 2022 y 2023).

Durante el pico de la pandemia muchas unidades de salud estuvieron cerradas, y el personal reconoce que fueron las parteras quienes atendieron a las mujeres embarazadas. Pero si un análisis de [los partos que se registraron en] 2020 o 2021, las parteras, un 80% de las actividades de atención de parto la realizan las parteras. Nos aumentaron por la pandemia, y si estuvieron muy activas. (PS31CHI)

Personal de salud de Oaxaca y Quintana Roo, que trabaja cercanamente con las parteras, reportó que la ausencia de capacitaciones generó molestia y un sentido de abandono entre las parteras:

También en este momento las parteras también están un poquito como molestas, porque como la última vez que se les capacitó fue en 2018, 2019. No, 2019 fue antes de la pandemia que capacitamos. Y de ahí para acá las hemos soltado, no hemos tenido este... cursos con ellas, y ellas no lo entienden mucho. Pero este... pues si se tienen que retomar las capacitaciones, porque se sienten ellas como que ah, pues "ya me olvidaron, yo tampoco entrego información, ya tampoco hago esto". Están un poco rebeldes. (PS60OAX)

Son situaciones que también urgen a la hora de analizar la situación de la partería tradicional. Porque, pues, vemos que, si de por sí se encuentran en situaciones vulnerables, no tener esta vinculación claro que las expone a ellas, expone al mismo personal de la salud, a la misma institución, expone a todos. Fue muy complicado porque nosotros veníamos de haber logrado una calidad superior a la que teníamos antes en las capacitaciones, y de pronto en la pandemia tienes adultas mayores ¿Cómo las vas a convocar? Pues por supuesto que no. Pues, que no sientan eso como un abandono, pues de entrada fue una preocupación que también me hacía cuestionarme como persona y profesional de salud. Como persona, ¿qué más puedo hacer? Para que no estén incomunicadas o solas. (PS13QROO)

Se relaciona la cancelación de las capacitaciones con la pandemia y con no querer exponer a las parteras —personas ya grandes y frágiles de salud— a un mayor riesgo de contagio. Pero además, se reconoce que esta situación se profundizó a raíz de los recortes drásticos al presupuesto federal, lo cual ha dificultado reestablecer los cursos en la pospandemia:

En 2018 se realiz[aron] entre nueve y doce sesiones a parteras tradicionales en el estado, una por jurisdicción con recurso federal. Esto quiere decir que se contaba con un dinero para hospedaje, para rentar el salón, para la comida. En 2020 se redujo con el inicio de la pandemia. (PS13QROO)

Pues a nivel del Estado lo que nos falta son recursos económicos para impulsar el programa, ese es el problema más grande, y como sabemos pues, si no hay recursos económicos no nos podemos mover. Los recursos que vienen parte de AFASPE pues vienen muy etiquetados, no son muy flexibles para nosotros y entonces podemos decir que no hay recursos. (PS07OAX)

Con los recortes de presupuesto, se reportó que se interrumpió el flujo, de por sí anémico, de insumos que las parteras recibían y que se manejaban como incentivo para que ellas asistieran a los cursos, por lo que ahora, los servicios de salud no tienen nada que ofrecerles a cambio:

Algunas no se acercan a nosotros, Secretaría de Salud, ¿por qué? Porque nosotros no tenemos un apoyo económico como tal, o sea, lo que hacen ellas es gratuito se podría decir ¿no? A lo mejor si tienen una atención de parto o algo, ellas [...] pues sí cobran, pero ya es independiente a la Secretaría de Salud, nosotros no les decimos “tienes que cobrar tanto”, pero tampoco les damos ningún apoyo, ni nada. (PS49VER)

Ellas no están apáticas o ajenas o que “ya no quiero saber nada”, sí están interesadas, pero la principal limitante es el recurso y cómo sacarlas de sus localidades, luego qué ofrecerles, luego no les brindamos prácticamente nada. Por eso le digo, que estamos prácticamente en el proceso de divorcio: ellas trabajando con lo que pueden hacer en sus localidades y nosotros tratando de volverlas a conquistar, pero no ofreciéndoles nada. (PS46YUC)

No acuden porque no hay un recurso económico, “una paga”, dicen ellas, porque para ellas ese es un día perdido. Entonces, requieren la paga de ese día, requieren el traslado, requieren la alimentación y si van es porque se les va a dar algo [...] Estuvimos dando maletines y con lo básico para que ellas pudieran atender y les ofertamos darles gasas, guantes y estarlas capacitando [...] Entonces, sí también, estar trabajando contra eso es bastante difícil. (PS48GRO)

En algunos casos, la falta de presupuesto se ha traducido también en que donde sí se ha logrado retomar la capacitación, los servicios de salud han dejado de pagar los traslados de las parteras para asistir. Este es un problema que reportaron parteras de Veracruz, aun si —a diferencia de lo que se mencionó por parte de personal de salud que, sin “incentivos” las parteras no asisten— en estos casos ellas sienten que la obligatoriedad de asistir persiste, ya que consideran que la capacitación es indispensable para que el personal de salud les permita seguir ejerciendo la partería:

—ni para pasaje.

—Nos tienen que prestar dinero; nosotros tenemos que buscar.

—Si no, nos regaña nuestra enfermera.

—¡Ah sí! Si no viene uno, sí.

E: Si no vienen a estas capacitaciones, ¿las regañan?

Todas: Sí, sí.

—Que nos demos de baja mejor, dicen.

—Sí, que nos dan de baja.

—De Pueblo Viejo estamos lejitos y tenemos que pagar quien nos lleve porque no hay carro.

E: ¿No hay ningún apoyo para traerlas?

—*Todo está lejos. Los motociclistas nos llevan, nos... [cobran] \$200, y tenemos que sacarlo de la bolsa.*

Varias: *Sí.*

E: *¿Y por qué las [parteras] que no están adscritas, por qué no quieren venir a las capacitaciones y ser parte de la Jurisdicción o del Centro de Salud?*

—*Yo digo que por lo mismo, que no nos apoyan, por eso que no quieren venir.*

—*Porque quizás pienso yo también así, porque tenemos que sacar pues de la bolsa meramente pa'l pasaje y todo pues como está lejos...nuestro pasaje, nuestra comida, nuestro refresco.*

E: *Entonces ¿les implica más gasto moverse?*

Varias: *¡Claro! ¡Sí!*

—*Tenemos que venir, pero vamos a conseguir nuestro pasaje y si no, pues no.*
(107VERColectiva)

En resumen, los SESA estatales no reconocen a las parteras como integrantes del sistema de salud, ni les ofrece un sueldo a cambio de sus servicios comunitarios en salud materna. Al mismo tiempo, ejerce un control, más o menos efectivo, sobre ellas, el cual, en la práctica, les condiciona la posibilidad de ejercer su oficio a que estén registradas, reporten su productividad y asistan a las capacitaciones, las cuales, a su vez, se dan bajo condiciones que se establecen desde el sistema de salud y de acuerdo a una capacidad presupuestal cada vez más constreñida que termina por eliminar esos pocos “incentivos” (insumos, maletines, comidas y traslados) que anteriormente se ofrecían a las parteras. Se trata, entonces, de un intercambio profundamente asimétrico y desventajoso para las parteras, cuyos incentivos o beneficios han ido además disminuyendo en estos años. Aún si se encontraron una gran variedad de situaciones y percepciones muy diversas con respecto a las parteras y a la articulación ideal que se tendría que tener con ellas entre el personal de salud entrevistado, las siguientes palabras que nos compartieron en Guerrero son muy reveladoras de la existencia de un imaginario hegemónico donde la capacitación —en lugar de ser un mecanismo obligatorio de interrelación bajo reglas establecidas unilateralmente por el sistema de salud— se vuelve de por sí el *beneficio* que la institución aporta a las parteras. Y a ellas se les perfila como desagradecidas, aprovechadas y mal acostumbradas porque no lo aprecian como tal y, en lugar, exigen algo a cambio:

La Secretaría de Salud no las reconoce como su personal porque no les está dando un pago, entonces no puede extenderles una credencial como tal y las becas tampoco se [dan]. De que te voy a estar apoyando y te voy a estar apoyando, no. Sí sé [de] algunos municipios que en algunas capacitaciones las apoyan dándoles un... un incentivo. Sí, nada más... A veces llegamos a hacer convenios con los presidentes y dicen “Bueno, pues les voy a dar para su traslado o voy a andar un carro por todas, así voy a hacer recorrido y las voy a bajar” o les llegan a dar despensas, “Sí vas voy a dar una despensa”. Pero, bueno, también reciben un beneficio porque las capacitamos, pero a la vez las seguimos mal acostumbrando... porque es “y ya la vez [pasada] ya me dieron

aunque sea una despensa y ahora que más, que más” [...] Y no quieren trabajar, si no es que les tengamos que dar algo. (PS48GRO)

Conclusiones

En este capítulo mostramos cómo las parteras son sujeto de profundas vulnerabilidades estructurales que las han colocado en un lugar de clara subordinación respecto al modelo biomédico, las cuales se han ido tejiendo a lo largo del tiempo, pero se han agudizado en el contexto pandémico. En particular, nos enfocamos inicialmente hacia los procesos de envejecimiento, enfermedad, falta de acceso a seguridad social o a servicios de salud que enfrentan las parteras, muchas de ellas de edades avanzadas y con enfermedades crónicas que comprometen su salud, su vida cotidiana e implican un importante gasto de bolsillo para ellas y sus familiares. Hay una asociación entre el desgaste producido por su propio trabajo como parteras y las afecciones que sufren en la etapa adulta, las cuales se agudizan por los contextos geográficos de difícil acceso en los cuales muchas de ellas habitan y ejercen su oficio.

En ese sentido, recuperamos el llamado de Ayres *et al* (2018) a comprender el modo en que se concretan en la vida cotidiana las imbricaciones entre la edad, el género, la etnicidad y su propia experiencia de vida con más de dos o tres décadas ejerciendo el oficio de la partería sin contar con condiciones básicas de seguridad social, laboral y sin una adecuada remuneración por su trabajo. Ello nos permite comprender sus condiciones específicas de desigualdad y sus efectos en la salud física.

Por otra parte, enseñamos cómo a estos elementos que afectan a sus condiciones de salud, bienestar y dignidad, se suman otros vinculados a la dimensión institucional de los servicios sanitarios, los cuales actúan como profundizadores de su vulnerabilidad. Las parteras no reciben un reconocimiento efectivo por su trabajo, lo cual se suma a las trabas para su ejercicio (Sesia & Berrio, 2021; 2023a, 2023b). No tienen acceso a la seguridad social y a los servicios de salud, no reciben insumos para el desarrollo de su labor y enfrentan la reducción presupuestal para salud materna, que ha implicado dejar de producir espacios de encuentro y capacitación entre parteras. Si bien dichos espacios reproducen lógicas de seguimiento, registro y control de las parteras por parte del sector salud, e igualmente son centrales en la transmisión del discurso biomédico, para las parteras implican una posibilidad de encuentro, intercambio y creación de comunidad afectiva con otras parteras; una necesidad aún mayor en el contexto pospandémico. Esa sensación de aislamiento y de abandono, de “*ser botadas como trapo viejo*” es parte de esta construcción de vulnerabilidad.

Describimos las transformaciones estructurales del sector salud durante el periodo de la pandemia y en pospandemia como un proceso que aún no finaliza pero que ha generado mucha incertidumbre entre el personal. Esas transformaciones son parte de la precariedad que atraviesa al personal de salud, frente a las situaciones de despido, ausencia de claridad sobre recontractación, nuevas condiciones laborales,

insuficiencia de insumos de todo tipo en los servicios, y contrataciones temporales, por mencionar solo algunos aspectos.

El texto evidencia algunos aspectos cruciales de la articulación que el personal y el sistema institucional de salud establecen con las parteras, los cuales, en lugar de responder a las demandas y necesidades de las parteras y ofrecer condiciones que reduzcan su vulnerabilidad implican: a) reducir a lo mínimo o hasta anular las contribuciones que tradicionalmente se les hacía por parte del sistema de salud, a raíz de la crisis institucional; y b) contribuir a profundizar las condiciones de vulnerabilidad estructural en las que se ejerce actualmente la partería comunitaria. Lo anterior ocurre sin que el personal de salud —en sus actividades o en sus estrategias discursivas en el ámbito de la salud materna y la partería— renuncie necesariamente a ejercer sus funciones de control y regulación hacia las parteras a las que ha estado acostumbrado y que la mayoría suscribe.

Sin perder la mirada crítica que varias parteras ejercieron hacia las capacitaciones, resultó evidente la necesidad de tener esos espacios de encuentro e intercambio entre ellas. Más allá de los conocimientos adquiridos o proporcionados por el personal, las capacitaciones son una posibilidad de encuentro, diálogo, aprendizaje mutuo, distracción, socialización, construcción de sentido de pertenencia y red, además de dar una sensación de vinculación y respaldo por parte del sector.

Por otro lado, el personal de salud reconoce la situación de precariedad y los que tienen una relación más cercana con las parteras están muy conscientes de sus efectos negativos hacia el ejercicio de la partería comunitaria. Más allá de las intenciones o acciones del propio personal de salud, la precariedad y la crisis actual del sistema institucional de salud termina por alimentar la vulnerabilidad en que opera la partería tradicional estableciendo de facto lo que nombramos una *jerarquía de lo prescindible*, donde la partería es colocada en el último eslabón de las prioridades y en el primero de lo que se prescinde, lo cual termina por poner aún a mayor riesgo su pervivencia.

Finalmente, la identificación de carencias que enunciaron tanto las parteras como el personal de salud entrevistados alude a dos fenómenos simultáneos imbricados entre sí: a) la *precariedad estructural* que está experimentando el sistema de salud de los SESA, durante la pandemia y pospandemia y en la transición a un sistema único de salud; y b) la falta de prioridad que tiene la partería tradicional indígena (y por ende, las mujeres que ellas atienden localmente) dentro de ese contexto de precariedad. En particular, en la distribución de los limitados recursos disponibles por parte del sistema institucional de salud.

Esta actitud —que rebasa al personal de salud y atañe al sistema en su conjunto— se puede considerar una forma ulterior de desacreditar la importancia e invisibilizar los aportes de la partería tradicional indígena en la salud materna y de vulnerar a las parteras en el desempeño de su labor comunitaria. Finalmente, termina agravando la reproducción de la desigualdad en el acceso a la atención en salud materna para las mujeres indígenas. Una reproducción que no solo responde a una mala planeación técnica en la distribución y el apoyo a los recursos en salud en el territorio, sino también al racismo y clasismo que se imbrican, se producen y se profundizan en el

sistema institucional de salud de las entidades federativas, por lo que hay espacios de atención que son menos importantes, menos visibles y, por ende, más prescindibles que otros.

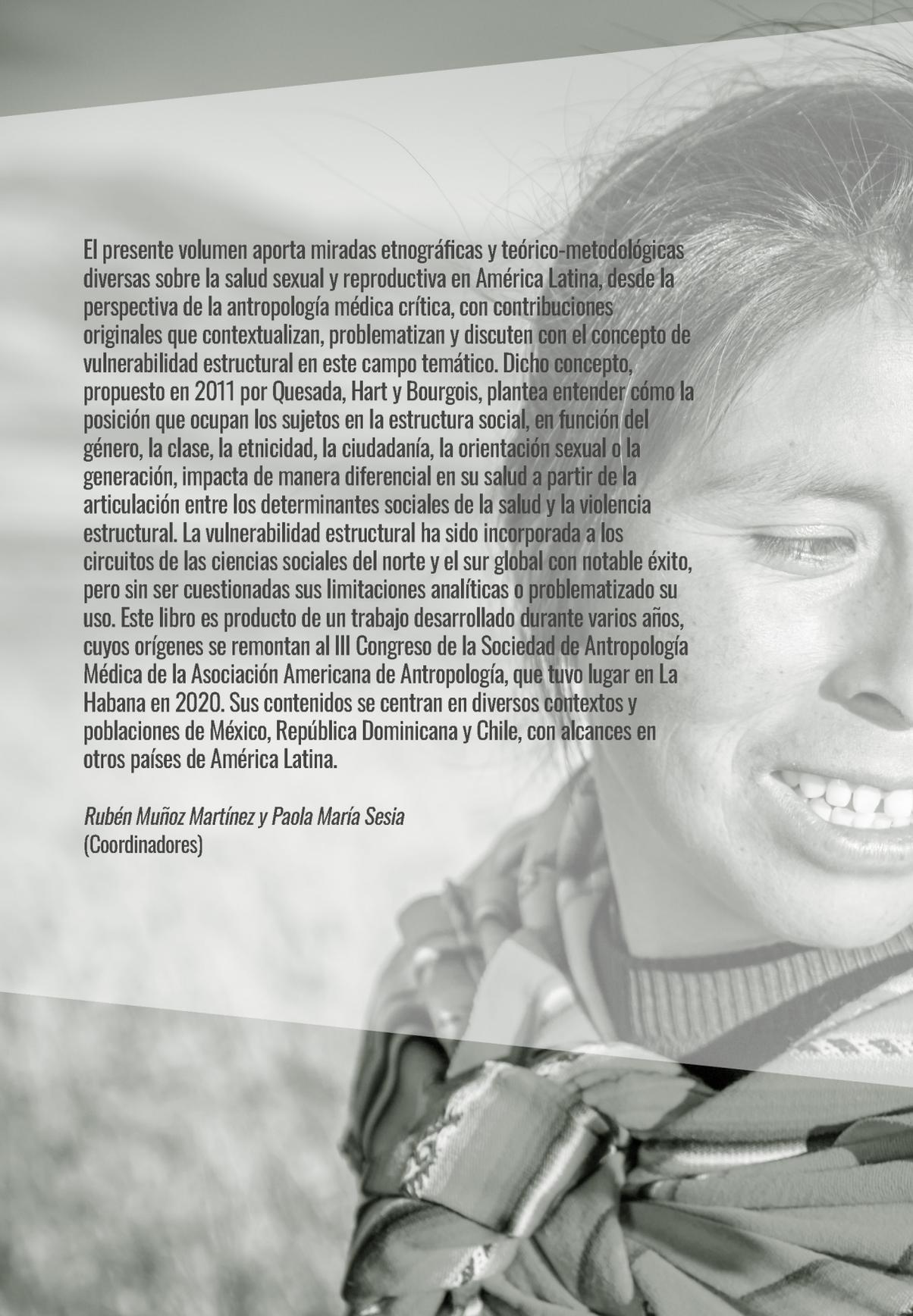
La pandemia por Covid-19, por otra parte, nos alertó sobre la fragilidad de plantear un modelo de atención donde la partería no tenga lugar o sea objeto de hostigamiento y falta de apoyo, ante un sistema institucional de salud precario, especialmente en el primer nivel de atención, con hospitales lejanos, sobresaturados, carentes y con una capacidad reducida de atención, debido a la reconversión de muchos de ellos a hospitales Covid. En ese sentido creemos necesario reflexionar críticamente sobre la urgencia de lograr un viraje en las políticas y programas en salud materna y en las estrategias institucionales hacia las parteras por parte del sector salud. Si hay algo que la pandemia tendría que habernos enseñado es la necesidad imprescindible de apoyar y promover —y no seguir vulnerando— una diversidad de saberes, estrategias y recursos comunitarios en salud materna, entre los cuales la partería tradicional indígena es central.

Referencias bibliográficas

- Ayres, J. R; Paiva, V., Capriati, A. J., Amuchástegui, A., & Pecheny, M. M. (2018). *Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. TeseoPress.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Berrio, L. (2019). La partería tradicional en México: un campo en disputa. Respuestas colectivas de mujeres indígenas. En: Conde Rodríguez, Elsa y Román, Sofía (Comp.) *La partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultural*. CNDH México. Disponible en https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Publicaciones/Otros_Documentos.
- Botteri, E. & Bochar Pizarro, J. E. (2019). Saberes que conectan con el poder durante el parto: la partería tradicional en Morelos (México), *Alteridades* 29(57), 125-135.
- Carrillo, A. M. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México, *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 19, 167-190.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) (2020). *Estrategia para fortalecer la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva por el personal de enfermería y partería durante la pandemia por COVID-19*. México: Secretaría de Salud (SSA). Disponible en http://calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/estrategia_fortalecer_ss_sexual_reproductiva_COVID-19.pdf.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC) (2020). *Los pueblos indígenas de América Latina - Abya Yala y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: tensiones y desafíos desde una perspectiva territorial*. Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/47). CEPAL.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) (2022). *Informe de la pobreza multidimensional en México, 2020. Metodología actualizada 2018-2020*. Coneval. Disponible en https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Informe_de_pobreza_2020.pdf.

- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2022a). Acuerdo por el que se emite el “Programa Estratégico de Salud para el Bienestar”. DOF: 07/09/2022. Disponible en https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2022b). Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). DOF: 25/10/2022. Disponible en https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0.
- Dixon, L. Z., El Kotni, M. & Miranda, V. (2018). A Tale of Three Midwives: Inconsistent Policies and the Marginalization of Midwifery in Mexico. *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, 24(2), 351-369. <https://doi.org/10.1111/jlca.12384>.
- El-Kotni, M. & Ramírez-Pérez, A. (2017). Actas que reconocen, actas que vigilan. Las constancias de alumbramiento y el control de la partería en Chiapas, *LiminaR*, 15(2), 96-109.
- Fagetti, A. & Martínez, C. M. (2020). Hacia la desaparición de los saberes ancestrales y políticas de salud intercultural. Parteras nahuas y totonacas de la Sierra Norte de Puebla. En: Pérez Ramírez, Salvador (Ed.) *Enfermedades y prácticas curativas en la medicina tradicional*. Colegio de Michoacán.
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la biopolítica: curso del Collège de France (1978-1979)* (Vol. 283). Ediciones Akal.
- Harris, K. & Scully, B. (2015). A Hidden Counter-Movement? Precarity, Politics, and Social Protection before and beyond the Neoliberal Era, *Theory and Society*, 44(5), 415-444.
- INEGI (23 de septiembre de 2021). *Características de los nacimientos registrados en México durante 2020* [Comunicado de prensa núm. 535/21]. México: INEGI. Disponible en <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/NamtosRegistrados2020.pdf>.
- Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/presentan-panorama-de-las-enfermedades-cronicas-en-mexico>.
- Jiménez, S., Pelcastre, B. & Figueroa, J. G. (2008). Parteras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación. *Revista Chilena de Salud Pública*, 12(3), 161-168.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Touchton, M., McDonald, T., Blofield M., Avila Burgos, L., Gómez-Dantés, O., Kuri, P., Martínez-Valle, A., Méndez-Carniado, O., Nargund, R. S., Porteny, T., Sosa-Rubí, S. G., Serván-Mori, E., Symes, M., Vargas Enciso, V. & Frenk, J. (2023). Setbacks in the Quest for Universal Health Coverage in Mexico: Polarised Politics, Policy Upheaval, and Pandemic Disruption, *The Lancet*, 402, 731-742.
- Martínez Villarruel, C. M. (2024). *Permanencia y transformación del ejercicio y uso de la partería tradicional en la Ciudad de México* [Tesis para optar al grado de Doctora en Ciencias]. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mateo, A. M. & Argüello, H. (2019). La (in)definición de la partería: El discurso sobre partería tradicional en la política pública sanitaria internacional En: Sánchez Ramírez, G. y Laako, H. (Eds.). *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas* (pp.122-153). Colegio de la Frontera Sur.
- Menéndez, E. L. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud, *Arxiu D'etnografia de Catalunya*, (3), 84-119. <https://doi.org/10.17345/aec3.84-119>.
- Menéndez, E. L. (2005). Políticas del sector salud mexicano (1980-2004): Ajuste estructural y pragmatismo de las propuestas neoliberales, *Salud Colectiva*, 1(2), 195-223, mayo-agosto.
- Nichter, M. (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica, *Desacatos*, 20, 109-132.

- Oliveira, O. (2006). Jóvenes y precariedad laboral en México, *Papeles de Población*, 12(49),37-73.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Departamento de Salud Reproductiva (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. OMS. Disponible en https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2016) *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones*. OCDE.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OCDE (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.
- Quesada J., Hart, L. K. & Bourgois, P. (2011). Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States, *Medical anthropology*, 30(4), 339-362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>.
- Ramírez Pérez, A. (2016). *Mujeres y parteras. La atención del embarazo y parto en la periferia norte de San Cristóbal de Las Casas* [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma de Chiapas.
- Sánchez Ramírez, G. (Ed.) (2015). *Imagen instantánea de la partería*. El Colegio de la Frontera Sur/Asociación Mexicana de Partería.
- Secretaría de Salud (2020). Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC). Base de datos Registro de Nacimientos Salud 2020. Recuperado de <https://datos.gob.mx/busca/dataset/nacimientos-ocurridos> [14 de febrero de 2024]. México.
- Sesía, P. & Berrio, L. (2021). *Situación actual de la partería indígena en México, 2021. Chiapas, Guerrero y Oaxaca*. Oaxaca: Agrafik/CIESAS-Pacífico Sur.
- Sesía, P. & Berrio, L. (2023a). *Situación actual de la partería indígena en México. Informe ejecutivo* (pp. 67). Oaxaca: Agrafik/CIESAS-Pacífico Sur.
- Sesía, P. & Berrio, L. (2023b). *Situación actual de la partería indígena en México, 2021-2022. Informe por Estados* (2da. revisada y ampliada, pp. iii-xii, 269). Oaxaca: Agrafik/CIESAS-Pacífico Sur.
- Sesía, P. & Berrio, L. (2024). Indigenous Midwifery Revisited in COVID-19 Times. The Making of Global Maternal Health and Some Anthropological Lessons from Southern Mexico. En: Masvawure, T. B. y Foley, E. (Eds.). *The Routledge Handbook of Anthropology and Global Health*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Sibley, L. M., Sipe, T. A. & Barry, D. (2012). *Traditional Birth Attendant Training for Improving Health Behaviours and Pregnancy Outcomes (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012 (8) Art. No. CD005460. [online]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005460.pub3>.
- Smid, M., Campero, L., Cragin, L., González Hernández, D. & Walker, D. (2010.) Bringing Two Worlds Together: Exploring the Integration of Traditional Midwives as Doulas in Mexican Public Hospitals, *Health Care for Women International*, 31(6), 475-498. <https://doi.org/10.1080/07399331003628438>.
- Tetelboin Henrion, C., Piña Ariza, M. C. & Melo Hernández, K. (2021). México: la transformación del Sistema de Salud, la pandemia de COVID-19 y los trabajadores de la salud. En: Tetelboin Henrion, C., Iturrieta Henríquez, D. & Schor-Landman, C. (Coords.) *América Latina: sociedad, política y salud en tiempos de pandemias* (pp. 309-338). Buenos Aires: CLACSO; Xochimilco: UAM; Xalapa: Universidad Veracruzana; Cochabamba: Universidad Mayor de San Simón; Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
- Vicent Valverde, L. (2017-18). Tiempos de precariedad. Una mirada multidimensional a la cuestión precaria, *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, (140),35-49.



El presente volumen aporta miradas etnográficas y teórico-metodológicas diversas sobre la salud sexual y reproductiva en América Latina, desde la perspectiva de la antropología médica crítica, con contribuciones originales que contextualizan, problematizan y discuten con el concepto de vulnerabilidad estructural en este campo temático. Dicho concepto, propuesto en 2011 por Quesada, Hart y Bourgois, plantea entender cómo la posición que ocupan los sujetos en la estructura social, en función del género, la clase, la etnicidad, la ciudadanía, la orientación sexual o la generación, impacta de manera diferencial en su salud a partir de la articulación entre los determinantes sociales de la salud y la violencia estructural. La vulnerabilidad estructural ha sido incorporada a los circuitos de las ciencias sociales del norte y el sur global con notable éxito, pero sin ser cuestionadas sus limitaciones analíticas o problematizado su uso. Este libro es producto de un trabajo desarrollado durante varios años, cuyos orígenes se remontan al III Congreso de la Sociedad de Antropología Médica de la Asociación Americana de Antropología, que tuvo lugar en La Habana en 2020. Sus contenidos se centran en diversos contextos y poblaciones de México, República Dominicana y Chile, con alcances en otros países de América Latina.

Rubén Muñoz Martínez y Paola María Sesia
(Coordinadores)