



## Monográfico sobre Violencia sistémica y género

### Editorial

- **Violencia sistémica y género: disidencias y resistencias.** 6-9  
*Ana Martínez Pérez y Marta Cabezas Fernández (coordinadoras)*

### Artículos

- **Atención sin daño, acompañamiento y reparación de las violencias sexuales contra las mujeres: hacia un modelo de respuesta crítico holístico.** 11-26  
*Bárbara Tardón Recio, Cristina Mateos Casado y Jesús Manuel Pérez Viejo*
- **El impacto de las políticas públicas sobre salud, vivienda y seguridad en los derechos de las mujeres que ejercen prostitución.** 27-41  
*Martina Kaplún Asensio*
- **Género y salud mental materna en pandemia: cuando la violencia es del sistema.** 42-57  
*Thais Brandão*
- **Género y vacunación contra el VPH en Colombia: cuando la política pública hace daño.** 58-73  
*Adolfo Baltar-Moreno y Cielo Patricia Puello-Sarabia*
- **Las histerectomías coercitivas en la India: marco de análisis y pautas para la intervención.** 74-87  
*María Alejandra Martínez Gandolfi y Javier Rodríguez Mir*
- **Tensiones y resistencias: la partería comunitaria tseltal y el sistema de salud mexicano.** 88-101  
*Diana Álvarez Romo y Gilberto Hernández Zinzún*
- **Sereias do asfalto, bonecas e outras bichas: apontamentos sobre cenas transviadas e violências de gênero no Brasil.** 102-117  
*Edinaldo Araujo Mota*

### Notas de investigación

- **El derecho a la salud de las víctimas de trata con fines de explotación sexual: propuestas para la formación del personal sociosanitario.** 119-130  
*Selma Martínez-Capilla*
- **Género, violencia estructural y encarcelamiento: historias de mujeres presas en la cárcel de Cuenca.** 131-141  
*Aránzazu Palomares Peña*

### Críticas de libros

- **Han, Clara (2022): La vida en deuda. Tiempos de cuidado y violencia en el Chile neoliberal.** 143-145  
*LOM Ediciones.*  
*Constanza Tizzoni Salas*
- **Porroche-Escudero, Ana; Coll-Planas, Gerard y Riba Sanmartí, Caterina (2017): Cicatrices (in)visibles. Perspectivas feministas sobre el cáncer de mama.** 146-148  
*Bellaterra.*  
*Natalia Mesa Freydell*
- **Rodríguez-Cruz, Marta (ed.) (2021): Los Pueblos Indígenas del Abya Yala en el Siglo XXI. Un análisis multidimensional.** 149-151  
*Ediciones Abya Yala.*  
*Akángau Viteri Tassi*

# methaodos.revista de ciencias sociales

ISSN: 2340-8413 | DOI: 10.17502

[methaodos.org](http://methaodos.org) | grupo de investigación de excelencia

Área de Sociología  
Universidad Rey Juan Carlos  
Campus Fuenlabrada  
Edificio Departamental I - Despacho 040  
Camino del Molino, 5  
28942 Fuenlabrada. Madrid, España

Teléfono: 914888404  
Correo electrónico: [coordinador@methaodos.org](mailto:coordinador@methaodos.org)  
Web: <http://www.methaodos.org/revista-methaodos/index.php/methaodos>

## Editorial | *Publisher*

Instituto de Ciencias Sociales Computacionales | Universidad Rey Juan Carlos | Grupo de investigación 'methaodos.org'

## Consejo de Redacción | *Editorial Team*

Salvador Perelló Oliver (Universidad Rey Juan Carlos), fundador y director  
Antonio Martín Cabello (Universidad Rey Juan Carlos), editor  
Ana María García Arranz (Universidad Rey Juan Carlos), editora  
Fátima Gómez Buil (Universidad Rey Juan Carlos), secretaria

Carmen María Alonso González (UPSA), Fernanda Cravidão (UC), Inmaculada Gordillo Alvarez (US), Luisa Cláudia Lopes Agante (UP), Nuria Morère Molinero (URJC), Alejandro Pelfini (FLACSO), Jorge del Río Pérez (UNAV), María José Rodríguez Jaume (UA), María Sánchez Hernández (URJC), Mónica Valderrama Santomé (UVIGO), Antonieta Vera Gajardo (UAH).

## Consejo Consultivo | *Advisory Board*

Fernando Aguiar González (CSIC), Jordi Busquet Duran (URL), María Victoria Carrillo Durán (UEX), Jean-Jacques Cheval, (Université Montaigne – Bordeaux), Asensi Descals Tormo (UV), Jesús Bermejo Barrios (UVA), Alessandro Ferrara (Università degli Studi Roma 'Tor Vergata'), Ana María García Arranz (EAE Business School), Aurora García González (UVIGO), David Akbar Giliam (DePaul University), Katie Glaskin (University of Western Australia), Jorge A. González Sánchez (UNAM), Herminia González Torralbo (CISOC-Universidad Alberto Hurtado), Davydd Greenwood (Cornell University), Susana Herrera Damas (UC3M), Arturo Lahera Sánchez (UCM), Yoel Mansfeld (University of Haifa), José Miguel Marinas Herreras (UCM), Josefa D. Martín Santana (UPGC), María del Pilar Martínez Costa (UNAV), José Martínez Saez (CEU), Adriana Marrero Fernández (Universidad de la República), Carlos Massé Narváez (UNAM), David Moscoso Sánchez (UPO), Adriana Mussitano Cattó (Universidad Nacional de Córdoba), Marlene Neves Strey (Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul), Enrique Pastor Sella (Universidad de Murcia), Jose Manuel Peixoto Caldas (Universidade de Oporto), Sarah Pink (Loughborough University), Josep Picó López (Life Member of Clare Hall College), Carmen Peñafiel Saiz (UPV), Boike Rehbein (Humboldt Universität zu Berlin), Juan Rey Fuentes (US), David Ríos Insua (AXA-ICMAT-CSIC), David Roca Correa (UAB), Emma Rodero Antón (UPF), Martha Judith Sánchez Gómez, (IIS-UNAM), Inmaculada Serra Yoldi (IUEM-UV), Artemisa da Silva Sauaia (Universidade Federal do Maranhão), Victoria Tur-Viñes (UA), Hipólito Vivar Zurita (UCM).

[methaodos.revista de ciencias sociales](http://methaodos.org) es una publicación científica internacional de periodicidad semestral (noviembre-mayo) y formato digital creada por el grupo de investigación de excelencia [methaodos.org](http://methaodos.org), adscrita al [Área de Sociología](#) de la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid y coeditada por el [Instituto de Ciencias Sociales Computacionales](#).

Está dirigida a toda la comunidad científica y académica relacionada con el campo de la sociología, la comunicación y otros ámbitos de las ciencias sociales afines. El objetivo principal de la revista es impulsar la difusión del conocimiento y de la producción científico-técnica académica a través de la publicación de trabajos originales e inéditos que aporten ideas e información relevante sobre los campos de interés citados. Acepta para su revisión y posible publicación artículos científicos, notas de investigación y críticas de libros. Se evalúan contenidos originales en español e inglés que siguen las directrices aceptadas por la comunidad científica. Tanto los artículos científicos como las notas de investigación y las críticas de libros son sometidos a un riguroso proceso de revisión por el método de pares ciegos según el protocolo del Open Journal System, siendo publicados bajo el sistema de licencias Creative Commons según la modalidad Reconocimiento-NoComercial (by-nc): Se permite la generación de obras derivadas siempre y cuando no se haga un uso comercial. Tampoco se puede utilizar el original con fines comerciales.



## Sumario | Summary

### Editorial | Editorial

- 6-9 **MARTÍNEZ-PÉREZ, Ana** (Universidad Rey Juan Carlos) Y **CABEZAS-FERNÁNDEZ, Marta** (Universidad Autónoma de Madrid)  
Violencia sistémica y género: disidencias y resistencias | *Systemic violence and gender: dissidence and resistance, methaodos.revista de ciencias sociales, 2022, 10 (1): 6-9.*

### Artículos | Articles

- 11-26 **TARDÓN RECIO, Bárbara** (Ministerio de Igualdad), **MATEOS CASADO, Cristina** (Universidad Complutense de Madrid) Y **PÉREZ-VIEJO, José Manuel** (Universidad Nacional de Educación a Distancia)  
Atención sin daño, acompañamiento y reparación de las violencias sexuales contra las mujeres: hacia un modelo de respuesta crítico holístico | *Do not harm intervention, accompaniment and reparation of sexual violence against women: towards a holistic critical response model, methaodos.revista de ciencias sociales, 2022, 10 (1): 11-26.*

Palabras clave: mujer, violencia sexual, violación de los derechos humanos, política social, justicia social.  
*Keywords: woman, sexual violence, human rights violation, social policy, and social justice.*

- 27-41 **KAPLÚN ASENSIO, Martina** (Universidad Complutense de Madrid,)  
El impacto de las políticas públicas sobre salud, vivienda y seguridad en los derechos de las mujeres que ejercen prostitución | *The impact of health, housing and security public policies on the rights of women in prostitution, methaodos.revista de ciencias sociales, 2022, 10 (1): 27-41.*

Palabras clave: discriminación, género, interseccionalidad, violencia, abolicionismo.  
*Keywords: discrimination, gender, interseccionality, violence, abolitionism.*

- 42-57 **BRANDÃO, Thais** (Universidad de Santiago de Compostela)  
Género y salud mental materna en pandemia: cuando la violencia es del sistema | *Gender and maternal mental health in a pandemic: when violence belongs to the system, methaodos.revista de ciencias sociales, 2022, 10 (1): 42-57.*

Palabras clave: cuidados, género, maternidades feministas, salud mental, violencia sistémica.  
*Keywords: care, gender, feminists maternities, mental health, systemic violence.*

- 58-73 **BALTAR-MORENO, Adolfo** (Universidad Tecnológica de Bolívar) Y **PUELLO-SARABIA, Cielo Patricia** (Universidad Tecnológica de Bolívar)  
Género y vacunación contra el VPH en Colombia: cuando la política pública hace daño | *Gender and HPV vaccination in Colombia: when public policy hurts*, *methaodos.revista de ciencias sociales*, 2022, 10 (1): 58-73.
- Palabras clave: vacuna contra el VPH, género y salud, comunicación en salud, salud pública, violencia institucional.  
*Keywords: HPV vaccine, gender and health, health communication, public health, institutional violence.*
- 74-87 **MARTÍNEZ GANDOLFI, María Alejandra** (Sanidad, Castilla y León) Y **RODRÍGUEZ MIR, Javier** (Universidad Autónoma de Madrid)  
Las histerectomías coercitivas en la India: marco de análisis y pautas para la intervención | *Coercive hysterectomies in India: framework of analysis and guidelines for intervention*, *methaodos.revista de ciencias sociales*, 2022, 10 (1): 74-87.
- Palabras clave: ética, género; ginecología, histerectomía, salud reproductiva.  
*Keywords: ethics, gender, gynecology, hysterectomy, reproductive health.*
- 88-101 **ÁLVAREZ ROMO, Diana** (Universidad Autónoma Metropolitana) Y **HERNÁNDEZ ZINZÚN, Gilberto** (Universidad Nacional Autónoma de México)  
Tensiones y resistencias: la partería comunitaria tselal y el sistema de salud mexicano | *Tensions and resistances: the Tselal community midwifery and Mexican health system*, *methaodos.revista de ciencias sociales*, 2022, 10 (1): 88-101.
- Palabras clave: paradigma biomédico mundial, modelo médico hegemónico, paradigma tradicional de cuidados a salud, partería comunitaria, resistencia.  
*Keywords: global biomedical paradigm, hegemonic medical model, traditional health care paradigm, community midwifery, culture of resistance.*
- 102-117 **ARAÚJO MOTA, Edinaldo** (Universidade Federal da Bahia)  
Sereias do asfalto, bonecas e outras bichas: apontamentos sobre cenas transviadas e violências de gênero no Brasil | *Tarmac mermaids, queens and other sissies: notes on queer scenes and gender violence in Brazil*, *methaodos.revista de ciencias sociales*, 2022, 10 (1): 102-117
- Palabras clave: cenas musicais, violência de gênero, corpos disidentes, transviado, música brasileira.  
*Keywords: music scenes, gender violence, dissident bodies, deviant, brazilian music.*

## Notas de investigación | *Research notes*

- 119-130 **MARTÍNEZ-CAPILLA, Selma** (Universidad Complutense de Madrid)  
El derecho a la salud de las víctimas de trata con fines de explotación sexual: propuestas para la formación del personal sociosanitario | *The right to health of victims of human trafficking for sexual exploitation purposes: proposals for the training of social and health care personnel, methaodos.revista de ciencias sociales, 2022, 10 (1): 119-130.*

Palabras clave: contextos prostitucionales, enfoque de género, formación continua, mujeres en situación de vulnerabilidad, violencia institucional.  
*Keywords: contexts of prostitution, continuing education, gender approach, institutional violence, women in vulnerable situations.*

- 131-141 **PALOMARES PEÑA, Aránzazu** (Universidad de Castilla-La Mancha)  
Género, violencia estructural y encarcelamiento: historias de mujeres presas en la cárcel de Cuenca | *Gender, structural violence and imprisonment: prisoner women stories at Cuenca's prison, methaodos.revista de ciencias sociales, 2022, 10 (1): 131-141.*

Palabras clave: mujeres encarceladas, violencia estructural, etnografía, relatos biográficos.  
*Keywords: incarcerated women, structural violence, ethnography, biographic stories.*

## Críticas de libros | *Book reviews*

- 143-145 **CLARA HAN (2022):** *La vida en deuda. Tiempos de cuidado y violencia en el Chile neoliberal.* LOM Ediciones.  
(Constanza Tizzoni Salas)
- 146-148 **ANA PORROCHE-ESCUADERO, GERARD COLL-PLANAS Y CATERINA RIBA SANMARTÍ, C. (2017):** *Cicatrices (in)visibles. Perspectivas feministas sobre el cáncer de mama,* Bellaterra.  
(Natalia Mesa Freydell)
- 149-151 **MARTA RODRÍGUEZ CRUZ (2021):** *Los Pueblos Indígenas del Abya Yala en el Siglo XXI. Un análisis multidimensional.* Ediciones Abya Yala  
(Akángau Viteri Tassi)

## Editorial | *Editorial*

# Violencia sistémica y género: disidencias y resistencias *Systemic violence and gender: disidencias y resistencias*

Cuando las y los representantes de los países firmantes del Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, conocido como Convenio de Estambul de 2011, desarrollaron, con un detalle nunca visto, la clasificación de formas de violencia, debían ser conscientes de que este catálogo quedaba obsoleto nada más ser promulgado. En la investigación en torno a estas violencias, aparece una interminable galería de los horrores.

La teorización sobre la violencia contra las mujeres tiene un largo recorrido dentro de los estudios feministas, del que dan cuenta sus diversas definiciones —violencia patriarcal, sexista, de género o machista— siempre interpeladas e inacabadas. No es nuestra intención hacer aquí una revisión conceptual exhaustiva. Queremos destacar que desde los diversos feminismos la violencia, que aquí llamamos sistémica, ha sido conceptualizada de manera cada vez más abarcadoras<sup>1</sup>. Esto es, vinculando la violencia con el sostenimiento de la dominación de género en sociedades patriarcales, con los procesos de acumulación capitalista, con la modernidad colonial, con la matriz de dominación interseccional, con la (cis)heteronormatividad y, no menos importante, con la dominación de la naturaleza. Se trata, pues, de un problema de derechos humanos que desdibuja los límites entre guerra y paz, donde está en juego el sostenimiento de la vida.

Decimos que la violencia es sistémica<sup>2</sup> cuando no puede ser atribuida a una persona en concreto, sino que encuentra sus raíces en un sistema sociocultural que genera sus condiciones materiales de posibilidad, le da sentido y la encubre. La violencia sistémica se ejerce mediante cualquier práctica o discurso normativo cuyo efecto, intencionado o no, es dañar a colectivos subordinados. Partimos de una idea de violencia asociada a la inevitabilidad del daño, sin embargo, la violencia del sistema sociocultural se naturaliza y se considera inevitable precisamente porque la tradición, la cultura o el sentido común dicen que “siempre se ha hecho así”. Por otro lado, decimos que el daño no puede ser atribuido a una sola persona, tratando de trascender la dualidad victimario-víctima y asumiendo que otras muchas personas intervienen haciéndolo posible, con su silencio, con sus aplausos, con su complicidad. La violencia sistémica es, desde esta óptica, inmune a las respuestas punitivistas<sup>3</sup> que tanto reivindica hoy la ultraderecha, sin embargo, lejos de “crímenes y castigos” podría resolverse sustituyendo el vínculo violento por el de los afectos. Esta violencia con demasiada frecuencia se presenta como una suma de casos aislados y así se encubre su carácter estructural. Con este número especial, nuestra intención es pensar la violencia como un modo de cohesión propio de las sociedades patriarcales del capitalismo tardío que, por su misma condición sistémica, genera una multiplicidad de resistencias y disidencias.

---

<sup>1</sup> Ver, entre otras autoras, Maquieira y Sánchez (1990), Federici (2010), Mies (2019), Segato (2003, 2016), Hill Collins (1990), Butler (2001), Herrero, Pascual y González Reyes (2018), Lagarde (2005, 2006) y Sánchez (2021).

<sup>2</sup> Tomamos como punto de partida la definición de una publicación anterior: Martínez-Pérez (2012, p. 223).

<sup>3</sup> Ver análisis en Serra, Garaizabal y Macaya, Laura (2021).

Al intentar definir la violencia sistémica empezamos pensando en su ubicuidad. En efecto, está presente en todo momento, lugar y grupo humano y se podría incluso conceptualizar como un universal antropológico. Sus formas, significados, símbolos, escenificaciones, prácticas e intensidades, son preguntas abiertas para la investigación. Lo siguiente será ver los mecanismos de subordinación que perpetúan la violencia y las estrategias de velado que la encubren con el fin de que no la veamos de tan cercana o terminemos pensándola como algo inherente a nuestra condición y, por tanto, inevitable. Para finalizar con el término, hablamos de la violencia sistémica en singular, precisamente por su carácter sistémico, pero entendiéndola como una matriz que engloba diversas violencias. La noción de sistema habla del continente tanto como del contenido.

La violencia sistémica está siempre generizada, porque el sistema sociocultural que la produce descansa sobre el género. Recurriendo al psicoanálisis, Rita Segato plantea en *Las Estructuras Elementales de la Violencia* (2003), que el género es la “escena fundadora” de la dominación y su “narrativa maestra” (p. 72). A partir de la estructura que instala el género, se producen otras modalidades de dominación. Analizando los discursos de presos condenados por violación, Segato plantea “que el sujeto no viola porque tiene poder o para demostrar que no lo tiene, sino porque debe obtenerlo” (*op.cit.*, p. 40). En efecto, el prefijo *ob* indica “contra” y marca la diferencia: no es lo mismo ostentar el poder logrado desde la autoridad moral, que detentar el poder de forma ilegítima y por la fuerza. El “tributo femenino” que se extrae de las mujeres niñas y otros sujetos feminizados, sostiene este poder (Segato, 2016, p. 115).

Los estados democráticos tienen la obligación internacional de respetar, proteger y promover los derechos humanos. Tal y como recogimos en una publicación titulada *Cuando el estado es violento. Narrativas de violencia sistémica contra las mujeres* (Cabezas y Martínez-Pérez, en prensa), cuando la experiencia del estado es violenta, los movimientos sociales enfrentan la disyuntiva de luchar desde el interior del sistema o de resistir “en los márgenes del estado” (Das y Poole 2008). Muchos colectivos apuestan también por una tercera vía que cambie las reglas del juego del sistema violento, desde un modo de presentar la diferencia como algo no instituido sino instituyente: la diversidad como una forma de estar en el mundo (García Dauder y Romero Bachiller, 2018).

En este número monográfico, nuestro propósito es generar un conocimiento interpelado desde ópticas feministas diversas, proponer conceptos, abrir debates y generar nuevas preguntas. La llamada a publicación planteaba tres ejes temáticos. Para empezar, queríamos (re)conceptualizar la violencia sistémica en su relación con el género. Hemos avanzado en este sentido en la primera parte de esta editorial y prosiguen la tarea las autoras de este monográfico. En segundo lugar, nos propusimos generar conocimiento crítico sobre políticas públicas para la prevención y/o atención de las situaciones de violencia. Los/las autores/as han ido más allá, realizando propuestas para una intervención estatal no violenta, una reparación del daño y garantía de no repetición. Finalmente, queríamos estudiar las luchas, alianzas y resistencias feministas, de las disidencias sexuales y de otros colectivos subordinados, para desmontar la violencia sistémica.

En el número especial que presentamos vamos a encontrar, en primer lugar, dos textos que analizan situaciones de violencia sistémica que hacen referencia al estado español. Bárbara Tardón Recio, Cristina Mateos Casado y Jesús Manuel Pérez Viejo plantean líneas de actuación que deberían darse en la atención holística a las violencias sexuales. La propuesta es oportuna, ya que la Ley de Garantía Integral de Libertad Sexual, conocida como “Ley de Sólo sí es sí”, está en tramitación parlamentaria al momento de escribir estas líneas. Sigue Martina Kaplún Asensio, poniendo de relieve el impacto que tienen las políticas públicas de salud, vivienda y seguridad en las personas en situación de prostitución. La autora hace balance del alcance de las medidas adoptadas y en función de las carencias detectadas, presenta las líneas de actuación que deberían implementarse en lo sucesivo.

Thais Brandão indaga sobre la salud mental materna durante la crisis generada por la COVID-19 a partir de su experiencia de acompañamiento online durante en el puerperio a varios grupos de mujeres de Ecuador. La investigadora termina dando respuestas éticas a la visión emic de las mujeres sobre el hecho de matemar y las implicaciones para su salud mental. Adolfo Baltar-Moreno y Cielo Patricia Puello-Sarabia investigan una posible reacción adversa a la vacuna del Virus de papiloma humano entre adolescentes afrocolombianas y la consideración por parte de las autoridades sanitarias de que se trata de un caso de sugestión colectiva. Los autores narran de qué forma una intervención de salud pública puede terminar siendo una situación de violencia sistémica y género.

Por último, María Alejandra Martínez Gandolfi y Javier Rodríguez Mir abordan histerectomías coercitivas realizadas a mujeres en India. Las autoras establecen un marco de análisis que las relaciona con prácticas capitalistas patriarcales imbricadas en el sistema de salud de India y proponen un marco de intervención. Diana Álvarez Romo y Gilberto Hernández Zinzún, nos muestran las prácticas militantes de un colectivo de parteras indígenas en Chiapas, México, agentes tradicionales de salud no reconocidas por el sistema estatal sanitario, pero sí por las mujeres y las comunidades, en un claro ejemplo de resistencia cultural. Edinaldo Araujo Mota presenta un texto sobre la aparición de los cuerpos queer en la escena musical brasileña, que ponen en crisis la heterosexualidad obligatoria como proyecto de dominación. El análisis de las distintas manifestaciones culturales asociadas a la reivindicación ofrece una narrativa tan diversa como los sujetos informantes y enunciadores.

En las Notas de investigación, Selma Martínez-Capilla presenta su propuesta poniendo el foco en la formación que debería recibir el personal sociosanitario con el fin de ofrecer una atención de calidad, humana y resolutive a las personas en situación de trata con fines de explotación sexual. Por su parte, Aránzazu Palomares Peña, nos traslada a la cárcel de Cuenca, en el estado español. A través de historias de vida de mujeres presas, la autora relaciona el encarcelamiento con las experiencias de violencia sistémica a lo largo de sus vidas.

El número monográfico termina con tres reseñas de libros publicados en Chile, España y Ecuador. En primer lugar, Constanza Tizzoni presenta el texto de Clara Han, *La vida en deuda. Tiempos de cuidado y violencia en el Chile neoliberal*, recientemente traducido al español. La antropóloga Clara Han, durante años ha llevado a cabo una etnografía en profundidad en La Pincoya, que es un barrio de Santiago de Chile, escuchando las narrativas de personas —muchas de ellas mujeres— que viven la violencia de la precariedad y se les adeuda una vida digna. Para Tizzoni, *La vida en deuda* es un texto premonitorio del estallido social de 2019 del que deriva el gobierno de Gabriel Boric.

La segunda, corresponde a la obra *Cicatrices (in)visibles. Perspectivas feministas sobre el cáncer de mama* de Porroche-Escudero, Coll-Planas y Riba-Sanmartí. Aunque fue publicado en 2017, tiene para la autora de la reseña, Natalia Mesa, el valor de iniciar el auge de los relatos de enfermedad en cáncer de mama publicados en castellano en este lustro. El libro reseñado sigue una metodología propia de la medicina basada en narrativas, una estrategia didáctica para profesionales de salud, pero también aplicable a la toma de conciencia de las pacientes sobre su enfermedad.

Finalmente, Akángau Viteri presenta el texto publicado el año pasado por Abya Yala en Ecuador, *Los Pueblos indígenas del Abya Yala en el siglo XXI. Un análisis multidimensional*. Se trata de un texto compilatorio de muchos enfoques que permiten entender la situación de los pueblos y nacionalidades de Ecuador y otros países de América Latina, del Abya Yala indígena. La violencia sistémica que analizan la reseña y el texto referenciado se debe precisamente a ese racismo estructural hacia la población indígena que se ha visto enfatizada, si cabe, en tiempos de pandemia.

Damos paso a la lectura de este número monográfico con unas palabras de Audre Lorde (2007): “No son nuestras diferencias las que nos dividen. Es nuestra incapacidad para reconocer, aceptar y celebrar nuestras diferencias” (p. 26).

Ana Martínez Pérez

 <https://orcid.org/0000-0003-2316-1045>

Marta Cabezas Fernández<sup>4</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-4253-0363>

Coordinadoras del monográfico sobre ‘Violencia sistémica y género’  
**methaodos.revista de ciencias sociales**

---

<sup>4</sup> Marta Cabezas Fernández fue beneficiaria en 2018 del EU Project GA 713366 – InterTalentum; Programa *Marie Curie* (CE–Universidad Autónoma de Madrid), con el proyecto titulado: “Gender violence in the State Labyrinth: Contributions from Social Anthropology to the Analysis of Gender Violence Policy in Spain”.

## Referencias bibliográficas

- Butler, J. (2001). *El género en disputa. Feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Cabezas Fernández, M. y Martínez-Pérez, A. (2022). *Cuando el estado es violento. Narrativas de violencia sistémica contra las mujeres y disidencias sexuales*. Bellaterra. [En imprenta].
- Das, V. y Poole, D. (2008). El estado y sus márgenes: etnografías comparadas. *Cuadernos de antropología social*, (27), 19-52.
- Hill Collins, P. (1990). Black feminist thought in the matrix of domination. *Black feminist thought: Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*, 138, 221-238.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpos y acumulación originaria*. Traficantes de sueños.
- García Dauder, D. y Romero Bachiller, C. (2018). De epistemologías de la ignorancia a epistemologías de la resistencia: correctores epistémicos desde el conocimiento activista. En M.T. Cordero (comp.), *Discusiones sobre investigación y epistemología de género en la ciencia y la tecnología* (pp.145-164). INIE.
- Herrero, Y., Pascual, M., y González Reyes, M. (2018). *La vida en el centro: voces y relatos ecofeministas*. Libros en acción.
- Lagarde, M. (2006). El derecho humano de las mujeres a una vida libre de violencia. En V. Maquieira (Ed.) *Mujeres, globalización y derechos humanos* (pp. 477-534). Cátedra.
- (2005). *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. UNAM.
- Lorde, A. (2007). *Sister outsider: essays and speeches*. Crossing Press.
- Maquieira, V. y Sánchez, C. (1990). *Violencia y sociedad patriarcal*. Editorial Pablo Iglesias.
- Martínez-Pérez, A. (2012). *Violencia sistémica*. En J. M. Marinas (Ed.), *Pensar el conflicto. Ensayos sobre comunidad y conflicto*, (pp. 219-240). Biblioteca Nueva,
- Mías, M. (2019). *Patriarcado y acumulación a escala mundial*. Traficantes de sueños.
- Sánchez, C. (2021). *Violencias de género: entre la guerra y la paz*. Siglo del Hombre Editores.
- Segato, Rita (2016) *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de sueños.
- (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género desde la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Prometeo.
- Serra, C., Garaizábal, C. y Macaya, L. (2021). *Alianzas rebeldes. Un feminismo más allá de la identidad*. Bellaterra.

## Artículos | *Articles*

## Atención sin daño, acompañamiento y reparación de las violencias sexuales contra las mujeres: hacia un modelo de respuesta crítico holístico *Do not harm intervention, accompaniment and reparation of sexual violence against women: towards a holistic critical response model*

Bárbara Tardón Recio

 <https://orcid.org/0000-0001-6544-4823>  
Ministerio de Igualdad, España  
btardon@igualdad.gob.es

Jesús Manuel Pérez Viejo

 <https://orcid.org/0000-0002-4969-4918>  
Universidad Nacional de Educación a Distancia, España  
jmperezviejo@der.uned.es

Cristina Mateos Casado

 <https://orcid.org/0000-0001-9813-7491>  
Universidad Complutense de Madrid, España  
cmate01@ucm.es

Recibido: 01-02-2022  
Aceptado: 17-03-2022



### Resumen

El presente artículo realiza una breve aproximación histórica, conceptual y legal a la violencia sexual contra las mujeres, determinando el impacto y las secuelas en las mujeres que la sufren y los daños comunitarios y sociales. En los últimos años, gracias a la presión del movimiento feminista, el Gobierno de España ha puesto en marcha los Centros de Crisis 24 horas, amparados por la nueva Ley de Libertad Sexual y bajo el marco internacional de los derechos humanos. Desde los años 70 el movimiento antiviolación, los diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos y las voces de las víctimas, plantean nuevos modelos de intervención integral, para garantizar el derecho a la reparación. Mediante la aplicación de una metodología feminista, se propone como resultado un *modelo de respuesta crítico holístico para la atención sin daño, el acompañamiento y reparación de las violencias sexuales contra las mujeres* que contempla nuevos enfoques; servicios específicos; procesos de intervención en crisis, recuperación y reparación del daño; y espacios para la atención a las mujeres y sus seres queridos. Todo con el fin de que las mujeres puedan estar expresadas y sientan seguridad, respeto institucional y buena diligencia en sus procesos, tiempos y toma de decisiones.

**Palabras clave:** mujer, violencia sexual, violación de los derechos humanos, política social, justicia social.

### Abstract

This article takes a brief historical, conceptual and legal approach to sexual violence against women, determining the impact and consequences for the women who suffer it and community and social damage. In the last few years, thanks to the pressure from the feminist movement, the Spanish Government is going to set up 24-hour Crisis Centres, under the new Sexual Freedom Law and under the international human rights framework. Since the 1970s, the anti-rape movement, the different international human rights instruments and the voices of the victims have been proposing new models of comprehensive intervention to guarantee the right to reparation. This is why the article, through the application of a feminist methodology, proposes as a result a *holistic critical response model for the care without harm, accompaniment and reparation of sexual violence against women* that contemplates new approaches; specific services; processes of crisis intervention, recovery and reparation of harm; and spaces for the care of women and their loved ones. All with the aim that women can express themselves and feel security, institutional respect and Good diligence in their processes, times and decision making.

**Keywords:** woman, sexual violence, human rights violation, social policy, social justice.

### Sumario

1. Introducción | 2. Metodología | 3. La violencia sexual: aproximación histórica y marco conceptual y legal | 4. Impacto y consecuencias de la violencia sexual en las mujeres: haciendo visible lo que no se ve | 5. Atención a víctimas de violencia sexual desde el marco de derechos humanos y feminista: los Centros de Crisis 24 horas como modelo de atención de referencia | 6. Resultados: Modelo de respuesta crítico holístico para la atención sin daño, recuperación integral y reparación de las violencias sexuales contra las mujeres | 6.1. En relación con los enfoques de atención | 6.2. En relación con los servicios a desarrollar | 6.3. En relación con el proceso de intervención en situaciones de crisis y emergencias | 6.4. En relación con el proceso de recuperación y reparación del daño causado | 6.5. En relación con los espacios para la atención a las mujeres y sus seres queridos | 7. Discusión | Referencias bibliográficas.

### Cómo citar este artículo

Tardón Recio, B., Mateos Casado, C. y Pérez-Viejo, J. M. (2022): "Atención sin daño, acompañamiento y reparación de las violencias sexuales contra las mujeres: hacia un modelo de respuesta crítico holístico", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 10 (1): 11-26. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.535>

## 1. Introducción

La violencia sexual contra las mujeres es una manifestación de la violencia de género, una vulneración de los derechos humanos y uno de los crímenes de género más silenciados y normalizados del mundo. Su práctica se ha reproducido a lo largo de la historia de la humanidad de manera estructural, afectando profundamente a la vida de las mujeres y a sus derechos humanos, provocado daños sociales de difícil reparación que siguen sin ser abordados por los Estados e instituciones públicas desde el alcance que implica un crimen sistémico de esta magnitud.

Siguiendo la estela del feminismo radical de los años 70, positivamente, en el último decenio, en diversas partes del planeta, la implacable denuncia de las víctimas y la movilización del movimiento feminista ha vuelto a situar en el centro de la agenda global la violencia sexual en todas sus formas. Importantes acciones con transcendencia mediática internacional, tales como, el movimiento *Me Too* en Estados Unidos, las acciones "Yo soy tu porno" frente al molka en Asia, la performance protesta "Un violador en tu camino" del colectivo chileno Lastesis o, #HermanaYoSiTeCreo en el caso español, entre otros, han impactado de manera determinante al situar la violencia sexual en la agenda política y social, como hace decenios que no se producía.

Simultáneamente, el significativo aumento de las denuncias particulares y demandas de atención especializada por parte de las mujeres víctimas y supervivientes, está posibilitando emprender profundos avances contra el estigma social, a favor de que las voces estén expresadas y orientadas a la acción bajo la idea de Lorde "Mis silencios no me han protegido. Tu silencio no te protegerá" (Lorde, 1984, p. 5).

De forma paralela, la contribución de las investigaciones científicas sobre la violencia sexual en todo el mundo y especialmente en nuestro país (Tardón, 2017; Barjola, 2018), la publicación de informes como el de Amnistía Internacional "Ya es hora de que me creas" (2018) o la inmediata aprobación del proyecto de Proyecto de Ley Orgánica de Garantía Integral de la Libertad Sexual del Ministerio de Igualdad, en el que se desarrolla la obligación de la puesta en marcha de servicios públicos de atención integral de atención a las violencias sexuales, a través de la creación de los Centros de Crisis 24 horas (artículo 32), plantea retos transcendentales futuros en la efectiva garantía del derecho humano de todas las víctimas a un recuperación integral.

A partir del desafío que implica el desarrollo de los futuros Centros de Crisis, el objetivo de este trabajo es realizar una propuesta de modelo de intervención holística e integral, orientativo y flexible en un contexto global de respuesta internacional frente a las violencias sexuales, que pueda adaptarse y concretarse en cada contexto social en el que se aplique, dirigido principalmente a las instituciones públicas y profesionales que acompañen las mujeres víctimas. Un modelo que responde a las necesidades reales de las mujeres y contribuye, al mismo tiempo, a la prevención y erradicación de la violencia sexual.

## 2. Metodología

Con el objetivo de responder a las demandas y necesidades de las mujeres como víctimas y supervivientes de la violencia sexual en el contexto español, en el que aún hoy los derechos de las víctimas de violencia sexual no están garantizados, se ha optado por aplicar una metodología desde una óptica de género y etnográfica, centrada en las experiencias y demandas de mejora en la atención de las propias mujeres víctimas y en las denuncias y alertas del movimiento feminista en España, referente en todo el mundo.

La mirada en la investigación se ha centrado en las necesidades de las mujeres frente a la violencia sexual. Para ello se ha realizado una observación directa participante no estructurada pero sistematizada a través de la práctica profesional, a lo largo de veinte años, en diferentes recursos y procesos de acompañamiento especializado, a nivel nacional e internacional (Ecuador, Colombia, Marruecos, Georgia, Inglaterra, Estados Unidos, Líbano, Palestina y Bosnia y Herzegovina) junto a las mujeres víctimas y testigos de la violencia sexual, sus familiares y entorno, desde la idea de que "nuestra visión es siempre una cuestión de poder de ver" (Haraway, 1995, p. 25). Por tanto, los datos analizados en una segunda fase provienen de los relatos y experiencias de las propias mujeres víctimas de violencia de género y violencia sexual.

Centralizar las experiencias y vivencias de las mujeres víctimas de violencia sexual en la investigación ha permitido contemplar con más amplitud el corpus teórico de la violencia sexual, las políticas de igualdad y contra la violencia de género y sexual, la legislación y las discusiones de los feminismos. Por ello, la

observación participante junto a las mujeres víctimas y supervivientes de violencia sexual, se ha completado con un análisis cualitativo en varios niveles:

- Revisión documental de los marcos legales y estándares internacionales de derechos humanos relativos a la atención a la violencia sexual.
- Análisis de los avances de las políticas nacionales públicas de igualdad y contra la violencia de género y sexual.
- Análisis de la literatura especializada y de referencia sobre violencia sexual y especialmente, la relativa a las tesis doctorales de referencia a nivel nacional en la materia y los informes de organizaciones, que han impulsado la cobertura informativa de la violencia sexual en el país, el desarrollo legislativo y la puesta en marcha de servicios públicos de atención integral a las violencias sexuales.
- Revisión de documentos técnicos y protocolos para la puesta en marcha, funcionamiento y desarrollo de los *Rape Crisis Center* internacionales y a nivel nacional, los Centros de Crisis de Atención 24 horas para mujeres víctimas de violencia sexual.

Para el desarrollo del modelo se ha considerado trabajar en cinco ejes epistemológicos, vinculados a la metodología feminista crítica: a) narrativas discursivas de la violencia sexual a lo largo de la historia; b) psicología basada en el trauma y la recuperación; c) atención a víctimas de violencia sexual desde el marco de derechos humanos y feminista; d) la violencia sexual desde un enfoque interdisciplinar y d) el modelo ecológico para la intervención integral. En su determinación, se ha tomado como análisis muestral los *Rape Crisis Center* y los Centros de Crisis de Atención 24 horas para mujeres víctimas de violencia sexual, visitados y conocidos profesionalmente por el equipo investigador, que se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Centros de Crisis visitados y/o analizados

NACIONALES	
Centro de Crisis contra la violencia sexual Pilar Estébanez	Madrid
Centro de Crisis para Víctimas de Agresiones sexuales	Oviedo, Asturias
INTERNACIONALES	
Standing Together to End Sexual Assault – STESA	Santa Bárbara, Estados Unidos
Cleveland Rape Crisis Center	Cleveland, Estados Unidos
Edinburgh Rape Crisis Centre	Edinburgh, Reino Unido
Rape & Sexual Abuse Support Centre. Rape Crisis South London	London, Reino Unido
Glasgow & Clyde Rape Crisis Centre	Glasgow, Escocia
Rape & Domestic Violence Services Australia	Australia
Toronto Rape Crisis Center (TRCC)	Toronto, Canadá

Fuente: Elaboración propia.

### 3. La violencia sexual: aproximación histórica y marco conceptual y legal

La necesaria aproximación y contextualización histórica del *continuum* de la violencia sexual (Kelly, 1988) contra las mujeres debe presentarse como análisis capital para la investigación de las agresiones sexuales desde todas las disciplinas científicas, incluso para las ciencias puras, también implicadas en la compleja determinación del crimen sexual. Al considerar la violación como un fenómeno “ahistórico”, se abocará al resto de disciplinas a interpretaciones insuficientes sobre su dimensión, sobre el impacto en las vidas de la mitad de la humanidad y lo que es más grave aún, seguirá perpetuando la respuesta desigual y sesgada que las instituciones aplican para su prevención desde modelos desactualizados.

Hoy, en un momento en el que la violación, las agresiones sexuales, la tortura sexual o el feminicidio sexual encaran la centralidad de la agenda feminista internacional y, en países como el español, también la

agenda institucional, la perspectiva histórica sigue siendo residual en la mayoría de las obras escritas en nuestro país. La "ahistoricidad" aplicada a la violencia sexual aboca a interpretaciones sesgadas propias de un pensamiento contemporáneo que interpreta los hechos desde el presente, obviando la complejidad de un crimen sistémico de los tiempos (Prehistoria, Hª Antigua, Hª Medieval, Hª Moderna e Hª Contemporánea) y de las relaciones. Por ejemplo, cuando se afirma que ahora los jóvenes violan en manada como nunca, se obvia que siempre se ha violado en grupo, tal y como describen las numerosas fuentes historiográficas. La lupa de la Historia nos va a permitir medir el alcance estructural de la violencia sexual y así proponer alternativas concisas para prevenirla y combatirla. También para acompañar a las víctimas y supervivientes en su derecho a la recuperación integral.

La necesidad de incluir esta perspectiva, en comunión con otras disciplinas, nos permite identificar los porqués por los que a día de hoy las violencias sexuales siguen invisibilizándose, las víctimas y supervivientes transitan bajo el estigma siempre presente de la falta de credibilidad. Sin embargo, los Estados e instituciones públicas continúan sin abordar el alcance de sus responsabilidades en su debida obligación de proteger y garantizar los derechos humanos de las mujeres (Amnistía Internacional, 2018).

Aunque resulta complicado conocer el momento exacto en la Historia de la humanidad en que las mujeres comenzaron a ser agredidas sexualmente, las distintas fuentes señalan su presencia cotidiana a lo largo de todas las etapas de la Historia, en todos los contextos. Es probable, tal y como apuntan historiadoras feministas, que el ejercicio sistémico de la violencia sexual como control de los cuerpos de las niñas y mujeres y de su libertad sexual sea conexo a la *formación del patriarcado* (Lerner, 1990) y a la paralela cimentación de la ideología que lo sostiene, la ideología patriarcal, en debate abierto aún sobre en qué momento se dieron las circunstancias para que esto se produjera. En cualquier caso, el marco teórico feminista en su globalidad apunta a que el ejercicio del patriarcado está ligado a una estrategia de explotación y control de las mujeres por el patriarcado (Millet, 1975). Claudia Card (1991) o Susan Griffin (1986) han llegado a considerar la violación como una *forma de terrorismo* (Griffin, 1986), una *institución terrorista* (Card, 1991) que persigue, igual que otros terrorismos, mantener la subordinación a un grupo determinado de la población, las mujeres.

A pesar de que los parámetros ideológicos, los términos y su significación son cambiantes a lo largo cada época histórica, hay elementos comunes que han perpetuado su normalización e invisibilización, sorprendentemente impertérritos hasta el día de hoy. Como mantiene Barjola (2018), adaptado al contexto español, pero trasladable a otros contextos, existe un "régimen político sexista" que subyace tras los crímenes sexuales, sostenido además por el "relato sobre el peligro sexual": "la narraciones, significados y discursos sobre el peligro sexual funcionan como un proyecto político" (p. 21).

A lo largo del tiempo, las narrativas discursivas, amparadas por los textos filosóficos, jurídicos, médicos o políticos han configurado y perpetuado una "cultura de la violación", que se constituye en torno a un conjunto de mitos, prejuicios y falsedades dirigidas a normalizar la agresión sexual, invisibilizarla y blindarla bajo un manto de impunidad. Y aunque la expresión "cultura de la violación" se comienza a utilizar a partir de su significación por el movimiento político feminista y por su marco teórico en la 2ª Ola Feminista, los elementos que la definen se mantienen a lo largo de los siglos hasta el día de hoy.

Los falsos mitos que amparan a la cultura de la violación, nombrados por primera vez como "Rape Myths" por el movimiento y teoría feminista de los años 70 (Brownmiller, 1981), se han adaptado a los diferentes contextos políticos, culturales y sociales, configurando su significado y sirviendo como instrumentales al sostenimiento de la recurrente impunidad hacia los agresores sexuales, pero principalmente perpetuando la culpabilización y falta de credibilidad de las víctimas: ¿por qué quedaste con él utilizando una *app* de citas?, ¿por qué no denunciaste inmediatamente?, ¿por qué te metiste en el portal con ellos?, ¿por qué no te resististe?, ¿por qué bebiste o te drogaste?... una interminable lista de *porqués* que ampliarán la lupa sobre la víctima y exoneran de sus actos a los agresores.

El trabajo académico y político que la crítica feminista realiza desde los años 70 hasta el presente, ha especificado un marco conceptual riguroso sobre la violencia sexual y sus distintas manifestaciones, en la necesidad de *conceptualizar para politizar* (Amorós, 2005), con el objetivo de poder avanzar en la formulación de normas, políticas públicas y recursos especializados adaptados a la magnitud de esta grave y sistémica vulneración de derechos humanos.

La violencia sexual y su dimensión estructural ha sido conceptualmente definida por la crítica feminista, considerando matices que el marco legislativo sin embargo ha obviado. Por ejemplo, la profesora Liz Kelly, publicó en 1988 en su estudio *Surviving Violence*, un análisis de la violencia sexual asociada al poder

y a los múltiples factores de mantenimiento de la opresión hacia las mujeres, como el control masculino sobre su sexualidad, o la visibilización de las conexiones particulares entre todas las violencias sexuales, concluyendo, como ya se ha apuntado en líneas precedentes, que la violencia sexual es normativa y funcional.

En el terreno judicial, a pesar de los importantes avances de diversas legislaciones nacionales, como la española, con la inmediata aprobación del Proyecto de Ley Orgánica de Garantía Integral de la Libertad Sexual —actualmente en trámite parlamentario—, nuestro Código Penal ha significado, un marco jurídico específico, en el cual se han tipificado distintas violencias sexuales, en relativa sintonía con las demandas sociales que el movimiento feminista ha ido exigiendo.

Sin embargo, a las puertas de la modificación del Código Penal de 2015, tanto juristas como expertas en la intervención con víctimas y supervivientes al menos han criticado la estructura de los delitos sexuales de nuestro Código Penal. Todo ello es consecuencia, como señalan, de dos criterios presentes —el uso o no de la violencia y el grado de contacto sexual— que se combinan y dan lugar a una clasificación de los delitos por orden de gravedad.

Hasta hoy, nuestro Código Penal sigue distinguiendo entre agresiones y abusos sexuales a partir de la existencia o no de violencia o intimidación, y del grado de contacto sexual, en los que se consideran más grave aquellos casos en los que existe “penetración”, frente a los que no. Y aunque las agresiones sexuales, incluyen, no sólo la penetración por un pene, también otras partes del cuerpo y objetos, el delito es más grave por el elemento de penetración (Toledo *et al.*, 2016). Esta jerarquización de los delitos se traduce en lo cotidiano en la perpetuación de una narrativa sexual asociada a dos grandes mitos: el uso de la fuerza y la penetración como los grandes elementos constitutivos del delito de la violación —la violación genuina— y la jerarquización de las víctimas.

Al contrario de la jerarquía que establece el sistema penal, sería imprescindible reconceptualizar las categorías y las penas sobre las que se estructuran los delitos sexuales, frente a la *concepción falocéntrica* (Toledo *et al.*, 2016) heredada de la ideología patriarcal, impresa en los ordenamientos jurídicos. Una concepción que se corresponde, aún en el siglo XXI, con otra época en la que el bien jurídico tutelado era la honestidad de la víctima “porque el valor de la mujer se medía en términos de virginidad”. Nuestro sistema jurídico indica que, por encima de la “libertad sexual”, sigue primando “el acceso carnal” (Toledo *et al.*, 2016, p. 74).

La futura e inminente aprobación de la Ley Orgánica de Garantía Integral de la Libertad Sexual, propuesta por el Ministerio de Igualdad, modifica esta jerarquización. El marco teórico feminista se imprime en un texto normativo que esperamos cambie la vida de millones de víctimas y supervivientes:

Se consideran en todo caso agresión sexual los actos de contenido sexual que se realicen empleando la violencia, intimidación o abuso de una situación de superioridad o de vulnerabilidad de la víctima, así como los que se ejecuten sobre personas que se hallen privadas de sentido o de cuya situación mental se abusare y los que se realicen cuando la víctima tenga anulada por cualquier causa su voluntad.

Art 178. 3. Proyecto de Ley Orgánica de Garantía Integral de la Libertad Sexual.

#### **4. Impacto y consecuencias de la violencia sexual en las mujeres: haciendo visible lo que no se ve**

La violencia sexual genera un profundo impacto en las mujeres que la sufren, en la comunidad y en toda la sociedad, con secuelas y complejas dificultades para revelarla o denunciarla. Así, las consecuencias afectan a todos los ámbitos de la vida de la mujer: físico, psicológico, social, relacional, sexual, laboral y económico. Las secuelas y su perpetuación en el tiempo son diferenciales en cada mujer y dependen de diversos factores como la gravedad de la agresión, la relación con el agresor, la respuesta de la víctima frente a la agresión, la interconexión de otras posibles discriminaciones, la duración en el tiempo, su nivel de independencia y autonomía económica y en gran medida, la respuesta de los recursos y la sociedad, los factores protectores y su red social, además de su propia capacidad de resiliencia.

Estudios previos vinculados con el abuso sexual infantil, muestran efectos de las agresiones en cinco áreas: problemas emocionales, problemas de relación, problemas funcionales, problemas de adaptación y problemas sexuales (Pereda, 2010). Además, a largo plazo aparecen problemas de salud mental vinculados

con la depresión, ansiedad, baja autoestima, estrés postraumático, y/o trastornos de personalidad (Cantón, 2015).

Las experiencias de violencia y abusos en la infancia de las mujeres correlacionan con una mayor probabilidad de desarrollar un trastorno adictivo severo. La probabilidad de toxicomanía se multiplicaba por cuatro y el consumo en la edad adulta. Las mujeres en tratamiento por adicciones tienen una probabilidad tres veces superior a las de la población general de ser víctimas de la violencia ejercida por su pareja, familia, personas conocidas o del entorno de consumo. En cuando al afrontamiento del trauma, las mujeres con adicciones tienen más posibilidades de frenar su evolución porque el consumo les ayuda a seguir manteniendo en el olvido el dolor (Arostegui y Martínez, 2018).

Las agresiones sexuales generan consecuencias negativas tanto en el momento de la agresión, como a medio y largo plazo. Entre ellas, el trastorno de estrés postraumático, la depresión, miedos, ansiedad, intentos de suicidio o abuso de sustancias (de la Cruz, 2017). Se identifican, también, dolores crónicos, trastornos de somatización, alteraciones del sueño, problemas alimenticios y tendencia al aislamiento. Así, se compromete la funcionalidad de la mujer agredida para desarrollar una vida cotidiana y normalizada (Vázquez, 2007). Además, esta situación se ve agravada cuando se presentan barreras para su correcta atención, que provocan su revictimación y complican su situación psicológica y social.

Asimismo, existen diferentes fases en la reacción psicológica y social de una mujer a una agresión sexual: por un lado, se produce una reacción muy intensa a corto plazo, que genera un shock emocional y una crisis aguda, seguida de una evaluación cognitiva por parte de la mujer, que puede durar semanas y/o meses, de lo que ha sucedido y de las secuelas físicas que ha producido esa agresión (Echeburúa *et al.*, 2004). Así, se originan diferentes consecuencias a corto y medio plazo; por otro, se sucede una fase a largo plazo, donde el trauma se afianza y empieza a condicionar la vida de la mujer.

Las mujeres víctimas enfrentan, además, dificultades producidas por el estigma que supone la agresión sexual y al estigma hacia las personas que presentan problemas de salud mental. De este modo esta doble estigmatización, aumenta la sintomatología vinculada con la depresión y con el estrés postraumático (Verelst *et al.*, 2014; Gómez, 2019). En estos casos se debe agilizar el acceso y reducir los plazos de gestión de recursos especializados, para reducir el empeoramiento de las secuelas y maximizar los efectos de una intervención de carácter preventivo.

La violencia sexual se invisibiliza con frecuencia por la presencia de culpa y vergüenza en la víctima, miedo ante el juicio social y trabas a la hora de revelar su situación (Cudris *et al.*, 2020). Además, es frecuente que la mujer se sienta responsable por los hechos o por no haberlos evitado, generando así, una gran vulnerabilidad psicológica y social.

Las secuelas psicológicas que produce la agresión merman la capacidad de funcionalidad y control de las mujeres sobre las diferentes áreas de su vida, comprometiendo su salud y su calidad de vida y por ello, el desarrollo de una vida normalizada. Pese a ello, la fortaleza de muchas mujeres y su capacidad de resiliencia hace que sean capaces de generar los mecanismos defensivos necesarios para desarrollar una vida digna y hacer frente a las adversidades generadas por la violencia que han vivido, aun con mucho sufrimiento (Pérez-Viejo y Montalvo, 2011).

En general, la familia y personas queridas de las mujeres víctimas, también sufren el impacto de la violencia sexual cuando son conocedores de esta. Pese a que no hay mucha evidencia de las dificultades psicológicas y sociales que experimentan los seres queridos, deben ser considerados como víctimas indirectas y como un factor importante para el proceso de reparación. Teniendo en cuenta que la violencia sexual genera un proceso de retraumatización crónica, es fácil entender que las secuelas en la esfera psicológica y social van a estar presentes en la gran mayoría de las mujeres, pero con un desarrollo diferente en función de diversos factores personales, sociales, familiares, laborales, entre otros.

Además de las consecuencias indicadas anteriormente, es importante señalar la discriminación interseccional que enfrentan muchas mujeres, que acumulan diversas formas de discriminación con consecuencias importantes para su proceso de reparación. Dentro de este grupo encontramos, por ejemplo, mujeres mayores, mujeres con diversidad funcional, mujeres migrantes en situación administrativa irregular, mujeres trans, mujeres con problemas de adicción, mujeres en situación de prostitución o víctimas de trata y explotación sexual. Así, estas mujeres requieren de dispositivos y metodologías adaptadas a sus necesidades y demandas para la reparación y recuperación.

No cabe duda de que un factor que facilita o dificulta la recuperación y reparación de las mujeres que sufren violencia sexual es la accesibilidad a recursos que cuenten con equipos profesionales multidisciplinares con una capacitación específica en violencia sexual. Las políticas públicas deben garantizar los derechos de las mujeres víctimas de violencia sexual y contribuir a su reparación cuando han sido vulnerados. Los medios de comunicación también tienen una importante función en la sensibilización y prevención de la violencia sexual y en la conformación de una sociedad que no tolere la violencia sexual y que atienda y entienda a las mujeres que la sufren.

## 5. Los Centros de Crisis 24 horas como modelo de atención de referencia

Diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos han contribuido significativamente a la construcción de un marco teórico reforzado sobre la violencia sexual, en sintonía con el marco teórico feminista, el derecho internacional de los derechos humanos y los organismos internacionales de derechos humanos.

De manera concreta, a partir de los años 90, bajo el evidente influjo del movimiento feminista, diversos organismos de derechos humanos han jugado un papel fundamental en el reconocimiento de la violencia contra las mujeres. A pesar de ello, el derecho internacional de los derechos humanos llegó tarde (Tardón, 2017) a acompañar a las mujeres y supervivientes. En el caso concreto de la Región europea, no será hasta 2011 con la aprobación del “Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica” cuando un tratado de derechos humanos nombrara de forma específica la obligación de los Estados de tipificar como delito la violencia sexual (artículo 36) y desarrollara en su texto la obligación de los Estados de disponer de recursos especializados para el acompañamiento a las víctimas de violencia sexual (artículo 25).

Distintos instrumentos y herramientas de derechos humanos —la CEDAW, el Comité CEDAW, el Protocolo Facultativo del Comité CEDAW, la Recomendaciones nº19 y nº 35 de la CEDAW, el Convenio de Estambul, el Comité de expertas del Convenio de Estambul, el GREVIO, la Relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, los tribunales penales internacionales *ad hoc*, la Corte Penal Internacional, o la Convención Belem do Pará, entre otros— se presentan como estratégicas para combatir la violencia sexual y exigir a los estados que cumplan con su responsabilidad de respetar, proteger y hacer los derechos humanos una realidad. Así lo determinan por ejemplo el propio Convenio de Estambul firmado en 2011 por España y ratificado en 2014:

Las Partes tomarán las medidas legislativas y otras necesarias para actuar con la diligencia debida para prevenir, investigar, castigar y conceder una indemnización por los actos de violencia incluidos en el ámbito de aplicación del presente Convenio cometidos por actores no estatales.

Artículo 5. Obligaciones del Estado y diligencia debida

Este mismo marco internacional de derechos humanos, amparado por la teoría política feminista, ha incluido también entre las obligaciones de los Estados la creación de recursos especializados 24 horas para las víctimas y supervivientes de violencias sexuales (artículo 25 del Convenio de Estambul) como los recursos idóneos para la reparación integral de los derechos vulnerados (Sordo, y Tardón, 2018). Además, recientemente, el grupo de expertas del Convenio de Estambul, el GREVIO, efectuaba en noviembre de 2022 diversas recomendaciones al estado español ante el desolador panorama en la atención especializada al que se enfrentan las víctimas de violencias sexuales (Tardón, 2017; Amnistía Internacional, 2018). En este sentido instaba a España a ampliar el número de centros especializados a víctimas de violencia sexuales, al no ser suficientes y considerarlos “marginales” (GREVIO, 2021, p. 170).

En este escenario, los denominados Centros de Crisis 24hrs (en adelante CCR) son los recursos pertinentes para acompañar a la víctimas, familiares y entornos cercanos en su derecho a la reparación integral. Los CCR ofrecen un modelo de atención transformador e integral para las víctimas de violencias sexuales adaptado a los estándares internacionales de derechos humanos y al marco teórico feminista, incluso con la propuesta que se realiza en este texto sobre la necesaria intervención para la humanización de la atención en casos de violencia sexual (Sordo y Tardón, 2018).

Su origen se sitúa en la segunda mitad del S XX., al amparo del movimiento feminista y de la segunda Ola feminista de los años 70. El movimiento antiviolación de los años 70 y 80 trabajó en la necesaria creación de los Centro de Crisis, como espacios adecuados para atender y acompañar a las víctimas de violencia sexual, de modo que esta atención fuese integral y adaptada a las necesidades de las supervivientes, con el objetivo de ser un espacio de referencia en la comunidad y de forma específica de seguridad y confidencialidad para las mujeres.

El primer Centro de Crisis fue fundado en 1972 en Estado Unidos, en Washington DC<sup>1</sup> y sucesivamente en Reino Unido. Desde entonces los Centros de Crisis se fueron instaurando en otros países, tales como Canadá, Australia, Nueva Zelanda e Irlanda. En el continente africano, destaca especialmente, en Sudáfrica, el desarrollo de más de cincuenta centros de atención a las supervivientes de violaciones (Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, 2021). Los centros están situados en los propios hospitales o en las proximidades, lo que garantiza que las supervivientes tengan acceso a la atención médica de emergencia.

Buen ejemplo de ello es el Centro Sinawe, situado frente al Hospital General provincial de Mthatha. Los mismos tipos de centros de atención a la violencia sexual, vinculados a la atención hospitalaria se han desarrollado en Somalia, por ejemplo, en el Centro Baahi Koob, en Hargesia que apoya a mujeres, y principalmente, a menores víctimas de violencia sexual. En otros países, como en República Democrática del Congo, la atención a las violaciones y torturas sexuales ha tenido un importante impacto mediático por el trabajo pionero del médico congoleño, Premio Nobel de la Paz en 2018, Denis Mukwege que fundó y trabaja en el Hospital Panzi, en Bukavu, especializado en la violencia sexual como arma de guerra, en donde atienden a mujeres víctimas de los conflictos armados en el país.

En Ciudad de México, vinculado a la Fiscalía General de Justicia se encuentra el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA), dirigido a mujeres, niñas, niños y adolescentes, pero también a hombres, víctimas directas o indirectas de algún delito sexual. Presta atención psicológica, social, médica y asesoría y asistencia jurídica. En América del Sur, se encuentran, en Colombia, los Centros Atención Integral Víctimas de Abuso Sexual (CAIVAS), vinculados a las Fiscalías, y en Chile, los Centros de Atención Reparatoria a Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales (CVS), en las tres principales regiones del país. Ofrecen servicio de orientación, información, acompañamiento, atención social, psicoterapia, atención psiquiátrica y representación judicial en sede penal. En el caso español, su aparición es tan tardía que, a día de hoy, en 2021, sólo dos ciudades cuentan con un centro de Crisis —la ciudad de Madrid y la ciudad de Oviedo—.

En nuestro país, las víctimas y supervivientes han tenido que guardar silencio enfrentándose a una deliberada irresponsabilidad por parte de las instituciones públicas que hasta el presente más cercano no han ofrecido alternativas reales frente a los derechos vulnerados. Incluso en la actualidad siguen teniendo que transitar por un camino lleno de obstáculos, indefensión, descrédito y dolor (Amnistía Internacional, 2018). El movimiento feminista, en todo este tiempo, se ha hecho cargo y ha ido presionando desde el acompañamiento de los casos y la creación, por ejemplo, de puntos violeta, en todos los municipios españoles, para garantizar unas fiestas libres de agresiones sexistas, tal y como recoge la investigación *Noches seguras para todas* (Saiz y Morales, 2020).

Admitir en la agenda política e institucional el derecho al reconocimiento de la libertad sexual y a su protección ha sido una tarea central del Ministerio de Igualdad que dirige Irene Montero, al incluir en el acuerdo de gobierno de coalición la elaboración de la Ley Orgánica Integral de Libertad Sexual. De forma paralela el mismo ministerio ha apostado por una inversión material, histórica y simbólica para la agenda política: la creación de los centros de crisis en todas las CCAA y Ciudades con Estatuto de Autonomía, mediante la inversión millonaria de 66 millones de euros a cargo de los fondos europeos *Next Generation* del plan del Ministerio de Igualdad *España te Protege contra la Violencia Machista* (Acuerdo de Consejo de ministros de abril de 2021).

En 2023, las aspiraciones a una transformación radical del modelo de atención especializado en violencias sexuales estarán más cerca de ser una realidad. Los grandes retos pendientes para las instituciones y para el movimiento feminista serán otros: para los primeros invertir económicamente en el mantenimiento de los Centros de Crisis y para el movimiento feminista, vigilar que el derecho a la atención especializada sea una realidad para todas las ciudadanas, tanto urbanas como rurales, residentes en el país.

---

<sup>1</sup>DC Rape Crisis Center, disponible en: <http://drcrc.org/about-us/>

## 6. Resultados: Modelo de respuesta crítico holístico para la atención sin daño, recuperación integral y reparación de las violencias sexuales contra las mujeres

Intervenir con mujeres víctimas de violencia sexual es un proceso que requiere del desarrollo de diferentes acciones, coordinadas y multidisciplinarias, que se correspondan con las necesidades de las mujeres en diferentes momentos y que atienda a todas las situaciones y condiciones específicas que afecta a la mujer y su entorno.

Dada la complejidad de la violencia sexual y todos los factores vinculados a su origen, desarrollo y perpetuación, se considera necesario recurrir al Modelo Ecológico<sup>2</sup> para establecer una estrategia de intervención integral, efectiva y consecuente con la afectación social y la violación de derechos humanos. Así, se distinguen cuatro dimensiones: *Individual*, referida a los aspectos personales, biográficos y biológicos; *Relacional*, apela a la esfera relacional (Familia, amistades, parejas, trabajo, etc.); *Comunitaria*, Se refiere a los contextos donde se producen esas relaciones (lugares de trabajo, ocio, escuelas, etc.); *Social y estructural*, que incluye los elementos sociales, culturales y estructurales, vinculados con los sistemas de creencias, los valores o la legislación, entre otros.

En décadas pasadas, la intervención en violencia sexual ha estado centrada en el apoyo psicológico, social y jurídico, a las víctimas. En la actualidad, los avances en las investigaciones científicas señalan que la erradicación de la violencia sexual exige intervenir sobre los mismos niveles o dimensiones en los que está interfiriendo la violencia. Es por ello que los valores sociales, los códigos de sociabilidad, los elementos económicos y políticos, así como los factores personales e individuales juegan un papel fundamental para favorecer la violencia sexual y, seguir, para erradicarla (Cunjama y Cisneros, 2010).

Así, desde este modelo conceptual que permite comprender la violencia sexual, se asume el desafío de diseñar políticas públicas y recursos especializados, cuya filosofía y metodología de intervención responda a las necesidades de las mujeres que han sufrido violencia sexual y a la atención directa con las mujeres víctimas y sus seres queridos, además de la sanción del ejercicio de la violencia sexual, la prevención, investigación y trabajo con la comunidad y la sociedad en general (Olivares y Incháustegui, 2011).

También es necesario comprender que "La violación se entiende como la manifestación más extrema de ejercicio del poder de los hombres sobre las mujeres y forma parte del proceso de intimidación masculina del que son víctimas todas las mujeres, no sólo las que han sido violadas. (...)” (De Miguel, 2007, p. 79), por lo que las intervenciones deben tener en cuenta no sólo las mujeres víctimas, sino también emprender acciones para la población en general. El ejercicio de esta violencia ha ido cambiando a lo largo del tiempo y adaptándose a los nuevos escenarios relacionales. Así, las tecnologías han supuesto un nuevo escenario para perpetuar el control y la violencia contra las mujeres (Palaiologou, 2017).

El objetivo es responder a las necesidades de las mujeres víctimas en primera instancia, pero a la vez, invertir el desarrollo sostenible de una cultura proclive y permisiva con la violencia sexual y generar los resortes en todos los niveles que permita la erradicación de esta, generando una cultura radicalmente opuesta a la cultura de la violación. Se propone así, pasar de un modelo de intervención reactivo y con un carácter paliativo, paternalista y sancionador, centrado en las secuelas que la violencia sexual deja a sus víctimas, a un modelo proactivo, centrado en las mujeres que han sufrido la violencia sexual, con un trato basado en condiciones de dignidad, respeto a sus decisiones y autonomía, que entienda y atienda de manera multidimensional, en la dimensiones social y cultura, a las raíces de la violencia sexual, con un carácter preventivo y de mejora de la vida de todas las mujeres.

### 6.1. En relación con los enfoques de atención:

El modelo que proponemos se fundamenta en diferentes enfoques críticos que describen la orientación teórica y las estrategias y procedimientos de intervención, delimitados en el marco de los estudios feministas y en los fundamentos filosóficos y jurídicos de los derechos humanos.

---

<sup>2</sup>Creado por Heise (1998) a partir de la propuesta de Bronfenbrenner (1979).

- **Enfoque ético y legal:** guiado por un trato ético hacia las mujeres supervivientes de violencia sexual y ajustado a los derechos de las mujeres recogidos en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, la Ley 4/2015 del Estatuto de la Víctima del Delito Ley, la Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de delitos, y en todos los códigos deontológicos profesionales. Asimismo, se contará con el consentimiento informado de la mujer superviviente, garantizando, en todo el momento, su seguridad y protección.
- **Enfoque de derechos humanos:** reconoce la violencia sexual como una forma extrema de vulneración de los derechos humanos y a las supervivientes de violencia sexual como titulares de derechos. Asigna responsabilidad a los Estados en la protección, garantía y promoción de los derechos humanos de las víctimas y supervivientes de violencia sexual.
- **Enfoque de acompañamiento centrado en la mujer superviviente:** sitúa como eje central de la intervención las necesidades reales de las mujeres y las identifica como titulares de derechos, con capacidades para ejercerlos, como agentes activos y protagonistas de su proceso de recuperación y reparación. Deberá primar el acompañamiento, la buena diligencia, el respeto hacia la mujer, la credibilidad de su testimonio, el respeto a sus tiempos y decisiones y la promoción de estrategias que no generan iatrogenia y victimización secundaria.
- **Enfoque de género:** permite tener en cuenta y reconocer la violencia sexual en todas sus manifestaciones como una expresión de la violencia de género y de las diferentes discriminaciones estructurales que sufren las mujeres por el hecho de ser mujeres.
- **Enfoque interseccional:** adaptado a las diversas variables que atraviesan e interconectan la realidad y las historias de vida de las mujeres que generan discriminaciones múltiples en base a la edad, la clase, el género, la discapacidad, situación económica, orientación sexual, la etnia, la raza, la nacionalidad o la religión, entre otros factores cruzados, para así resolver las desventajas específicas que diversifican la experiencia de la discriminación.
- **Enfoque basado en el empoderamiento o agencia de las mujeres:** se centra en la visión positiva de sus capacidades para liberar sus recursos secuestrados por la violencia sexual y dirigirlos de la forma más adecuada a recuperar el control y la dirección de sus vidas. La perspectiva del *empowerment* implica, en todo caso, generar un compromiso colectivo y acabar con la violencia institucional y las estructuras de poder que limitan el acceso de las mujeres a sus derechos y a sus capacidades.
- **Enfoque de atención integral y de coordinación interinstitucional:** plantea la necesidad de activar todos los ámbitos de la atención integral (sanitario, psicológico, legal, social, de prevención y educación, medios de comunicación) y la coordinación institucional, junto a medidas de cooperación a otros niveles alternativos que puedan aumentar la eficacia de la intervención. Sitúa a las mujeres en el centro de la atención, acompañadas por una figura de referencia que protege el relato de la víctima o superviviente para evitar la repetición sistemática del relato y la victimización secundaria provocada desde las instituciones.
- **Enfoque de alta especialización:** requiere un equipo profesional altamente especializado, con diferentes perfiles profesionales y capaces de ofrecer una atención especializada e interdisciplinar que garantice la buena praxis. Se presenta como necesario ampliar la visión de los equipos profesionales, incorporando, por ejemplo, profesionales de la mediación intercultural para adaptar las intervenciones al contexto cultural y social de las mujeres supervivientes.
- **Enfoque basado en el cuidado de los equipos que intervienen:** que incluya, como parte fundamental del equipo, la figura de supervisión profesional. Cuidar a los equipos que intervienen en el ámbito de la violencia sexual es crucial para garantizar la sostenibilidad de la atención y la calidad de la misma. En este sentido, los equipos deben contar de manera estable con un sistema permanente y

bien definido de supervisión y autocuidados que permita ayudar a los equipos a hacer frente a las dificultades de la atención a revisar y mejorar sus intervenciones. Además, disponer de espacios, tiempos y sistemas que promuevan el bienestar de los equipos. Será necesario desarrollar un modelo integral de intervención de cuidado institucional, basado en el establecimiento de condiciones de trabajo seguro y de protección de la integridad personal, estilos de liderazgo y supervisión positivos o democráticos. Espacios protegidos para la resolución de los problemas surgidos al interior de los equipos o para valorar situaciones de riesgo o compartir criterios con respecto a un caso, espacios de distensión, formación y capacitación continua, o la creación de espacios para poder pensar, reflexionar, vincularse a profesionales del mismo nivel de especialización o investigar.

- **Enfoque basado en la ética de los cuidados:** basado en reparar el daño moral que destruye la confianza, la capacidad de empatía y la resistencia ante las injusticias. En este contexto de trauma histórico por la violencia sexual y de género contra las mujeres, se presenta como necesario que el cuidado complemente a la justicia. Siguiendo a Gilligan (2013, p. 9): “en un contexto patriarcal, el cuidado es una ética femenina; en un contexto democrático, el cuidado es una ética humana”

## 6.2. En relación con los servicios a desarrollar

El modelo establece una serie de servicios orientados al reconocimiento y restitución del daño, necesarias para “reconstruir el sentido del orden y de la justicia de la superviviente” (Herman, 2004, p. 121):

- Servicio de *información y asesoramiento* para las mujeres víctimas, seres queridos, equipos profesionales y para la población general: que permita ofrecer información especializada, orientación y asesoramiento adaptado a las necesidades de todas las personas que la soliciten. Un servicio confidencial que no requiera de identificación y que contribuya a facilitar la toma de conciencia, las decisiones, y los procesos de reparación y ayuda a las víctimas de violencia sexual. El servicio debe simplificarse y ser accesible las 24 horas, 365 días al año, utilizando como apoyo complementario una página web específica en la que se pueda acceder a información relevante y medios online de comunicación silenciosa.
- Servicio de *intervención en crisis o emergencia 24 horas*: que garantice una intervención especializada para las mujeres que estén en esta situación y facilitar el trabajo de los equipos profesionales en las diferentes fases del proceso. Este servicio se prestará vía telemática y vía presencial, priorizando siempre el desplazamiento del equipo para conseguir una respuesta eficaz a las situaciones de cada mujer.
- Servicio de *atención y acompañamiento profesional psicológico, social y jurídico específico*: iniciar un proceso de intervención integral en las áreas de atención psicológica, social, jurídica y comunitaria es fundamental para ofrecer una asistencia integral y efectiva que promueva la reparación de las mujeres víctimas y sus seres queridos. De esta forma, se deben establecer itinerarios profesionales de intervención para paliar los daños que se han generado, reparar y maximizar la calidad de vida y bienestar. Para ello, se deberán desarrollar estrategias para informar y orientar a las mujeres sobre la violencia sufrida, sus consecuencias, los derechos que le asisten y los recursos de los que se disponen; generar procesos para el cuidado y la reparación de la salud física y psicológica; atender las necesidades económicas, laborales, jurídicas, educativas, culturales y sociales que se hayan derivado de la situación de violencia y requieran ser reparadas; informar, asesorar y asistir jurídicamente a la mujer durante el proceso que enfrenta; asesorar y gestionar recursos adicionales que requiera durante el proceso de intervención.
- Servicio de *acompañamiento y transporte para las mujeres supervivientes*: que facilite y garantice, de forma acompañada, el desplazamiento seguro y el acceso de las mujeres, independientemente de donde vivan, a los diferentes niveles de atención o a otras actividades de la vida diaria fundamentales y vinculadas a su recuperación.

- Servicio de *investigación, prevención, sensibilización e incidencia política*: a través de este servicio se persigue generar conocimiento, sensibilizar y prevenir sobre la violencia sexual y los diferentes elementos que la rodean. Para ello, se propone que se desarrollen de manera transversal a las intervenciones, la recogida sistematizada de datos que favorezcan profundizar en el conocimiento de la violencia sexual, en su erradicación, en la detección temprana y la generación de estrategias de incidencia política junto con el movimiento feminista para modificar las causas estructurales que la mantienen y perpetúan.

### 6.3. En relación con el proceso de intervención en situaciones de crisis y emergencias

Las crisis y situaciones de emergencia pueden surgir en el momento de haber sufrido una agresión sexual, pero también cuando se ha sufrido en el pasado y se produce una reexperimentación del evento traumático. Así, aparece una reacción emocional muy intensa que compromete la salud de la mujer y su capacidad de reacción en los momentos en los que se están evocando esos hechos traumáticos. Esta situación de crisis imposibilita a la mujer responder de manera adaptativa a las demandas del entorno durante un tiempo, por lo que es fundamental que todos los equipos profesionales, incluso seres queridos, que están en contacto con ella, puedan reaccionar de manera que favorezcan a mitigar el efecto del hecho traumático, además de prevenir posibles consecuencias negativas para la salud de la mujer.

El objetivo final de las intervenciones realizadas es ayudar a la mujer a recuperar el equilibrio perdido y mejorar su capacidad para afrontar la situación, y para ello, será necesario un sistema operativo, integrado y favorable a responder de manera urgente.

### 6.4. En relación con el proceso de recuperación y reparación del daño causado

La intervención debe estar planificada para garantizar la seguridad de las mujeres en todo momento y su recuperación, priorizando su bienestar psicológico y social. Las acciones deben estar dirigidas a mitigar el impacto de la violencia sufrida y potenciar sus capacidades para hacer frente a las demandas de su propia vida. Para ello, deben ser atendidas todas las áreas solicitadas por la mujer, de manera coordinada, entre todos los equipos profesionales que intervienen en las diferentes fases. Además, se deben desarrollar programas específicos adaptados a las necesidades individuales de las mujeres y teniendo en cuenta el proceso traumático que han vivido. Herman (2004) en su análisis del trauma y del proceso de recuperación, establece que es fundamental para la evolución de las víctimas:

- **Realizar una evaluación diagnóstica**: la primera evaluación diagnóstica debe realizarse por una persona profesional especializada, aplicando de forma rigurosa un procedimiento informado, señalando la "enorme importancia que tiene compartir la información en los momentos posteriores al trauma" (p. 247). Será necesario informar sobre los síntomas más frecuentes del trauma por violencia sexual y dar recomendaciones básicas.
- **Restablecer la seguridad de la superviviente**: tras la evaluación diagnóstica la actividad fundamental será afianzar la seguridad de la mujer víctima o superviviente. Las supervivientes "no se sienten a salvo dentro de su cuerpo. Sus emociones y sus pensamientos parecen estar fuera de control" (p. 250), por ello, cada uno de los y las profesionales de los diferentes ámbitos de la atención integral deben trabajar junto al proceso terapéutico para establecer y afianzar la seguridad de la víctima o superviviente. La seguridad empezará por la toma del control del cuerpo para pasar posteriormente a controlar el entorno y, para ello, será esencial:
  - La atención médica del daño o el cuidado médico básico, respetando la autonomía de la mujer en la exploración, la toma de muestras y el tratamiento de lesiones, en base a un consentimiento informado.
  - Restablecimiento de los ritmos biológicos con acceso y control de una buena alimentación y regulación del sueño.

- Vivienda o alojamiento seguro, teniendo en cuenta que la víctima puede querer buscar refugio en su domicilio o acceder a un alojamiento alternativo y protegido.
- Desplazamientos acompañados y movilidad segura.
- Afianzamiento de las relaciones y vínculos familiares y comunitarios, devolviendo la sensación de pertenencia y humanidad.
- Autocuidado y autoprotección de la víctima.
- Restitución social a través de la defensa y garantía de sus derechos.
- Plan de protección futuro.

### 6.5. En relación con los espacios para la atención a las mujeres y sus seres queridos

Los espacios públicos en donde se acompañan y atienden las necesidades y derechos de las mujeres han sido puestos en cuestión, logrando un giro terapéutico. En el diseño y gestión de los espacios para la atención de las víctimas y supervivientes de violencia sexual y sus familiares, es necesario partir de la idea del espacio como un elemento activo, determinante en la conducta y un orden simbólico. Las mujeres deben acceder a ser atendidas en espacios no violentos y con calidad terapéutica, alejados de un modelo de espacio institucionalizado, burocratizado, coercitivo y aislado.

El espacio en un modelo holístico de atención a la violencia sexual es un elemento más de la intervención, contribuyendo a mitigar el primer impacto del daño, aportando seguridad, confianza, cuidados y dignidad, elementos indispensables para reparar el sistema de protección de la víctima tras una amenaza contra su vida y su integridad física, psíquica y social. Por esta razón, los espacios de atención para víctimas de violencia sexual bien sean espacios sociales, policiales, de justicia o sanitarios, deben concebirse como espacios terapéuticos; espacios refugio; espacios seguros; espacios restaurativos; y como espacios de justicia política y democrática.

Para ello, se recomienda seguir las indicaciones del denominado *Diseño basado en traumas* (TID)<sup>3</sup>, que busca la creación de espacios donde quienes los usan sientan una sensación de seguridad (tanto real como percibida), respecto, dignidad, apoyo social, comunidad y restablecimiento del control. Debe ser concebido como un espacio sensible, que asegure la atención personal, la privacidad, la seguridad y la dignidad y que posibilite el desarrollo de estrategias de afrontamiento del daño, y el desarrollo del tiempo necesario para una atención individualizada, en base a las necesidades de la víctima o superviviente. Para su organización, se tendrá en cuenta que el ambiente o entorno responda a una serie de características formales, funcionales y perceptivas como instrumento práctico para la mejora de la calidad de la atención individual y comunitaria de las mujeres víctimas, profesionales de la atención, familiares y personas queridas que acompañan los procesos.

Entre algunos elementos a tener en cuenta para la creación de un espacio terapéutico acogedor y sensible destacan una serie de elementos: espacios multifuncionales; diseños de mobiliario estético, confortable y elementos decorativos que aporten calidez, vinculación emocional, alejados de estilos de oficina o burocráticos en donde el espacio se organiza en torno a elementos tecnológicos como el ordenador; tonalidades claras que generan una mayor sensación de tranquilidad, relajación y descanso o colores crema y colores vivos, vinculados a los colores de la naturaleza; acceso a la luz natural o lámparas o luces indirectas, en base a los beneficios que la iluminación tiene para la salud física y psicológica; climatización que permita una regulación de la temperatura; insonorización frente a ruidos y para asegurar la confidencialidad, con posibilidad de música ambiental y difusores de aromas relajantes.

## 7. Discusión

Ante la dimensión y alcance estructural de la violencia sexual contra las mujeres de manera global en los últimos años, en diversas regiones del mundo (América Latina, Europa o África), distintos Estados han impulsado normas y medidas concretas orientadas a acompañar a las mujeres víctimas de las violencias sexuales. En el caso español, el Ministerio de Igualdad comenzó en 2020 los trabajos previos para la

---

<sup>3</sup> Término definido desde el ámbito de la arquitectura por J. Davis Harte y Janet Roche, creadoras de la plataforma *Trauma-Informed Design*, con acceso a información sobre el desarrollo del concepto, sus investigaciones y estudios de caso.

elaboración de un texto normativo dirigido a “la protección integral del derecho a la libertad sexual y erradicación de todas las violencias sexuales” (artículo 1). En el primer trimestre de 2022, por fin y ya en la última fase de su trámite parlamentario, la futura “Ley Orgánica de Garantía Integral de la Libertad Sexual” traza un camino de inmensas posibilidades para garantizar el derecho a la recuperación integral de las víctimas de violencias sexuales frente a una realidad que ha obviado sus necesidades y demandas.

La Ley Orgánica de Garantía y Libertad Sexual desarrolla por primera vez en España el derecho humano a la atención integral de las víctimas de violencias sexuales, a través de un sistema de atención formulado en los Centros de Crisis 24 horas, en el que la credibilidad y las necesidades de las mujeres son incuestionables.

Los futuros Centros de Crisis 24 horas, integrados en 2023 en todas las Comunidades Autónomas, implican un gran reto. De los modelos de atención que en ellos implementen, dependerá también la vida de muchas mujeres. De esta forma, es urgente el desarrollo de un modelo de respuesta holístico para la atención sin daño, el acompañamiento y reparación de las violencias sexuales, en base a una serie de enfoques críticos que permitan mejorar las intervenciones profesionales y cuestionar las estructuras de dominación que nutren la violencia sexual.

Se presenta como una tarea fundamental, avanzar en mejorar los servicios orientados al reconocimiento y restitución del daño, inspirados y orientados por la literatura científica especializada en violencia sexual y por las buenas prácticas de los centros de crisis o servicios especializados de atención a las violencias sexuales de otros países que contemplen servicios de calidad, conectados a las necesidades de las víctimas, con evaluaciones diagnósticas certeras y acciones para el restablecimiento de la seguridad de la superviviente, a través de la atención en diferentes niveles y áreas fundamentales para la vida. Además de un giro terapéutico, con el diseño humanizado y sensible de espacios para la atención a la violencia sexual, en condiciones de dignidad.

Aunque en nuestro país están llegando tarde, los retos futuros se presentan esperanzadores en la intervención especializada a través de estos futuros recursos, en la urgente y necesaria respuesta holística que proteja y garantice los derechos humanos de todas las mujeres. Esperamos que el modelo de recuperación integral que presentamos en este artículo contribuya al fortalecimiento de la respuesta institucional frente a las violencias sexuales de los futuros Centros de Crisis 24 horas y apoye profesionalmente a los equipos especializados.

## Referencias bibliográficas

- Amnistía Internacional. (2018). *Ya es hora de que me creas. Un sistema que cuestiona y desprotege a las víctimas*. Sección española de Amnistía Internacional, Madrid.
- Amorós, C. (2005). *La gran diferencia y sus pequeñas consecuencias...por las luchas de las mujeres*. Cátedra Feminismos.
- Arostegui, E. y Martínez, P. (2018). *Mujeres y drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Instituto Deusto de Drogodependencias, Universidad de Deusto.
- Barjola, N. (2018). *Microfísica sexista del poder. El caso Alcàsser y la construcción del terror sexual*. Virus Editorial.
- Brownmiller, S. (1981). *Contra nuestra voluntad. Un estudio sobre la forma más brutal de agresión a la mujer: la violación*. Planeta.
- Cantón, C. (2015). *Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes*. Anales de Psicología.
- Card, C. (1991). Rape as a Terrorist Institution. En R. Fred, y C. Morris (Eds.), *Violence, Terrorism, and Justice*. (pp. 296-319). Cambridge University Press.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), recomendación general número 19, 29 de enero de 1992. Recuperado de: [http://archive.ipu.org/splz-e/cuenca10/cedaw\\_19.pdf](http://archive.ipu.org/splz-e/cuenca10/cedaw_19.pdf)
- Consejo de Europa, Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, 11 de mayo de 2011. Recuperado de: <https://rm.coe.int/1680462543>
- Cudris, L., Guzmán, C. G., Almeida, M., González, L., Silvera, L. y Bolaño, L. (2020). Malestar psicológico en víctimas de violencia sexual, intrafamiliar y del conflicto armado. *Tempus Psicológico*, 3(1), 81-102. <https://doi.org/10.30554/tempuspsi.3.1.2878.2020>

- Cunjama, E. D. y Cisneros, J. L. (2010). El catatónico desamparo de lo humano; un acercamiento a la sociología de la violencia. *El Cotidiano*, (164), 89-101.
- De la Cruz, M. A. (2017). Factores Predictores del Impacto psicopatológico en víctimas de agresión sexual [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Publicada por la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- De Miguel, A. (2007). El proceso de redefinición de la violencia contra las mujeres: de drama personal a problema político. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, 42, 71-82.
- Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de octubre de 2012. <https://www.boe.es/doue/2012/315/L00057-00073.pdf>
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, 227-224.
- Gilligan, C. (2013). *La ética del cuidado*. Fundación Víctor Grifolls i Lucas.
- Gómez, S. (2019). Estigma y salud mental: estigma internalizado [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio Institucional UCM. Recuperado el 1 de febrero de 2022, de: <https://bit.ly/3LocGfc>
- GREVIO, (2021). Primer Informe de Evaluación. España. Convención de Estambul. Consejo de Europa. Recuperado el 1 de febrero de 2022, de: <https://bit.ly/3qwGez4>
- Griffin, S. (1986). *RAPE. The Politics of Consciousness*. Harpercollins.
- Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible (2021). *Estamos con ustedes: En Sudáfrica, los centros de atención a las supervivientes de violaciones dan esperanzas ante el creciente número de casos*. Recuperado el 20 de febrero, de 2022: <https://bit.ly/3wzsuaJ>
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, Cyborgs y Mujeres: La reinención de la Naturaleza*. Ediciones Cátedra.
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa Calpe.
- Kelly, L. (1988). *Surviving sexual violence*. PolityPress.
- Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Crítica.
- Proyecto de Ley Orgánica de Garantía Integral de la Libertad Sexual, BOCG, núm. 62, de 26 de julio de 2021. Recuperado de: [https://www.congreso.es/public\\_oficiales/L14/CONG/BOCG/A/BOCG-14-A-62-1.pdf](https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/A/BOCG-14-A-62-1.pdf)
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE, núm. 274, de 16 de mayo de 2003. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito, BOE, núm. 101, de 28 de octubre de 2015. Recuperado de: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-4606>
- Lorde, A. (1984). La hermana, la extranjera. Artículos y conferencias. Recuperado el 1 de febrero de 2022, de: <https://www.caladona.org/grups/uploads/2017/07/audre-lorde-la-hermana-la-extranjera.pdf>
- Millet, K. (1975). *Política Sexual*. Feminismos.
- Olivares, E. y Incháustegui, E. (2011). *Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género*. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.
- Palaiologou, I. (2017). Digital violence and children under five: The Phantom Menace within digital homes of the 21<sup>st</sup> century? *Education Sciences & Society*, 8(1). <https://doi.org/10.3280/ess1-2017oa4978>
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 37(2), 191-201.
- Pérez-Viejo, J. M y Montalvo, A. (2011). *Violencia de género: prevención, detección y atención*. Grupo 5.
- Saiz, M. y Morales, O. (2020). *Noches seguras para todas*. Federación Mujeres Jóvenes. Recuperado el 1 de febrero de 2022, de <https://bit.ly/3LpzKUp>
- Sordo, T. y Tardón, B. (2018). *Estudio sobre recursos de prevención de la violencia sexual y atención a las víctimas en el entorno europeo e internacional*. Dirección General de Prevención y Atención frente a la Violencia de Género. Recuperado el 1 de febrero de 2022, de <https://bit.ly/3tySFwu>
- Tardón, B. (2017). La violencia sexual: desarrollos feministas, mitos y respuestas normativas global. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. Repositorio Institucional UAM. <https://bit.ly/3Locxsa>
- Toledo, P., Bodelón, E., Tur, N. y Martínez, J. (2016). CAT/ 6010-2015-S106. Marc jurídic internacional, estatal i autonòmic de les violències sexuals (matrimonis forçats, mutilacions genitals femenines, tràfic d'èssers humans amb finalitat d'explotació sexual, assetjament i agressions sexuals): L'abordatge de les violències sexuals a Catalunya.
- Vázquez, B. (2007). *Manual de psicología forense*. Síntesis.

Verelst, A., Schryber, M., Haene, L., Broekaert, E., y Derluyn, I. (2014). The mediating role of stigmatization in the mental health of adolescent victims of sexual violence in Eastern Congo. *Child Abuse and Neglect*, 38(7), 1139-1146. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.04.003>

### **Breve CV de los autores/as**

Bárbara Tardón Recio es Doctora con mención internacional en Estudios Interdisciplinarios de Género por la Universidad Autónoma de Madrid. En la actualidad es asesora de la Ministra de Igualdad del Gobierno de España. Sus líneas de investigación están enfocadas en las violencias sexuales, derechos humanos y su diligencia.

Cristina Mateos Casado es Doctora por la Universidad Complutense de Madrid, especializada en violencia de género. Es trabajadora social y socióloga con especialidad en análisis político y profesora en el Departamento de Periodismo y Comunicación Global de la Universidad Complutense de Madrid. Simultáneamente es consultora especializada en género y diversidades, análisis político de la violencia de género, migraciones y desarrollo comunitario.

Jesús Manuel Pérez Viejo es Doctor por la Universidad de Castilla y la Mancha, con Posgrado Violencia de Género por el Centro Universitario La Salle. En la actualidad es profesor de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Sus líneas de investigación son la intervención social, violencia hacia las mujeres, salud mental y cooperación internacional.

### **Declaración de autoría CrediT**

Conceptualización: B. T. R., C.M.C, J.M.P.V; Metodología: C.M.C, J.M.P.V; Investigación: B. T. R., C.M.C, J.M.P.V; Curación de datos: B. T. R., C.M.C, J.M.P.V.; Redacción (borrador original): B. T. R., J.M.P.V.; Redacción (revisión y edición): B. T. R., C.M.C; Visualización: B. T. R., C.M.C, J.M.P.V.; Administración del proyecto: B. T. R., C.M.C, J.M.P.V.

# El impacto de las políticas públicas sobre salud, vivienda y seguridad en los derechos de las mujeres que ejercen prostitución

## *The impact of health, housing and security public policies on the rights of women in prostitution*

Martina Kaplún Asensio

 <https://orcid.org/0000-0003-4606-6139>

Universidad Complutense de Madrid, España

[martinakaplun@gmail.com](mailto:martinakaplun@gmail.com)

Recibido: 29-01-2022  
Aceptado: 19-03-2022



---

### Resumen

Este artículo analiza el impacto que tienen las políticas públicas sobre salud, vivienda y seguridad en el disfrute efectivo de estos derechos por parte de las mujeres que ejercen prostitución. Este hace un recuento de cuáles son las obligaciones adquiridas por nuestro país en el marco de los instrumentos internacionales de derechos humanos, para posteriormente analizar las políticas que las diferentes administraciones están desplegando. Asimismo, describe la situación específica de las mujeres que ejercen prostitución, visibilizando las brechas que existen en el disfrute de los mencionados derechos. Las tres políticas analizadas tienen graves carencias en cuanto al respeto, la realización y la protección de los derechos, que afectan de manera más contundente a los grupos más vulnerabilizados, entre ellos las mujeres que ejercen prostitución, pues son ellas quienes tienen mayor necesidad de un marco de políticas públicas amplio y protector para poder disfrutar de manera efectiva de sus derechos. La apuesta real por un enfoque de derechos humanos debe ser un elemento fundamental para el diseño e implementación de cualquier política pública que quiera abordar la prostitución de manera integral y desde una perspectiva abolicionista.

**Palabras clave:** discriminación, género, interseccionalidad, violencia, abolicionismo.

---

### Abstract

This paper analyses the impact of public policies about health, housing and security on the effective enjoyment of these rights by women in prostitution. It reviews our country's obligations under international human rights instruments, and then analyses the policies that the different administrations are developing. In addition, it describes the specific situation of women in prostitution, highlighting the gaps that exist in the enjoyment of these rights. The three policies analysed have serious limitations in terms of respect, realisation and protection of rights, which most strongly affect the most vulnerable groups, including women in prostitution, who are most in need of a comprehensive and protective public policy framework to be able to effectively enjoy their rights. A real commitment to a human rights approach must be a fundamental element in the design and implementation of any public policy that wants to address prostitution in a comprehensive way and from an abolitionist perspective.

**Keywords:** discrimination, gender, interseccionality, violence, abolitionism.

---

### Sumario

1. Introducción | 2. Marco teórico y metodológico | 3. Marco normativo | 3.1. Marco internacional y europeo | 3.2. Marco nacional, autonómico y local | 4. Brechas en el disfrute de los derechos humanos en las vidas de las mujeres que ejercen prostitución | 5. Conclusiones | Referencias bibliográficas

---

### Cómo citar este artículo

Kaplún Asensio, M. (2022): "El impacto de las políticas públicas sobre salud, vivienda y seguridad en los derechos de las mujeres que ejercen prostitución", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 10 (1): 27-41. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.523>

## 1. Introducción

El presente trabajo está centrado en analizar, desde un Enfoque de Derechos Humanos (DH), Género e Interseccionalidad, y a partir de una experiencia directa de intervención social con mujeres que ejercen prostitución, el impacto que tienen determinadas políticas públicas en el disfrute efectivo de sus derechos. Así, el análisis está encaminado a visibilizar las brechas que existen en el disfrute del derecho a la salud, el derecho a la vivienda y el derecho a la seguridad personal para las mujeres que ejercen prostitución, y cómo las políticas implementadas por las diferentes administraciones no están cumpliendo con el marco de obligaciones establecidas por los instrumentos internacionales de DH.

Desde la experiencia profesional en la intervención social con mujeres que ejercen prostitución, se ha podido constatar que estas personas se encuentran entre los grupos más desfavorecidos y excluidos socialmente. La relación entre prostitución y pobreza/exclusión social está ampliamente documentada, y estas mujeres se enfrentan a grandes dificultades para hacer efectivos sus derechos. Además, la mayoría de las políticas públicas no tienen en cuenta la especial vulnerabilidad de las mujeres que ejercen prostitución y sus particulares circunstancias y necesidades. Los recursos y servicios encargados de implementar estas políticas prácticamente no ponen en marcha estrategias específicas para asegurar que estas mujeres puedan hacer uso de los mismos en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía. Así mismo, existen algunas disposiciones, sobre todo en materia de seguridad, que incluso pueden llegar a estar vulnerando de manera directa sus derechos.

Las políticas públicas objeto de este análisis requieren tener en cuenta varios ámbitos geográficos (estatal, autonómico y local). Esto es así porque aunque, por ejemplo, en el caso de la salud, las competencias están asignadas a las Comunidades Autónomas, a nivel estatal existe legislación que guía y condiciona el desarrollo de las políticas a nivel autonómico. En el caso del ámbito local, al tratarse de una administración de proximidad, tiene un alto impacto en la vida cotidiana de las personas. Muchos ayuntamientos desarrollan políticas propias en materia de salud, vivienda y seguridad que es importante analizar. Para la realización de este trabajo, se ha seleccionado la Comunidad Autónoma de Madrid y el municipio de Madrid.

## 2. Marco teórico y metodológico

Desde un punto de vista teórico, este trabajo se basa en el Enfoque de DH y la Perspectiva de Género e Interseccionalidad. El Enfoque de DH es un marco conceptual basado en las normas internacionales de DH y orientado a su promoción y protección. Desde este enfoque, las normas, las políticas y los planes de acción están anclados en un sistema de derechos y deberes establecidos por el derecho internacional. Algunos elementos clave son los siguientes:

- La vinculación con los DH, tomando como punto de partida el marco del derecho internacional de los DH, que incluye los principales tratados de DH y las recomendaciones y observaciones de los diversos mecanismos de protección y supervisión, así como los mecanismos regionales, en nuestro caso, el Consejo de Europa.
- Considerar a los actores como titulares de derechos y de obligaciones. Desde un Enfoque de DH, las personas dejan de ser beneficiarias pasivas de los servicios y sus necesidades pasan a interpretarse en clave de derechos, reconociéndolas como sujetos activos de sus procesos y decisiones. Las administraciones son entonces las que tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los DH.
- Abordar y transformar las relaciones de poder, reconociendo que los desequilibrios en las relaciones de poder contribuyen a la marginalización e impiden que las personas empobrecidas puedan ejercer sus derechos, y, por ello, prestando mayor atención a los grupos excluidos, vulnerabilizados o en riesgo de serlo.
- El Enfoque de DH busca transformar las relaciones y el injusto reparto de poder existentes, así como corregir las desigualdades y las prácticas discriminatorias (Masferrer *et al.*, 2018, p. 7 y ss.).

La Perspectiva de Género nos permite analizar las características que definen lo masculino y lo femenino en un contexto social determinado, partiendo de la socialización y construcción de diferencias para examinar cuál es el grado de reproducción de los roles tradicionales de género de hombres y mujeres. Además, también permite examinar la inequidad, la discriminación y los desequilibrios de poder específicos que sufren las mujeres en todos los ámbitos de la vida (social, laboral, familiar, económico, personal, cultural, etc.), así como observar de qué forma los fenómenos sociales, como la prostitución, afectan de manera diferenciada a mujeres y hombres (Castellanos *et al.*, 2013, p. 49).

Por otro lado, una de las claves para entender el fenómeno de la prostitución desde una perspectiva de género es el concepto de discriminación hacia las mujeres, contenido en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979, que establece que:

“la expresión ‘discriminación contra la mujer’ denotará toda discriminación, exclusión o restricción basada en el sexo, que tenga que por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de de la igualdad del hombre y la mujer, de los DH y las libertades fundamentales en las esferas económica, social, cultural y civil, o en cualquier otra esfera” (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 18 de diciembre de 1979).

Se trata de una discriminación intencional, no neutra y continuamente enmascarada, que coloca a las mujeres en una situación de exclusión y vulnerabilidad superior de la que experimentan los hombres, especialmente en las regiones más pobres del planeta. Dicha discriminación se encuentra en la base de que, ante situaciones de pobreza o exclusión, la prostitución sea una opción que la sociedad ofrece a las mujeres, y no así a los hombres (Castellanos *et al.*, 2013, p. 50).

En este sentido, este trabajo se basa en un posicionamiento feminista abolicionista sobre la prostitución, que la conceptualiza como una institución social que hunde sus raíces en el patriarcado y que reproduce las relaciones de poder de los hombres hacia las mujeres a través del pago por la utilización del cuerpo de las mujeres. Se trata de un mecanismo para la opresión de las mujeres, cuya dinámica es en sí misma violenta para las mujeres y en el que se producen múltiples violencias contra ellas en el día a día.

Asimismo, en los contextos de prostitución, las estructuras patriarcales entran en relación con el resto de estructuras de poder, posicionando a las mujeres, especialmente a las mujeres de clases bajas y a las mujeres migrantes, en situaciones de mayor vulnerabilidad (Castellanos *et al.*, 2013, p. 50). Por ello, es fundamental añadir a la perspectiva de género el análisis interseccional.

El concepto de interseccionalidad fue acuñado por el feminismo negro y decolonial, y plantea que existen otras variables de discriminación, además del género, que interseccionan entre sí, y crean situaciones únicas en cada mujer. La interseccionalidad va mucho más allá de la suma de discriminaciones, puesto que las opresiones y discriminaciones no actúan de forma independiente entre sí, sino que se interrelacionan creando un sistema de opresión a través de diferentes ejes. De esta manera, un análisis interseccional nos permite identificar de manera mucho más certera las múltiples dificultades a las que se enfrentan la mayoría de las mujeres que ejercen prostitución en nuestro país, ya que en ellas confluyen varios ejes de opresión, generando situaciones de discriminación muy complejas. Por ejemplo, una notable mayoría de las mujeres que ejercen prostitución en España son migrantes, muchas de ellas racializadas y/o en situación administrativa irregular. También es especialmente grave la situación de las mujeres *trans*, puesto que para muchas de ellas la prostitución se convierte en la única oportunidad de subsistencia, ante la falta de oportunidades laborales y la carencia de apoyo familiar.

Desde el punto de vista metodológico, este trabajo se ha basado en dos estrategias fundamentales. En primer lugar, se ha realizado una amplia revisión de la literatura científica en la identificación del marco de obligaciones del Estado español en función de los instrumentos internacionales de DH y las políticas públicas relativas a los derechos objeto de análisis, así como la situación con respecto al disfrute de esos derechos en general. Posteriormente, y con base a la información recopilada y sistematizada a través del trabajo de intervención social con mujeres que ejercen prostitución, se ha realizado un análisis específico de cuál es el impacto concreto de todo ese panorama en las vidas de las mujeres que ejercen prostitución. La intervención social es un proceso sistemático, que requiere unas herramientas y una planificación específicas y que permite obtener una gran cantidad de información relevante. Este proceso implica también el uso de instrumentos de registro en los que se vuelca toda la información de manera ordenada. Las estrategias de intervención desarrolladas han incluido actuaciones como: visitas a lugares de ejercicio de prostitución para

entablar contacto directo con las mujeres, acompañamientos y mediación para el acceso a recursos, realización de entrevistas y otros tipos de intervenciones individuales, tanto en recursos de acogida como en otros dispositivos de atención, así como en situaciones de urgencia.

### 3. Marco normativo

#### 3.1. Marco internacional y europeo

El derecho a la salud está recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), en el artículo 25:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948).

También está definido en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en concreto en su artículo 12 (derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental), que establece que los Estados deberán establecer las medidas necesarias para la prevención y el tratamiento de las enfermedades y para crear las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 19 de diciembre de 1966).

En el ámbito europeo, la Carta Social Europea (CSE), en su artículo 11, reconoce el derecho a la protección de la salud y obliga a los Estados a adoptar medidas para eliminar las causas de una salud deficiente, establecer servicios dirigidos a la mejora de la salud y prevenir las enfermedades. Además, en su artículo 13 reconoce el derecho a la asistencia social y médica (Carta Social Europea, 3 de mayo de 1996).

En cuanto a las obligaciones de los Estados con respecto al derecho a la salud, encontramos, por un lado, la obligación de hacer efectivo el derecho de manera progresiva utilizando el máximo de los recursos de los que dispongan. Por otro lado, los Estados también están obligados a garantizar este derecho sin discriminación alguna. Además, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) ha subrayado que los Estados tienen una obligación mínima básica de garantizar la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos reconocidos en el PIDESC, en el caso del derecho a la salud, esto se concreta en:

- “El derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud *sin discriminación*, especialmente para los grupos vulnerables o marginales;
- El acceso a alimentos esenciales mínimos aptos para el consumo y suficientes desde el punto de vista nutricional;
- El acceso a una vivienda, unos servicios de saneamiento y un abastecimiento de agua potable adecuados;
- El suministro de medicamentos esenciales;
- Una distribución equitativa de todos los establecimientos, bienes y servicios de salud” (ACNUDH y OMS, 2008, p. 37).

Concretando un poco más, en lo que se refiere a la obligación de *respetar*, los Estados deberían abstenerse de realizar determinadas prácticas que pueden interferir en el derecho a la salud, como negar o limitar el acceso a los servicios de atención sanitaria; imponer prácticas discriminatorias relacionadas con el estado y las necesidades de salud de las mujeres; o limitar el acceso a los anticonceptivos y otros medios de mantener la salud sexual y reproductiva.

En cuanto a la obligación de *proteger*, se podría concretar en cuestiones como velar por que la privatización no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los establecimientos, bienes y servicios de salud; proteger a las personas de los actos de terceros que puedan atentar contra su derecho a la salud; o velar por que terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios sanitarios.

Y con respecto a la obligación de *realizar*, se concretaría en actuaciones como adoptar una política o un plan de salud nacional; garantizar la prestación de atención sanitaria; garantizar la igualdad de acceso de todos a los factores determinantes básicos de la salud (alimentos, agua y saneamiento, etc.); o asegurarse de que las infraestructuras de salud pública presten servicios de salud sexual y reproductiva y que los médicos y otro personal de salud sean suficientes y tengan una capacitación adecuada. (ACNUDH y OMS, 2008, p. 37-40)

Tal y como se ha apuntado con anterioridad, el derecho a la vivienda está establecido también en el artículo 25 de la DUDH. Por otra parte, el PIDESC, establece en su artículo 11 el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados (Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 19 de diciembre de 1966).

Por su parte, la CSE, en su artículo 31, establece que, para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la vivienda, los Estados deben favorecer el acceso a la vivienda, prevenir y paliar las situaciones de ausencia de hogar y hacer asequible el precio de las viviendas para aquellas personas que no dispongan de recursos suficientes (Carta Social Europea, 3 de mayo de 1996).

El derecho a la vivienda es también un derecho de realización progresiva, para lo cual los Estados deben emplear el máximo de los recursos disponibles. En este sentido, la obligación fundamental tiene que ver con la adopción de medidas concretas, deliberadas y específicas para dar cumplimiento a este derecho, garantizando al menos un nivel esencial del mismo. Además, como el resto de los derechos, debe poder ser disfrutado por todas las personas sin discriminación. Asimismo, el Comité DESC ha declarado que ciertas medidas deben ser adoptadas de manera inmediata, como, por ejemplo, la protección contra los desalojos forzosos.

Con respecto a la obligación de *respetar*, los Estados deben abstenerse, por ejemplo, de imponer prácticas discriminatorias que limiten el acceso de la mujer y su control sobre la vivienda; o de transgredir el derecho a la privacidad y la protección del hogar.

En cuanto a la obligación de *proteger*, los Estados deben adoptar legislación u otras medidas para cerciorarse de que los actores privados cumplan las normas de DH relativas al derecho a una vivienda adecuada. Los Estados deberían, por ejemplo, reglamentar los mercados de la vivienda y los arrendamientos de manera que se promueva y proteja el derecho a una vivienda adecuada; asegurar que el suministro privado de agua, saneamiento y otros servicios básicos conexos no ponga en peligro su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; o asegurar que los propietarios de viviendas no discriminen contra determinados grupos.

Y, por último, sobre la obligación de *realizar*, lo principal es que se cuente con un plan de vivienda que canalice el desarrollo del derecho; los objetivos de este plan deberían estar encaminados, por ejemplo, a prevenir y solucionar la carencia de vivienda; proporcionar la infraestructura física necesaria para que la vivienda sea considerada adecuada; o asegurar una vivienda adecuada a las personas o grupos que no pueden disfrutar del derecho a una vivienda adecuada (ACNUDH y ONU Hábitat, 2010, p. 35, 36).

El derecho a la seguridad está establecido en la DUDH, en el artículo 3: 'todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona' (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948) y en el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos, en concreto en su artículo 9. En el ámbito europeo, este derecho está reconocido en el artículo 5 del Convenio Europeo de Derechos Humanos en el que se establece el derecho a la libertad y a la seguridad (Convenio Europeo de Derechos Humanos, 4 de noviembre de 1950). Las políticas de seguridad, además de sobre el propio derecho a la seguridad personal, tienen especial impacto sobre otros derechos, como el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal, el derecho a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, el derecho a la libertad, el derecho a las garantías procesales y a la protección judicial, el derecho a la privacidad y a la protección de la honra personal, el derecho a la libertad de expresión, a la libertad de reunión y asociación, el derecho a participar en los asuntos de interés público. En cuanto a las obligaciones de los Estados, podríamos resumirlas en las siguientes:

- *Responsabilidad por conductas de sus agentes y de terceros*. El Estado responde por los actos y omisiones de sus agentes realizados al amparo de su carácter oficial, aun si actúan fuera de los límites de su competencia. El Estado también puede ser responsable de violaciones de los DH cometidos por terceros o por particulares, en el marco de las obligaciones del Estado de garantizar el respeto de estos derechos entre individuos.

- *Obligación de adoptar medidas para prevenir la vulneración de derechos vinculadas a la seguridad ciudadana:* Los Estados deben poner en marcha medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural para promover la salvaguarda de los DH y para asegurar que, en el caso de que vean vulnerados, este hecho sea considerado como algo ilícito que conlleva sanciones para quien lo cometa. Además, también se deben contemplar medidas para indemnizar a las víctimas por las consecuencias perjudiciales de estos actos.
- *Obligación de investigar:* Cuando se cometen vulneraciones de los DH, los Estados deben llevar a cabo una investigación seria, imparcial y efectiva, por todos los medios legales disponibles, y orientada a la determinación de la verdad y el enjuiciamiento y eventual castigo de los autores. La obligación de los Estados de investigar las violaciones de los DH es independiente de quién sea el agente que haya llevado a cabo esas conductas (CIDH, 2009, p. 14-19).

### 3.2. Marco nacional, autonómico y local

El derecho a la salud se reconoce en el artículo 43 de la Constitución y se concreta en la Ley General de Sanidad, que establece su financiación pública, universalidad y gratuidad; su descentralización autonómica y su integración en el Sistema Nacional de Salud (SNS) (LGS, 14/1986, de 25 de abril). Pero esta Ley se ha ido modificando en los últimos años a raíz de la crisis económica de 2008, con reformas que han dejado a miles de personas fuera del sistema de salud. Destaca sobre todo el Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Este Real Decreto se aplicó de manera dispar en las diferentes Comunidades Autónomas, existiendo algunas que lo aplicaron de manera muy estricta, entre ellas Madrid, y otras que intentaron minimizar su aplicación.

Según un informe de Amnistía Internacional (AI), el RDL 16/2012, junto con otras medidas de reducción del gasto público en sanidad, provocaron un deterioro de la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la asistencia sanitaria. Muchos de estos cambios han tenido un impacto particular y desproporcionado en las personas de rentas más bajas (Amnistía Internacional, 2018, p. 6), entre las que podemos encontrar a la mayoría de las mujeres que ejercen prostitución. Además:

“La forma en que se elaboraron y aplicaron las medidas de austeridad no cumplió los criterios establecidos por los órganos creados en virtud de tratados internacionales de DH. Las medidas que ahorraron costes en el SNS sin poner indebidamente en peligro el derecho a la salud se aplicaron después de las que tuvieron un impacto regresivo, y no antes. No se llevó a cabo ninguna evaluación del impacto sobre los DH antes del recorte del presupuesto en salud pública ni de la aplicación del RDL 16/2012. Los niveles de participación y consulta sobre el desarrollo y la aplicación de las medidas de austeridad fueron insuficientes” (Amnistía Internacional, p. 8).

Posteriormente, las medidas de exclusión sanitaria fueron rectificadas por el Real Decreto Ley 7/2018 sobre el acceso universal al SNS, que pretendía restaurar la universalidad del sistema de salud. Esta norma no ha tenido desarrollo reglamentario, simplemente se han emitido una serie de recomendaciones a las Comunidades Autónomas para su puesta en marcha. En la práctica, esto supone que aún quedan lagunas y carencias por resolver para que sea realmente eficaz. (Yo Sí Sanidad Universal, 2019, p. 1)

Con respecto a la Comunidad de Madrid, su sistema sanitario está contemplado en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Esta Ley no fue modificada a raíz del RDL 16/2012, sino que la Consejería de Sanidad publicó un documento de ‘Instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el Sistema Madrileño de Salud a todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria’. Como se ha comentado, fue una de las Comunidades que aplicó este RDL de manera más restrictiva, y casi 40.000 personas perdieron sus tarjetas sanitarias en Madrid tras su entrada en vigor (Médicos del Mundo, 2015, p. 19).

Tras la publicación del RDL 7/2018, la Comunidad de Madrid no emitió ningún documento específico de instrucciones para adecuarse a la nueva normativa. Posteriormente, en noviembre de 2021, modificó el procedimiento de acceso al Sistema, creando siete oficinas, llamadas Unidades de Tramitación para extranjeros. Según denuncian varios colectivos de lucha contra la exclusión sanitaria, estas oficinas se están

convirtiéndose en ‘centros de ‘segregación’ y ‘cuellos de botella’ para la tramitación del derecho a la sanidad de estas personas” (Plaza *et al.*, 2021). Las citas para estas Unidades se están demorando entre 2 y 3 meses, tiempo durante el cual las personas no pueden ser atendidas en los centros de salud y, si van a urgencias, se les emite una factura por la atención recibida.

Complementariamente, la Comunidad de Madrid aprovechó la puesta en marcha de estas Unidades para ‘depurar’ las bases de datos del Sistema de Salud y dar de baja a unas 27.000 personas. Según estos mismos colectivos, estas bajas se han realizado sin información previa, sin solicitar documentación complementaria y sin ofrecer un plazo para reacreditar el derecho, dando de baja a personas cuya situación administrativa no había variado y que, por tanto, deberían seguir teniendo asistencia sanitaria (Plaza *et al.*, 2021).

Por otra parte, a nivel municipal, los Ayuntamientos tienen competencias sobre todo en cuanto a control sanitario. Sin embargo, algunas grandes ciudades han desarrollado sus propios planes y normativas de salud, y han puesto en marcha recursos y servicios específicos. La ciudad de Madrid cuenta con una red de centros de atención a la salud, algunos de los cuales están especializados en la salud sexual y reproductiva, por lo que son especialmente relevantes para el colectivo de mujeres que ejercen prostitución. En estos centros no es necesario cumplir con los mismos requisitos que en el SNS, por lo que pueden acceder a ellos personas migrantes en situación administrativa irregular.

Estos centros, además de la atención individual, también despliegan un amplio abanico de actividades en materia de prevención y educación para la salud, con un enfoque comunitario. De hecho, según se explica en la página web del propio Ayuntamiento de Madrid, su objetivo no es tratar la enfermedad (algo que ya hacen los centros de atención primaria o especializada), sino que se centran en prevenirla y en ayudar a las personas, los grupos y las comunidades a conseguir estilos y condiciones de vida saludables.

El artículo 47 de la Constitución reconoce el derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada, pero no le asigna carácter de derecho fundamental vinculante, sino de principio rector para los poderes públicos, quienes promoverán las condiciones necesarias y establecerán las normas pertinentes para hacerlo efectivo (CE, 1978). Esto tiene un efecto importante en el desarrollo de las políticas públicas, así como en las posibilidades que tienen los/as ciudadanos/as de defenderse ante la vulneración de este derecho. Tanto es así que, en 2020, España acumulaba un vergonzoso récord de condenas con respecto al derecho a la vivienda en diferentes mecanismos internacionales de protección de DH: 3 condenas del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, 4 condenas del Tribunal Europeo de Derechos Humanos del Consejo de Europa y 1 condena del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (Andrés *et al.*, 2020, pp. 50-57).

La legislación en materia de vivienda a nivel estatal está recogida fundamentalmente en la Ley de Propiedad Horizontal y en la Ley de Arrendamientos Urbanos, aunque también destaca el Real Decreto Ley 7/2019 de medidas urgentes en materia de vivienda y alquiler. Además, España también cuenta con un Plan Estatal de Vivienda que estaba vigente hasta 2021. Por otra parte, con motivo de la pandemia se han puesto en marcha algunas medidas específicas para proteger el derecho a la vivienda en este contexto, sobre todo modificaciones en el Plan de Vivienda para incorporar ayudas específicas y evitar posibles desahucios de personas en situación de vulnerabilidad (Alonso *et al.*, 2021a, pp. 142 y ss.).

En el análisis histórico de la política de vivienda en España llama la atención la apuesta por la vivienda en propiedad en detrimento del mercado de alquiler. Esto proviene de la época franquista en la que se pusieron los cimientos de un modelo financiero inmobiliario que hoy sigue lastrando el derecho a la vivienda en España. En los años 50 se abrieron los cauces para que la iniciativa privada entrara en el mercado del urbanismo y en los años 60 se fue creando un modelo económico basado en el turismo, el desarrollo financiero y la explotación del sector inmobiliario. Cada una de las crisis económicas que siguieron a este periodo sirvió para profundizar la especialización inmobiliaria de España. El legado de esta forma de crecimiento, que subordina el valor de uso de la vivienda a su valor como bien de inversión, son esas 3,4 millones de casas sin uso. Mientras tanto los desahucios se suceden y se vuelve hablar de una ‘nueva burbuja’ que impide que la gente pueda acceder a un hogar (Espinoza, 2019).

Actualmente, este modelo de especulación financiera ha entrado también en el mercado de la vivienda de alquiler, gracias a las llamadas SOCIMIS (Sociedades Anónimas Cotizadas de Inversión en el Mercado Inmobiliario). Esta figura surge en 2009, pero no es hasta 2012 cuando adquiere su cariz actual, dado que es entonces cuando se les concede el beneficioso régimen fiscal del que disfrutaban (están exentas de pagar el Impuesto de Sociedades y tienen bonificaciones del 95% en el Impuesto de Transmisiones

Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados). Estas sociedades poseen un amplísimo stock de viviendas que, o bien alquilan a precios muy altos o bien las mantienen fuera del mercado para fomentar un aumento de precios. Todo esto se combina con la endémica escasez de viviendas en alquiler que arrastra España, con la irrupción del alquiler vacacional o de las plataformas digitales tipo AirBnB que reduce aún más la oferta de viviendas para residencia habitual, con las mayores dificultades que encuentran actualmente las familias para acceder al crédito hipotecario, y con una muy limitada inversión en vivienda social, generando un panorama de muchísima dificultad para el acceso a la vivienda de las personas con rentas más bajas (Andrés *et al.*, 2020, pp. 21-22).

Esta exclusión residencial es consecuencia, principalmente, de la falta de políticas públicas basadas en el derecho humano a una vivienda adecuada, que aseguren el acceso, disfrute y garantía a todas las personas, en cualquier situación, y desde la interrelación de todos los DH en coordinación con el resto de las políticas —económicas, sociales, sanitarias, urbanísticas...— (Andrés *et al.*, 2020, p. 23). En la misma línea, se manifiesta la Fundación FOESSA en su VIII Informe:

“el Derecho Humano a una vivienda adecuada, su acceso, su disfrute y la garantía de su rápida recuperación en caso de pérdida, no ha encontrado el desarrollo correspondiente y necesario en las políticas públicas del Estado Español” (Olea *et al.*, 2019, p. 2).

La Constitución Española reconoce además las competencias de las Comunidades Autónomas en materia de ordenación del territorio, urbanismo y vivienda (CE, 1978). En el caso de la Comunidad de Madrid, la normativa de vivienda regula fundamentalmente todo lo relativo a las viviendas de Protección Pública, así como la adjudicación de viviendas gestionadas por la Agencia de Vivienda Social de la Comunidad de Madrid. También es importante la legislación técnica, que regula la calidad de las edificaciones y las inspecciones para comprobar el buen estado de los edificios, y la regulación en materia fiscal, que establece deducciones por arrendamiento de vivienda habitual en el tramo autonómico del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas para personas menores de 35 años. Por último, la Comunidad de Madrid también publica convocatorias de ayudas económicas para el pago del alquiler dirigidas a personas en situación de vulnerabilidad (Alonso *et al.*, 2021b).

Por su parte, el Ayuntamiento de Madrid también ostenta competencias en materia de vivienda, en lo relacionado con la promoción y gestión de viviendas. En este sentido, según la página web de la Empresa Municipal de la Vivienda y Suelo de Madrid, existen planes de vivienda social, que incluyen la construcción y adjudicación de viviendas, así como la colaboración con entidades sociales en programas de ayuda a colectivos en situación de vulnerabilidad. También ofrece ayudas económicas para el pago del alquiler, así como un programa de mediación entre propietarios y posibles inquilinos. Por último, el Ayuntamiento también cuenta con un programa de ayudas para la rehabilitación o para mejorar la accesibilidad.

El alcance de todas estas políticas, autonómicas y locales, es limitado. Más bien, Madrid es un ejemplo paradigmático de la apuesta por el modelo de políticas de vivienda pensadas desde el mercado y no desde los DH. Actuaciones como la venta, por parte tanto de la Comunidad como del Ayuntamiento de Madrid, de miles de viviendas sociales a fondos de inversión han supuesto en la práctica una gravísima vulneración del derecho a la vivienda de las personas que residían en ellas. Siguiendo a Amnistía Internacional (2017):

“según el derecho internacional de los DH, las personas deben tener la oportunidad de impugnar, aclarar o consultar los arreglos de tenencia registrados. Sin embargo, las autoridades no consultaron a los inquilinos/as ni les proporcionaron información suficiente y puntual. Tras vender las viviendas sociales a sociedades de inversión, las autoridades les aseguraron que su situación no empeoraría como consecuencia de ello. Y, sin embargo, eso es precisamente lo que pasó. Se les informó erróneamente y, en la práctica, los pagos mensuales subieron” (Amnistía Internacional, 2017, p. 35).

En cuanto a las políticas de seguridad, a nivel estatal destaca la Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana. Es una ley muy cuestionada desde el punto de vista de los DH y diversos colectivos y organismos han llamado la atención sobre su impacto en la libertad de expresión, reunión y manifestación. Ya desde antes de su aprobación, un grupo de Relatores Especiales de las Naciones Unidas plantearon que esta legislación amenazaba con violar derechos y libertades fundamentales de los individuos. Concretamente, estos expertos señalaron que el texto de la ley incluye definiciones amplias o ambiguas que abren el campo a una aplicación desproporcionada o discrecional de la ley por parte de las autoridades

(ACNUDH, 2015). Y en marzo de este año, la Comisión de Venecia, órgano consultivo del Consejo de Europa, se ha pronunciado sobre determinados aspectos de esta ley, llegando a la conclusión de que es necesario reformarla. En su dictamen, este órgano establece que dicha revisión debe ir acompañada de una evaluación en profundidad del funcionamiento práctico de la ley y su impacto en los DH, dado su potencial represivo (European Commission for Democracy Through Law, 2021, p. 22).

Con respecto a las personas que ejercen prostitución, esta ley también ha tenido un alto impacto, ya que contempla sanciones a los consumidores de prostitución que soliciten servicios sexuales en determinados espacios (cerca de colegios, parques, etc.), así como la posibilidad de multar a las mujeres que ejercen prostitución por desobediencia a la autoridad si se niegan a abandonar dichos lugares (artículos 36.6 y 36.11). Además, también pueden ser multadas por conducta obscena (artículo 37.5) (LOPSC 4/2015, de 31 de marzo).

Recientemente, el Gobierno ha aprobado un proyecto para introducir reformas en la Ley de Seguridad Ciudadana. Según AI, estas reformas están más cerca de un maquillaje de la versión actual de la norma, que de una derogación de los artículos más preocupantes de la Ley. AI explica que la nueva propuesta no reduce los amplios poderes discrecionales de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FCS) y tampoco introduce mecanismos adecuados de control y rendición de cuentas. Tampoco se eliminan los artículos 36.6 y 36.11 que, como hemos dicho, tienen consecuencias directas para las mujeres que ejercen prostitución (Amnistía Internacional, 2021).

También es importante, sobre todo porque un altísimo porcentaje de las mujeres que ejercen prostitución en nuestro país son migrantes, la legislación sobre extranjería y asilo.

Con respecto a las políticas de extranjería, es importante señalar que están enmarcadas en una política más amplia sobre control migratorio proveniente de la Unión Europea. Desde hace ya bastantes años se han ido poniendo las bases y se ha ido profundizando en un modelo de gestión restrictivo de las migraciones donde las personas extranjeras, sobre todo aquellas que migran de manera irregular, son consideradas, en la práctica, sujetos sin derechos. Diversos expertos advierten que este planteamiento es contrario a la concepción universalista de los DH y no respeta parámetros mínimos de democracia:

“La persecución, la expulsión, la privación de las garantías, el encierro de quienes están trabajando sin derechos en nuestras sociedades es la peor forma y la más violenta de intentar intervenir en las migraciones” (Nieto, 2009, p. 46).

Con respecto al asilo, nos encontramos con un sistema absolutamente colapsado, con miles de solicitudes sin resolver. La ley de asilo no ha tenido desarrollo reglamentario, lo cual implica que existen grandes vacíos legales en temas fundamentales como, por ejemplo, en lo relativo al derecho de las personas solicitantes de protección internacional a recibir prestaciones sociales específicas según sus necesidades. Actualmente, todo lo relativo al sistema de acogida y ayudas sociales se gestiona a través de un Manual con instrucciones para las entidades sin ánimo de lucro, lo que dificulta el conocimiento y el ejercicio de los derechos contemplados, así como su exigibilidad (Amnistía Internacional, 2016).

Según la Constitución Española, la competencia en materia de seguridad pública es exclusiva del Estado, pero se contempla la posibilidad de que las Comunidades Autónomas puedan crear cuerpos policiales (CE, 1978). Madrid creó en 2004, las Brigadas Especiales de Seguridad de la Comunidad de Madrid (BESCAM), cuyo objetivo era dotar de policías locales a los municipios de la región.

Las Policías Locales desarrollan funciones encaminadas fundamentalmente a la prevención de delitos, atención a las víctimas, facilitación de la convivencia y atención a la ciudadanía. Tienen competencias en cuanto a la regulación del tráfico en los núcleos urbanos y también se encargan de hacer cumplir las ordenanzas municipales, lo cual es especialmente importante para este trabajo, pues en varios municipios de España se han publicado ordenanzas que penalizan el ejercicio de la prostitución o la demanda de servicios sexuales. Si bien es cierto que la ciudad de Madrid no ha implantado todavía una ordenanza de este tipo, también conviene aclarar que ha habido varios intentos de llevarlo a cabo, tanto en años de gobierno del Partido Popular, como durante la legislatura de Ahora Madrid, en este caso con un proyecto promovido por el Partido Socialista.

#### 4. Brechas en el disfrute de los DH en las vidas de las mujeres que ejercen prostitución

Con respecto al derecho a la salud, hay que tener en cuenta que esta es una de las preocupaciones fundamentales de las mujeres que ejercen prostitución, debido al alto impacto físico (sobre todo en lo relativo a la salud sexual y reproductiva) y emocional de la actividad que realizan.

Como ya se ha comentado, la cobertura con carácter universal dejó de ser una característica de nuestro SNS a partir de 2012. Según un informe de la Red de Denuncia y Resistencia al RDL 16/2012 (REDER), a pesar de los cambios normativos realizados, dicha universalidad aún no se ha podido recuperar. El nuevo RDL 7/2018 contiene preceptos ambiguos, lo cual está dando lugar a que algunas Comunidades Autónomas estén realizando una interpretación restrictiva del mismo. Igualmente, existe una gran disparidad entre las diferentes autonomías también en cuanto al grado de cobertura y los requisitos de entrada al SNS. Este mismo informe alerta:

“La nueva ley no armoniza el procedimiento ni los requisitos para poder obtener la tarjeta sanitaria, ni asegura la asistencia a cualquier menor de edad, mujer embarazada y otros grupos de población especialmente vulnerables, así como una atención en Urgencias universal” (REDER, 2018. p. 3).

Esto afecta especialmente a muchas mujeres que ejercen prostitución que, por su condición de migrantes en situación irregular, no están accediendo en igualdad de condiciones al SNS. Sin embargo, desde la experiencia de trabajo y acompañamiento a estas mujeres, observamos que, además de estas barreras legales y administrativas, existen otro tipo de impedimentos para su acceso al sistema y para que puedan disfrutar plenamente del derecho a la salud. En primer lugar, algunas mujeres que ejercen prostitución ni siquiera saben que existe un SNS, o, si lo saben, desconocen que pueden hacer uso del mismo de manera totalmente gratuita. En otros casos, puede ser que no conozcan los requisitos y trámites necesarios para poder acceder, o que crean que no tienen derecho a utilizarlo por su condición de personas migrantes o por el hecho de no tener un contrato de trabajo ni una nómina y no estar dadas de alta en la seguridad social.

Por otra parte, en el caso de las mujeres provenientes de países de habla no hispana, las barreras idiomáticas conllevan dificultades de comunicación con el personal sanitario o con el personal administrativo. También pueden existir barreras culturales, debido a las diferentes concepciones de la salud, relacionadas, por ejemplo, con determinadas creencias religiosas o maneras de relacionarse con el propio cuerpo. En otros casos, hemos observado la existencia de vergüenza e, incluso, miedo a ser juzgadas o a las consecuencias que pudiera tener que el personal de los centros de salud supiera a qué se dedican o cuál es su situación administrativa (por ejemplo, miedo a ser detectadas por la policía y ser expulsadas del país, o miedo a perder la custodia de sus hijos). Son miedos que pueden no ser reales, pero que generan mucha angustia en las mujeres.

Por su parte, los recortes presupuestarios en materia de sanidad que se han venido produciendo en los últimos años, a raíz de la crisis económica de 2008, han tenido un alto impacto, desapareciendo programas de mediación sanitaria y de prevención dirigidos a colectivos de personas en situación de vulnerabilidad. Esto es relevante en los casos que comentábamos antes, en los que existen dificultades de comunicación con el personal sanitario o administrativo, tanto idiomáticas como culturales. Son programas que facilitan mucho el trabajo de los/as profesionales del SNS y favorecen una mayor confianza y satisfacción de las personas usuarias. Estos recortes no se han revertido, ni siquiera en momentos de aparente recuperación económica, como pudieron ser los años inmediatamente anteriores al surgimiento de la pandemia del Covid-19. Con lo cual, en el momento en que estalla esta crisis sanitaria, nos encontramos con un SNS que, como hemos visto, no estaba cumpliendo con su papel de asegurar el disfrute del derecho a la salud para toda la población. Huelga decir que la llegada de la pandemia no hace sino agravar toda esta situación.

Actualmente, en algunas Comunidades Autónomas, como puede ser la de Madrid, los Centros de Atención Primaria (AP) están viviendo una situación de colapso. Según datos del Ministerio de Sanidad, es la región de España que menos porcentaje de su PIB dedica a este servicio. Del total de su gasto en sanidad, solamente un 11,48% está destinado a la AP (Rodríguez, 2019, p. 14). El déficit de profesionales, el cierre de los Servicios de Urgencia de AP, la dificultad o, en algunos casos, imposibilidad, de comunicarse telefónicamente con los centros, los retrasos en la obtención de citas, o el hecho de que la atención siga siendo mayoritariamente telefónica, son las principales manifestaciones de este colapso que supone el

debilitamiento de un elemento clave para el disfrute del derecho a la salud, ya que es la puerta de entrada al sistema.

Desde un Enfoque de DH, esta puerta de entrada al sistema es la que debe adaptarse a la situación y necesidades de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, para asegurar que puedan ejercer plenamente su derecho a la salud, y esta sería una de sus funciones principales. Sin embargo, es evidente que una AP debilitada y saturada no puede cumplir con este papel. Muy al contrario, toda esta situación puede tener un efecto disuasorio para personas que ya de por sí tienen muchas reticencias a acercarse por sí mismas al sistema de salud, como puede ser el caso de las mujeres que ejercen prostitución.

En el caso del derecho a la vivienda, las especiales circunstancias en las que se realiza la prostitución tienen un efecto importante, puesto que muchas mujeres viven en el mismo lugar que ejercen (por ejemplo, en clubs o pisos), pagando precios abusivos por el uso de las habitaciones. Hemos conocido casos de mujeres que alquilaban una habitación sin ventana, en un local a pie de calle, reconvertido en piso para el ejercicio de la prostitución, por 250 euros a la semana. También hemos visto edificios enteros dedicados a la prostitución, en un estado de abandono muy grande, en los que tanto las viviendas como los espacios comunes (portal y escaleras) estaban realmente deteriorados. O en el caso de los clubs, se les cobra lo que se conoce como 'la diaria', que es una cuota que deben pagar cada día por el uso de las habitaciones y cuyo precio puede suponer un altísimo porcentaje de sus ingresos.

En estos casos, su privacidad puede verse seriamente afectada, ya que los 'clientes' entran en su espacio personal. También la policía realiza inspecciones en estos lugares de manera habitual. Todo esto puede llegar a resultar muy invasivo y estresante para las mujeres, y les genera mucho miedo, ya que su seguridad puede verse comprometida, aunque de esto hablaremos con mayor profundidad un poco más adelante.

Por otro lado, estas mujeres tienen serias dificultades para poderse empadronar en esos lugares. En el caso de los clubs, se trata de locales públicos donde no es posible el empadronamiento, y en el caso de los pisos, no suelen contar con un contrato de alquiler ni otros documentos acreditativos de la titularidad de la vivienda. En otras ocasiones, quien ostenta la titularidad de la vivienda es quien no les permite empadronarse en ella. La falta de empadronamiento constituye una barrera para disfrutar plenamente de otros muchos derechos.

Asimismo, al tratarse de una actividad de la economía sumergida, muchas veces realizada por personas en situación administrativa irregular, estas mujeres no cuentan con nóminas ni otros justificantes de ingresos que les faciliten el acceso a un alquiler normalizado. Además, también pueden sufrir discriminación por el hecho de ser racializadas o pueden tener conflictos con el vecindario por dedicarse al ejercicio de la prostitución.

Todas estas situaciones se producen en el marco de unas políticas de gestión de la vivienda que, como hemos comentado en el apartado anterior, no están pensadas desde un enfoque de DH, sino desde un planteamiento de mercado. En este sentido, las mujeres que ejercen prostitución sufren una forma particular de exclusión residencial que no ha sido tenida en cuenta de ninguna manera por las políticas de vivienda, ni a nivel estatal, ni tampoco a nivel autonómico y local. Solamente se plantea para ellas la posibilidad de entrar en recursos sociales de alojamiento enfocados a mujeres que quieren abandonar el ejercicio de la prostitución o para mujeres que han sido víctimas de la trata con fines de explotación sexual. Estos recursos, aunque son muy necesarios, no son suficientes para paliar el amplio espectro de situaciones de vulneración del derecho a la vivienda que hemos estado describiendo.

La exclusión residencial se suele analizar a través de la clasificación ETHOS, que establece 4 tipologías de situaciones en las que se entiende que una persona o familia tiene un problema con respecto a la vivienda: sin techo, sin vivienda, vivienda insegura y vivienda inadecuada (Comité Técnico de la Fundación Foessa, 2019, p. 3). En el caso de las mujeres que ejercen prostitución, la mayoría de las que hemos conocido durante el desarrollo de procesos de intervención social se enmarcarían en las dos últimas situaciones, aunque también podría considerarse que las mujeres que residen en clubs están en situación de sin vivienda, ya que viven en alojamientos temporales (hoteles).

En relación a las mujeres que están en situación de vivienda insegura, serían aquellas que alquilan habitaciones, pero no tienen ningún documento al respecto o aquellas que conviven con explotadores o tratantes y que corren algún tipo de riesgo en materia de seguridad personal. Con respecto a las situaciones de vivienda inadecuada, serían aquellas cuyas habitaciones o casas no tienen buenas condiciones de habitabilidad (falta de ventilación, falta de limpieza y mantenimiento, etcétera).

Para terminar con el derecho a la vivienda, nos gustaría hacer una reflexión sobre los cambios que va a introducir en el Código Penal la futura Ley de Garantía Integral de la Libertad Sexual, que actualmente se encuentra en fase de tramitación parlamentaria, ya que una de sus propuestas está directamente relacionada con el tema. Se trata de la propuesta de penalización de la llamada 'tercería locativa', una figura que se refiere a aquellas personas u organizaciones que se lucran proporcionando espacios para la explotación sexual de las mujeres.

Algunas voces han planteado que la introducción de este nuevo delito en el código penal puede suponer una mayor dificultad para el acceso a la vivienda de las mujeres que ejercen prostitución, y ponen como ejemplo, el caso de una mujer que logre alquilar un piso por su cuenta en el que, además de residir, se dedique de manera autónoma al ejercicio de la prostitución. Según estas voces, el arrendador de esa vivienda podría ser procesado en base al delito de tercería locativa, lo cual haría que los caseros tuvieran aún más resistencias de las ya existentes a alquilar viviendas a estas mujeres, o incluso que las echaran de sus casas si se enteraran de que allí se está ejerciendo prostitución.

Estas dudas son legítimas, sin embargo, lo que se intenta conseguir es más bien que la legislación tenga las herramientas adecuadas para poder perseguir a aquellas personas que, por ejemplo, alquilan habitaciones sin las mínimas condiciones de habitabilidad y a precios totalmente abusivos a las mujeres que ejercen prostitución. Se trata también de poner límites a los abusos que se cometen en los clubs de alterne, en los que, bajo la apariencia de bares de copas u hoteles, se encuentran verdaderas situaciones de explotación sexual. Y la clave para ello es que la tercería locativa, tal y como está planteada en el proyecto de la Ley de Libertad Sexual, no se refiere a cualquier lugar donde se ejerza prostitución, sino a lugares donde se produzcan situaciones de explotación y abuso.

En el caso del derecho a la seguridad personal, las mujeres que ejercen prostitución se mueven en contextos peligrosos, en los que muchas veces se cometen delitos, de los que ellas mismas pueden ser víctimas. Muchas de ellas cuentan que han sufrido diversas formas de violencia que iremos comentando a continuación. La violencia por parte de los clientes es, tal vez, la que mayor sensación de miedo e inseguridad genera en las mujeres, aunque algunas veces la tienen tan normalizada que les resulta difícil identificarla. Las mujeres cuentan experiencias de violencia física (golpes, empujones, bofetadas), a veces como forma de presión para ejercer otras formas de violencia (por ejemplo, para mantener relaciones sexuales fuera de lo acordado). También relatan episodios de violencia psicológica (amenazas o la obligación de realizar prácticas sexuales que ellas consideran denigrantes) y violencia económica (intentos de no pagar, pagar menos o utilizar más tiempo del acordado).

Igualmente, también existen mujeres que han vivido situaciones de violencia sexual durante el ejercicio de la prostitución. Esta forma de violencia es la más común y, como hemos visto, se entrecruza con las anteriores. Por último, y en los casos más extremos, también se dan casos de feminicidio, es decir, asesinatos de mujeres por machismo o misoginia. Según la página web [femicidio.net](http://femicidio.net), entre 2010 y 2019, se produjeron en España 38 asesinatos de mujeres que ejercían prostitución. Estos feminicidios están totalmente invisibilizados, son tratados de forma estigmatizante por los medios de comunicación y muchas veces quedan sin investigar (Médicos del Mundo, 2020, p. 49).

A nuestro juicio, no solo los feminicidios, sino en general todas las agresiones sufridas por las mujeres en contextos de prostitución no son manejadas por las autoridades con la diligencia debida, es decir que no suelen ser investigadas ni perseguidas de manera adecuada, negando a las mujeres su derecho a la verdad, la justicia y la reparación. Esto es debido al peso del estigma que recae sobre las mujeres que ejercen prostitución, una marca social que actúa como mecanismo de discriminación y que, en la actualidad, se construye no solo con respecto a la diferenciación entre las 'malas' y las 'buenas mujeres', sino también con respecto a otros elementos, como el género, la clase, el color de la piel o la situación administrativa, como ejes de opresión que comparten muchas de estas mujeres.

Por otra parte, es importante tener en cuenta no solo las agresiones, sino otro tipo de delitos cuya incidencia en los contextos de prostitución es muy importante, como la trata con fines de explotación sexual. En este sentido, según las últimas cifras aportadas por el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), entre 2016 y 2020, las FCS identificaron un total de 885 víctimas de trata para la explotación sexual (CITCO, 2020, p. 6). Esta cifra se refiere únicamente a aquellas víctimas que fueron reconocidas oficialmente como tales por parte de las autoridades españolas, pero hay otras muchas que no lo son y que, por tanto, no pueden acceder a los derechos y a la protección que les correspondería.

Esto es debido a que la legislación española en materia de trata tiene un enfoque centrado mucho más en la persecución del delito y el control migratorio que en la protección de las víctimas y la garantía de sus derechos. Prueba de ello es que las principales disposiciones en materia de lucha contra la trata y protección de las víctimas están, por un lado, en el Código Penal (artículo 177bis) y, por otro, en la Ley de Extranjería (artículo 59bis). Además, el Protocolo Marco de Protección de Víctimas de Trata (derivado del Reglamento de la Ley de Extranjería), otorga a las FCS la competencia única a la hora de llevar a cabo la identificación formal de las víctimas, lo cual está generando importantes distorsiones, ya que son también las FCS las encargadas de controlar la inmigración irregular y de investigar los delitos de trata (Red Española Contra la Trata de Personas, 2015, p. 5).

En relación con el derecho a la seguridad, también es importante hablar de la prostitución que se ejerce en la calle. En este tipo de prostitución entra en juego, además de todas las cuestiones anteriores, el uso que se hace del espacio público y cómo afecta la prostitución a cuestiones como el tráfico, el comercio o la limpieza de las calles. Esto ha devenido en cada vez mayores limitaciones a la libre circulación de las mujeres, sobre todo a través de ciertas normativas que penalizan el ejercicio de la prostitución en la calle.

En el caso de la ciudad de Madrid, esto se ha manifestado, por ejemplo, con el cierre al tráfico de zonas tradicionales de ejercicio de prostitución, como la Casa de Campo. Además, actualmente, la persecución policial a las mujeres que ejercen prostitución en las calles de Madrid se está realizando fundamentalmente a través de la aplicación de la Ley de Seguridad Ciudadana.

A raíz de ello, muchas mujeres denuncian situaciones de acoso policial y expresan sentir mucha desconfianza hacia las FCS. Esto es especialmente grave, pues ante situaciones de agresiones o, incluso, explotación sexual, no se sienten seguras de acudir a la policía. Otra consecuencia de la presión policial sobre la prostitución callejera es que muchas mujeres han pasado a ejercer en pisos. Se trata de lugares que no es fácil localizar ya que el contacto es a través de un número de teléfono o de internet. Además, cambian permanentemente su ubicación, cierran unos y abren otros, y es muy complicado tener un censo completo y actualizado de los pisos de prostitución existentes. Por último, no podemos olvidar que los pisos son, al fin y al cabo, domicilios privados en los cuales ni las FCS ni las organizaciones sociales pueden entrar sin autorización. Todo esto configura un panorama complicado para la seguridad de las mujeres que ejercen en pisos, ya que están muy aisladas y expuestas a abusos, agresiones y situaciones de explotación.

## 5. Conclusiones

Después de analizar las políticas públicas en materia de salud, vivienda y seguridad llama poderosamente la atención como ninguna de estas políticas aprueba un examen sobre el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por España en materia de DH. Las tres políticas tienen graves carencias, fundamentalmente en cuanto al respeto y realización de los derechos, pero también existen lagunas para asegurar la protección de los mismos. Estas carencias son generalizadas, es decir que no afectan de manera exclusiva a un colectivo en particular. Pero lo que parece claro es que afectan de manera más contundente a la población más vulnerable, pues es quien tiene mayor necesidad de un marco de políticas públicas amplio y protector para poder disfrutar de manera efectiva de sus derechos.

En este contexto, el impacto de la falta de enfoque de derechos en el diseño y desarrollo de estas políticas en las vidas de las mujeres que ejercen prostitución es muy claro y en este trabajo se han puesto ejemplos bastante contundentes al respecto. Es una suerte de círculo vicioso: la falta del disfrute de algunos derechos fundamentales aboca a algunas mujeres a situaciones de exclusión, que a su vez dificultan sus posibilidades de acceder a un empleo 'normalizado'. Esto acaba produciendo que muchas de ellas se vean en la tesitura de decidir dedicarse al ejercicio de la prostitución, lo cual, en nuestra sociedad, supone una nueva fuente de exclusión y marginalidad. Así, estas mujeres se ven cada vez más alejadas de la posibilidad de disfrutar plenamente de sus derechos.

Por esta razón, consideramos que cualquier política que intente abordar de manera integral la prostitución, cualquier política que quiera realmente erradicarla, debe comenzar por incorporar de manera clara un Enfoque de DH. No es posible abolir la prostitución sino se actúa de manera contundente contra sus causas estructurales, que, actualmente, estarían relacionadas con el machismo, la pobreza, o el racismo y la xenofobia, y para ello, el Enfoque de los DH puede ser tremendamente útil.

La apuesta decidida por un marco de DH, con todo lo que ello implica (los derechos son intrínsecos, universales, indivisibles, inalienables e interdependientes) supondría un cambio de paradigma y abriría la puerta a algunos cambios fundamentales con un impacto tremendamente positivo en las personas más vulnerabilizadas. Por ejemplo, nuestras políticas de gestión de las migraciones deberían ser modificadas, ya que, en la práctica, son una fuente de discriminación y ausencia de derechos para muchas personas. Obviamente, además de lo anterior, este cambio de paradigma conllevaría también mejoras en las tres políticas analizadas en este trabajo, además de permitirnos poner sobre la mesa algunas propuestas innovadoras, como la renta básica universal, que pueden tener un impacto muy positivo en la lucha contra la pobreza y la exclusión social. Por último, un marco de DH es el mejor punto de partida para continuar profundizando en políticas encaminadas a combatir las diferentes formas de violencia que sufren las mujeres.

En definitiva, un marco de políticas públicas realmente basadas en los DH tendría un impacto global en toda la sociedad que mejoraría también las vidas de las mujeres que ejercen prostitución, pero, además, estas políticas serían también fundamentales como parte de una estrategia más amplia encaminada a la abolición de la prostitución, puesto que ayudarían a combatir las causas estructurales que llevan a tantas mujeres a optar por esta actividad como medio de subsistencia.

## Referencias bibliográficas

- ACNUDH. (2015, 23 de febrero). *Dos proyectos de reforma legal socavan los derechos de manifestación y expresión en España*. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3wDexlO>
- ACNUDH-OMS. (2008). *El derecho a la salud*, Folleto Informativo N.º 31, recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://www.refworld.org/es/docid/5289d2de4.html>
- ACNUDH-ONU Hábitat. (2009). *El derecho a una vivienda adecuada*. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://www.refworld.org/es/docid/50f539072.html>
- Amnistía Internacional (2021). *Amnistía Internacional lamenta que la propuesta de reforma de la Ley de Seguridad Ciudadana siga suponiendo una "mordaza frente a la protesta pacífica"*. Recuperado el 27 de febrero de 2022, de: <https://bit.ly/3uvmRYz>
- (2018). *La receta equivocada. El impacto de las medidas de austeridad en el derecho a la salud en España*. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3iJVB2R>
- (2017). *La crisis de la vivienda no ha terminado. El derecho a la vivienda y el impacto de los desahucios de viviendas de alquiler sobre las mujeres en España*. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: [https://www.es.amnesty.org/fileadmin/user\\_upload/Inf.Vivienda\\_FIN2.pdf](https://www.es.amnesty.org/fileadmin/user_upload/Inf.Vivienda_FIN2.pdf)
- (2016). *El asilo en España: Un sistema de acogida poco acogedor*. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: [https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/search?fq=mssearch\\_fld13&fv=EUR4120016](https://doc.es.amnesty.org/ms-opac/search?fq=mssearch_fld13&fv=EUR4120016)
- Alonso, C., Pedrejón, B. e Iglesias, J.M., (2021a). *Código de la Vivienda del Estado*, Boletín Oficial del Estado.
- (2021b). *Código de la Vivienda de la Comunidad de Madrid*, Boletín Oficial del Estado.
- Andrés, M. T., Gutiérrez, E., Jarabo, A. y Olea, S. (2020). *El derecho a una vivienda adecuada y digna. Informe de posición sobre vivienda 2020*. EAPN España. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: [https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1588750014\\_informe-vivienda.pdf](https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1588750014_informe-vivienda.pdf)
- Castellanos, E. y Ranea, B. (2013). *Investigación sobre prostitución y trata de mujeres*. Aprosers.
- CIDH. (2009). *Informe sobre seguridad ciudadana y derechos humanos*, Doc. 57. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3iFJC6K>
- CITCO. (2020). *Trata y explotación de seres humanos en España. Balance estadístico 2016-2020*, Ministerio del Interior. Recuperado el 27 de febrero de 2022, de: <https://bit.ly/3No9TEr>
- Comité Técnico de la Fundación Foessa. (2019). *Focus 2019, Vulneración de derechos: Vivienda*. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3iAZHun>
- Consejo de Europa (1950, 4 de noviembre). Convenio Europeo de Derechos Humanos. Boletín Oficial del Estado n.º. 243, de 10 de octubre de 1979.
- (1996, 3 de mayo). Carta Social Europea. Boletín Oficial del Estado n.º 139, de 11 de junio de 2021.
- Cortes Generales (1978, 29 de diciembre). Constitución Española. Boletín Oficial del Estado n.º. 311, de 29 de diciembre de 1978.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. 1948.

- Espinoza, M. (2019, 12 de febrero). *Sobre el problema de la vivienda y mucho más (¡Ay Madrid!)*, El Salto. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3DdnYjr>
- European Commission for Democracy Through Law. (2021). *Spain. Opinion on the Citizen's Security Law*. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3wzuyzE>
- Jefatura del Estado (1986, 25 de abril). Ley 14/1986, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado n.º. 102, de 29 de abril de 1986.
- (2015, 30 de marzo). Ley Orgánica 4/2015, de Protección de la Seguridad Ciudadana. Boletín Oficial del Estado n.º. 77, de 31 de marzo de 2015.
- Masferrer, M., Orenge, J., y Palacios A. (2018). *La aplicación del Enfoque de Género y Basado en los Derechos Humanos en la cooperación para el desarrollo, Guía práctica*. Institut de Drets Humans de Catalunya.
- Médicos del Mundo. (2020). *La prostitución como forma de violencia de género. La percepción de las mujeres en situación de prostitución*. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3IGxdtQ>
- (2015). *Derribando el muro de la exclusión sanitaria. Dos años de la puesta en marcha del Real Decreto 16/2012 en la Comunidad de Madrid*. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3IDF0Zb>
- Nieto, L. C. (2009). Derechos humanos e inmigración. Europa y la directiva de retorno, *Papeles N.º 104*, Recuperado el 30 de enero de 2022, de: [https://www.fuhem.es/papeles\\_articulo/derechos-humanos-e-inmigracion-europa-y-la-directiva-de-retorno/](https://www.fuhem.es/papeles_articulo/derechos-humanos-e-inmigracion-europa-y-la-directiva-de-retorno/)
- Olea, S., Fernández, G., Kasla, K. y Aldanas, M. J. (2019). *El sistema público de vivienda en el Estado español. Sin estrategia ni fundamentación en los Derechos humanos, VIII Informe - Documento 4.13*, Fundación Foessa. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3IHSyTt>
- Organización de las Naciones Unidas (1966, 19 de diciembre). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Boletín Oficial del Estado n.º. 103, de 30 de abril de 1977.
- (1979, 18 de diciembre). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación sobre la mujer. Boletín Oficial del Estado n.º 69, de 21 de marzo de 1984.
- Plaza, S. y Albarrán, S. (2021, 16 de diciembre). *La Comunidad de Madrid expulsa a 27.000 personas del sistema sanitario*, El Salto. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3NrDrkD>
- REDER. (2018). *No dejar a nadie atrás. Es urgente garantizar la sanidad universal*. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://reder162012.org/images/InformeOct2018/REDER-oct18-ESP.pdf>
- Red Española Contra la Trata de Personas. (2015). *Informe de la Red Española Contra la Trata de Personas para la Coordinadora Europea de Lucha contra la Trata*. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3iB7mZw>
- Rodríguez, M. C. (2019). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2019*, Ministerio de Sanidad. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3uy9vuH>
- Yo Sí Sanidad Universal. (2019). *Informe sobre la exclusión sanitaria*. Recuperado el 30 de enero de 2022, de: <https://bit.ly/3iCclnh>

### Breve CV de la autora

Martina Kaplún Asensio es experta en Intervención ante la Violencia contra las Mujeres (Universidad Complutense de Madrid), habiendo realizado el Curso de Investigación e Incidencia Política con Enfoque de Derechos Humanos, Género e Interseccionalidad (Universidad Autónoma de Madrid). Desde 2010 ha trabajado en diversas organizaciones especializadas en la atención a mujeres que ejercen prostitución y/o son víctimas de trata.

# Género y salud mental materna en pandemia: cuando la violencia es del sistema

## *Gender and maternal mental health in a pandemic: when violence belongs to the system*

Thais Brandão

 <https://orcid.org/0000-0003-4331-650X>  
Universidad Santiago de Compostela, España  
thaisuni@gmail.com

Recibido: 22-01-2022  
Aceptado: 17-03-2021



### Resumen

Ciertos hechos históricos niegan derechos adquiridos o intensifican las desigualdades ya denunciadas por grupos subalternos. En tiempos de crisis, un problema de salud puede revelar determinantes sostenidos por los sistemas económicos y culturales vigentes, que inciden en la distribución de beneficios, en el acceso a la salud y en la garantía de los cuidados esenciales. Este trabajo tiene como objetivo discutir y analizar la salud mental materna a través de los procesos que caracterizan el continuo salud-enfermedad-atención a la luz de los referentes teórico-metodológicos de las ciencias sociales, especialmente desde la epistemología feminista. Con un acercamiento etnográfico y método de investigación-acción, analizaremos una encuesta mixta presentada a un grupo de mujeres madres. El instrumento fue aplicado de forma virtual, tras un año de pandemia en Ecuador, tratando de visibilizar la salud mental materna a través de los lentes de las desigualdades de género. Al problematizar la construcción occidental de lo materno, evidenciamos que el género es la principal determinante de la salud mental materna y denunciamos las violencias cotidianas varias que recaen sobre su experiencia de mujeres/madres.

**Palabras clave:** cuidados, género, maternidades feministas, salud mental, violencia sistémica.

### Abstract

Certain historical facts deny acquired rights or intensify the inequalities already denounced by subalternized groups. In times of crisis, a health problem can reveal certain determinants that affect the distribution of benefits, access to health and the guarantee of essential care that are supported especially by the current economic and cultural systems. This work aims to discuss and analyze maternal mental health through the processes that characterize the health-disease-care continuum in light of the theoretical-methodological references of the social sciences, especially from feminist epistemology. With an ethnographic approach and action research method, we will analyze a mixed questionnaire presented to a group of women mothers. The instrument was applied virtually, after a year of pandemic in Ecuador, trying to make visible and denounce maternal mental health through the lens of gender inequalities. By questioning the Western construction of motherhood we make it clear that gender is the main determinant in mother's mental health and we denounce the different kinds of everyday violence that fall on their experience as a woman/mother.

**Keywords:** care, gender, feminists maternities, mental health, systemic violence.

### Sumario

1. Introducción | 2. Metodología | 3. Resultados | 4. Discusión y reaproximación teórica | 4.1. ¿Por qué la salud mental está siendo finalmente visibilizada? | 4.2. La pandemia agudizó la vulnerabilidad de las mujeres/madres | 4.3. ¿Quién cuida a la madre? Una mirada al sistema capitalista | 4.4. ¿Qué vino a traer de novedoso la pandemia? | 4.5. ¿Son nuevas las cuestiones de género? Una mirada al sistema patriarcal | 4.6. Salud-enfermedad-cuidados – Estrategias de interdependencia | 5. Conclusiones | Referencias bibliográficas

### Cómo citar este artículo

Brandão, T. (2022): "Género y salud mental materna en pandemia: cuando la violencia es del sistema", *methaodos. revista de ciencias sociales*, 10 (1): 42-57. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.521>

## 1. Introducción

“Los trastornos mentales son creaciones culturales,  
con terapéuticas también culturales”  
(Zanello, 2018, p. 29)

Al terminar este segundo año de pandemia, el impacto sobre la salud mental de la población ha derivado en una de las principales preocupaciones internacionales. Desde el inicio, sin embargo, organismos internacionales señalaban el problema del incremento de los trastornos de salud mental que llegarían con este evento. La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020) alertó, además, de la falta de financiación adecuada y las carencias de preparación para este tipo de servicios ofrecidos desde la salud pública, especialmente en los países con menos recursos.

Al empezar esta crisis global, algunos grupos fueron reconocidos como los más vulnerables o de riesgo para los impactos en la salud mental, entre ellos el personal de atención sanitaria que estaba al frente del combate al virus. Sin embargo, según un informe reciente de la Comisión Económica para América Latina y Caribe (CEPAL, 2021), las mujeres de la región fueron parte crucial de la primera línea de respuesta a la pandemia. Un 73,2% de las personas empleadas en el sector de la salud son mujeres que han tenido que enfrentar una serie de condiciones de trabajo extremas, dentro de un contexto donde ganan menos que sus homólogos hombres (fuera de casa) y trabajan más horas (dentro de casa). Según el mismo informe, la crisis sanitaria provocada por la COVID-19 generó un retroceso de más de una década en avances en la participación femenina en el mercado de trabajo en Latinoamérica y Caribe (ibídem). Se registró una contundente salida de mujeres de la fuerza laboral, quienes, por tener que atender las demandas de cuidados en sus hogares, no retomaron la búsqueda de empleo, ya que ocupaban mayoritariamente sectores del mercado laboral que fueron especialmente afectados en términos de empleo e ingresos.

Así, un problema de salud muestra su relación con la esfera social y sus repercusiones en las diferentes formas de garantizar los cuidados esenciales. Es igualmente conocido que las políticas económicas y sociales de sistemas neoliberales como en el que vivimos, cuando se ven afectadas por cambios repentinos o disruptivos como una emergencia sanitaria, aumentan significativamente la desigualdad de género, especialmente entre grupos subalternos, y por ende aumenta la tasa de trastornos mentales comunes (depresión, ansiedad y quejas somáticas). Según la Organización Panamericana de Salud (Tausch *et al.*, 2021) las tasas de ansiedad, depresión y estrés postraumático se han disparado en todo el continente, a la vez que los índices de violencia de la región se han triplicado. Según estos informes, las mujeres latinoamericanas vivieron un retroceso histórico en términos financieros, de presencia en el mercado formal y de violencia sistémica, especialmente en 2020.

Antes de la pandemia una de cada tres mujeres sufría violencia física o sexual, en su mayoría, por parte de su pareja. Desde que se decretó la pandemia, los nuevos datos indican que en muchos países estos números se han incrementado (Unwomen, 2021). Para las mujeres, esta nueva epidemia de salud mental tiene relación estrecha con el actual incremento de violencias, ya que el género es un determinante crítico de la salud mental. El impacto es real, cuando sobrevivimos terminamos muchas veces enfermando.

Sabemos, además, que los factores de riesgo específicos de género para los trastornos mentales comunes que afectan de manera desproporcionada a las mujeres incluyen la violencia de género, las desventajas socioeconómicas, los bajos o desiguales ingresos y la responsabilidad incesante por el cuidado de los demás. Para este último factor, la maternidad pudiera parecer un tema agotado, manteniéndose fuera del listado de los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, el trabajo reproductivo (de manutención y cuidado) que ha sido fundamental en este momento de crisis, se consolida como prioritario para el sostenimiento de la vida, pero, a pesar de ello, se mantiene invisibilizado y precarizado. Sirva como ejemplo de la invisibilización de este problema, la escasa evidencia científica que encontramos sobre la situación de salud mental de las madres (Serafim *et al.*, 2021). Cabe esperar que, conforme las restricciones sanitarias se vean reducidas, aumente la evidencia de una realidad que permanece oculta.

La fina línea que ubica la maternidad entre la biología y la cultura necesita ser problematizada. Comprendemos, en la dirección de Adrienne Rich (2019), que lo biológico y lo reproductivo en nuestros cuerpos, convierte la maternidad en una institución social con una función específica.

Como veremos a continuación, nuestra apuesta es la de politizar la maternidad (O'Reilly, 2021) retirando su significado esencialista, natural o ideológico, para reflexionar sobre la actual experiencia materna y el efecto que tiene sobre nuestra salud mental. Este análisis lo haremos especialmente fundamentadas en la epistemología feminista que se refiere al conjunto de teorías y prácticas que basan la producción del conocimiento a partir de la perspectiva del género. Al criticar los binarismos y el esencialismo biológico, sitúa el sujeto del conocimiento dentro de una perspectiva parcial, concreta y relacional (Harding, 1996).

Junto con el sistema de género, trataremos de problematizar la maternidad como una experiencia que nos atraviesa como mujeres y personas, enunciándola como un verbo – maternaje/*maternar*<sup>1</sup> (Ruddick 1989) que se refiere también a agencia, performance y estrategia de interdependencia. Con ello, podemos denunciar su actual vulnerabilidad, la normatividad y los discursos dominantes de poder que la rigen. Nos centraremos así en la violencia de los sistemas patriarcal y capitalista sobre el conjunto 'mujer/madre' en estos tiempos de crisis estructural en que vivimos en Occidente y su influencia en la salud mental de las mismas.

Planteamos de este modo la experiencia materna a partir de la experiencia de ser mujer, ya que el determinante de género nos guiará en todo el texto para reflexionar su influencia en el derecho a la salud integral (salud física, mental y social). Así, en el texto tratamos de referirnos al concepto mujer/madre alineados con Moschkovich (2019) cuando refuerza el peso simbólico del lenguaje especialmente sobre una categoría tan naturalizada como es el concepto de madre. Coincidimos además con diversas autoras feministas que reflexionan sobre la maternidad, a la hora de comprender que, no es tanto la función materna la que nos oprime porque intrínsecamente traiga sufrimiento o dolor, sino porque las condiciones que se ofrecen para el ejercicio vital y trascendente de la maternidad resultan acuciantes y por momentos violentas.

Mientras no pongamos la maternidad en las discusiones políticas, como sugiere O'Reilly (2021), la mantendremos atada por lo menos a tres supuestos, uno es el de privatización, cuando se ubica el trabajo materno exclusivamente en las esferas domésticas y reproductivas. Otro es el de individualización, que transforma el *maternar* y los cuidados en un trabajo de responsabilidad individual y exclusivo de una mujer que de forma inherente es también madre. Finalmente, el supuesto de la biologización, que enfatiza los lazos sanguíneos, considerando a la madre biológica como la única madre posible.

En esta línea, presentaremos un acercamiento de forma virtual a un grupo de mujeres/madres, tras un año de pandemia en el periodo 2020-2021 en Ecuador, tratando de visibilizar y denunciar los problemas de salud mental materna desde las desigualdades de género. El concepto de salud mental materna que presentaremos a continuación está directamente relacionado con las definiciones de una 'vida buena' en el sentido de bienestar, de 'buen cuidado' (a partir de la *Teoría de los cuidados*), así como lo que significa tener una 'salud integral' (a partir del proceso salud-enfermedad-atención) y en especial lo que implica llegar a ser una 'buena madre' (a partir de las maternidades feministas). Estas definiciones se relacionan simultáneamente con los sistemas capitalista y patriarcal y, derivado de ello, con el sistema (bio-)médico. En este sentido, la pandemia no trajo ninguna novedad extraordinaria, el sistema vigente ya era violento con las mujeres/madres y la salud integral falla cuando el sistema es violento.

Tal y como ha indicado Martínez-Pérez (2020), la violencia sistémica se define como cualquier procedimiento institucional/cultural que produce un efecto adverso y que no puede ser atribuido a ninguna persona sino a toda una cultura o sociedad. A partir de esa premisa nos cuestionamos: ¿Qué pasa cuando el sistema que forja, sostiene y reproduce la experiencia materna occidental es violento? ¿Qué impactos genera en la salud mental de estas mujeres? Y por último ¿quiénes más pueden responsabilizarse de ello, a parte de las mismas mujeres?

Este trabajo por lo tanto tiene el objetivo de discutir y analizar la salud mental materna a través de los procesos que caracterizan el continuo salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2003), inspirado en las teorías y prácticas de las maternidades feministas. Problematizaremos las actuales crisis de cuidados (Vega, Martínez-Buján y Paredes, 2018) y sus violentas manifestaciones especialmente hacia las mujeres/madres latinoamericanas durante la pandemia.

---

<sup>1</sup> *Maternar* es un neologismo bastante utilizado dentro de las teorías feministas sobre la maternidad, haciendo un paralelo con la expresión *mothering/to mother* en inglés. No está reconocido por la RAE todavía.

## 2. Metodología

"La trampa maternal está en el sistema y no en los cuerpos" (Busquets, 2020, p. 176)

Durante el inicio de la crisis sanitaria, específicamente como profesionales de la salud mental nos fue posible acceder a diversas formaciones específicas sobre diferentes estrategias de asistencia a crisis, primeros auxilios psicológicos y seguimiento de la atención a la salud sexual, reproductiva y mental de las mujeres. Durante este periodo, también mantuvimos la clínica psicológica de manera remota, atendiendo casi que exclusivamente mujeres y madres.

En el primer año de pandemia, las diferentes herramientas de comunicación virtual (única posible en ese momento) permitieron el acercamiento, la información y el amparo a diversos grupos aislados y dependientes. En ese momento tuvimos la oportunidad de involucrarnos en dos proyectos de acompañamiento de madres ecuatorianas. Los grupos a los que nos vinculamos entonces tenían diferente composición y objetivos: uno era un chat exclusivo de apoyo al postparto, en términos de salud mental, y el otro era un grupo de lectura sobre la maternidad, a partir de una mirada feminista. Se trataban de comunidades o espacios virtuales que mantienen una cierta homogeneidad discursiva, con temas específicos de maternidad, salud mental y género entre mujeres que lograron encontrar en lo virtual un espacio de conocimiento e intercambio de estrategias. En estos espacios pudimos conocer historias, acompañar, apoyar y formar red con muchas mujeres/madres. Además, en términos etnográficos, en nuestro caso, ser la entrevistadora-madre-trabajadora-aislada nos permitía un espacio privilegiado de proximidad y reflexividad, ya que vivíamos en el mismo contexto de sobrecarga, duda y dolor a pesar de la distancia física que nos separaba.

De eso se trata el proceso etnográfico con sus matices de reflexividad, una conciencia de la investigadora de un enfoque analítico en su relación misma con el campo de estudio (Guber, 2011). Esa circunstancia marca y problematiza también la neutralidad científica aún hipervalorada dentro de los espacios de producción de conocimiento, en este caso con respecto a lo académico y la ciencia psicológica. La paradoja que se experimentaba al ser parte del personal de atención contando con el mismo factor de riesgo de las circunstancias que la pandemia interponía, permitía el intercambio concreto de herramientas y estrategias para sobrellevar aquel momento, donde no había una sola persona detentora del conocimiento o sujeta de la razón, éramos todas agentes de nuestra propia salud-enfermedad-atención individual y colectiva.

Dicho esto, nuestra elección metodológica de investigación-acción empieza por el análisis de una encuesta mixta aplicada a estas mujeres, pero no se agota ahí. Nuestra apuesta analítica incluye también nuestra experiencia clínica y especialmente el año completo con grupos de lectura acerca de las maternidades feministas. Se trata sobre todo de producir conocimiento entre madres a partir de procesos reflexivos sobre las maternidades feministas desde la experiencia propia. A pesar de ser un grupo privilegiado en los cruces de clase o etnia, estas mujeres/madres eran fundamentalmente grupos aislados y dependientes viviendo una experiencia específica de *maternar* en pandemia.

Fue dentro de estos grupos virtuales de mujeres/madres que lanzamos una encuesta remota sobre las condiciones de su salud mental en pandemia, justo cuando se cumplía un año de la incidencia del coronavirus en Ecuador, en febrero de 2021. Se diseñó una guía de preguntas detonantes sobre la experiencia de *maternar* durante la pandemia, especialmente con el objetivo de relacionar esa experiencia a los determinantes de género y explorar sus consecuencias en la salud mental. Todas las respuestas de la encuesta fueron recibidas de manera virtual durante el mes de febrero, junto con el consentimiento informado y permiso de uso adecuado de los datos firmados.

Un total de 45 madres respondieron a la encuesta compuesta por 10 preguntas, abiertas y cerradas. Para las respuestas cuantitativas se aplicó un análisis dentro de los modelos descriptivos, mientras que para las respuestas cualitativas se aplicó un modelo de categorización basado en el análisis de contenido (Bauer y Gaskell, 2002).

### 3. Resultados

“¿Qué derecho tiene una madre ordinaria, con dos hijos saludables, de hablar sobre lo que pesa la maternidad?”  
(Simon, 2018, p. 169)

Las entrevistadas tenían entre 18 y 45 años con hijos/as entre 0 y 9 años, eran todas de clase media, heterosexuales y se consideraban mestizas o blancas; con 3 madres sin pareja. En la Tabla 1 se presentan las seis principales preguntas que se refieren a la salud mental materna en el tiempo de pandemia y su relación con las desigualdades de género de las que discutiremos con profundidad en el siguiente apartado.

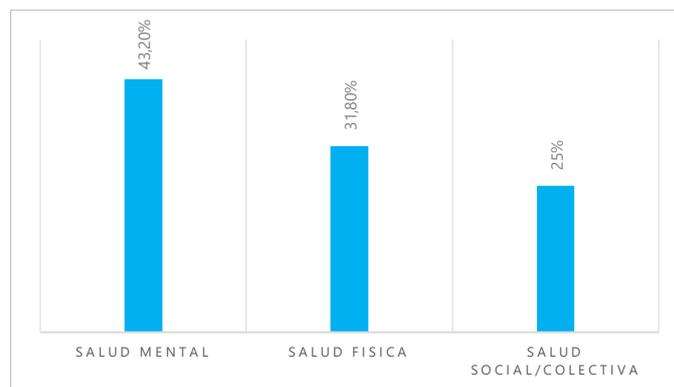
Tabla 1. Preguntas de la encuesta

Enunciado	Tipo de respuesta
1. ¿Cuáles fueron/son los aspectos de la salud más valorados por tí/tu familia en este tiempo de pandemia?	Cerrada
2. ¿Durante este tiempo, presentaste algún síntoma de desequilibrio en tu salud mental?	Cerrada
3. ¿Cuál es la mayor dificultad como madre que enfrentas en este tiempo de pandemia?	Abierta
4. ¿Esta dificultad señalada ya estaba presente antes de la pandemia?	Cerrada
5. ¿Crees que hay cuestiones de género que aparecen o se amplifican en este tiempo?	Cerrada
6. ¿Qué estrategias has tenido para sobrellevar / transitar las necesidades que, como madre, vives en este tiempo de pandemia?	Abierta
7. ¿Algo más que quisieras añadir?	Abierta

Fuente: Elaboración propia.

La primera pregunta revela que la salud mental fue el aspecto más valorado por las entrevistadas, alcanzando casi la mitad de las respuestas, según el Gráfico 1:

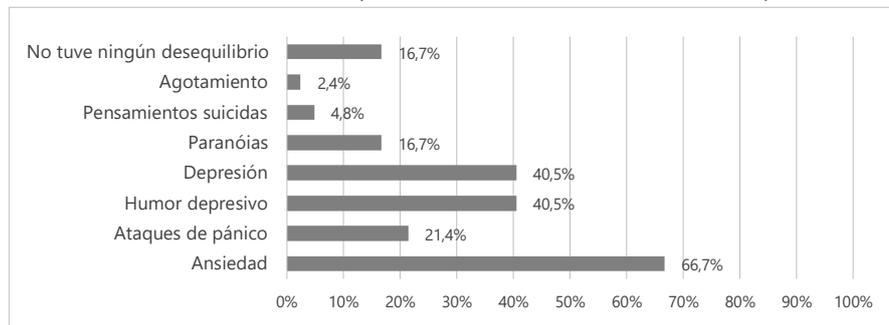
Gráfico 1. Aspectos de la salud más valorados



Fuente: Elaboración propia.

Según explicaba una de ellas mismas explicaba: “Las necesidades no se adivinan para una (madre), hay que decir claramente para encontrar formas de solución. La carga mental es cierta” (Madre 4). La segunda pregunta se refería a los episodios o síntomas de desequilibrios en la salud mental durante la pandemia. El 93% (n=43) de las mujeres/madres respondieron que presentaron algún síntoma relacionado con los trastornos comunes como ansiedad, depresión y somatizaciones, según el Gráfico 2.

Gráfico 2. Síntoma de desequilibrio en tu salud mental durante la pandemia



Fuente: Elaboración propia.

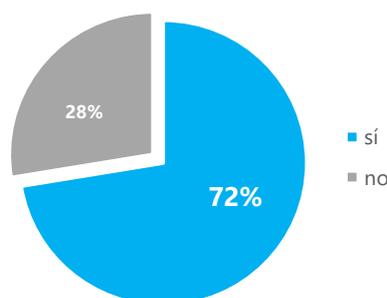
Otra informante expresaba: "*Deberían ser más aceptadas en la sociedad las historias de maternidad que no son tan cuento de hadas. Nos sentimos juzgadas cuando la maternidad no se siente maravillosa y puede llegar a tener unos lados oscuros*" (Madre 10). Y otra entrevistada añadía: "*Al cuidar a una niña en confinamiento por una emergencia sanitaria, la sensibilidad de entender lo que es una niña en reclusión, esa responsabilidad emocional se presume que solo tiene la madre*" (Madre 13).

La siguiente pregunta abordaba las dificultades enfrentadas como madres en este primer año de pandemia. Se obtuvieron respuestas que fueron categorizadas en dos temas principales: la falta de tiempo para una misma y dificultades en la conciliación profesional, con 66% (n=30) de las respuestas. Y el 34% (n=15) de las respuestas restantes guardaba relación con los temas siguientes: poca red de apoyo, soledad, poco apoyo del compañero, aislamiento social y miedo al contagio.

En voz de otra entrevistada: "*La madre debe criar, trabajar y cuidar de todo en la casa. Las expectativas son muy altas y hay poco apoyo para la madre*" (Madre 13). Y otra madre entrevistada nos da una pista para el análisis: "*En esta época de pandemia, las tareas de cuidado, que recaen principalmente sobre las mujeres, pasaron a tener más valor. Las mujeres son: médicas, enfermeras, nanas, empleadas domésticas, etcétera, que están cuidando globalmente de la vida. Esa tarea de cuidar, en algunos casos hace con que no haya posibilidad de cuidar de sí y también en muchos casos, se realiza de forma gratuita*" (Madre 23).

Cuando las mujeres entrevistadas fueron cuestionadas sobre si estas dificultades ya estaban presentes antes de la pandemia, respondieron que sí en más de la mitad de los casos, un 52% (n=23). Lo confirman: "*La pandemia sólo ha evidenciado los retos que vivimos las madres y las brechas de género que ya eran marcadas antes y que ahora son insostenibles*" (Madre 32). Y completa otra madre entrevistada: "*El rol de la crianza es solo de mujeres, la mujer no puede quejarse si es mamá. La 'súper mamá' que hace todo*" (Madre 30). Más tarde, cuando fueron consultadas sobre las cuestiones de género, si aparecieron o se amplificaron en este tiempo, otra vez la mayoría confirmó que sí, que ya existían cuestiones de género antes de la pandemia en sus dificultades como mujeres/madres (72%, n=33), tal y como revela la quinta pregunta en el siguiente gráfico.

Gráfico 3. Creencias sobre si las cuestiones de género han aparecido o se han amplificado durante la pandemia



Fuente: Elaboración propia.

Confirma una nueva informante: "La mamá es la que se queda en casa sin trabajar, sin recibir sueldo o la que trabaja a costa de todo listo, cocinado, limpio, ordenado, pidiendo el favor de que cuiden a sus hijos/as. Eso es lo normal" [sic] (Madre 26). O como resalta otra entrevistada: "A los jefes parece molestar o incomodar que una tenga que maternar a la vez que trabajar, rindiendo igual que siempre y sin justificaciones" (Madre 19).

En la sexta pregunta, las mujeres presentaron las estrategias usadas por ellas mismas para enfrentar estas dificultades en este tiempo de pandemia, estrategias que fueron categorizadas y distribuidas en cuatro categorías: pedir apoyo; incrementar tiempo de autocuidado; disminuir la rigidez (autoimpuesta) sobre su maternidad y reducir la sensación de soledad. Tal como nos alerta este último testimonio: "Es importante cultivar su habitación propia, aunque este espacio íntimo sea mental, emocional. Un local/horario tranquilo y creativo en el que se pueda entrar cuando sea necesario. La maternidad y la vida doméstica pueden ser muy absorbentes y drenar nuestra esencia. Deberíamos cuidar de ese espacio con amor y paciencia, mejor si esto puede ser realizado colectivamente" (Madre 23).

#### 4. Discusión y reaproximación teórica

"En el patriarcado, todo el mundo está huérfano de madre" (Sau, 2013)

##### 4.1. ¿Por qué la salud mental está siendo finalmente visibilizada?

Las respuestas a la primera pregunta aclaran esta cuestión. Los efectos de la situación de emergencia sanitaria que la pandemia global de COVID-19 trajo sobre la salud mental son reconocidos mundialmente, con un mayor impacto en el continente americano según especialistas de la región (Tausch *et al.*, 2021). Según estos autores, la falta de recursos financieros y humanos o la disminución de inversiones en los servicios de salud mental, además de las pocas políticas para abordar la brecha de salud mental antes de la pandemia, han contribuido a la crisis actual.

La pandemia trajo numerosos efectos sobre la salud mental visibles en individuos, grupos y comunidades de distintas edades, género y condiciones. Parece ser que la salud mental, la cara menos visible de esta enfermedad, finalmente apareció entre las prioridades de atención y entre las consecuencias económicas, políticas y sociales de este periodo. Durante este tiempo extendido de pandemia percibimos en nuestro entorno cómo la salud mental se ha vuelto un tema de conversación común en la calle, entre familiares, con comentarios frecuentes sobre el aumento de demanda en la consulta clínica de colegas psicólogos/as y psiquiatras.

Con ello es posible ver el ciclo de interdependencia: determinantes sociales que influyen en la salud mental, que a su vez generan consecuencias concretas en la salud social, como morbilidades e incapacidades que, otra vez, repercuten en la salud mental. Dicho de otra manera, sin salud mental la sociedad no se recupera, ya que la salud es integral, no hay salud sin salud mental.

Desde la medicina social de Latinoamérica (Menéndez, 2018) elegimos la herramienta analítica del proceso salud-enfermedad-atención para guiar nuestras reflexiones, pues sitúa lo social e histórico inmediatamente antes y de forma prioritaria frente a lo biológico o fisiopatológico. Las prácticas sociales y simbólicas entonces toman especial atención al relacionarse con la salud-enfermedad y el género, la clase, la etnia, como algunas de las condiciones que influyen directamente en su manifestación. En este trabajo nos enfocamos en el género y sus desigualdades ya que esta categoría ofrece una mirada ampliada sobre las relaciones de poder que revelan los eventos de salud y:

"permite comprender y cuestionar imaginarios y prácticas que se construyen en el entramado de relaciones de poder y de resistencia, pero también que subyacen a los respectivos lugares/posiciones designados socialmente a los varones y a las mujeres, y que se materializan de forma inequívoca en el campo de la salud" (Pagnamento *et al.*, 2018, p. 18).

Siguiendo esa pista, nuestra investigación se centra en un grupo específico de mujeres sostenedoras de la vida, otro tipo de “personal de atención”: las mujeres/madres. son mujeres que representan un grupo étnico y de clase privilegiada, que viven una experiencia de aislamiento consecuencia de una crisis sanitaria global. Partiendo de este lugar, vemos cómo su salud mental fue afectada por condiciones especialmente violentas para las mujeres, expresadas a partir de las respuestas recibidas: qué las hace enfermar, cuáles son los síntomas mentales y sociales que aparecen o se amplifican en este tiempo, y cuáles son las lecciones que pueden aprender de todo ello.

#### 4.2. La pandemia agudizó la vulnerabilidad de las mujeres/madres

En todo el mundo, hasta una de cada cinco mujeres experimentan algún tipo trastorno del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal que son principalmente: depresión posparto, ansiedad posparto, trastorno obsesivo compulsivo posparto, trastorno bipolar posparto y psicosis posparto, aumentando esa prevalencia en países con menos recursos y niveles mayores de violencia (Fisher *et al.*, 2012).

Se estima, además, que siete de cada diez mujeres ocultan o minimizan sus síntomas. Sin comprensión, apoyo y tratamiento, estos problemas de salud mental tienen un impacto devastador en las mujeres afectadas, en sus parejas y familias, pudiendo enfermarse el bebé o el/la compañero/a tras el diagnóstico de la madre (Davalos, Yadon y Tregellas, 2012). A partir de estas evidencias, sabemos también que la salud mental perinatal tiene una dimensión multicausal, con todo, el énfasis que pretendemos sostener en este artículo se orienta a los determinantes sociales de estos cuadros clínicos, especialmente el de género que produce significativas consecuencias en el bienestar integral.

De tal modo que estos síntomas, disturbios o cuadros clínicos reflejados en las respuestas de las encuestadas pueden ser leídos también a partir de una lente socio-cultural determinada, especialmente entre mujeres. Cuando despolitizamos las dimensiones sociales de la enfermedad y de la salud ampliamos la distancia entre las cuestiones relativas a las desigualdades sociales, las relaciones de poder, género y violencias varias con impacto directo en la salud-enfermedad.

Un estudio de gran impacto en Brasil que aborda las quejas sobre atención, y ampliación de cuidados a personas con discapacidad mental o cognitiva en mayores y niñas, revela que casi el 84% de las madres se han sentido sobrecargadas al cuidar de sus hijos/as durante la pandemia (Serafim *et al.*, 2021). Sus autoras sugieren que esta carga puesta sobre las mujeres/madres todavía va a tardar mucho en disminuir, teniendo visibles impactos sobre su salud mental.

Como ya anunciaba Mabel Burin, la maternidad es el ‘otro trabajo invisible’, que trae síntomas de ‘malestar emocional’ incomprendidos por la sociedad, un desborde emocional percibido por sí mismas y por la sociedad como un problema, como una falta de su personalidad que debemos remediar. La psicoanalista señala: “Los síntomas de ansiedad, tristeza, enojo, tensión que expresan las mujeres hacia sus condiciones de vida, se han vuelto cada vez más medicalizados en nuestra cultura y han obtenido el status de enfermedad” (Burin, 2004, p. 2). Aún más, como sugiere esta autora, muchos de los trastornos de salud mental femeninos podrían ser comprendidos a partir de la resistencia con la que las propias mujeres enfrentan la situación, como denuncia a través del concepto de ‘tranquilidad recetada’, entendida como sobremedicalización.

Varias escritoras renombradas (Wolf, Plath) también plantearon la falta de sentido de la vida, del trabajo, o de una esperanza que llevaba las mujeres a la depresión. La imposibilidad de tomar decisiones sobre su propio cuerpo (la negación al derecho al aborto o al acceso a tecnologías de reproducción), sobre su salud (las dificultades de acceso a sistemas de salud humanizados o respetuosos) o sobre la misma experiencia de maternidad, impacta sobre su salud integral de forma violenta.

Percibimos igualmente la eficacia de la mencionada estrategia sobre la subjetividad femenina cuando hasta nosotras mismas internalizamos el estigma de nuestra fragilidad, e inadecuación y patologizamos nuestros procesos fisiológicos y vitales, como la menstruación, el parto o la menopausia, y respondemos con ira o frustración a esa misma patologización. Por consiguiente, nos convencemos fácilmente de que algo está mal y que debemos acudir al médico en busca de ayuda. Sin embargo, los sistemas de salud de las sociedades contemporáneas, en un contexto capitalista y patriarcal, no siempre garantizan la ayuda que buscamos.

Como ejemplo de ello, en el contexto de miedo e incertidumbre del inicio de la pandemia, se produjo un incremento de la violencia obstétrica alrededor del mundo. Se trata de la violencia de género más invisible perpetrada por el sistema biomédico (Observatorio de Violencia Obstétrica [OVO], 2016) con discursos y prácticas reconocidas de patologización y sobre medicalización. A través de informes internacionales de denuncias de intervenciones para provocar y acelerar muchos partos se evidencia el aumento considerable de las rutinas lesivas e irrespetuosas con los derechos humanos tanto de madres como de recién nacidos (Sadler, Olza y Leiva, 2020). Este hecho incrementó el miedo, la incertidumbre y la ansiedad que, amplificados, se convierten en riesgos reales para la salud de mujeres embarazadas y sus bebés. En el mismo informe citado se presentan las quejas y reclamaciones en los sistemas de salud que tras estas intervenciones violentas se manifiestan como un indicador del aumento de estrés postraumático en la etapa final del embarazo, parto y puerperio durante la pandemia por COVID-19.

El camino más común y el más usado históricamente es el de la exclusión, medicalización y patologización de grupos subalternos, como las mujeres, campeonas mundiales en disturbios de depresión y ansiedad, especialmente entre las más pobres y racializadas (Campos, Ramallo y Zanello, 2017). Por lo tanto, al tratar este fenómeno como una enfermedad individual, biológica o hasta femenina, paramos de escuchar el malestar de la maternidad como un problema social que, en parte, deviene de la naturalización de una experiencia, de la esencialización de la identidad femenina para su ejercicio y de la normalización de un modelo específico de familia nuclear y heterosexual (O'Reilly, 2021). Tanto es así que, como podemos comprobar en la práctica clínica pero también de forma cotidiana, al visitar a una madre reciente por primera vez es muy común escuchar preguntas como: '¿Qué le pasa a esa madre?', cuando lo que podríamos preguntar podría ser: '¿Qué necesita esta madre?', '¿Hasta qué punto está fallando el apoyo a esta mujer?'. Como hace patente esta investigación, socialmente, las madres siempre fallan, aunque podríamos pensar que es la sociedad la que las abandona y no recompensa su esfuerzo. Es primordial prestar atención al hecho de que entre la psiquiatrización y la invisibilidad queda mucho todavía por problematizar.

#### **4.3. ¿Quién cuida a la madre? Una mirada al sistema capitalista**

Entre las reacciones de las madres a la indagación sobre sus mayores dificultades enfrentadas en la pandemia, ellas contestan desde un lugar común de las maternidades occidentales contemporáneas: soledad, sobrecarga, invisibilidad, aislamiento, dificultades de conciliar vida profesional y privada y falta de apoyo de parte de la pareja. Lo trágico es que las respuestas que encontramos son exageradamente comunes y fueron ya mencionadas repetidas veces dentro de los estudios de las maternidades feministas (Busquets, 2020; Vivas, 2019).

El dispositivo materno es un concepto sugerido por la estudiosa brasileña de salud mental y género Valeska Zanello (2018) y se refiere a la idealización de la maternidad a través de la naturalización de la capacidad de las mujeres de cuidar (en general). Esto ocurre cuando se conecta la capacidad biológica de procrear con las actividades de la crianza, el cuidado doméstico y el cuidado de la familia.

Esta aproximación de los conceptos de procrear y criar es intencional e ideológica y se refiere al ámbito maternal y el doméstico. Genera así, auto exigencia interna y afectiva del propio dispositivo materno, reforzando una expectativa social sobre la madre y de ella sobre sí misma que se traduce muchas veces en culpa. Con la pandemia, los trabajos de cuidado se duplicaron y la sobrecarga física y mental de las mujeres/madres exacerbó la culpabilización. La culpa materna es una de las consecuencias concretas de la presión materna y factor de alto riesgo para los desequilibrios en la salud mental, generado especialmente por la romantización e idealización de la maternidad, que abordaremos más adelante.

Nuestra sociedad asigna la responsabilidad del cuidado a las mujeres, al ámbito privado, principalmente en el interior de los hogares. Al vincularlo con afecto y disimularlo como naturaleza e instinto, el sistema económico capitalista vigente mantiene ganancias, ya que la fuerza del trabajo es la categoría más importante del capital. Las madres gestamos, parimos, nutrimos, criamos y producimos su mano de obra sin dudar. Asimismo, en este tiempo de emergencia larga, otra vez se ignora la cuestión de la economía de los cuidados, denunciada desde hace tiempo por las feministas marxistas (Federici, 2018) como crisis del cuidado, resultado del funcionamiento del capitalismo financiero contemporáneo y de sus contradicciones sociales y reproductivas.

Este concepto de crisis del cuidado ha ido cambiando de nombre a trabajo doméstico, trabajo de cuidados, trabajo reproductivo, o atención a la dependencia. Debido a los aportes de los feminismos se pudo denunciar que el coste de la reproducción es alto y está mal repartido, y revelar que el trabajo de los cuidados no es una cuestión de mujeres sino de toda la sociedad. Como nos hace mención la propuesta de cuidados comunitarios y comunes de Vega, Martínez-Buján y Paredes (2018), el sostenimiento y mantenimiento de la vida sólo es posible de forma colectiva. De hecho, el trabajo o tarea de cuidados es un concepto que parece que se ha naturalizado y relacionado con lo femenino. Sin embargo, es algo muy concreto, no solo se refiere a las tareas referidas a la atención física y emocional de las personas, sino que necesita ser problematizado como las condiciones materiales y concretas que nuestra sociedad produce y sostiene. Cuidar es fuerza, cuerpo, mente, espalda, carga, reproducción de la vida. Así que estamos muy de acuerdo que ya es hora de diferenciar las acciones de cuidar, amar y procrear, como señala Federici (2018): Eso que llaman amor es trabajo no remunerado.

Dentro de la experiencia occidental aprendida de *maternar* actual que ahondaremos enseguida, a las mujeres/madres les es negado continuamente el derecho a dudar, a elegir, a equivocarse, a arrepentirse<sup>2</sup>, y por otro lado también se niega el derecho a disfrutar, a gozar, o a crear otra maternidad posible para de este modo, asegurar la manutención de privilegios estructurales del capital y del patriarcado. El patriarcado reduce a la mujer a condición de madre (no a cualquiera, sino una específica) y el capitalismo reduce a la maternidad a la tarea de cuidados reproductivos. Como sugiere Busquets (2020, p. 184): "Se habla de liberar a las mujeres, pero esta libertad jamás pasa por la posibilidad de elegir los cuidados".

La pregunta sobre quién cuida a la madre o a las cuidadoras en general es urgente. Tal y como se nos presenta la maternidad aprendida en Occidente, como un modelo de intensificación y especialización que insiste en que la crianza debe ser guiada por especialistas, solo aumenta la carga de demanda de dinero, tiempo, formación y esfuerzo personal sobre las mujeres/madres. Lo violento no recae solamente en el único o último modelo de crianza a seguir, sino que a las cuidadoras nadie les cuida.

#### 4.4. ¿Qué vino a traer de novedoso la pandemia?

Nada. Las evidencias para denunciar el primer año del confinamiento solo fueron amplificadas en la voz de mujeres desbordadas, con riesgo de no retomar un trabajo asalariado por tener que ocuparse de tareas domésticas y de cuidado que son del colectivo (con poca o nula colaboración masculina), puestas a educar sin las herramientas necesarias y a reproducir de manera forzada un modelo de madre y ama de casa sin pausa.

En Brasil, el octavo país más desigual del mundo, los impactos de la ya citada salida masiva del trabajo formal de mujeres fueron muy profundos: casi ocho millones y medio de mujeres salieron del mercado laboral en el tercer trimestre de 2020 y su participación cayó a 45%, el nivel más bajo en tres décadas (Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística [IBGE], 2020). Según informes de organizaciones feministas, 50% de las brasileñas pasaron a cuidar de otra persona durante la pandemia. Casi 40% de las entrevistadas en esa pesquisa afirmaron que el aislamiento social puso en riesgo el sostenimiento de su hogar, de esas mujeres 55% eran negras, generalmente las más afectadas.

Esta salida masiva de las mujeres del mercado formal se lo compara a cuando en Estados Unidos los varones volvieron de la segunda guerra mundial y la figura de la ama de casa —blanca de clase media— fue exaltada para que las mujeres que habían salido a trabajar volvieran a los trabajos domésticos de buena gana, estimuladas por la promoción de nuevos electrodomésticos al hogar. Las mujeres entonces se enfermaron emocionalmente, un malestar sin nombre, que fue conocido como 'la mística de la feminidad', una denuncia de la idealización y la normalización que se hace del rol de la mujer en términos de autorrealización, retratada en el célebre libro de Betty Friedan (2016).

En este primer año de aislamiento (que aún no termina del todo), sin otro mundo que el familiar y el virtual, sin posibilidad de ver a sus pares, las mujeres/madres pudimos ver ampliadas en el escaparate las cuestiones de género que las maternidades feministas denuncian desde bastante tiempo: la imposibilidad de conciliación laboral, la injusta y colonial división sexual del trabajo, la invención del instinto maternal, la

---

<sup>2</sup> Orna Donath (2016) tiene un riguroso e iluminador ensayo examinando esa dimensión tabú del arrepentimiento a través de la voz de madres israelíes que abiertamente asumen que fue un error convertirse en madres.

mal repartida tarea de los cuidados, el descuido general hacia nuestra salud. En definitiva, la construcción social de esta maternidad que reproducimos desde hace siglos.

#### 4.5. ¿Son nuevas las cuestiones de género? Una mirada al sistema patriarcal

Las cuestiones de género también ya estaban presentes en las dificultades nombradas por las encuestadas. Cuando nos referimos a las cuestiones de género en la encuesta, lo hacemos porque el concepto de madre es atravesado por la categoría de mujer y en ese caso evidenciado cuando estudiamos la breve historia de la maternidad occidental. Esta historia está atravesada por el género, un género que es enmarcado por la cultura y es interseccional, y que además nos permite ver que la violencia o la opresión recae siempre sobre la mujer primero que sobre la madre, o a causa de. Dicho de otro modo, nosotras heredamos una forma de *maternar* muy exclusiva de una clase social, de una concepción de género, un contexto histórico y una raza específica. Sin embargo, las tentativas feministas de deconstruir los mitos alrededor de la maternidad disponibles en la perspectiva histórica (Badinter, 1992), en la perspectiva psicoanalítica (Sau, 2013), en la perspectiva académica (O'Reilly, 2021) y periodística (Vivas, 2019; Forna, 1999) se concentran exclusivamente en las mujeres occidentales y en el concepto occidental y blanco de la maternidad<sup>3</sup>. Nuestra muestra interseccional (mujeres latinas de clase media y blancas) sigue esa herencia histórica y por ello importa cuestionar su experiencia de aislamiento y dependencia al hablar de salud-enfermedad a partir de ahí.

Dicho eso, la estudiosa Badinter (1992) es la primera que cuestiona abiertamente cuándo aprendimos esa forma específica de *maternar*. Con un registro histórico europeo, plantea que el ideal de maternidad es una experiencia construida socialmente y que pasa por grandes transformaciones en la historia. En Occidente el concepto de maternidad tan natural e intocado que heredamos se forjó solo a partir del siglo XVIII con el registro de la disminución histórica de las amas de leche<sup>4</sup>, mientras se naturalizaba el sentimiento maternal asociado a las mujeres.

Continuando el análisis histórico, añade Vivas (2019) que en esta época la maternidad adquirió una nueva dimensión más allá de su función reproductora, era parte de la identidad de la mujer, una identidad que incluye y que excluye a la vez: "Se exaltó y glorificó la condición materna, considerando que eran las madres las que tenían que hacerse cargo de las criaturas" (p. 85). Otra analista (Forna, 1999) nos aclara todavía aún indicando que, en los inicios de los años 80 la mujer occidental burguesa, blanca especialmente, asumió rápidamente sin casi ninguna otra opción esa identidad de esposa y madre abnegada, y se incorporó al mercado de trabajo y a la vida pública. Es ahí cuando se multiplicaban los manuales de enseñanza de lo que significa ser una buena madre, escritos por expertos de distintas áreas del conocimiento, todos abogando por el rol idealizado de la madre y de la familia. Añade Forna:

Y eso es lo que la maternidad es hoy – uno de los estados más naturales, y uno de los más policiados, una responsabilidad única de la mujer, no apenas un deber, pero una vocación altamente idealizada, cercada de emoción por todos lados. La ciencia, la psicología, la política y el género llevaron el mito de la maternidad para más allá de los límites (Forna, 1999, p. 85).

Ese ideal materno que adoptamos y que se vino perfeccionando con el tiempo con las habilidades de los sistemas (capitalista y patriarcal), reproducido y ampliado por la literatura, medios de comunicación, educación y psicología y sistema médico, nos tiene rehenes de un patrón identitario con estándares muy altos, transformando la responsabilidad materna en culpa al moralizar nuestras propias experiencias.

Como ejemplo de este modelo de maternidad que desempeñamos actualmente, una madre debe poseer las siguientes características, pública e indubitablemente: la disponibilidad al otro (sin tiempo para sí misma), la infalibilidad (no es posible fallar), el desinterés (cuanto más alejada de una recompensa, más buena madre es), la abnegación, la entrega, la fuerza, la renuncia, la paciencia (eso remite a silenciosa, obediente y educada, tal y como se construye la identidad femenina), la cuidadosa, la guerrera (que gana

<sup>3</sup> Una excelente mirada de acercamiento a otras formas de entender la categoría de género y por ende el *maternar* viene del texto desconcertante de la nigeriana Oyèwùmí, Oyèrónkẹ́' (2017).

<sup>4</sup> Amas de leche o nodrizas son mujeres que ofrecían los servicios de amamantar y criar por algunos años a los hijos/as de otras mujeres (especialmente de clase más alta de que la suya).

logros sociales por su agotamiento), la amorosa (y le es negado expresar cualquier desamor) y para rematar: la dura, inmortal (la que no se enferma nunca).

Esa madre, esa mujer, ese ser humano, no existe. No es posible mantener esas características en una relación real. No es posible mantener ese patrón, esa idea rígida y romantizada de amar y cuidar. Eso también es violento, es una presión continua que se amplía en condiciones extremas de aislamiento y miedo como la que vivimos actualmente. Y además se agrava cuando muchas mujeres extienden esa manera de vincularse con alguien como características necesarias para el éxito del amor romántico. No es el objetivo de este texto profundizar en esa cuestión, pero no podemos dejar de evidenciar esta trampa, pues la manera de amar también es aprendida<sup>5</sup>.

En Ecuador, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2019) antes de la pandemia el 20% del Producto Interno Bruto (PIB) se refería al trabajo no remunerado. Y el 80% de este trabajo es realizado por mujeres, que dedican treinta horas semanales al trabajo doméstico y de cuidados, mientras los hombres solamente once horas. Esto quiere decir que las mujeres aportan con la economía del hogar y del país sin reconocimiento.

La maternidad vista a través de los lentes del género nos abre caminos reflexivos muy potentes, por ejemplo, al reivindicar que la tarea reproductiva y todo lo que está alrededor se trata de una responsabilidad colectiva. Hasta los feminismos necesitan una revisión de postura, como nos alerta O'Reilly (2021, p. 206-7): "Reconocer lo materno es recordar que los seres humanos no son autosuficientes, ni libres, ni sujetos sin raíces, tal como la especie victoriosa del neoliberalismo celebra a través del feminismo contemporáneo".

#### 4.6. Salud-enfermedad-cuidados – Estrategias de interdependencia

Desde las propuestas de la antropología médica (Menéndez, 2018) el concepto de autoatención es bastante útil para revisar las estrategias adoptadas por las entrevistadas. Según este autor la autoatención es casi siempre la primera actividad y la más común adoptada por el sujeto para lidiar con los padecimientos a lo largo de su vida. Se la define como: "los saberes, es decir, representaciones y prácticas sociales que los sujetos y micro grupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solacionar o prevenir procesos que afectan su salud" (Menéndez, 2018, p. 106).

En la última pregunta, las encuestadas ofrecen sus modos de sobrellevar el dolor, el aislamiento y la soledad, reunidas en cuatro categorías de estrategias o aprendizajes para este tiempo: 1. Pedir apoyo o ayuda, fuese de familiares o no; 2. Incrementar el tiempo de autocuidado, con actividades de ocio, formativas o en la naturaleza; 3. Disminuir la rigidez, tratando de ser más flexibles dentro de su experiencia materna y 4. Solicitar compañía disminuyendo su soledad.

Todas las encuestadas encontraron estrategias propias, fuesen a través de la negociación, de la coordinación o acuerdos, hasta encontrar espacio para sus necesidades. Consideramos que el autocuidado o la autoatención significan no solo involucrarnos a nosotras mismas dentro de un cuidado responsable, sino también a las redes familiares, vecinales y sociales, hasta acciones políticas de base como las de promoción de la salud comunitaria.

No obstante, nos cuestionamos si estas estrategias no son contradictorias en la forma en cómo nos subjetivamos como mujeres y madres. En un anterior trabajo etnográfico con madres (Brandão, 2014), entrevistamos familias monomarentales que continuamente cuestionaban: ¿Cómo auto-cuidar si el imperativo es cuidar al otro? ¿Cómo pedir apoyo si el mandato es el sacrificio por el otro? Estas estrategias manifiestan un cambio de paradigma importante, que se refuerza en el tiempo en el que estamos viviendo de resistencia, de re(existencia).

Para encontrar estas estrategias, practicarlas y compartirlas como forma de aprendizajes a otras madres, las entrevistadas tienen que, concretamente, desafiar algunos mandatos que socialmente pesan sobre la experiencia del *maternar*: Mandatos simbólicos, que funcionan como leyes de la maternidad y se transforman en dichos populares culturalmente difundidos. Para cada estrategia o aprendizaje existe el esfuerzo de atravesar o romper un mandato cultural equivalente, como se expone en la Tabla 2.

---

<sup>5</sup> Para profundizar más sobre el mito del amor romántico que las mujeres y las madres repiten, recomendamos a Zanella (2018) y Gimeno (2017).

Tabla 2. Estrategias y mandatos culturales

Estrategias y aprendizajes	Mandatos culturales
Pedir apoyo/ayuda	"Una madre hace todo por sus hijos/as"
Tiempo de autocuidado	"Una madre siempre estará ahí para sus hijos/as"
Disminuir la rigidez	"Las madres aguantan todo"
Pedir compañía/disminuir la soledad	"Madre solo hay una"

Fuente: Elaboración propia.

Shabot y Konen (2018) han contribuido sustancialmente al análisis desde la fenomenología sobre la violencia contra la mujer (especialmente la violencia obstétrica), investigando cómo ésta actúa sobre el cuerpo y la subjetividad de las mujeres. Desde su estudio sugiere que el mecanismo más importante de la construcción y perpetuación de la violencia es el mandato de la vergüenza, que aprendemos al construirnos como mujeres socialmente. Cuestionan cómo la vergüenza de género paraliza y silencia los cuerpos de las mujeres y esto nos deja vulnerables a diversos tipos de violencia. A través de la construcción subjetiva de ser mujer como objeto, 'un ser-para-otros', las mujeres buscamos un estándar idealizado del femenino, especialmente a través de la belleza, aspirando un ideal que siempre falla, puesto que no existe la mujer perfecta (o la madre perfecta).

En este momento aparece la vergüenza de no encajar, de no parecer la ideal, de fallar, de no lograr, una vergüenza como tal de ser mujer. Este fenómeno en circunstancias alargadas de tiempo e intensidad afecta la salud mental (entre otros aspectos) ya que genera sentimientos como inadecuación, frustración, miedo y estrés. Es una vergüenza que paraliza, abruma, silencia. Y esto es lo que aumenta la vulnerabilidad femenina hacia las enfermedades, la violencia sistémica y hasta la muerte, puesto que no supone ninguna estrategia de autocuidado y autoatención, fundamentales para la vida.

Las estrategias maternas existen/resisten, sin embargo, la maternidad como conocemos, producida dentro de un periodo histórico concreto, necesita su revisión. Esta revisión debe buscar que se reconozca la interdependencia como aspecto básico de salud integral, que la incluya como un eje de interseccionalidad, una forma de estar en el mundo elegida y amparada socialmente. De lo contrario, las mujeres seguirán enfermando sin que su malestar y esa voz-síntoma sean escuchados.

Por ello, reforzamos que la autonomía total es una utopía neocolonial, solo sobrevivimos porque nos sostenemos en las tareas de cuidado de alguien, somos todos dependientes en mayor o menor medida y esa interdependencia involucra mucho más que la madre o la familia:

"Hasta que consigamos entre todos, porque esto no va solo de mujeres – construir un mundo en el que la vulnerabilidad que nos constituye como animales humanos y los cuidados que esta requiere ocupen un lugar central, un mundo en el que podamos superar las constricciones de esa individualidad adulta y supuestamente autónoma que a todos nos pesa y en el que podamos dedicarnos a ensayar formas de interdependencia que no entrañen relaciones de opresión" (Lazarre, 2018, p. 11).

## 5. Conclusiones

"No se trata de renegar del derecho de ser madres, sino de las condiciones en las que lo somos en estos violentos sistemas que la reproducen" (Vivas, 2019, p. 115).

A partir de los fundamentos de la epistemología feminista, citamos los sistemas más determinantes para la vida en todos los tiempos: el capitalista y el patriarcal (y por ende cómo estos influyen en el sistema médico). Pretendimos entonces cuestionar si es posible generar salud integral en una sociedad sin visibilizar la cara social de la salud mental al denunciar que las sostenedoras de la vida y de los cuidados primarios tienen género: las mujeres/madres. También hicimos una breve revisión histórica de las tareas de cuidados que

estamos reprobando en estos tiempos de crisis y el peligro de la despolitización de la maternidad. Y finalmente compartimos las estrategias de las propias encuestadas para hacer frente a los mandatos históricos y sociales de su experiencia. Es importante, sin embargo, percatarnos que estas herramientas son estrategias otra vez diseñadas por los propios grupos oprimidos. Es tiempo de involucrar al colectivo para el cuidado.

Las omisiones de los Estados e instituciones contribuyen en la transformación de la violencia en un problema de salud pública. La salud mental materna importa y el sistema que forja, sostiene y reproduce la experiencia materna es violento. Cuando una mujer/madre se enferma, el problema es social y las estrategias también deberían ser: colectivas, públicas, comunitarias que generen acciones hacia una salud integral involucrando la promoción, prevención, tratamiento y recuperación con un enfoque de género y social.

En el periodo de aislamiento social las desigualdades estructurales de género pesaron fuertemente con consecuencias concretas y todavía poco visibles para las mujeres y madres. Las tareas reproductivas siguen siendo vistas como un espacio natural, esencial y normalizado en nuestra sociedad. Al tratar una desigualdad como enfermedad, dejamos de escuchar el malestar en nuestra sociedad, retirando el poder subversivo de la voz de estas mujeres. Nuestra postura pasa entonces por una doble mirada individual y colectiva: no psiquiatrizar a las madres (cuando lo que está fallando es un contexto favorable para la maternidad) y a la vez no invisibilizar un dolor con síntomas sociales claros.

Nuestra propuesta con estas reflexiones no se limitó a celebrar lo materno, pero sí el cuidado, pues lo realmente esencial e imprescindible para la buena vida son las relaciones sociales, no las buenas madres, como sugieren los mandatos vigentes en el Occidente patriarcal. Nos arriesgamos entonces a apostar por reforzar las relaciones más horizontales de parentesco, disminuyendo el poder de la herencia de sangre o biológica, a ampliar el concepto de parentalidad a las relaciones entre pares, exaltar a las tecnologías sociales de reproducción, desmontando así el peso mitológico y exclusivo que conlleva lo materno.

Este trabajo tiene algunas limitaciones, sin embargo enfatizamos el corto alcance interseccional de nuestra muestra de voces. No hemos incluido voces desde la diferencia, la particularidad, la ambivalencia y las intersecciones de clase, raza/etnia, estatus migratorio, escolaridad entre otros. Comprendemos y asumimos el lugar situado de privilegio social (desde el que nos incluimos), al hablar de salud mental y pandemia y esperamos que en posteriores proyectos podamos rescatar distintas experiencias de *maternar* de las cuales también podamos seguir aprendiendo. Asimismo creemos que este estudio tiene un aporte importante sobre la teoría feminista y la salud mental en específico y puede servir como posibilidad de aplicación a otros contextos o grupos, replicándolo.

La pandemia no ha terminado. Creemos que para generar salud de ahora en adelante es urgente problematizar la maternidad tal como está reproducida actualmente, a través de sistemas violentos y extremadamente desiguales que romantizan, medicalizan y explotan esta experiencia. De lo contrario, seguiremos observando cómo las mujeres/madres se enferman, y muchas veces gravemente, sigue atrapadas con vergüenza en mandatos de estos mismos sistemas que no visibilizan, valoran o colectivizan la tarea reproductiva, el maternaje y todo el trabajo de cuidar de la vida, igualmente si así lo eligen o legalmente son obligadas a ello.

## Referencias bibliográficas

- Badinter E. (1992). *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal*. Barcelona: Paidós.
- Bauer M. W. y Gaskell G. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Vozes.
- Brandão T. (2014). La maternidad como resistencia. El discurso del cuerpo. En A. F. Medina, A. P. Amaral, y M. N. Martínez (Eds.) *Género y Discurso. Fuerzas regulatorias dominantes y márgenes de gestión de las autonomías* (pp. 87-139). Ediciones USB.
- Burin, M. (2004). Ante depresión o stress. La excesiva prescripción de tranquilizantes a mujeres, forma de control social. *En La Jornada*, UNAM, 8 de febrero de 2004. Disponible en: <https://bit.ly/3JWJvQg>
- Busquets, M. (2020). Maternidades feministas. Pensamientos y debates fecundos, *Pikara online, Feminismos. Miradas desde la diversidad* (pp. 169-185). Oberon.
- Campos, I. O., Ramalho, W. M., y Zanello, V. (2017). Saúde mental e gênero: O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(1), 68-77. <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170008>

- Comisión Económica para América Latina y Caribe - CEPAL (1 de febrero de 2021). La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad. Disponible en: <https://bit.ly/3Lp82gZ>
- Davalos, D., Yadon C., A., y Tregellas C. H. (2012). Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: A review. *Archives of Women's Mental Health*, 15(1), 1-14. <https://dx.doi.org/10.1007/s00737-011-0251-1>
- Donath, O. (2016). *Madres arrepentidas. Una mirada radical a la maternidad y sus falacias sociales*. Penguin Random House.
- Federici, S. (2018). *El Patriarcado del Salario. Críticas Feministas al marxismo*. Traficantes de sueños.
- Fisher J. R., Mello. M. C., Patel, V. Rahman A., Tran T. D., Holton S., y Holmes W. R. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organisation*, 90(2), 139-149. <https://dx.doi.org/10.2471/BLT.11.091850>
- Forna, A. (1999). *Mãe de todos os mitos*. Ediouro.
- Friedman B. (2016). *La mística de la feminidad*. Cátedra.
- Gimeno B. (2017). El nuevo amor romántico. En B. Gimeno, M. F. Ampuero, N. M. Segarra *et al.* (H)amor de madre, (pp. 10-30). Continta me tienes.
- Guber, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma.
- Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Ediciones Morata.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE (14 de marzo de 2020) *Mulheres com crianças até três anos de idade em casa têm menor nível de ocupação. Estatística de gênero*. Marzo de 2021. <https://bit.ly/3uzexHb>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo INEC (25 de febrero de 2019). La mujer sostuvo el 75% del Trabajo No Remunerado (TNR) de los hogares en el Ecuador respecto al PIB. <https://bit.ly/3uIWWwO>
- Lazarre, J. (2018). *El nudo materno*. Las afueras.
- Martínez-Pérez A. (2020). *Desvelando el iceberg: relatos de violencia sistémica*. Universidad de las Américas.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, 58, pp. 104-113. Disponible en: <https://bit.ly/3qMud98>
- Moschkovich, M. (2019). Mãe biológica ou mãe genética. *Feminismos e gênero: modos de usar*. Disponible en: <https://medium.com/feminismo-e>
- Observatorio de Violencia Obstétrica OVO (2016). *Declaración de organizaciones contra la violencia obstétrica y por el parto respetado*. Disponible en: <https://bit.ly/3iloA7x>
- O'Reilly, A. (2021). *Matricentric Feminism: Theory, Activism, Practice*. Demeter press.
- Organización Mundial de la Salud OMS (27 de agosto de 2020). Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental. Comunicado de prensa. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Oyèwùmí, O. (2017). *La invención de las mujeres. Una perspectiva africana sobre los discursos occidentales del género*. La Frontera.
- Pagnamento, L., Weingast, D., Caneva, H., Castrillo, B., Hasicic, C., y Specogna, M. (2016). Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género: una posible aproximación conceptual. En *Memoria Académica IX Jornadas de Sociología de la UNLP*. Disponible en: <https://bit.ly/3LxqtAm>
- Rich, A. (2019). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Traficantes de sueños.
- Ruddick, S. (1989). *Maternal thinking: toward a politics of piece*. Balantine Books.
- Sadler M., Leiva G. y, Olza I. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sex Reprod Health Matters*, 28(1): 1785379. <https://dx.doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>
- Sau, V. (2013). *El vacío de la Maternidad*. Madreselva.
- Serafim, A. P., Durães, R. S. S., Rocca, C. A., *et al.* (2021). Exploratory study on the psychological impact of COVID-19 on the general Brazilian population. *PLoS One*, 16(2), e0245868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245868>
- Shabot, S. C., y Korem, K. (2018). Domesticating bodies: The role of shame in obstetric violence. *Hypatia*, 33 (3), 384-401. <https://doi.org/10.1111/hypa.12428>
- Simon, P. (2018). *La madre que puedo ser*. Paidós.
- Tausch, A., Souza, R. O., Viciano, C. M., Cayetano, C., Barbosa, J. y Hennis, A. J. N. (2021). Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: A health policy analysis and recommendations. *The Lancet*

- regional health Americas*, 5(1). <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100118>
- Vega, C., Martínez-Buján R. y Paredes, M. (2018). *Cuidado, comunidad y común. Experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida*. Traficantes de sueños.
- Vivas, E. (2019). *Una mirada feminista a la maternidad*. Capitán Swing.
- Unwomen (2021). *Measuring the shadow pandemic: Violence against women during COVID-19*. Disponible en: <https://data.unwomen.org/publications/vaw-rga>
- Zanello, V. (2018). *Saúde Mental, Gênero e Dispositivos: Cultura e Processos de Subjetivação*. Appris.

### Breve CV de la autora

Thais Brandão es Doctora en Psicología Social (Universidad de Santiago de Compostela, España), Máster en género Identidad y ciudadanía (Universidad de Cádiz, España) y Máster en Psicología Social (Universidade Federal do Ceará, Brasil). Sus principales líneas de investigación son la violencia obstétrica, la salud mental y género, la salud sexual y reproductiva de las mujeres y las maternidades feministas.

## Género y vacunación contra el VPH en Colombia: cuando la política pública hace daño *Gender and HPV vaccination in Colombia: when public policy hurts*

Adolfo Baltar-Moreno

 <https://orcid.org/0000-0002-1084-5045>

Universidad Tecnológica de Bolívar, Colombia  
abaltar@utb.edu.co

Cielo Patricia Puello-Sarabia

 <https://orcid.org/0000-0003-4889-0498>

Universidad Tecnológica de Bolívar, Colombia  
cpuellos@utb.edu.co

Recibido: 13-02-2022  
Aceptado: 17-03-2022



### Resumen

Desde el año 2014, centenares de niñas y mujeres adolescentes de un municipio rural de Colombia desarrollaron una enfermedad de etiología desconocida que atribuyeron a una campaña de vacunación escolar contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). Las autoridades sanitarias, tras descartar una relación de causalidad entre la vacuna y los síntomas, trataron el caso como una sugestión colectiva, pero esta respuesta fue rechazada por las afectadas y sus familiares. El caso saltó a los medios de comunicación, se desencadenó una controversia médica y legal, y la cobertura de vacunación con este fármaco descendió drásticamente en todo el país. Este artículo presenta los resultados parciales de una investigación narrativa producida a partir de una etnografía audiovisual llevada a cabo sobre terreno con la comunidad afectada entre 2015 y 2021. Los datos recogidos han sido objeto de un análisis cualitativo-inductivo basado en el procedimiento de la teoría fundamentada. Se concluye que estamos ante un problema de salud pública singular vinculado a la aplicación de una vacuna que evidencia cómo una intervención de salud pública dirigida a las mujeres se convirtió, paradójicamente, en un ejemplo de violencia institucional y de género.

**Palabras clave:** vacuna contra el VPH, género y salud, comunicación en salud, salud pública, violencia institucional.

### Abstract

Since 2014, hundreds of adolescent girls and young women in a rural municipality in Colombia have developed a disease of unknown etiology that they attribute to a school vaccination campaign against the Human Papilloma Virus (HPV). The health authorities, after ruling out a causal relationship between the vaccine and the symptoms, treated the case as a collective suggestion, but this response was rejected by those affected and their families. The case jumped to the media, triggered a medical and legal controversy, and vaccination coverage with this drug fell drastically throughout the country. This article presents the partial results of a narrative research produced from an audiovisual ethnography carried out on the ground with the affected community between 2015 and 2021. The data collected has been the subject of a qualitative-inductive analysis based on the procedure of the Grounded Theory. It is concluded that we are facing a unique public health problem linked to the application of a vaccine that shows how a public health intervention directed at women became, paradoxically, an example of institutional and gender violence.

**Keywords:** HPV vaccine, gender and health, health communication, public health, institutional violence.

### Sumario

1. Introducción | 1.1. La vacunación contra el VPH en Colombia | 1.2. El Carmen de Bolívar y la respuesta estatal | 1.3. ¿Cómo se ha explicado el problema de salud? | 2. Metodología | 2.1. Criterio de selección de los actores y trabajo de campo | 2.2. Tipo de análisis y categorías de observación | 3. Resultados | 3.1. Asociación vacuna/síntomas | 3.2. Síntomas de las afectadas | 3.3. Obligatoriedad de la vacunación | 3.4. Respuesta de las autoridades | 3.5. Impacto del fenómeno sobre la comunidad | 4. Discusión | 5. Conclusiones | Referencias bibliográficas.

### Cómo citar este artículo

Baltar-Moreno, A. y Puello-Sarabia, C.P. (2022): "Género y vacunación contra el VPH en Colombia: Cuando la política pública hace daño", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 10 (1): 58-73. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.545>

## 1. Introducción

Si bien el Virus del Papiloma Humano puede transmitirse por contacto sexual tanto a hombres como a mujeres, los principales mecanismos para su prevención, diagnóstico y tratamiento —recomendados por organismos multilaterales como la Organización Mundial para la Salud (OMS) y asumidos por distintos estados nacionales— están enfocados en la intervención de los cuerpos femeninos. Son las mujeres quienes se realizan cribados periódicos para detectar el virus, aparecen como población diana (especialmente, en la niñez y la adolescencia) de los programas de inmunización implementados por los gobiernos de algunos países, como es el caso de Colombia, y asumen con más frecuencia los tratamientos clínicos (medicación o cauterizaciones). Entonces, abordar críticamente una reflexión sobre el VPH requiere considerar el debate de género.

En principio, se puede esperar que los procesos de prevención y tratamiento del VPH se asocien fundamentalmente a los cuerpos femeninos, dado que existe una correlación entre la infección por cepas de alto riesgo oncogénico y el desarrollo de cáncer cérvico uterino (CaCu) (Walboomers *et al.*, 1999). Este es, además, el segundo tipo de cáncer más común entre mujeres a nivel mundial y el 87% de las muertes que ocasiona se dan en los llamados países en vías de desarrollo (Fernández, 2017). Ahora bien, una infección persistente por VPH también puede ocasionar cáncer de pene, anal u orofaríngeo en hombres; sin embargo, se pone el lente sobre las mujeres porque se considera a la mucosa del cérvix más susceptible a la infección por el virus.

En un contexto como el colombiano, comprender las causas y consecuencias de esta ‘engenerización’ (Pulgarín-Suárez, 2020) requiere atender a aspectos sociales, económicos y culturales. Entre ellos, la pervivencia de roles de género altamente diferenciados e inequitativos y de imaginarios sociales sexistas sobre la sexualidad; las tensiones centro/periferia, evidenciadas en la desigualdad entre zonas urbanas y rurales; la precarización del sistema de salud e, incluso, la incidencia de organismos multilaterales —como la OMS— en la agenda sanitaria estatal. Esto configura un conjunto de factores socioculturales que influyen tanto en la forma en que la infección por VPH se transmite y propaga (Fernández, 2017), como en las políticas públicas de salud asumidas para controlarla.

Este artículo procura analizar el problema de salud pública desencadenado tras una campaña de vacunación escolar contra el VPH, adelantada entre 2013 y 2014 en el municipio rural El Carmen de Bolívar, en Colombia. El caso ha sido señalado como causante del drástico descenso que ha experimentado la cobertura de esta vacuna en el país (Benavides y Salazar, 2017). A partir de un trabajo de campo realizado entre 2015 y 2021, se aborda este fenómeno desde la mirada de la comunidad afectada, evidenciando cómo está atravesado por variables de género y clase, tanto en la implementación del plan de vacunación como en la respuesta dada por el Estado a los efectos adversos experimentados por centenares de mujeres jóvenes en el municipio.

### 1.1. La vacunación contra el VPH en Colombia

La vacuna contra el VPH fue incluida en el Plan Ampliado de Inmunización (PAI) colombiano por medio de la ley 1626 del 30 de abril de 2013, siendo la primera vez que una vacuna ingresó al PAI respaldado por una ley. Vale señalar que, aunque en el debate de la ley no se hizo una alusión explícita a la OMS, la medida coincidía con las recomendaciones de este organismo sobre la necesidad de incluir obligatoriamente la vacuna en los planes de inmunización de los países en vías de desarrollo (Pulgarín-Suárez, 2020).

Si bien desde 2006 el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) había autorizado la comercialización del fármaco en el país, hasta 2012 el acceso fue posible solamente para quienes podían costearlo. Fue en ese año que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) lanzó la campaña “Que vivan las mujeres, que viva yo”, para promover la vacunación contra el VPH y empezó a inmunizar a niñas y adolescentes entre los 9 y los 17 años (Pulgarín-Suárez, 2020). El Estado colombiano invirtió una suma cercana a los 26 millones de dólares para garantizar esta vacunación.

De acuerdo con Pulgarín-Suárez (2020), aunque la defensa del programa de vacunación se enmarcó en la protección de los derechos de la niñez en general, en la práctica se intervendría de forma exclusiva a niñas y mujeres adolescentes. Además, en los debates sobre la ley se señaló la necesidad de priorizar a las mujeres que habitan las zonas rurales del país, especialmente, las más alejadas de los centros económicos.

Esto porque, de acuerdo con el Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020, estaban en mayor riesgo de morbilidad y mortalidad a causa del CaCu. Así, entender el programa de vacunación contra el VPH en Colombia implica atender a una interseccionalidad entre género y clase. En primer lugar, porque al tratarse de un virus de transmisión sexual, se asume que vacunar a las mujeres permitirá la inmunidad de rebaño, entendiéndolo a los cuerpos femeninos como 'intervenibles' y a los masculinos como beneficiarios de esta intervención (siempre que sean heterosexuales). En segundo lugar, porque se prioriza vacunar a niñas y adolescentes escolarizadas que residen en zonas rurales históricamente abandonadas por el Estado y que, por tanto, tienen menos garantías para acceder a los mínimos vitales, incluyendo un sistema de salud que les garantice la vida.

## 1.2. El Carmen de Bolívar y la respuesta estatal

La campaña estatal de inmunización realizada en El Carmen de Bolívar entre 2013 y 2014 se llevó a cabo con la vacuna tetravalente Gardasil (producida por los laboratorios Merck, Sharp & Dhome), cubriendo —tal como señala la ley— a niñas y adolescentes escolarizadas. Un informe del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2014) ayuda a contextualizar el territorio: el municipio tenía una población de 73.457 habitantes, distribuidos en 49 barrios en su área urbana, 19 corregimientos y 156 veredas en su área rural. El 86,7% estaba en situación de pobreza y el 93,5% declaraba tener al menos una necesidad básica insatisfecha. En aquel entonces, El Carmen contaba con un hospital de complejidad media, una entidad promotora de salud (EPS), dos centros de salud en el casco urbano y 17 puestos de salud en la zona rural que, en su mayoría, no cumplían con las condiciones mínimas para prestar atención médica adecuada.

A finales de mayo de 2014, quince niñas ingresaron en las urgencias del hospital local con un cuadro de síntomas similares: cefaleas, dificultad respiratoria, hiperventilación, parestesias en miembros superiores e inferiores y desmayos. Todas habían recibido la segunda dosis de Gardasil. Después de ser dadas de alta, ocho de ellas recayeron y fueron derivadas a centros de salud en otras ciudades. En el mes de junio los casos fueron aumentando e hicieron colapsar la unidad de urgencias del hospital; a finales de agosto, superados los 200 casos, el fenómeno saltó de los medios de comunicación locales y regionales a los nacionales. El presidente de la República, Juan Manuel Santos, tuvo entonces que pronunciarse para reafirmar la seguridad de la vacuna, explicando que se estaba probablemente frente a un estado de sugestión colectiva agravado por el tratamiento que algunos medios daban al tema, a su juicio amarillista y sensacionalista. No obstante, ordenó un acompañamiento oficial a las afectadas, por lo que el Instituto Nacional de Salud (INS) inició una investigación epidemiológica sobre terreno para determinar el origen del fenómeno.

El informe del INS fue presentado en enero de 2015. En él se descartaba una relación de causalidad entre la aplicación de la vacuna y los síntomas —calificados como 'bizarros'— de las 629 niñas estudiadas. Pero no se encontró una causa concreta que pudiera explicarlos y se consideró el caso como un brote de etiología desconocida, proponiendo como hipótesis más probable la existencia de una 'enfermedad psicógena masiva'. Entre sus posibles causas se sugerían, además de factores de riesgo ambiental, algunas características sociológicas de la población, de forma específica "situaciones de orden social y económico que pueden afectar la dinámica poblacional entre las cuales se destacan: víctimas de violencia, desplazamiento, gran porcentaje de familias SISBEN (Beneficiarios para Programas Sociales), bajos ingresos familiares, informalidad laboral y trabajo infantil" (Instituto Nacional de Salud, 2015, p. 37).

Esta conclusión generó malestar entre las familias afectadas, pues se entendió como un diagnóstico de histeria colectiva que negaba cualquier tipo de relación biológica con la vacuna y responsabilizaba a las menores y a las particularidades de su contexto de los síntomas. Además, estas familias señalan que, precisamente a partir de la asunción de esta hipótesis, el trato dispensado en muchas ocasiones por parte del personal de salud a las afectadas fue irrespetuoso y poco sensible con su situación de enfermedad. Un hecho que fue reconocido posteriormente por el propio ministro de salud (Gaviria, 2016).

## 1.3. ¿Cómo se ha explicado el problema de salud?

El informe del INS es el principal referente de la postura predominante de la literatura médica, que explica el fenómeno como una reacción psicógena masiva asociada a la cobertura de los medios de comunicación

y a la influencia de las redes sociales (Biggaard y Franceschi, 2020; Hviid *et al.*, 2020; Shapiro *et al.*, 2017; Simas *et al.*, 2019; Vorsters *et al.*, 2020). Esta hipótesis es también asumida por la OMS en los informes que hace sobre la seguridad de la vacuna (World Health Organisation-WHO, 2016, 2019).

Paralelamente, han surgido trabajos que no descartan que pudiese haber alguna posible reacción adversa de carácter biológico (Anaya, 2014; Chandler, 2017; Gamboa, 2019; Téllez-Pedroza, 2018). Algunos cuestionan la respuesta de las autoridades sanitarias por no considerar las características de la comunidad (Henríquez-Mendoza, 2020; Vélez-Fernández, 2015). Y otros estiman que la mirada excesivamente positivista de la medicina convencional no ha servido para ofrecer una respuesta de salud satisfactoria a las afectadas (Idrovo *et al.*, 2019; Maldonado Castañeda, 2015; Mezza, 2019; Mezza y Blume, 2021; Pulgarín Suárez, 2020; Téllez-Pedroza, 2018).

Ante la persistencia del fenómeno, y a demanda de las familias de las afectadas, las autoridades regionales encargaron a la Universidad de Cartagena una nueva investigación sobre terreno en 2017. Los nuevos resultados de este estudio, realizado por un equipo de toxicología, fueron socializados a la comunidad en un acto público en mayo de 2018.

En esa socialización el director del estudio afirmó que, tras revisar a 283 afectadas, no se podía establecer una relación causa-efecto entre la vacuna y los síntomas, pero que el proceso de vacunación había desarrollado una serie de manifestaciones clínicas que aún perduraban tres años después (Olivero, 2018). Para este investigador, debido a una enfermedad médica existía un cuadro clínico que debía ser atendido con urgencia. Entre los hallazgos citó una dolencia común en el 91% de las examinadas: dolor torácico, problemas respiratorios y trastornos depresivos generalizados. Asimismo, describió por primera vez uno de los síntomas más particulares del fenómeno, las llamadas crisis 'de las niñas':

Un desmayo repentino seguido de convulsiones tónico-clónicas con contracciones severas de las extremidades, ojos hacia atrás, y en algunos casos conductas en las cuales intentan infligirse daño. Este estado puede durar entre 5 a 25 minutos, entrando luego en una fase de relajación con letargo por 10 minutos adicionales, tiempo después del cual recobran la normalidad relativa (Olivero, 2018).

En su momento, la gobernación no entregó los resultados de este informe a las familias, aduciendo reservas legales. Entonces, estas familias interpusieron una acción de tutela que, finalmente, obligó a la autoridad regional a entregarlos. El estudio no se ha publicado hasta la fecha, y no ha vuelto a realizarse ninguna otra investigación oficial sobre el caso.

A partir de este contexto, el presente trabajo ha tenido como objetivo principal explorar el problema de salud ligado a la aplicación de la vacuna contra el VPH en El Carmen de Bolívar (Colombia) desde la perspectiva de la comunidad afectada, observando su evolución a lo largo de un periodo de tiempo determinado (2015-2021).

## 2. Metodología

Se ha llevado a cabo una investigación narrativa basada en una etnografía audiovisual realizada sobre el territorio con las afectadas y sus familiares, combinándose diversas técnicas cualitativas de recogida de información: la observación participante, los grupos focales, las entrevistas en profundidad con los actores y el análisis documental. La elección de este método investigativo, que parte de una perspectiva cualitativa interpretativa basada en los relatos y vivencias que producen los sujetos (Silva-Batatina, 2017), reside en su capacidad para generar conocimientos a partir de la comprensión de la experiencia humana (Blanco, 2011). Su combinación con el uso de la cámara se fundamenta en los postulados de Martínez-Pérez (2008), quien justifica su aplicación cuando las 'técnicas tradicionales' resultan claramente insuficientes para comprender determinadas manifestaciones sociales, debido a su poder catalizador de producción de sentidos.

Los datos recogidos durante el trabajo etnográfico se han triangulado con una revisión narrativa de la literatura científica publicada sobre el caso, y con un análisis de contenido de diversos artículos de prensa y notas audiovisuales disponibles en YouTube.

## 2.1. Criterio de selección de los actores y trabajo de campo

El grupo de informantes clave se ha seleccionado de forma intencional entre el conjunto de afectadas y sus familiares, a partir de una selección que ha combinado el muestreo teórico, el de oportunidad o emergente y el de bola de nieve. El tamaño final de la muestra ha estado determinado por el desarrollo y saturación de las categorías identificadas. A lo largo del trabajo de campo se pudo establecer contacto estrecho con múltiples afectadas del municipio por el problema de salud y sus familiares más allegadas (básicamente madres). A ellas se les añadieron otros actores, tales como docentes, periodistas, investigadores que estuvieron en el territorio (médicos/as, antropólogos/as, expertos en salud pública o comunicación en salud) o representantes institucionales.

El interés de realizar el proyecto de investigación ha coincidido con un firme deseo del sujeto-objeto investigado (las afectadas y sus familiares) de mostrar su estado de sufrimiento y su percepción de vulneración de sus derechos. Este deseo facilitó la entrada en campo y el acceso de la cámara a los espacios cotidianos de las afectadas. Como defiende Martínez-Pérez (2008): "nadie mejor que los sujetos puede definir cuanto les ocurre" (p. 12). La observación audiovisual pasaba así a convertirse en conocimiento producido junto con la comunidad, asumiendo lo que algunos autores denominan un uso participativo de la cámara (García, 2011). La información final empleada en este artículo se ha recogido a partir de una selección de 25 entrevistas distribuidas tal como muestra la Tabla 1:

Tabla 1. Muestra de informantes de la investigación

Tipo de informantes	Número de entrevistas
Madres, padres, afectadas, y otras familiares de las afectadas	8 madres, 4 padres, 1 afectada
Docentes	4 profesoras, 2 profesores, 1 director de instituto
Representantes institucionales	1 Defensora del Pueblo, 1 Secretario de Salud local
Otros actores	2 periodistas, 1 experto en Comunicación en Salud

Fuente: Elaboración propia.

El equipo investigador entró en campo en febrero de 2015, cuando el INS socializaba los resultados de su investigación ante la comunidad en un polideportivo en El Carmen. La primera fase de recogida de información culminó en agosto de 2016, cuando se consideró alcanzada la saturación de la información. El cierre fue en ese mismo polideportivo, con el encuentro realizado entre la comunidad y el ministro de salud. Se recogió información durante periodos vacacionales y fines de semana disponibles del equipo investigador. Posteriormente, se visitó El Carmen en marzo de 2019 para conocer la evolución del fenómeno, y también se llevaron a cabo algunas entrevistas virtuales durante el confinamiento domiciliario establecido por la pandemia de la COVID-19 del año 2020. Una última visita al territorio realizada sin cámaras en junio de 2021 sirvió para actualizar el estado del fenómeno. Las entrevistas y los registros audiovisuales se hicieron empleando el consentimiento informado y aclarando las dudas sobre el uso final del material.

## 2.2. Tipo de análisis y categorías de observación

El trabajo de campo se organizó a partir de unas categorías de observación predefinidas por el equipo investigador; durante el trabajo de campo emergieron unas nuevas. Cada categoría se fue muestreando hasta alcanzar su saturación. Mediante el procedimiento inductivo-deductivo se ha analizado e interpretado la información, combinando dos lógicas de análisis, una individual y una transversal (Cornejo *et al.*, 2008). El análisis de los datos se ha organizado en las categorías siguiendo los procedimientos metodológicos de la teoría fundamentada a partir del método comparativo constante, dando lugar a un relato narrativo elaborado desde los discursos producidos por los sujetos informantes. La Tabla 2 muestra estas categorías centrales y su definición:

Tabla 2. Categorías de observación

Categorías	Definición
I. Asociación vacuna/síntomas	Justificación de la relación entre la vacuna y los síntomas de las afectadas establecida desde la perspectiva de los sujetos informantes y su relación con la hipótesis de la sugestión colectiva.
II. Síntomas de las afectadas	Percepciones acerca de la sintomatología física y psicológica asociada por las afectadas y sus familiares a la aplicación de la vacuna contra el VPH.
III. Obligatoriedad de la vacunación	Percepción sobre la forma de administrar la vacuna en las jornadas de vacunación escolar en el municipio en el año 2014 a partir de la versión de las autoridades sanitarias y su contraste con las afirmaciones de las afectadas y sus familiares.
IV. Respuesta de las autoridades sanitarias	Percepción sobre el tratamiento del problema de salud ofrecido por las autoridades sanitarias a las afectadas desde que se inicia el fenómeno y a lo largo de su desarrollo.
V. Impacto del fenómeno sobre la comunidad	Relato de los principales efectos (de salud, sociales y económicos) que el fenómeno ha producido en la vida de las protagonistas y su entorno familiar, educativo y social.

Fuente: Elaboración propia.

### 3. Resultados

#### 3.1. Asociación vacuna/síntomas

La primera asociación entre la vacuna y los síntomas de las afectadas la realizaron sus familiares y no las autoridades, tras descartar otras hipótesis iniciales tales como intoxicación alimentaria, contaminación medioambiental o consumo de drogas.

El estudio de brote del INS (2015) explicó el fenómeno como una probable sugestión colectiva originada por el miedo a la vacunación. Para uno de los expertos en comunicación en salud que asesoró al MSPS, la desinformación previa de la comunidad sobre el proceso de vacunación jugó un papel decisivo, seguida por el clima de inquietud que supuso un manejo inadecuado de la percepción de riesgo, y la dinámica de trabajo de los medios de comunicación masivos. Para él, las capacidades comunicacionales de los profesionales en salud no fueron las adecuadas, e incrementaron la incertidumbre.

*El gobierno sí admite que el caso tiene que ver con la vacuna, pero no por una relación biológica sino psicológica, debido a unos elementos contextuales. Pero es un problema de salud evidentemente, y las niñas tienen un problema de salud. El Estado tiene una responsabilidad sobre el problema frente al seguimiento al fenómeno (Experto en Comunicación en Salud, enero 2015).*

Posteriormente, el estudio toxicológico adelantado por la Universidad de Cartagena afirmará tres años más tarde que la aplicación de la vacuna desencadenó el fenómeno (Olivero, 2018) pero que con la evidencia disponible no se podía establecer de qué manera influyó en el problema de salud, si solo psicológicamente o también biológicamente. Desde esta óptica, una consecuencia directa de esta asociación entre la vacuna y la enfermedad fue el rechazo generalizado en el municipio a la continuación del esquema de vacunación.

#### 3.2. Síntomas de las afectadas

En el informe del INS se califica a los síntomas de la enfermedad como 'bizarros', y en el de la Universidad de Cartagena se identificó, además de un cuadro generalizado de depresión por enfermedad médica en la mayoría de las examinadas, unas dolencias físicas comunes: dolor torácico en el 91% y dificultad para respirar en el 41%. También se destaca a las 'crisis' como un síntoma singular del problema de salud.

A lo largo del trabajo de campo este equipo investigador evidenció que estas "crisis" hacen parte de la cotidianidad de la enfermedad, manifestándose en diversos espacios y momentos: el hogar familiar, la

institución educativa, el gimnasio, la plaza del pueblo, el lugar de culto. Muchas de estas fueron registradas con la cámara. Algunas madres relatan el caso de sus hijas:

*La crisis le daba por momentos, diez, quince minutos, media hora... y después veías a las niñas otra vez corriendo, jugando, normal, como si no tuviesen nada. Eso ha influido mucho porque ahí es donde la gente piensa que las niñas están fingiendo. Les da la convulsión, se recuperan y listo, siguen su vida normal (Madre de afectada, noviembre de 2015).*

El ministro de salud reafirmó en 2016, en un encuentro realizado en Cartagena de Indias con las familiares de las afectadas, que toda la evidencia científica disponible hasta el momento y el consenso científico global señalaban la seguridad de la vacuna, lo que no significa que neguemos que haya un problema de salud (Gaviria, 2016). En aquella ocasión, al ser preguntado por el número exacto de afectadas, habló de una 'aritmética compleja', con cerca de 800 jóvenes que habían consultado por este problema a las autoridades de salud desde el inicio del caso, y de 300 que habían presentado síntomas en las últimas semanas antes de su llegada a Cartagena.

Durante esta investigación se han identificado dos casos de afectadas que desarrollaron lupus dos años después de la vacunación. Una de ellas falleció en diciembre de 2016 y, mientras las autoridades descartaron que la enfermedad y defunción tuvieran que ver con el fármaco (Caracol Cartagena, 2017), la madre sostiene que su hija —diagnosticada en agosto de 2016— gozaba de una salud normal hasta que le fue aplicada la vacuna en 2014.

*Mi hija empezó a desarrollar síntomas extraños, pero no los relacioné con la vacuna hasta que no salieron los casos de las otras niñas. Se le hicieron exámenes y nunca se le encontró nada. Nunca había tenido síntomas de nada, era una niña muy tranquila, casi no era ni de llevarla al médico. De pronto una gripe. Nunca estuvo hospitalizada [...] No tenía las crisis, pero sí sentía dolor en el pecho y se desmayaba, perdiendo la conciencia. Duraba media hora [...] A mis otras dos hijas sí les daban las crisis [...] Los médicos siempre decían que no podían relacionarlo con la vacuna porque no tenían certeza de eso. Después de un ingreso en Barranquilla en 2016 dijeron que tenía un riñón muy complicado y que tendrían que hacer diálisis y un trasplante [...] Ella misma investigando vio en Internet que el lupus siempre comenzaba así, y nos pedía que se lo dijéramos a los médicos. Los exámenes donde finalmente le detectaron el lupus se los hicieron en agosto. Y en diciembre murió. No supimos nada de la palabra lupus hasta ese mes de agosto [...] Para mí es una cosa injusta que el gobierno diga que no tiene que ver con la vacuna. Hay varios casos aquí de niñas vacunadas que tienen lupus. Si fuera mi hija sólo...pero si ya hay siete, ocho, diez...no creo que tantos casos de lupus vayan a desarrollarse en tantas niñas a la vez (Madre de afectada, marzo de 2019).*

La otra afectada por lupus (en la actualidad una adulta joven recién egresada de la universidad), afirma que nunca tuvo problemas significativos de salud hasta la aplicación de la vacuna en 2014. Ella y su madre siguen atribuyendo al fármaco el desarrollo de su enfermedad, diagnosticada también en el año 2016.

*Me vacunaron en El Carmen pero desarrollé los mismos síntomas de las otras niñas en Cartagena, donde me había ido a vivir [...] Siempre me he preguntado hasta hoy por qué nunca nos prestaron ayuda para llevarnos a otra parte. Una indolencia muy grande. No como una burla, sino como un "vamos a dejar que se pase esto y se olvide"... Muchas niñas siguen igual que antes, pero como ya no es la noticia tan fresca, entonces ya... [...] No me hallaban nada y los médicos decían que mi dolor de articulaciones era por hacer deporte. Me trataban igual de mal que a las demás. Hasta que me diagnosticaron lupus en 2016, y ahí me empezaron a tratar de manera diferente, mucho mejor que a las demás. Hasta tenía trato directo con la Secretaría de Salud Departamental. Muy extraño (Afectada diagnosticada de lupus, mayo de 2020).*

Por último, desde que comenzó el fenómeno ha habido más de veinte intentos de suicidio entre las afectadas. Una de estas menores falleció en junio de 2015 tras varios días de agonía, al ingerir intencionalmente un pesticida. Sus padres, con otra hija afectada, afirman que su decisión respondió al estado de desesperación que le producían los síntomas experimentados tras recibir la vacuna.

*Hubo un momento que empezó a sufrir las crisis de forma recurrente: una tras otra, tras otra... Y decía: "mami, así no quiero vivir". Pero no pensamos que fuera a pasar esto [...] Nos hemos sentido muy abandonados por el Estado (Madre de afectadas, noviembre de 2015).*

Los intentos de suicidio no habían dejado de darse en 2017, según reportó el estudio toxicológico de la Universidad de Cartagena.

### 3.3. Obligatoriedad de la vacunación

La obligatoriedad en la aplicación de la vacuna contra el VPH en El Carmen ha sido uno de los temas de mayor controversia. La ya referida Ley 1626 de 2013 rezaba en su título lo siguiente:

*Se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma, se adoptan medidas integrales para la prevención del cáncer cérvico uterino y se dictan otras disposiciones.*

Si bien el MSPS afirmó tras el caso que la vacuna no era obligatoria, la redacción de ese título puede dar lugar a equívocos, como el que mostraba el Secretario de salud local en 2015:

*El esquema de vacunación es obligatorio para todos los niños y niñas en el periodo que les corresponde. Pero de igual manera se solicitaba una autorización de los padres. Como [las menores] están en el colegio, [las vacunadoras] no van a la casa... Van a la institución pública que es la manera más fácil de ubicarlas a todas. Entonces, sí se necesitaba autorización de los padres... Pero el esquema de vacunación sí es obligatorio, y la vacuna contra el VPH hace parte de este esquema (Secretario de salud local, noviembre 2015).*

Sin embargo, las progenitoras interrogadas afirman que ni fueron informadas de la vacunación, ni se les hizo saber que existía la posibilidad de autorizarla o denegarla. La percepción generalizada, corroborada por las docentes entrevistadas es que, si la aplicación de la vacuna era voluntaria, en las jornadas escolares llevadas a cabo en la mayor parte de los colegios de El Carmen en 2014 fue obligatoria *de facto*, incluso mediante coacción:

*Algunas niñas no querían vacunarse y salieron corriendo, y los profesores hicieron que sus compañeros fueran a buscarles y las trajeran. Más bien les colocaron la vacuna a la fuerza, porque en realidad ellas no querían (Afectada del área rural, noviembre 2015).*

*Yo me enteré cuando mi hija llegó a casa y me dijo: "mamá, hoy me han vacunado contra el papiloma". Y eso fue todo (Madre de afectada, marzo de 2015).*

*Entonces llegaron a los colegios y decían: "Hoy toca ciclo de vacunación y arrancamos por el curso tal"... y listo. Ese fue el protocolo de vacunación, conocido e investigado por nosotros. "Hoy tocan estas niñas: entren que las vamos a vacunar". Eso era todo el protocolo (Periodista local, marzo de 2015).*

De acuerdo con las entrevistas, hubo una clara falta de información en la campaña de vacunación en el municipio y, en la mayoría de los colegios, las directivas se limitaron a facilitar el ingreso de los equipos de vacunación a las instalaciones cuando tocaron sus puertas.

*La Secretaría de Educación mandó un documento a los rectores de los colegios sobre que se iba a hacer una jornada de vacunación. Cada rector lo que debe hacer es ceder el espacio. Esto es común: el cuento aquí es que no era una vacuna como, por ejemplo, para la tuberculosis o el polio, que están dentro del plan obligatorio de vacunación, sino que es una vacuna que está todavía dentro del periodo, digamos, de prueba. Yo todavía hoy no sé si era obligatorio informar sobre la vacuna (Docente de educación secundaria, marzo de 2015) [sic].*

En 2016, el Ministro de salud fue preguntado en rueda de prensa sobre la obligatoriedad de la vacuna y respondió lo siguiente:

*Si uno necesitara obtener en cada caso un consentimiento informado, sería muy difícil llevar a cabo la vacunación, no solamente en este caso. Hay un debate nacional sobre la pertinencia de aplicar el principio de precaución en este caso. Como hay dudas, como hay incertidumbre, como la comunidad está preocupada...uno podría decir "ante la duda, abstente". Nosotros, como Ministerio, decimos que el*

*principio de precaución no aplica en este caso porque tenemos que proteger la salud pública, un bien general. Y no se nos puede olvidar que en esta discusión estamos tratando de prevenir una enfermedad que causa 3.000 casos de cáncer cada año en el país. Pero, más allá de eso, quien va a determinar si se aplica el principio de precaución en este caso no es el Ministerio, es la Corte Constitucional. Ya veremos qué dice la Corte al respecto (Gaviria, 2016).*

En 2017 la Corte Constitucional de Colombia estableció —en la sentencia T365/17— que la vacuna contra el VPH no podría aplicarse sin el consentimiento informado de las personas. El coordinador del PAI lamentó la decisión y afirmó que la vacuna nunca había sido obligatoria y que los progenitores siempre habían tenido la posibilidad de solicitar un disentimiento informado (García, 2017). Pero esto no sucedió así en El Carmen en 2014.

### 3.4. Respuesta de las autoridades sanitarias

La respuesta que las autoridades sanitarias ofrecieron a las primeras menores que ingresaron con síntomas en urgencias fue considerada como inadecuada por ellas y sus familias. Esto les motivó a acudir a la Defensora del Pueblo departamental. La Defensora constató cómo los casos aumentaban rápidamente, y solicitó primeramente la intervención de las autoridades departamentales de salud, y después de las nacionales.

*El 31 de mayo de 2014 recibí una llamada telefónica de unos padres de familia de El Carmen que me informaban de que tenían una deficiente atención en salud en el hospital local, eran aproximadamente siete. Nos comunicamos con los médicos y enfermeras para solicitarles una atención oportuna, especialmente tratándose de niños y niñas. [...] Durante el mes de junio vimos que había que seguir mejorando las condiciones de la atención en salud, y nos preocupó que por otro lado el hospital no estaba dando abasto ante el aumento del número de pacientes (Defensora del Pueblo de Bolívar, 2016).*

El INS, a instancias de la Defensoría del Pueblo, se instaló en el verano de 2014 en el municipio. En ese momento el caso empezó a aparecer en los principales medios de comunicación nacionales. Algunas de las afectadas viajaron a Bogotá y fueron atendidas en el Hospital San José Infantil, en donde varias fueron sometidas a una terapia de quelación tras detectar la presencia de metales pesados en sangre. Este procedimiento será calificado como inadecuado en el estudio toxicológico de 2018.

El trato dispensado a las afectadas que acudían a las urgencias del hospital del municipio durante los dos primeros años del fenómeno ha sido señalado frecuentemente por ellas y sus familiares como 'inadecuado', 'irrespetuoso' y 'ofensivo'.

*Lo primero que le dijo el médico a mi sobrina es que ella estaba loca. "Tú no tienes nada". Decían que lo que estaban haciendo era para llamar la atención, y en sí no las estaban tratando como personas enfermas. Tuvieron un trato inhumano con las niñas. (Familiar de afectada, junio de 2016).*

*Alguna enfermera le llegó a decir a algunas niñas que estaban "arrechas", y que lo que necesitaban era "un varón". A otras las cachetearon. (Madre de afectada, noviembre de 2015) [sic].*

*Recientemente he recibido una queja formal de unas siete u ocho madres cuyas hijas habían estado atendidas durante quince días. Al parecer uno de los auxiliares de enfermería les dijo: "ya llegaron las locas" (Secretario de salud local, 2015).*

En julio de 2016 el propio ministro de salud se comprometió a mejorar la dotación sanitaria y a trabajar por la mejoría de la atención de las entidades prestadoras de salud, admitiendo que no se estaban cumpliendo algunas obligaciones.

*Tal vez la primera actitud nuestra fue la de defensa irrestricta de la vacuna tratando de preservar la confianza en nuestros programas de vacunación. Pero ahora tenemos que tener otra actitud: aquí hay una comunidad que tiene un problema, que está sufriendo y que requiere nuestra atención (del sistema de salud en general), y no solamente por un ratito, sino por todo el tiempo [...] hay un tema fundamental, el tema de humanización de la salud, y el trato que se les estaba dando en algunos de los centros de salud a las niñas no era el mejor. Ese es un tema que volvimos a reiterar hoy: necesidad de humanización de los*

*profesionales de la salud (y necesidad de respeto también irrestricto a la misión médica por parte de la comunidad) (Gaviria, 2016).*

El carácter masivo del fenómeno ha puesto a prueba constantemente la capacidad de atención en salud del municipio, cuya oferta sanitaria no estaba en absoluto preparada para atender un problema de salud de esa magnitud: falta de personal, espacios y equipamientos. Sin embargo, es la hipótesis de sugestión colectiva planteada en el informe del INS (2015) la que ha determinado la respuesta médica de las autoridades sanitarias, focalizada en la salud mental que no ha permitido controlar los síntomas que aún no tienen un diagnóstico etiológico:

*El protocolo seguido por las autoridades ha sido básicamente el restablecimiento de la salud mental a través de un equipo de psicólogos de la secretaría y del departamento. (Secretario de salud local, noviembre 2015).*

*Nunca nos dieron un veredicto. La primera psiquiatra que vio a mi hija me dijo: "tu hija no tiene nada, no entiendo por qué la mandan a un psiquiatra, si la niña no presenta nada, es una niña normal". Todavía es la hora y no se encuentra un antídoto o cualquier solución al problema (Madre de afectada, marzo de 2019) [sic].*

Ante la falta de eficacia de la respuesta médica, y debido a que los constantes ingresos en urgencias no acababan con los síntomas, las familiares han optado progresivamente por no acudir al hospital, "salvo casos de crisis desesperadas". Han recurrido al auto-cuidado en el hogar, a la medicina alternativa y a pseudo-terapias naturales:

*¿Para qué voy a llevar a mi hija al hospital? Allí solamente la tumban en una camilla, la ponen una dextrosa, y esperan a que se le pase. Además, nos tratan mal. Para eso, mejor la tengo en casa y la cuido yo (Madre de afectada, marzo de 2019).*

### 3.5. Impacto del fenómeno sobre la comunidad

La situación de enfermedad ha tenido un impacto claro en El Carmen, afectando la vida de cientos de afectadas, la economía familiar, la experiencia académica en casi veinte colegios, y la atención médica del municipio, puesto que las urgencias han colapsado en múltiples ocasiones. Para las afectadas, ha habido un antes y un después en sus vidas, pues han pasado de un estado de salud óptimo a otro de enfermedad permanente que les dificulta realizar con normalidad actividades cotidianas de su edad: estudiar, hacer deporte o bailar. Pero también ha afectado a sus madres, padres y docentes, que conviven con la cotidianeidad de la enfermedad.

*Mi hija nunca fue una niña enferma, nunca tuve problemas de salud con ella y, sin embargo, cuando esta situación se da, comienza a cambiarnos todo: nos cambió la vida psicológicamente, socialmente. Ya yo no tenía una vida tranquila, pensaba más en que me iba a sonar el teléfono para decirme desde el colegio que mi hija estaba mal. No podía ni concentrarme en mi trabajo (Madre de afectada, marzo de 2019) [sic].*

*Cuando yo estoy enferma, y soy yo la que siente el dolor, y tú estás allí y me dices: "yo no te veo nada porque te veo ahí, riéndote", pues de pronto tú no estás creyendo en lo que yo te estoy diciendo, y eso me puede afectar psicológicamente. Y este problema se volvió psicológico no solamente para las niñas, sino para las familias, para las instituciones, para los docentes (Profesora de educación secundaria, marzo de 2015) [sic].*

El coste económico de las pruebas y tratamientos propuestos por profesionales o ensayados por las madres para intentar restablecer la salud de sus hijas, así como los relativos al transporte para llevarlas al hospital durante sus crisis, o a visitar a especialistas en ciudades como Cartagena de Indias, Barranquilla o Bogotá, han sido muy elevados para la mayoría de las familias afectadas, en gran parte campesinas con bajos ingresos económicos.

*Ese tratamiento lo asumí yo, con costos míos directamente, porque no había otra. Y eso porque yo lo puedo hacer, porque tengo un sueldo mensual. Pero cuánto me duele el que no lo puede hacer, y hay muchos padres en esa situación, padres con dos, tres y hasta cuatro niñas afectadas (Docente y madre de afectada, marzo de 2015) [sic].*

El impacto en los centros educativos también ha sido dramático y ha afectado durante varios semestres la normalidad de las actividades académicas, no solamente de las menores (varias tuvieron que repetir curso o retirarse temporalmente), también del personal docente y del resto del estudiantado. Cada vez que una estudiante experimenta la crisis se interrumpen las clases, y si caen varias se hace imposible para el profesorado atenderlas al mismo tiempo, por lo que el resto del estudiantado debe apoyar.

*Nos hemos tenido que volver indolentes ante la situación de las niñas. Las niñas se desmayan en el salón de clase y las tenemos que llevar a enfermería y volver a clase como si nada hubiera pasado. Y cuando no es así, la situación está latente, hace parte del diario vivir (Docente de educación secundaria, junio de 2016) [sic].*

*Aquí se nos suicidó una niña, y varias intentaron quitarse la vida. ¿Se imagina lo que es eso para una niña, para una adolescente? ¿Dónde quedó su infancia, su juventud? ¿Qué pasa con sus padres, con sus profesores, con sus compañeros de clase? A veces nos caen a la vez con las crisis hasta veinte niñas, y solamente tenemos una persona para atenderlas, que ni siquiera es auxiliar de enfermería. (Docente de educación secundaria, noviembre de 2015) [sic].*

Ante la situación, las madres se han visto obligadas a organizarse con el objetivo de hacer valer el derecho a la salud de sus hijas y visibilizar su situación. De esta manera han creado asociaciones de afectadas (algunas como la 'Asociación de madres de niñas montemarianas afectadas por la vacuna del VPH', todavía existen) o se han agrupado en otras de carácter nacional (como la 'Asociación Reconstruyendo Esperanza'). El proceso asociativo ha permitido a las madres conocerse y construir relaciones entre ellas. Aunque también ha conducido a conflictos personales por discrepancias respecto a los objetivos y la forma de alcanzarlos.

La falta de una respuesta efectiva de las autoridades sanitarias ha atraído la llegada de diversos actores que, prometiendo soluciones, han ejercido influencia considerable entre las afectadas y sus familiares: políticos, pastores religiosos, defensores de pseudoterapias alternativas, y antivacunas. Pero también ha hecho que en ocasiones se haya sugerido una posición antivacunas en médicos/as e investigadores/as del país, de reconocida trayectoria académica y profesional, por el hecho de criticar tanto la forma de implementar la vacuna contra el VPH en Colombia como la respuesta dada al fenómeno de El Carmen por parte de las autoridades (Roldán, 2018).

El caso ha sido señalado como el principal causante del enorme descenso de la cobertura de vacunación contra el VPH en Colombia desde 2015: en 2020 solamente se alcanzó al 8,9% de la población objetivo para la segunda dosis (Silva, 2021) y las autoridades de salud han culpabilizado a la cobertura mediática, calificándola como amarillista.

Sin embargo, las familiares de las afectadas consideran que, sin la atención prestada por los medios de comunicación locales y regionales, el problema de salud nunca se habría conocido fuera del territorio. En cambio, se quejan de que la mayoría de estos medios les abandonaron tras unas semanas de mucha exposición en el verano de 2014. Además, defienden que gracias a las redes sociales han conocido más sobre su problema y establecido contacto con afectadas en otras partes del mundo. Por su parte, los periodistas locales y regionales defienden el deber de seguir informando a la opinión pública sobre un caso que, en agosto de 2018, todavía afectaba a centenares de jóvenes.

*Hubo un momento en que en mi medio el editor web no quería seguir publicando nada sobre las niñas porque decía que el tema ya estaba muy trillado. Tuve que hablar con el redactor jefe para hacerles ver que el tema seguía, y que teníamos que seguir informando de lo que sucedía. (Periodista regional, marzo de 2015).*

#### 4. Discusión

La percepción de maltrato y abandono que emerge de forma sistemática en los discursos analizados hace que el fenómeno de El Carmen pueda considerarse un caso de violencia institucional en el sistema de salud articulado a violencia de género, pues las afectadas son mujeres intervenidas por una política de salud estatal.

La violencia institucional puede entenderse como “todo tipo de violencia ejercida en instituciones, especialmente en los servicios públicos, caracterizada por la acción u omisión de condiciones tanto materiales como simbólicas, responsables por la falta de acceso y la mala calidad de los servicios. (...)” (Fleury *et al.*, 2013, p. 14). Siguiendo a Bellamy y Castro (2019), se relaciona además con la exclusión social que se naturaliza en contextos sociales de desigualdad estructural. Por ello, su “producción no siempre es reductible a la deliberada “mala fe” de los actores”, sino que más bien “se origina en la organización que estructura las conductas de estos, y tiene efectos negativos sobre los individuos” (p. 121). Como se verá a continuación, si se hace seguimiento a las particularidades del fenómeno de El Carmen, se evidencian algunas de las características de la violencia institucional.

Si bien la política pública de vacunación contra el VPH se creó para garantizar el acceso universal a la salud, el trato dispensado a las menores de El Carmen, independientemente de la naturaleza de su enfermedad, ha limitado su acceso efectivo al derecho a la salud. Confluyen aquí prácticas como el maltrato médico, el uso de estereotipos discriminantes, la atención revictimizante a las afectadas, la espera prolongada en la asignación de un diagnóstico y la alienación del derecho a la salud, todas características de la violencia institucional (Bellamy y Castro, 2019; Bodelón, 2015).

La literatura médica parece haber asumido el problema de salud como un evento psicógeno masivo —amplificado por los medios de comunicación y las redes sociales— (Simas *et al.*, 2018), que en 2020 ya estaba calmado (Vorsters *et al.*, 2020). No obstante, existen otras lecturas que difieren de esta explicación, que estaría producida desde lo que Menéndez (2020) denomina el modelo médico hegemónico.

Como sostienen Mezza y Blume (2021), al imponerse la hipótesis de la sugestión colectiva el foco del problema se orienta hacia las propias menores y sus familiares (familias campesinas de bajos recursos económicos, en un área periférica marcada por la violencia), evadiendo la responsabilidad de las autoridades sanitarias encargadas de velar por la correcta implementación de una política pública por y para la salud de sus ciudadanas. Con esta explicación dominante también se quita el foco sobre el papel de la propia vacuna en el problema de salud, mientras las pacientes aparecen como responsables de su enfermedad y del fracaso de los tratamientos médicos implementados. Otra estrategia recurrente del modelo médico hegemónico (Menéndez (2020).

Precisamente por ello, algunas autoras (Mezza y Blume, 2021; Téllez-Pedroza, 2018) cuestionan qué se entiende por efecto adverso, dado que desde la posición oficial se ha desconocido la experiencia subjetiva de dolor de las menores y se ha considerado el caso exclusivamente como un problema de salud mental y social (Mezza (2019).

El trabajo en campo, por su parte, evidencia que la situación de enfermedad derivada de la intervención en salud (y reconocida por las autoridades sanitarias) se ha convertido en un problema crónico para un número indeterminado de afectadas. Mientras que entre sus familiares prevalece una postura de oposición permanente frente a la explicación oficial.

Si se revisa el caso desde la perspectiva de la violencia sistémica, cabe cuestionarse por la influencia de los prejuicios, los estereotipos y las propias estructuras socioeconómicas en la construcción de la explicación hegemónica. En este sentido, se concuerda con Mezza (2019) cuando resalta que la explicación oficial del fenómeno ha sido realizada esencialmente por médicos varones procedentes del centro del país, desde una posición de autoridad, hacia unas mujeres jóvenes de familias de bajos recursos de la periferia rural.

En efecto, las razones esgrimidas por el Estado colombiano para vacunar a niñas y adolescentes en El Carmen han resultado ser las mismas con las que ha justificado oficialmente la emergencia del problema de salud abordado en este artículo. Así, se las vacunó por ser mujeres (en edades tempranas) y vivir en una zona rural donde la población no tiene garantizado el acceso pleno a sus derechos ciudadanos (en especial a la salud); pero luego se explica el problema de salud como un evento psicógeno masivo causado precisamente porque las intervenidas son mujeres rurales jóvenes que habitan en una zona históricamente empobrecida.

Así, a partir de una explicación circular que busca encubrir todas las formas de violencia experimentadas por las afectadas, estas son señaladas como causantes de su situación. Siguiendo a Bordieu (2006), esto lleva a naturalizar las posiciones de inferioridad atribuidas a las mujeres en la estructura jerárquica androcéntrica. No es gratuito que, al comienzo del fenómeno, las afectadas hayan sido nombradas como 'locas', 'histéricas' o 'necesitadas de un varón'.

Por otro lado, se puede decir que en la propia implementación del plan de vacunación subyace una mirada heteronormativa de la sexualidad, en la que los cuerpos de las mujeres se consideran intervenibles desde edades tempranas, asumiendo que ello garantizará la protección de la población masculina, por la inmunidad de rebaño.

Este caso plantea también la discusión sobre la obligatoriedad de las vacunas, especialmente cuando se trata de directrices pensadas solamente para el sur global, como ocurre con las de la OMS respecto a la vacuna contra el VPH. De acuerdo a Pulgarín-Suárez (2020), lo ocurrido hace necesario cuestionarse críticamente de dónde proviene la financiación de la propia OMS más allá de los países miembros, con qué aliados configura su agenda y qué influencia tienen estos en las recomendaciones sobre la aplicación universal de determinados fármacos.

Asimismo, puede aportar argumentos a las tendencias que abogan por un mayor reconocimiento del sentir y la capacidad de decisión de los/as pacientes en relación con los/as médicos/as, a través de un proceso dialógico, consensuado y menos asimétrico o paternalista (Menéndez, 2020). Al aplicarse la vacuna sin informar previamente sobre los beneficios y los riesgos esperados ni sobre la posibilidad de hacer uso de un disentimiento informado —y en muchos casos coaccionando a las menores—, no se tuvo en cuenta su libertad de decisión y autonomía. Entonces, un abordaje del fenómeno desde perspectivas alternativas al modelo hegemónico —como por ejemplo la medicina social crítica (Laurell, 1986)—, hubiera podido tener trascendencia más allá de las fronteras del país.

En Colombia aún no se ha implementado un programa de educación sexual integral que dé herramientas a la población y permita prevenir el contagio de enfermedades como el VPH, contribuyendo además a desmontar estereotipos de género que dificultan a las mujeres el acceso a sus derechos sexuales y reproductivos plenamente. Tampoco se ha asumido una reforma al sistema de salud encaminada a garantizar el derecho universal a la salud de la ciudadanía frente a los intereses privados. Todas estas medidas, que pasan por incluir también el enfoque de género en las políticas de salud, pueden contribuir a que, a largo plazo, y de forma sostenida, se vayan cerrando las brechas que condenan a las mujeres que habitan en "las zonas rurales más alejadas" a tener mayores probabilidades de desarrollar CaCu y que pueden conllevar a que casos como el abordado se repitan.

## 5. Conclusiones

Hasta la fecha no se ha podido establecer un diagnóstico etiológico, basado en evidencia científica, que explique los síntomas que desde 2014 han afectado a un número significativo de ciudadanas tras ser vacunadas contra el VPH en El Carmen de Bolívar. Esto ha impedido un tratamiento efectivo de la situación de enfermedad que ha impactado en distintos niveles la experiencia de vida en este municipio rural colombiano.

Según el significado que las afectadas y sus familiares atribuyen al caso, se puede afirmar que las menores vacunadas en 2014 en el municipio experimentaron violencia institucional en distintos momentos: 1°) al ser intervenidas con un fármaco sin su consentimiento o sin la información suficiente para decidir; 2°) al recibir un trato inadecuado por parte de los/as profesionales en salud cuando acudieron a los hospitales en busca de ayuda; 3°) al ser responsabilizadas de su condición de enfermedad por el propio Estado, el cual realizó la intervención cuando ellas estaban sanas, y 4°) al ser estigmatizadas en razón de su origen rural y su clase socioeconómica. Esta violencia institucional se articula a la violencia basada en género, manifiesta en un contexto como el colombiano donde persisten estereotipos sexistas y clasistas. Estos se reproducen debido a las marcadas desigualdades sociales y económicas que dificultan el acceso pleno de las mujeres a sus derechos, especialmente, si habitan zonas rurales o históricamente empobrecidas.

La hipótesis expresada por las autoridades sanitarias de que el caso responde a sugestión colectiva —acrecentada por los medios de comunicación masivos y las redes sociales— se apoya en los estudios de seguridad de la vacuna y en la existencia de otros casos de reacciones psicológicas producidas entre

adolescentes tras la aplicación de vacunas en distintas partes del mundo. Sin embargo, ninguno de ellos ha tenido la magnitud del ocurrido en El Carmen en cuanto al número de afectadas y a la prolongación en el tiempo de sus extraños síntomas.

Las explicaciones sobre el fenómeno halladas en la literatura científica muestran que el problema de salud, además de presentar múltiples factores complejos que dificultan su comprensión, se lee de forma diferente según la disciplina desde la que se observe, lo que indica la necesidad de seguir abordándolo desde una mayor interdisciplinariedad científica. El caso plantea interesantes cuestionamientos en diferentes aspectos tales como la obligatoriedad de las vacunas, el poder de influencia de la industria químico-farmacéutica sobre los tomadores de decisiones de las políticas públicas y los organismos internacionales de salud, la prevalencia del positivismo científico en la comprensión de fenómenos de salud pública o la necesidad de incluir la perspectiva de género en las políticas de salud, entre otros.

### Referencias bibliográficas

- Anaya, J. M. (2014). Vacunación contra el virus del papiloma humano y autoinmunidad. *Revista Medicina*, 36(3). <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/106-8>
- Bellamy, C., y Castro, R. (2019). Formas de violencia institucional en la sala de espera de urgencias en un hospital público de México. *Revista Ciencias de La Salud*, 17(1), 120-137. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.7621>
- Benavides, M., y Salazar, L. (2017). Razones que pueden explicar la reducción en la cobertura de vacunación contra VPH en Colombia. *CES Salud Pública*, 8(1). <https://doi.org/doi.org/10.21615/4423>
- Bigard, J., y Franceschi, S. (2020). Vaccination against HPV: boosting coverage and tackling misinformation. *Molecular Oncology*, 15. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12808>
- Blanco, M. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos*, 24(67). [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-57952011000300007](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-57952011000300007)
- Bodelón, E. (2015). Violencia institucional y violencia de género. *Anales de La Cátedra Francisco Suárez*, 48(0), 131-155. <https://doi.org/10.30827/acfs.v48i0.2783>
- Bordieu, P. (2006). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Caracol Cartagena. (3 de enero de 2017). Minsalud desmiente que muerte de menor de El Carmen de Bolívar se deba a la vacuna contra el VPH. *caracol.com.co*. <https://bit.ly/3qPfrhP>
- Chandler, R. (2017). Safety Concerns with HPV Vaccines Continue to Linger: Are Current Vaccine Pharmacovigilance Practices Sufficient? *Drug Safety*, 40(12). <https://doi.org/10.1007/s40264-017-0593-3>
- Cornejo, M., Mendoza, F., y Rojas, R. (2008). La investigación con relatos de vida: pistas y opciones del diseño metodológico. *Psykhé*, 17(1), 29-39.
- Fernández, L. (2017). Implementación de la vacunación contra el virus papiloma humano en Chile: una mirada desde los determinantes sociales de la salud "ingreso" y "género". *Revista Médica de Chile*, 145(12), 1605-1609. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872017001201605>
- Fleury, S., Bicudo, V., y Rangel, G. (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil. *Salud Colectiva*, 9(1), 11-25. <https://doi.org/10.1590/s1851-82652013000100002>
- Gamboa, R. A. (2019). Discusión en torno a la vacunación profiláctica contra el virus del papiloma humano. *Revista de Bioética y Derecho*, 45, 111-125. <https://doi.org/doi.org/10.1344/rbd2019.0.25048>
- García, D. (2017). *Rueda de prensa sobre sentencia de la Corte Constitucional acerca de la vacuna contra el VPH*. MinSaludCol. [https://www.youtube.com/watch?v=T9\\_yNGiC618](https://www.youtube.com/watch?v=T9_yNGiC618)
- García, M. (2011). El vídeo como herramienta de investigación. Una propuesta metodológica para la formación de profesionales en Comunicación. *Revista Enlaces*, 13.
- Gaviria, A. (2016). *Rueda de prensa sobre reunión de Minsalud con madres de Carmen de Bolívar*. MinSaludCol. <https://www.youtube.com/watch?v=VYOyOmbllcE>
- Henríquez-Mendoza, G. M. (2020). El "evento de El Carmen de Bolívar" en la vacunación contra VPH en Colombia. ¿Causa o desenlace? *Revista de Salud Pública*, 22(4). <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n4.84173>
- Hviid, A., Thorsen, N., Valentine-Branth, P., Frisch, M., y Mølbak, K. (2020). Association between quadrivalent human papillomavirus vaccination and selected syndromes with autonomic dysfunction in Danish females: population based, self-controlled, case series analysis. *BMJ*, 370. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2930>
- Idrovo, Á., Pinilla-Monsalve, G., y Manrique-Hernández, E. (2019). Mass psychogenic illness following HPV

- immunization in Carmen de Bolívar, Colombia (2014): more uncertainty is required. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(5). <https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1577676>
- Instituto Nacional de Salud. (2015). *Brote de evento de etiología desconocida en el municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014. Informe Ejecutivo (Ene 16 2015)*. <https://bit.ly/3JUvbYg>
- Laurell, A. C. (1986). El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 37, 3–18. <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n37a138.pdf>
- Maldonado-Castañeda, O. J. (2015). *Making evidence, making legitimacy: The introduction of HPV (Human Papillomavirus) vaccines in Colombia*. University of Lancaster.
- Martínez-Pérez, A. (2008). *La antropología visual*. Síntesis.
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, 1-25. <https://doi.org/10.18294/SC.2020.2615>
- Mezza, M. (2019). *What do epidemiologists do? Investigating a controversial symptomatology in Colombia* [University of Amsterdam]. <https://bit.ly/3Dr4Y16>
- y Blume, S. (2021). Turning suffering into side effects: Responses to HPV vaccination in Colombia. *Social Science & Medicine*, 282. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114135>
- Olivero, J. (2018). *Informe VPH mayo 3 2018*. ODDC Org. [https://www.youtube.com/watch?v=ZRg\\_v6eZLsk&t=2809s](https://www.youtube.com/watch?v=ZRg_v6eZLsk&t=2809s)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2014). *Perfil productivo municipio El Carmen de Bolívar. Insumo para el diseño de estrategias de inclusión sociolaboral de la población víctima del conflicto*. [https://issuu.com/pnudcol/docs/perfil\\_productivo\\_municipal\\_de\\_el\\_c](https://issuu.com/pnudcol/docs/perfil_productivo_municipal_de_el_c)
- Pulgarín-Suárez, S. M. (2020). *La vacunación contra el virus del papiloma humano en Colombia: prácticas y discursos de una tecnología de género*. <https://doi.org/doi.org/10.11144/javeriana.9789587815771>
- Roldán, D. (26 de agosto de 2018). Nubia Muñoz: «Es una gran tragedia que haya médicos antivacunas». *burgosconecta.es*. <https://bit.ly/3iR63Wz>
- Shapiro, G., Surian, D., Dunn, A., Perry, R., y Kelaher, M. (2017). Comparing Human Papillomavirus Vaccine concerns on Twitter: a cross-sectional study of users in Australia, Canada and the UK. *BMJ Open*, 7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016869>
- Silva-Batatina, M. (2017). El transitar en la investigación narrativa y su empleo en la construcción de teoría. *Revista de Investigación*, 91(41), 124–142. <https://www.redalyc.org/pdf/3761/376156277008.pdf>
- Silva, S. (15 de diciembre de 2021). ¿Quién salvará la vacunación contra el VPH en Colombia? *elespectador.com*. <https://bit.ly/3wTtBm0>
- Simas, C., Muñoz, N., Arregoces, L., y Larson, H. J. (2019). HPV vaccine confidence and cases of mass psychogenic illness following immunization in Carmen de Bolívar, Colombia. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 15(2019). <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1511667>
- Téllez-Pedroza, M. (2018). *The controversy over the use of HPV vaccine in Colombia, centered on the “adverse vaccine reactions/mass hysteria” event in El Carmen de Bolívar, 2014* [Universidad Nacional de Colombia]. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/63740>
- Vélez-Fernández, A. (2015). *El lugar de la vacunación en la memoria de los Montes de María: el caso del Carmen de Bolívar* [Universidad de los Andes]. <http://hdl.handle.net/1992/13460>
- Vorstes, A., Bosch, F. X., Bonanni, P., Franco, E. L., Baay, M., Simas, C., Waheed, D., Castro, C., Murillo, R., Trujillo, L., Wiesner, C., y Muñoz, N. (2020). Prevention and control of HPV infection and HPV-related cancers in Colombia- a meeting report. *BMS Proceedings*, 14(8). <https://doi.org/10.1186/s12919-020-00192-2>
- Walboomers, J. M. M., Jacobs, M. V., Manos, M., Bosch, F. X., Kummer, J. A., Shah, K. V., Snijders, P. J. F., Peto, J., Meijer, C. J. L. M., y Muñoz, N. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *The Journal of Pathology*, 189(1), 12-19. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1096-9896\(199909\)189:1<12::AID-PATH431>3.0.CO;2-F](https://doi.org/10.1002/(SICI)1096-9896(199909)189:1<12::AID-PATH431>3.0.CO;2-F)
- World Health Organisation-WHO. (2019). *Immunization stress-related response. A manual for program managers and health professionals to prevent, identify and respond to stressrelated responses following immunization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330277>
- (2016). *HPV Vaccine Communication. Special considerations for a unique vaccine 2016 update*. <https://www.who.int/publications/i/item/10665250279>

### **Breve CV de los autores/as**

Adolfo Baltar-Moreno es Doctor en Ciencias de la Información por la Universidad Complutense de Madrid. En la actualidad es profesor asociado del Programa de Comunicación Social y director del Grupo de Investigación en Estudios Sociales y Humanísticos-GESH de la Universidad Tecnológica de Bolívar (Cartagena de Indias, Colombia). Sus líneas de investigación están centradas en la comunicación institucional, la comunicación política, y la investigación audiovisual.

Cielo Patricia Puello-Sarabia es magíster en Estudios de la Cultura por la Universidad Andina Simón Bolívar-sede Ecuador y profesora asistente de la Coordinación de Humanidades e investigadora adscrita al Grupo de Estudios Sociales y Humanísticos-GESH de la Universidad Tecnológica de Bolívar (Cartagena de Indias, Colombia). Sus líneas de investigación atienen al lenguaje, representaciones e identidad, a la literatura del Caribe colombiano, y al análisis crítico del discurso.

### **Declaración de autoría CRediT**

Conceptualización: A.B.M., C.P.P.S.; Metodología: A.B.M., C.P.P.S.; Investigación: A.B.M.; Redacción (borrador original): A.B.M., C.P.P.S.; Redacción (revisión y edición): A.B.M., C.P.P.S.

# Las histerectomías coercitivas en la India: marco de análisis y pautas para la intervención

## *Coercive hysterectomies in India: framework of analysis and guidelines for intervention*

María Alejandra Martínez Gandolfi

 <https://orcid.org/0000-0002-4271-2773>

Sanidad Castilla y León (SACyL), España  
marmartinez@saludcastillayleon.es

Javier Rodríguez Mir

 <https://orcid.org/0000-0002-3834-9510>

Universidad Autónoma de Madrid, España  
javier.rodriguez@uam.es

Recibido: 27-11-2021  
Aceptado: 10-01-2022



---

### Resumen

La histerectomía en la India ha generado sospechas por su aumento inusual en mujeres jóvenes, analfabetas y pobres de zonas rurales. El objetivo del trabajo es analizar la relación entre violencia obstétrica, explotación laboral agrícola, prácticas médicas no éticas y tabúes relativos al útero y la menstruación. La metodología estuvo basada en una revisión bibliográfica sistemática mediante motores de búsquedas académicos que posibilitaron localizar las publicaciones más actuales y significativas sobre la problemática tratada. Los resultados indican que la práctica de la histerectomía está normalizada en la India y que resulta funcional al sistema capitalista, al sistema sanitario y a las pacientes para conseguir o conservar el empleo. Se concluye con la necesidad de activar auditorías médicas, destinar esfuerzos para lograr una mayor transparencia de los servicios sanitarios y centrar la atención sanitaria en una perspectiva de derechos humanos, con un enfoque de género que, especialmente empodere a las mujeres de bajo recursos para tomar decisiones que afectan a su propio cuerpo.

**Palabras clave:** ética, género, ginecología, histerectomía, salud reproductiva.

---

### Abstract

Hysterectomy in India has raised suspicions for its unusual increase in young, illiterate and poor rural women. The objective of the work is to analyze the relationship between obstetric violence, agricultural labor exploitation, unethical medical practices and taboos related to the uterus and menstruation. The methodology was based on a systematic bibliographic review using academic search engines that made it possible to locate the most current and significant publications on the problem addressed. The results indicate that the practice of hysterectomy is standardized in India and that it is functional to the capitalist system, the health system, and the patients to get or keep employment. It concludes with the need to activate medical audits, allocate efforts to achieve greater transparency of health services and focus health care on a human rights perspective, with a gender approach that, especially empowers low-income women to take decisions that affect your own body.

**Keywords:** ethics, gender, gynecology, hysterectomy, reproductive health.

---

### Sumario

1. Introducción | 2. Metodología | 2.1. Revisión sistemática de la literatura | 2.2. Criterios de inclusión y exclusión | 3. Resultados | 3.1. El sistema capitalista: poder, corporalidades y economía de mercado | 3.2. El sistema de creencias: convicciones que respaldan la extirpación del útero | 3.3. El sistema sanitario: precariedad, complicaciones médicas y prácticas no éticas | 4. Conclusiones | Referencias bibliográficas

---

### Cómo citar este artículo

Martínez Gandolfi, M. A. y Rodríguez Mir, J. (2022): "Las histerectomías coercitivas en la India: marco de análisis y pautas para la intervención", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 10 (1): 74-87. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.510>

---

## 1. Introducción

El presente trabajo se enmarca en el estudio e intervención frente a la violencia sistémica que se ejerce contra las mujeres, especialmente jóvenes, pobres y vulnerables, en el ámbito de la atención sanitaria en la India, lo que implica una clara vulneración de los derechos humanos. Entendemos que al igual que hemos hecho con las investigaciones que desarrollamos sobre violencia obstétrica en España en la que trascendimos el análisis crítico del fenómeno abordado para realizar propuestas de intervención con el fin de mejorar la calidad de la atención sanitaria, en el caso concreto de las histerectomías coercitivas en la India continuaremos en la misma línea con propuestas y marcos de actuaciones para intentar, en la medida de lo posible, mejorar la situación analizada.

Nos situamos ante el desarrollo de una violencia gineco-obstétrica inserta en el núcleo de una sociedad patriarcal donde entran en juego distintos actores sociales (pacientes, familiares, personal sanitario, contratistas, empresarios...) con intereses diversos que hacen que estas prácticas sean normalizadas y en especial que sean funcionales al sistema capitalista (hospitales privados, agricultura, empresarios, etc.). En este sentido, el trabajo se sitúa en un contexto más amplio que considera a la violencia obstétrica como una discriminación de género y una clara vulneración de los derechos humanos que implica prácticas y conductas realizadas por profesionales sanitarios a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, en el ámbito de la sanidad pública o privada, que por acción u omisión se perciben y sufren como violentas (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2021a). La práctica de la violencia obstétrica constituye un problema de salud pública global reconocido ya por la OMS desde 2014.

La violencia obstétrica como concepto y objeto de estudio ha surgido en los últimos años con mucha intensidad y ha posibilitado visibilizar estas prácticas en toda la sociedad. Esto ha generado acalorados debates en diferentes países y en algunos se ha llegado incluso a establecer leyes específicas para tratar estas prácticas, como son los casos de Venezuela en 2007, Argentina en 2009 y México en 2014. En España ha surgido con fuerza un activismo que ha puesto la violencia obstétrica en el centro de los debates que ha causado malestar entre los colectivos médicos, en particular en la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y en el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). Así, España atravesó un proceso que transitó desde la invisibilización de la violencia obstétrica, a la visibilización y posterior negación por parte de algunas asociaciones médicas (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2021b).

Ahora bien, es preciso indicar que si bien el hecho de que recientemente se haya detectado la problemática y su reconocimiento esté al orden del día, estas prácticas tienen una profundidad temporal amplia que se podría vincular al surgimiento del modelo médico hegemónico que, desde finales del siglo XIX, se encuentra en constante expansión y que lo ha llevado a convertirse en el modelo biomédico dominante que todos conocemos (Menéndez, 2020). Asimismo, entendemos que es imprescindible ampliar el concepto de violencia obstétrica y que no quede limitado al embarazo, parto y puerperio. Sin lugar a duda, la violencia obstétrica se despliega cuando las mujeres atraviesan por estos estados, pero consideramos que es necesario tener una visión más amplia del fenómeno y que no deberíamos olvidar otras prácticas gineco-obstétricas que se extienden por todo el mundo, tales como las esterilizaciones forzadas.

Además, una muestra de que el concepto de violencia obstétrica se torna insuficiente es que debería trascender el ámbito de la medicina y la atención de la salud e incluir las prácticas sociales y culturales que impactan en la salud femenina como pueden ser las mutilaciones genitales femeninas. Por lo tanto, desde una perspectiva antropológica entendemos que este concepto debería incluir también a las creencias y rituales de diversas poblaciones que desempeñan un papel fundamental a la hora de influir en la salud y las corporalidades femeninas. Su reconceptualización nos posibilita advertir diferentes violencias obstétricas ejercidas en diferentes países y que han sido funcionales a diversos intereses políticos y a distintas clases sociales asociadas al poder estatal. Por citar solo algunos ejemplos, en Estados Unidos —y orientados por teorías eugenésicas— practicaron esterilizaciones forzadas, prácticas que se realizaron sin ningún tipo de consentimiento debido a acciones coercitivas o bien a la incapacidad mental por la que atravesaban las víctimas.

Estas esterilizaciones coercitivas se practicaron al menos desde 1907 con la promulgación de la primera ley de esterilización eugenésica en Indiana. En la década de los 30 su práctica se sustentaba en la defensa de las mujeres vulnerables ante embarazos no deseados. Se estima que para 1941 las esterilizaciones forzadas habían alcanzado al menos a 38.087 ciudadanos (Kluchin, 2021) y para fines de la Segunda Guerra Mundial a 60.000 personas (Reilly, 2015). No obstante, es complicado conocer la cantidad exacta ya que no todas se registraron de manera oficial (Kluchin, 2021). Stern (2006) demuestra que a finales de los 60 los médicos del Hospital del Condado de Los Ángeles realizaron ligaduras de trompas no consensuadas a pacientes mexicanas-americanas tras sus partos con el fin de controlar grupos minoritarios vulnerables. Aunque pueda parecer que en la actualidad estas políticas de biopoder han desaparecido en el país, lamentablemente continúan vigentes. Recientemente en una prisión privada que alberga inmigrantes detenidos —más concretamente en el Centro de Detención del Condado de Irwin (ICDC) en Georgia— se denunció la presencia de una elevada tasa de histerectomías coercitivas masivas a mujeres que no hablaban inglés y que fueron mal informadas, sin prestar su consentimiento pleno e informado (Aristegui Noticias, 2020).

Otro caso notable lo encontramos en Perú ya que entre 1996 y 2001 se esterilizaron de forma masiva a 272.028 mujeres (la mayoría de ellas de zonas rurales y de muy bajos recursos) y a 22.004 varones (Ballón Gutiérrez, 2014a). En esta ocasión, el entonces presidente Fujimori inauguró unas políticas públicas bajo el *Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar* guiado bajo presupuestos de economía política que puso por delante al desarrollo económico, vulnerando los derechos humanos. El presupuesto básico partía de la hipótesis de que una reducción de la población incrementaría el producto bruto interno per cápita. En este sentido, las masivas esterilizaciones quirúrgicas tuvieron un papel decisivo en el plan implementado y las corporalidades femeninas fueron instrumentalizadas en un ejercicio de poder (Ballón Gutiérrez, 2014a, 2014b).

Las políticas públicas estuvieron dirigidas desde un poder ocupado por criollos y mestizos masculinos preocupados por controlar e instrumentalizar el cuerpo femenino. Con el tiempo salieron a la luz los modos coercitivos de esterilizaciones forzadas, especialmente a mujeres con un perfil de campesina pobre, analfabeta y hablante de quechua sin conocimiento de castellano. A estas mujeres no se le informaron de las intervenciones quirúrgicas que se le practicarían, efectos adversos, riesgos, consecuencias o implicaciones. El programa fracasó estrepitosamente desde todas las perspectivas, incluso como bien señala Ballón Gutiérrez (2014b) hasta desde el punto de vista económico ya que las mujeres por las consecuencias postoperatorias se vieron obligadas a abandonar las labores agrícolas o a dejar de trabajar, quedando al cuidado de sus hijos con una alta dependencia económicamente de sus maridos. En este caso se destaca el papel que tuvo las nuevas tecnologías que facilitaron la participación del conocimiento, la visibilización de los hechos y el compromiso con las víctimas que sufrieron esterilizaciones forzadas. Un ejemplo paradigmático es el proyecto Quipu que se constituyó en una herramienta interactiva en el cual permitió registrar narraciones e historias contadas de primera mano (Brown y Tucker, 2018).

En la actualidad las esterilizaciones forzadas se siguen practicando en todo el mundo. Como veremos más adelante, las histerectomías coercitivas en la India tienen en común con los casos expuestos en que se tratan de mujeres vulnerables, muchas de ellas campesinas, que no comprenden el idioma oficial, marcadas por sistemas patriarcales de poder que someten a las mujeres desde una perspectiva que se orienta a la instrumentalización económica-política de las corporalidades femeninas. Por lo tanto, entendiendo el concepto de violencia obstétrica de forma más amplia que no solo limita exclusivamente al embarazo, parto y puerperio, sino que también es posible comprender los fenómenos de esterilizaciones forzadas como otras formas de violencia obstétrica, podemos definir a las histerectomías coercitivas como esterilizaciones quirúrgicas femeninas involuntarias, practicadas sin consentimiento previo informado, con el objetivo principal de ejercer y mantener la supremacía y el control sobre la población femenina en un sistema patriarcal y cuyas diversas justificaciones van desde el logro de objetivos económicos hasta la mejora de la salud pública, pasando por doctrinas racistas que incluyen la mejora de la constitución genética de la población. Por lo general, se aplican a colectivos minoritarios femeninos vulnerables e indefensos desde poderosos grupos hegemónicos que despliegan biopolíticas caracterizadas por una violencia estructural, institucional y sistemática. Estas prácticas discriminatorias se basan en estereotipos fundados en el género, la raza y la etnia, entre otras variables.

El abordaje de la violencia obstétrica, y en concreto la práctica de la histerectomía<sup>1</sup> en la India ha surgido en los últimos años como una problemática central en las políticas públicas sanitarias debido a que varios medios de comunicación destacaron un notable aumento de mujeres jóvenes con extirpación de útero, como es el caso del periódico *Business Line* de la India. Estas pacientes correspondían principalmente a familias de bajos ingresos (Desai *et al.*, 2011; Mamidi y Pulla, 2013; McGivering, 2013) y de áreas rurales (Singh *et al.*, 2020).

Las zonas rurales de la India mantienen una mayor prevalencia<sup>2</sup> de histerectomía en el sector privado que en las zonas urbanas (Singh y Govil, 2021). Esto se podría asociar a la falta de auditorías y controles sanitarios en el ámbito rural indio sumado al interés de los sectores privado por lucrarse por vía de la salud femenina. Esta ausencia de auditorías ya fue denunciada por activistas y redes sociales que exigen que todas las histerectomías realizadas en hospitales privados (en el Distrito de Beed) de los últimos tres años estén sujetas a una auditoría clínica (Chatterjee, 2019). Además, hay que destacar que estas cirugías se encuentran normalizadas en todo el país y la histerectomía a nivel mundial se presenta como la segunda intervención más frecuente en mujeres, después de las cesáreas (Acharya, 2017, Desai *et al.*, 2017, Jindal *et al.*, 2021). Por tanto, nos situamos ante un fenómeno extremadamente complejo en el que una intervención médica es normalizada por toda la sociedad india, incluido el personal sanitario, y de la cual se obtiene beneficio económico mediante procesos sistemáticos que violan los derechos humanos y degradan a las mujeres.

En la India las mujeres no suelen adoptar decisiones importantes en aspectos vinculados a la salud. Los miembros de la familia tienen un papel fundamental ya que determinan si la salud femenina es merecedora de un tratamiento médico. No se puede obviar el rol del marido en cuanto a decisiones vinculadas al uso de anticonceptivos y gastos de atención de la salud ya que la mujer no suele tener poder de decisión (Barua y Kur, 2001). Así, los factores individuales, familiares, socioeconómicos y del sistema de salud se combinan para condicionar una decisión tan importante que afecta a la salud de las mujeres (Desai, 2016). En la actualidad, la participación de las pacientes en la toma de decisiones sobre el tratamiento es fomentada por las organizaciones gubernamentales, los profesionales de la salud y los proveedores de atención médica (Jindal *et al.*, 2021). Estudios en Estados Unidos y Reino Unido sugieren que muchas pacientes están desinformadas de cirugías ginecológicas y sin apoyo de los profesionales de la salud y los proveedores de atención médica (Skea *et al.*, 2004) lo que indica que el acceso limitado a la información no es exclusivo de la India.

Las histerectomías coercitivas suponen una flagrante violación de los derechos humanos de las mujeres en general y, en particular, de los derechos de salud sexual y reproductiva. En concreto se produce la violación del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el que se indica que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales (Mamidi y Pulla, 2013). El hecho de que la mayor parte de las extirpaciones de útero se practiquen a mujeres en edad reproductiva temprana o media preocupa porque conduciría a una menopausia y envejecimiento precoz con trastornos psicosociales, aumento del riesgo cardiovascular, osteoporosis (Acharya, 2017, Desai *et al.*, 2019) y un mayor riesgo de diabetes (Halli *et al.*, 2020a).

Los adolescentes representan casi una cuarta parte de la población india y sus necesidades de salud reproductiva son poco conocidas y mal atendidas. En esta franja etaria en concreto se detecta falta de atención en la salud reproductiva (Jeebhoy, 1998). Algunos estudios en 2019 señalan una urgente necesidad de garantizar opciones de tratamiento para las complicaciones ginecológicas y para abordar la problemática de la histerectomía entre mujeres jóvenes (Desai *et al.*, 2019). Cabe destacar que las histerectomías coercitivas han sido denunciadas por un profesional médico, Narendra Gupta, quien investigó e informó sobre malas prácticas en Rajasthan, Bihar y Chhattisgarh. Gupta presentó una petición ante el Tribunal Supremo de la India en 2013, con el apoyo de la Red de Derecho de los Derechos Humanos, buscando una compensación para las mujeres que habían sido sometidas a la cirugía de forma coercitiva (Chatterjee, 2019).

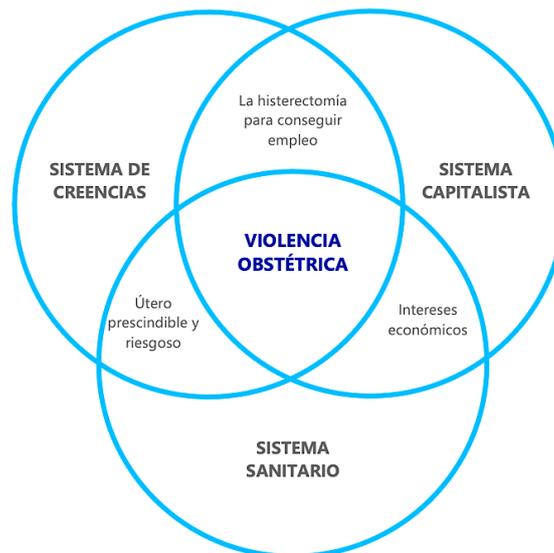
---

<sup>1</sup> La histerectomía es una cirugía destinada a extirpar el útero de forma total o parcial. En estas operaciones también es posible extirpar los ovarios y las trompas de Falopio. Una mujer histerectomizada no podrá quedar embarazada.

<sup>2</sup> Proporción de personas que sufren una enfermedad con respecto al total de la población en estudio.

La problemática de la violencia obstétrica en la India se encuentra atravesada por tres sistemas: a) el sistema cultural y de creencias; b) el sistema capitalista y, c) el sistema sanitario. La intersección entre el sistema capitalista y el sistema de creencias (de empresarios y de mujeres trabajadoras) hace que entiendan a la menstruación como impura y que a las mujeres no les sea posible trabajar mientras menstrúan. Esto conduce a lo que la sociedad entiende como la única solución: la extirpación del útero. La convergencia entre el sistema de creencias culturales (de las pacientes, familiares y médicos) y el sistema sanitario lleva a concebir al útero como un órgano prescindible luego de la maternidad que se torna peligroso en tanto existen posibilidades de contraer cáncer uterino. Finalmente, encontramos una plena coincidencia entre el sistema capitalista y el sistema sanitario (especialmente en clínicas privadas) que se mueven atraídos por el lucro y la ganancia. A los empresarios las mujeres hysterectomizadas les garantiza que sus trabajadoras no quedarán embarazadas y que seguirán desarrollando tareas en la cadena productiva, mientras que las clínicas privadas ingresan ingentes beneficios producto de las intervenciones quirúrgicas. A los profesionales sanitarios las intervenciones masivas representan una excelente posibilidad para incrementar sus ingresos y adquirir habilidades quirúrgicas (Figura 1).

Figura 1. Interacción entre los sistemas de creencias, capitalista y sanitario en la India



Fuente: Elaboración propia.

## 2. Metodología

### 2.1. Revisión sistemática de la literatura

Las revisiones sistemáticas de la literatura constituyen aportes científicos invaluable que posibilitan integrar la información existente de modo eficiente y nos brinda herramientas a la hora de la toma de decisiones (Mulrow, 1994). En este caso, la estrategia de búsqueda que se sostuvo en tres bases de datos: PubMed, ScienceDirect y Google Académico, tal y como muestra la Tabla 1. En cuanto a los criterios de búsqueda se realizaron sobre la base de dos descriptores ("Hysterectomy" AND "India")<sup>3</sup>. Se dio prioridad a los artículos escritos en los últimos diez años.

<sup>3</sup> Las palabras clave se pusieron en inglés ya que los motores de búsqueda no arrojaron resultados positivos cuando se introdujeron las variables en castellano, lo que pone en evidencia el amplio desconocimiento y la ausencia de la temática planteada en revistas científicas publicadas en español.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda

Bases de datos	Términos booleanos	Resultados
	(hysterectomy) AND (India) ("hysterectomy"[MeSH Terms] OR "hysterectomy"[All Fields] OR "hysterectomies"[All Fields]) AND ("india"[MeSH Terms] OR "india"[All Fields] OR "india s"[All Fields] OR "indias"[All Fields])	1.111
	(hysterectomy) AND (India) Filters: in the last 10 years ("hysterectomy"[MeSH Terms] OR "hysterectomy"[All Fields] OR "hysterectomies"[All Fields]) AND ("india"[MeSH Terms] OR "india"[All Fields] OR "india s"[All Fields] OR "indias"[All Fields])) AND (y_10[Filter])	691
PUBMED	(hysterectomy) AND (India) Filters: in the last 5 years ("hysterectomy"[MeSH Terms] OR "hysterectomy"[All Fields] OR "hysterectomies"[All Fields]) AND ("india"[MeSH Terms] OR "india"[All Fields] OR "india s"[All Fields] OR "indias"[All Fields])) AND (y_5[Filter])	315
	(hysterectomy) AND (India) Filters: in the last 1 year ("hysterectomy"[MeSH Terms] OR "hysterectomy"[All Fields] OR "hysterectomies"[All Fields]) AND ("india"[MeSH Terms] OR "india"[All Fields] OR "india s"[All Fields] OR "indias"[All Fields])) AND (y_1[Filter])	78
	(hysterectomy[Title]) AND (India[Title]) Filters: in the last 10 years. ("hysterectomy"[Title] AND "India"[Title]) AND (y_10[Filter])	18
SCIENCE DIRECT	Quick search form field. Find articles with these terms (hysterectomy) AND (India).	16
	Quick search form field. Find articles with these terms (hysterectomy) AND (India).	34.500
GOOGLE SCHOLAR	Quick search form field. Find articles with these terms (hysterectomy) AND (India). Filters: in the last 10 years	16.400
	Quick search form field. Find articles with these terms (hysterectomy) AND (India). Filters: in the last 1 year	3.240

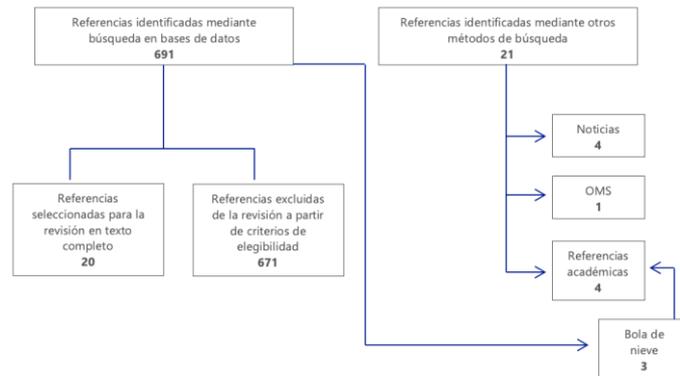
Fuente: Elaboración propia.

## 2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión inicial en la revisión de títulos y resúmenes fueron, básicamente, que los artículos hayan sido publicados en revistas de revisión por pares y disponibles en texto completo. Una vez seleccionados los materiales del estudio se aplicó una estrategia derivada del principio denominado 'bola de nieve'. La revisión de aquellas referencias bibliográficas incluidas en los artículos seleccionados permitió identificar otros trabajos científicos significativos a pesar de superar la profundidad temporal establecida, así como completar la información con importantes materiales que se publicaron en reconocidos y prestigiosos medios de comunicación. En este sentido, la investigación hemerográfica estuvo en gran parte guiada por los autores de referencia, especialmente cuando hicieron énfasis en los movimientos activistas. Esta revisión ha sido fundamental, especialmente para arrojar luz a las interacciones que se establecen entre las histerectomías coercitivas y los intereses económicos presentes en la India.

Como se ha señalado, cabe recordar la importancia de los medios de comunicación en este tema ya que a través de ellos se logró dar visibilidad a esta problemática, tanto a nivel nacional como internacional. Adicionalmente se utilizó el sitio web de la OMS por ser un sitio empleado por la mayoría de las agencias humanitarias y que posee una importancia relevante cuando se trata de problemáticas que asocian la violencia y la salud, como es el caso de la violencia obstétrica. Posteriormente, se procedió a la eliminación de referencias duplicadas y se tamizaron por revisión de título y resumen. Luego se comprobaron los criterios de elegibilidad en tanto la revista debía cumplir los requisitos de revisión por pares, disponibilidad de texto completo y que los trabajos den prioridad a las investigaciones en salud orientadas hacia aspectos sociales y culturales. Los criterios de cribado excluyeron: 1) los trabajos médicos dedicados a aspectos quirúrgicos y a patologías gineco-obstétricas con un enfoque orientado hacia cuestiones biomédicas que no incidían en las variables sociales y culturales de la problemática abordada; 2) textos que no presentaron información adicional y 3) textos completos no disponibles (Figura 2).

Figura 2. Proceso de selección de artículos



Fuente: Elaboración propia.

Las referencias incluidas publicadas en los últimos diez años fueron veinte en total. La mayoría (15) son artículos de investigación, seguidos de dos informes, dos editoriales y una carta al editor. Los artículos se publicaron en Reino Unido (10), India (6) y EE. UU. (4) (Tabla 2).

Tabla 2. Estrategia de búsqueda

Autor	Año	Título	País	Tipo de documento
Acharya	2017	Womb, womanhood and medical ethics: Concern about rising hysterectomy cases in India	EE. UU.	Carta al editor
Chatterjee	2019	Hysterectomies in Beed district raise questions for India	U. K.	Informe
Chaudhuri	2013	Women's groups and fertility experts campaign to reduce prevalence of hysterectomy in India	U. K.	Informe
Desai	2016	Pragmatic prevention, permanent solution: Women's experiences with hysterectomy in rural India	U. K.	Artículo de investigación
Desai et al	2017	Incidence and determinants of hysterectomy in a low-income setting in Gujarat, India	U. K.	Artículo de investigación
Desai et al	2019	Patterns of hysterectomy in India: a national and state-level analysis of the Fourth National Family Health Survey (2015–2016).	U. K.	Artículo de investigación
Desai et al	2011	Prevalence of hysterectomy among rural and urban women with and without health insurance in Gujarat, India	U. K.	Artículo de investigación
Halli et al	2020	Increased blood glucose level following hysterectomy among reproductive women in India	U. K.	Artículo de investigación
Halli et al	2020	Increased hypertension following hysterectomy among reproductive women in India.	EE. UU.	Artículo de investigación
Jain	2017	Perceptions of Indian women on hysterectomy	India	Artículo de investigación
Jindal et al	2021	Study on awareness, perceptions, experiences in decision process of hysterectomy in women presenting to Goa Medical College.	India	Artículo de investigación
Khadilkar	2020	Does Saving Uterus Save Ovaries?	India	Editorial
Mamidi	2013	Hysterectomies and Violation of Human Rights: Case Study from India.	EE. UU.	Artículo de investigación
Prusty et al	2018	Predictors of hysterectomy among married women 15–49 years in India.	U. K.	Artículo de investigación
Pulla	2018	Unwanted Hysterectomies in India: Paid by Public Insurance Schemes.	India	Editorial
Sardeshpande	2014	Why do young women accept hysterectomy? Findings from a study in Maharashtra, India	India	Artículo de investigación
Shekhar et al	2019	Prevalence, sociodemographic determinants and self-reported reasons for hysterectomy in India.	U. K.	Artículo de investigación
Singh	2021	Hysterectomy in India: Spatial and multilevel analysis	U. K.	Artículo de investigación
Singh et al	2020	Major correlates and socioeconomic inequalities in hysterectomy among ever-married women in India	India	Artículo de investigación
Skea et al	2004	Women's perceptions of decision-making about hysterectomy	EE. UU.	Artículo de investigación

Fuente: Elaboración propia.

### 3. Resultados

#### 3.1. El sistema capitalista: poder, corporalidades y economía de mercado

Como ya hemos subrayado, el marcado incremento de histerectomías en mujeres jóvenes ha levantado sospechas generalizadas sobre el uso inadecuado de estos procedimientos (Prusty *et al.*, 2018). Los activistas señalan que se tratan de cirugías innecesarias realizadas por médicos privados inescrupulosos con el objetivo de lucrar atribuido a presiones para aumentar la productividad (EFE, 2019; McGivering, 2013; Shekhar *et al.*, 2019). Desde distintos medios de comunicación y asociaciones como *Makkam* que protege los derechos de las mujeres agricultoras denunciaron públicamente la relación entre el aumento de las histerectomías con la explotación laboral. Se acusa a los empresarios de fomentar e impulsar a las mujeres a realizar las histerectomías para que puedan trabajar sin molestias menstruales y evitar que queden embarazadas en las plantaciones. También se dispone de estudios llevados a cabo por ONGs como *Life Health Reinforcement Group* que demuestra que, en el caso de Andhra Pradesh, la tasa de histerectomías es elevada y sorprendentemente la edad media de las mujeres fue de 29 años que representa la franja etaria más baja a nivel mundial. De modo similar, una asociación de mujeres rurales autónomas (Association) realizó un estudio en Gujarat que revela que la mayoría de las mujeres con histerectomía tenían una edad promedio de 35 años (Chaudhuri, 2013). En el estado indio de Maharashtra, el segundo mayor productor de azúcar del país se registran demasiadas mujeres sin útero. En 2020, un periódico español ha publicado que las denominadas 'chicas del azúcar' serían objeto de violencia sistémica e institucional en tanto son mujeres invisibles, indefensas, empleadas de forma ilegal, sin seguro médico e ignoradas por la ley y los sindicatos (Zuccalá, 2020). Las histerectomías son prácticas habituales en este distrito y los contratistas para el corte de caña de azúcar no están dispuestos a contratar mujeres que menstrúan o que puedan quedar embarazadas para evitar ausencias laborales. Las mujeres que necesitan cuidar de su familia y ganarse la vida deben equilibrar sus opciones médicas con las responsabilidades sociales (Singh y Govil, 2021).

Un nuevo dato relevante es que el porcentaje de histerectomías realizado en mujeres en una franja etaria de 30 a 49 años fue significativamente más elevado en Andhra Pradesh (16%) con relación al promedio nacional de la India que fue del 6% (Shekhar *et al.*, 2019). La economía de Andhra Pradesh se sostiene en base a la agricultura de arroz, caña de azúcar, algodón y tabaco. Otro tanto ocurre en el estado de Telengana que limita al sureste y sur con Andhra Pradesh. Telengana presenta un 14% de mujeres histerectomizadas entre 30 a 49 años y coincidentemente presenta un sector económico muy importante con la agricultura de arroz, maíz, algodón y caña de azúcar. Ambos estados comparten aspectos sociodemográficos, culturales y prácticas de salud. Singh y Govil (2021) demostraron que a pesar de que la presencia de la histerectomía se extiende a lo largo de todo el país existen patrones espaciales y geográficos muy claros en los que se detecta una alta presencia de histerectomías en los distritos de Andhra Pradesh, Telangana, Bihar y Gujarat. En este sentido existe una relación directa entre el incremento de mujeres histerectomizadas con el hecho de conseguir o mantener los trabajos agrarios por parte de las mujeres y la preocupación de incrementar la productividad en el mercado agrícola por parte de los empresarios. Estas asociaciones no deben sorprendernos ya que, como bien señala Federici (2010), desde los inicios la explotación de mujeres tuvo una función central en el sistema capitalista en tanto se convirtieron en productoras y reproductoras de la fuerza laboral.

Asimismo, desde los estudios feministas se ha indicado reiteradamente la violencia sistémica de los medios de explotación para disciplinar y apoderarse del cuerpo femenino inscribiendo relaciones de poder e intentando controlar las funciones reproductivas femeninas. Se trata de una maquinaria represiva inscrita en las corporalidades femeninas y en la politización del cuerpo en donde las relaciones de poder se despliegan sobre el cuerpo femenino y las obligan a pasar por unas determinadas intervenciones médicas innecesarias para la preservación de la salud. La conquista del cuerpo femenino se transforma en una condición indispensable para la acumulación de riqueza. No es posible desvincular al capitalismo de las aproximaciones racistas y sexistas tendientes a producir cuerpos femeninos obedientes y dóciles. Estamos ante la utilización del cuerpo femenino como objeto y mercancía de las sociedades contemporáneas.

### 3.2. El sistema de creencias: convicciones que respaldan la extirpación del útero

El conocimiento académico sobre las histerectomías en India es limitado debido a la escasa información en encuestas nacionales representativas (Shekhar *et al.*, 2019). Desai *et al.* (2017) establecieron que, en Gujarat, la incidencia<sup>4</sup> y las causas de la histerectomía en pacientes de bajo ingreso que fue de 20,7 / 1.000 mujeres. Esta cifra es considerablemente más alta que la reportada por otros países a una edad reproductiva media de 36 años, con escasos recursos y al menos dos hijos (Desai *et al.*, 2017). Otros autores afirman que, si se convierte la prevalencia de mujeres histerectomizadas entre 30 a 49 años en números absolutos, la India probablemente sería el mayor país en el mundo (Shekhar *et al.*, 2019). Sin duda, los pocos estudios realizados se inclinan por entender que la India tiene una elevada cantidad de histerectomías en relación con otros países, e incluso al interior del país los porcentajes varían significativamente de acuerdo a si se trata de regiones rurales y agrícolas o bien a zonas urbanas industrializadas.

Los motivos de consulta al servicio de ginecología son por sangrados excesivos y prolongados, secreciones vaginales, flujo vaginal, inflamación de la pelvis y dolor de espalda. Todas estas dolencias se podrían tratar sin ningún tipo de intervención quirúrgica (Chaudhuri, 2013; Mamidi y Pulla, 2013; Pulla, 2018). Frecuentemente el servicio de ginecología ofrece como única alternativa terapéutica la extirpación del útero e induce a las pacientes mediante el temor a desarrollar cáncer de útero, ovarios y fibromas. Además, la cultura en la India define la menstruación como contaminante. El concepto de impureza en la India constituye un principio central y rector de clasificación jerárquica de castas, de género, de dominación económica, ritual, y de los hombres sobre las mujeres (Van den Bogaert, 2017, p. 11). Siguiendo a Tarducci (2001, p. 104) observamos que los mitos sobre las impurezas femeninas se encuentran muy extendidas en innumerables culturas de todo el mundo. Como indica Martínez Gandolfi (2021) "las mujeres durante la menstruación no podrán rezar y la purificación corporal será más rigurosa y detallada tras el final del sangrado menstrual con el fin de retomar con las oraciones" (p. 360). Desde una perspectiva de la antropología médica, la idea anterior asocia las creencias musulmanas sobre las corporalidades y sus fluidos (saliva, sangre menstrual, orina...) percibidos como una amenaza contaminante que son utilizados para realizar rituales de magia y brujería.

De acuerdo con Chaudhuri (2013) un número significativo de las jóvenes histerectomizadas se casaron entre los 13 y 16 años y fueron madres alrededor de los 20 años. La sociedad de la India que considera la menstruación impura, los empresarios que perciben de forma negativa a las mujeres con útero, las familias que impiden a la mujer realizar tareas domésticas mientras menstrúan, y el sistema sanitario que las aterroriza con la posibilidad de contraer cáncer de útero y ovarios, lleva a las mujeres a aceptar la histerectomía. En este contexto, la menstruación es causa de despido laboral entre las cortadoras de caña de azúcar. Las trabajadoras que se ausentan al trabajo por esta causa deberán cargar con una multa que representa el jornal diario. Y si las trabajadoras por no pagar la multa deciden desarrollar sus actividades laborales mientras menstrúan no son consideradas buenas trabajadoras (EFE, 2019). Está claro que, ante esta situación, un contexto de pobreza y desempleo estimulará las intervenciones de histerectomías innecesarias con el objetivo de conservar el trabajo y que no se realicen descuentos de su salario.

La suposición arraigada de que la histerectomía es el mejor tratamiento se debe a varios factores, entre ellos al miedo instigado por los profesionales médicos hacia las mujeres con discursos orientados a las probabilidades de contraer cáncer de útero (Chatterjee, 2019), a considerar una solución definitiva para sus problemas menstruales, a tabúes, a las deficiencias en la atención ginecológica, a las dificultades prácticas para convivir con problemas de salud reproductiva, al uso inadecuado de seguros y a la posible pérdida de empleo o las pocas oportunidades para obtenerlo (Singh y Govil, 2021). Un estudio realizado en Gujarat demostró que los ginecólogos prescribían cirugía en lugar de tratamientos alternativos porque se benefician económicamente del *Programa de Seguro de la Salud Nacional del Ministerio de Salud* destinado para las mujeres de hogar por debajo de la línea de pobreza (Chaudhuri, 2013).

Entre las causas para aceptar la histerectomía se encuentran el temor al cáncer, el fracaso al tratamiento médico y la percepción de la histerectomía como una solución definitiva, miedo a complicaciones con desenlace fatal, que los problemas de salud reproductiva interfieran con la capacidad de trabajo agrícola, el temor causado por los profesionales sanitarios al insinuar posibles complicaciones

---

<sup>4</sup> Incidencia: Es el número de casos nuevos de una enfermedad que se diagnostican en una población determinada en un período dado.

como el cáncer y el elevado costo de estas cirugías y la aceptación social de la histerectomía como el mejor tratamiento (Sardeshpande, 2014).

Tampoco debemos dejar de lado los estudios que reportan prácticas no éticas asociadas al sistema patriarcal, a la inferiorización de la mujer en la sociedad y a las creencias sociales que conducen a cirugías innecesarias. A pesar de que en la sociedad india el útero es un gran símbolo femenino que representa el estatus de la maternidad (Acharya, 2017), los profesionales sanitarios consideran al útero prescindible después de la maternidad lo que evidencia marcados prejuicios de género (Desai *et al.*, 2011, Desai, 2016).

Asimismo, existe una percepción generalizada de que el útero post reproductivo es prescindible y la falta de conocimiento sobre los efectos secundarios de la histerectomía y la extirpación de ovarios conducen a que la histerectomía se promueva como un tratamiento de primera o segunda línea para trastornos menstruales y ginecológicos que podrían tratarse con procedimientos menos invasivos (Desai *et al.*, 2017).

Los servicios de ginecología sugieren que la histerectomía es un tratamiento adecuado para las mujeres con escasos recursos porque 'no necesitan el útero' una vez que son madres y se extirpan los ovarios de forma rutinaria para prevenir futuros quistes (Desai, 2016). Entre las pacientes existe una creencia generalizada, inducida por el personal sanitario, de que el útero es un sitio de riesgo con lo cual la histerectomía se convierte simultáneamente en un tratamiento y en una medida preventiva. La histerectomía se entiende como un tratamiento normalizado que ofrece una solución permanente y definitiva para las dolencias ginecológicas, particularmente para las mujeres de bajos ingresos y de zonas rurales.

### 3.3. El sistema sanitario: precariedad, complicaciones médicas y prácticas no éticas

El contexto sanitario de las zonas rurales se caracteriza por clínicas y hospitales locales que disponen de servicios limitados en la prevención y diagnóstico de infecciones ginecológicas. Por lo general no se cuenta con servicio de microscopía, ni con la posibilidad de realizar tratamientos menos invasivos (por ejemplo, extirpación laparoscópica de quistes), ni con ecógrafos para detectar fibromas y quistes (Desai *et al.*, 2017). Esta situación es un factor que contribuye a extender la práctica innecesaria de la histerectomía, así como a favorecer su normalización. Un sistema sanitario con déficit de atención en ginecología configura a la histerectomía como una práctica de salud reproductiva socialmente aceptada, tanto por los profesionales sanitarios como por las pacientes, muchas de ellas analfabetas, que no cuestionan las indicaciones médicas.

La normalización de la histerectomía lleva a considerarla una intervención menor que resolverá de forma definitiva todos los problemas ginecológicos y que no comportará mayores complicaciones. Sin embargo, además de los efectos adversos que podría desencadenar hay que evaluar que se trata de una cirugía costosa para las familias rurales que en ocasiones deberán endeudarse para afrontar los gastos de la intervención (Mamidi y Pulla, 2013). Algunas de estas familias se han visto obligadas a vender su patrimonio. Por cada operación un médico cobrará alrededor de 12.500 rupias (125 euros aproximadamente), una suma significativa en las zonas rurales. En algunos Estados como Andhra Pradesh la suma puede ser tan alta como 60.000 rupias (700 euros aproximadamente) para una operación (Chaudhuri, 2013). Para tener una dimensión relativa de lo que representa estas cirugías hay que tener presente que el salario medio mensual en la India es de 402 euros y el salario medio de un agricultor ronda los 280 euros. Las clínicas privadas con tarifas excesivas y arbitrarias han convertido a la histerectomía en un gran negocio que deja a las víctimas endeudadas y con enfermedades derivadas de las intervenciones (Zuccalá, 2020). Este esfuerzo monetario que afrontan las víctimas es asumido por el miedo que tienen a perder sus empleos (EFE, 2019). El coste de la histerectomía podría conducir a las familias a asumir un gasto sanitario excesivo que los lleve a situaciones extremas de crisis económica. Las políticas públicas y las autoridades sanitarias deberían garantizar algún mecanismo de regulación y control cuando las mujeres realizan pagos a proveedores privados de salud (Shekhar *et al.*, 2019).

La extirpación del útero y de ambos ovarios perjudica el sistema hormonal femenino. Por ello es recomendable preservar, en la medida de lo posible, los ovarios sanos para evitar una menopausia precoz, osteoporosis, salud cardiovascular y urogenital. La extirpación de ovarios junto al útero se recomienda en pacientes que podrían desarrollar cáncer de ovario (Khadilkar, 2020). En este sentido sería conveniente diseñar bases de datos y sistemas que recojan información sobre la dinámica de estas intervenciones para comprender mejor el fenómeno (Prusty *et al.*, 2018).

Las mujeres que sufrieron la extirpación de útero y ovarios pueden desarrollar complicaciones a corto y a largo plazo. En el momento de la cirugía pueden ocasionarse hemorragias que pongan en peligro la vida de la paciente. A largo plazo se pueden presentar complicaciones asociadas a disfunción sexual, incontinencia urinaria, reducción de la función cardiovascular y/o de la densidad ósea y aparición repentina de la menopausia provocando un desequilibrio hormonal que requiere tratamiento a largo plazo (Pulla, 2018). Estudios realizados en el año 2020 indican que la hipertensión se relaciona con las mujeres histerectomizadas y se recomienda que los profesionales sanitarios, obstetras y ginecólogos lleven una vigilancia en mujeres histerectomizadas con el objeto de comprender mejor la correlación entre la histerectomía y la hipertensión (Halli *et al.*, 2020b). Otros problemas que se reportan son relativos al estrés emocional y problemas psicosociales ya que, al verse afectada la capacidad de reproducción, sumado a la estigmatización social y desvalorización personal podría afectar la salud mental con depresiones severas (Acharya, 2017).

Una cuestión significativa es la ausencia de ética en los procedimientos médicos en la salud reproductiva de las mujeres que están atravesadas por cuestiones de economía y marketing. Algunos estudios indican que en la India el sistema de salud está impregnado por la corrupción y por prácticas no éticas. Las pacientes y sus familiares quedarían afectados por la falsa información sobre la salud femenina proporcionada por hospitales y profesionales sanitarios (Acharya, 2017). Los estudios indican que las histerectomías indiscriminadas ocurren principalmente en hospitales privados interesados por el rédito económico. Estos centros hospitalarios inducen y someten a las mujeres más vulnerables a estas cirugías (Mamidi y Pulla, 2013).

En ocasiones la libertad de elección y el consentimiento pleno e informado sobre decisiones que afectan a la salud y la fertilidad no se respetan lo cual constituye una vulneración de los derechos humanos. Un ejemplo significativo es un ensayo clínico de 50 mujeres histerectomizadas en Nueva Delhi donde el 92% no sabía qué tipo de histerectomía se le había realizado o qué tratamiento alternativo estaba disponible. Estudios similares en zonas rurales de Andhra Pradesh indican que el 97% de los casos en sectores privados no informaron a las mujeres sobre los posibles efectos secundarios de la extirpación de útero y ovarios (Desai, 2016). El conocimiento de la histerectomía y de la extirpación de ovarios que tienen las pacientes rurales es muy bajo. En los estudios de Jain y Pansare (2017) la mayoría de las pacientes indias (89,6%) desconocían si en el abordaje se iba a realizar cirugía abdominal o vaginal, y el 93,8% desconocía si existía extirpación ovárica asociada y no mostraban preocupación.

Las mujeres con escasa alfabetización son más propensas a la histerectomía. El hecho de suministrar más información sobre las posibles secuelas de la intervención y conocer otras alternativas terapéuticas les permitirían a las pacientes rurales adoptar decisiones con mayor conocimiento (Prusty *et al.*, 2018). Otro ejemplo se encuentra en la investigación realizada por Jindal *et al.* (2021) a 149 mujeres histerectomizadas en la que el 87,6% estimó que una mínima información le hubiese sido de gran ayuda para disponer sobre su cuerpo. Más allá de la agencia de las mujeres en la determinación para decidir, prácticas no éticas son reportadas por Mamidi y Pulla (2013) donde mujeres rurales son engañadas para someterse a una histerectomía aprovechando el analfabetismo, la vulnerabilidad y la pobreza de la paciente. En estas histerectomías no deseadas en el distrito de Medak se destaca el papel de las compañías de seguro, el sesgo de género y la falta de conducta ética en la profesión médica. Se hace evidente que se deben realizar mayores esfuerzos tendientes a mejorar y fortalecer los procesos de toma de decisiones de las pacientes con una efectiva comunicación por parte del personal sanitario. La información preoperatoria ayudaría a reducir los síntomas después de las cirugías ginecológicas (Jindal *et al.*, 2021). Algunos autores han resaltado el impacto positivo de la información preoperatoria en las percepciones sobre la histerectomía. Las mujeres que se sometieron a una histerectomía con información preoperatoria quedaron más satisfechas con los resultados de la cirugía. También fue un factor significativo en el proceso de la toma de decisiones (Jain y Pansare, 2017; Jindal *et al.*, 2021).

La problemática se sitúa en una sociedad en la que convergen diferentes sistemas (sanitario, económico, político...) donde el valor de la vida queda subordinado a la productividad y al incremento incesante de ganancias. En este sentido, en el contexto capitalista la fuerza laboral se obtiene mediante la violencia y el control corporal femenino, con lo cual la violencia institucional se transforma en un mecanismo eficaz y perfectamente coordinado para proporcionar mano de obra a los empresarios.

#### 4. Conclusiones

Nos encontramos ante una situación extremadamente compleja en una sociedad caracterizada por un sistema patriarcal que otorga absoluta prioridad a las cadenas de producción agrícolas. En este contexto, se produce una flagrante violación de los derechos humanos en donde el sistema económico deja de estar al servicio de la sociedad para justamente, invertir la relación. Es decir, en este caso las mujeres quedan absolutamente subsumidas en el sistema capitalista imperante. La compulsiva opresión del sistema patriarcal y capitalista que recae sobre las mujeres que son explotadas laboralmente en las plantas agrícolas de caña de azúcar, arroz, maíz y algodón conduce a las masivas intervenciones de histerectomía cuyas motivaciones se encuentran, no ya en lo que se podría esperar que fuese la mejora de la salud, sino en el afán por el constante incremento de beneficios. El sistema patriarcal y capitalista ejerce un férreo control sobre la producción y reproducción. Las corporalidades femeninas son manipuladas para incrementar la rentabilidad de los empresarios y de los sistemas sanitarios. El perfil de las víctimas de este sistema son mujeres jóvenes, explotadas laboralmente, analfabetas, rurales, con bajos ingresos que no disponen de seguro médico. Estas características generan una indefensión en las víctimas que permanecen olvidadas y oprimidas por un sistema que vulnera los derechos reproductivos de las mujeres.

Para mejorar la situación actual y disminuir las histerectomías coercitivas es necesario abordar las deficiencias del sistema sanitario en salud reproductiva y empoderar a las mujeres. La población acude a los sistemas sanitarios depositando su confianza y reforzando la idea de que el personal médico le solucionará todos sus padecimientos, pero encuentran victimizadas por el sistema de creencias, el sistema capitalista y el sistema sanitario. Los avances médicos ofrecen constantes posibilidades y soluciones para afrontar problemas de salud y la histerectomía como tal puede salvar vidas, por ejemplo, ante cánceres de útero u ovarios. Sin embargo, la extirpación de útero también se usa para dominar a las mujeres vulnerables con el fin de colocarlas al servicio del sistema capitalista.

Es indispensable ubicar la atención médica en una perspectiva de derechos humanos, con un enfoque de género y empoderar a los sectores más vulnerables, como las mujeres de bajo recursos, para tomar decisiones que afectan a su propio cuerpo. Es fundamental mejorar los mecanismos de comunicación médico-paciente y que la paciente cuente con la mayor cantidad de información posible, basada en la evidencia científica, para que pueda adoptar la mejor decisión para su salud.

Por ello, es urgente que, desde las instituciones, organismos y asociaciones, se garantice y estimule la formación y el reciclaje de los profesionales sanitarios en temas de ética, de género basado en los derechos de las mujeres y una formación actualizada en salud sexual y reproductiva. Los profesionales sanitarios necesitan una constante capacitación y sensibilización de la problemática. Se hace evidente la necesidad de una agenda de salud para las mujeres en la India que resalte la urgente necesidad de mejora en la atención de los servicios ginecológicos. Las políticas públicas sanitarias deberían desarrollar programas y políticas basadas en la evidencia y mejorar el acceso a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, así como activar la vigilancia y las auditorías médicas para promover acciones de transparencia y calidad en el servicio sanitario. Este conjunto de medidas e intervenciones se orientarían a mejorar la salud reproductiva de las mujeres en la India.

#### Referencias bibliográficas

- Acharya, S. K. (2017). Womb, womanhood and medical ethics: Concern about rising hysterectomy cases in India, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 0, 1-2. <http://dx.doi.org/10.1136/jfprhc-2016-101649>
- Aristegui Noticias. (2020). *Esterilizaciones y otros abusos, sombras de los centros de detención de migrantes en EE.UU.* Redacción AN / MDS. Recuperado el 26 de diciembre de 2021, de: <https://bit.ly/3tRbsDo>
- Ballón Gutiérrez, A. (2014a). El caso peruano de esterilización forzada. Notas para una cartografía de la resistencia. *Aletheia*, 5(9).
- (2014b). *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*. Fondo Nacional de la Biblioteca Nacional del Perú.

- Barua, A. y Kur, K. (2001). Reproductive health-seeking by married adolescent girls in Maharashtra, India. *Reproductive Health Matters*, 9, 53-62. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(01\)90008-4](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(01)90008-4)
- Brown, M., y Tucker, K. (2018). Esterilizaciones forzadas, narrativa participativa y contramemoria digital en el Perú. *Conexión*, 7, 55-80.
- Chatterjee, P. (2019). Hysterectomies in Beed district raise questions for India. *The Lancet*, 394, 202. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31669-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31669-1)
- Chaudhuri, M. (2013). Women's groups and fertility experts campaign to reduce prevalence of hysterectomy in India. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7551>
- Desai, S. (2016). Pragmatic prevention, permanent solution: Women's experiences with hysterectomy in rural India. *Social Science & Medicine*, 151, 11-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.046>
- Desai, S., Campbell, O. M., Sinha, T., Mahal, A. y Cousens, S. (2017). Incidence and determinants of hysterectomy in a low-income setting in Gujarat, India. *Health Policy and Planning*, 32, 68-78. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw099>
- Desai, S., Shukla, A., Nambiar, D. y Ved, R. (2019). Patterns of hysterectomy in India: a national and state-level analysis of the Fourth National Family Health Survey (2015-2016). *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126, 72-80. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15858>
- Desai, S., Sinha, T. y Mahal, A. (2011). Prevalence of hysterectomy among rural and urban women without health insurance in Gujarat, India. *Reproductive Health Matters*, 19, 42-51. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)37553-2](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)37553-2)
- EFE. (2019). Cientos de mujeres se extirpan el útero para no perder su empleo en la India. *20 minutos*. Recuperado el 30 de diciembre de 2021 de: <https://www.20minutos.es/noticia/3679357/0/cientos-de-mujeres-se-extirpan-el-utero-para-no-perder-su-empleo-en-la-india/>
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de sueños.
- Halli, S. S., Prasad, J. B., y Biradar, R. A. (2020a). Increased blood glucose level following hysterectomy among reproductive women in India. *BMC Women's Health*, 20. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01075-6>
- , Singh, D. P. y Biradar, R. A. (2020b). Increased hypertension following hysterectomy among reproductive women in India. *American Journal of Preventive Cardiology*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2020.100131>
- Jain, S. y Pansare, S. S. (2017). Perceptions of Indian women on hysterectomy. *International Journal of Reproduction Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 6, 4646-4651. <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20174457>
- Jeejebhoy, S. J. (1998). Adolescent Sexual and Reproductive Behavior: A Review of the Evidence from India. *Social Sciences and Medicine*, 46, 1275-1290. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)10056-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)10056-9)
- Jindal, M., Naik, V. R., Sahasrabhojane, M., Cacodcar, J., Kulkarni, M. S. y, Naik, S. (2021). Study on awareness, perceptions, experiences in decision process of hysterectomy in women presenting to Goa Medical College. *International Journal of Reproduction Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 10, 1089-1094. <http://dx.doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20210740>
- Khadilkar, S. (2020). Does Saving Uterus Save Ovaries? *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 70, 99-102. <https://doi.org/10.1007/s13224-020-01308-6>
- Kluchin, R. (2021). How Should a Physician Respond to Discovering Her Patient Has Been Forcibly Sterilized, *AMA Journal of Ethics*, 23(1), 18-25. <http://dx.doi.org/10.1001/amajethics.2021.18>
- Mamidi, B. B. y Pulla, V. R. (2013). Hysterectomies and Violation of Human Rights: Case Study from India. *International Journal of Social Work and Human Services Practice*, 1, 64-75. Recuperado el 30 de diciembre de 2021, de: [https://researchoutput.csu.edu.au/ws/portalfiles/portal/8872114/Bhushan\\_Pulla\\_HRPUB.pdf](https://researchoutput.csu.edu.au/ws/portalfiles/portal/8872114/Bhushan_Pulla_HRPUB.pdf)
- Martínez Gandolfi, A. (2021). *La Atención Primaria de la salud en Sociedades Rifeñas de la Provincia de Ávila: una perspectiva desde la Antropología Médica*. Tesis Doctoral. Facultad de Filosofía y Letras. Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español. Universidad Autónoma de Madrid.
- McGivering, J. (2013). The Indian women pushed into hysterectomies. *BBC News*. Recuperado el 30 de diciembre de 2021, de: <https://www.bbc.com/news/magazine-21297606>
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16: e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- Mulrow, C. D. (1994). Rationale for systematic reviews, *BMJ*, 309(6954): 597-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6954.597>
- OMS. (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra, Suiza. Recuperado el 25 de diciembre de 2021, de: <https://bit.ly/36BpT5E>
- Prusty, R. K., Choithani, C. y Gupta, S. D. (2018). Predictors of hysterectomy among married women 15–49 years in India. *Reproductive Health*, 15. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0445-8>

- Pulla, V. R. (2018). Unwanted Hysterectomies in India: Paid by Public Insurance Schemes. *Space and Culture*, India, 6, 1-6. <https://doi.org/10.20896/saci.v6i1.330>
- Reilly, P. R. (2015). Eugenics and Involuntary Sterilization: 1907–2015. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 16, 351-358. <https://doi.org/10.1146/annurev-genom-090314-024930>
- Rodríguez Mir, J. y Martínez Gandolfi, A. (2021a). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- (2021b). La violencia obstétrica negada en España. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.09.008>
- Sardeshpande, N. (2014). Why do young women accept hysterectomy? Findings from a study in Maharashtra, India. *International Journal of Innovation and Applied Studies*, 8, 579-585. Recuperado el 30 de diciembre de 2021, de: <http://www.ijias.issr-journals.org/abstract.php?article=IJIAS-14-216-09>
- Shekhar, C., Paswan, B., y Singh, A. (2019). Prevalence, sociodemographic determinants and self-reported reasons for hysterectomy in India. *Reproductive Health*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0780-z>
- Singh, A. y Govil, D. (2021). Hysterectomy in India: Spatial and multilevel analysis. *Women's Health*, 17, 1-13. <https://doi.org/10.1177/17455065211017068>
- Singh, S., Sharma, S., y Siddhanta, A. (2020). Major correlates and socioeconomic inequalities in hysterectomy among ever-married women in India. *Indian Journal of Community Medicine*, 45, 12-17.
- Skea, Z., Harry, V., Bhattacharya, S., Entwistle, V., Williams, B., MacLennan, G., y Templeton, A. (2004). Women's perceptions of decision-making about hysterectomy. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 133-142. <https://doi.org/10.1046/j.1471-0528.2003.00027.x>
- Stern, A. M. (2006). Esterilizadas en Nombre de la Salud Pública: Raza, Inmigración y Control Reproductivo en California en el Siglo XX. *Salud Colectiva*, 2(2), 173-189. Recuperado el 30 de diciembre de 2021, de: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73120206.pdf>
- Tarducci, M. (2001). Estudios feministas de religión: una mirada muy parcial, *cadernos pagu*, 16, 97-114.
- Van den Bogaert, A. (2017). Los fluidos y el concepto de impureza: género y castas en el Himalaya indio, *Ankulegi* 21, 11-22.
- Zuccalá, E. (2020). La tierra de las mujeres sin útero. *El País*. Recuperado el 30 de diciembre de 2021 de: <https://elpais.com/planeta-futuro/2020-12-10/la-tierra-de-las-mujeres-sin-utero.html>

### Breve CV de los autores/as

María Alejandra Martínez Gandolfi es Doctora en Ciencias Humanas (UAM), Licenciada en Medicina y Cirugía (Universidad Nacional de La Plata, Argentina), Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (Vía MIR) y Título propio de Primer Grado de Especialización en Genética Clínica (Universidad Alcalá de Henares). Actualmente es médica en atención primaria (SACyL, Junta Castilla y León) y profesora honoraria por la Universidad Autónoma de Madrid.

Javier Rodríguez Mir es Doctor en Antropología Social (UAM), Máster en Estudios Amerindios (UCM), especialista en Cultura, sociedad y desarrollo en América Latina (UAM) y Diplomado Educación para la Salud Pública (Asociación de Enfermería, Valencia, España). En la actualidad es profesor en la Universidad Autónoma de Madrid.

### Declaración de autoría CRediT

Conceptualización: A.M.G., J.R.M.; Metodología: A.M.G.; Investigación: J.R.M.; Redacción (borrador original): A.M.G., J.R.M.; Redacción (revisión y edición): A.M.G., J.R.M.

# Tensiones y resistencias: la partería comunitaria tseltal y el sistema de salud mexicano

## *Tensions and resistances: the Tselal community midwifery and Mexican health system*

Diana Álvarez Romo

 <https://orcid.org/0000-0001-6754-8896>  
Universidad Autónoma Metropolitana, México  
diana.alvarez.romo@gmail.com

Gilberto Hernández Zinzún

 <https://orcid.org/0000-0002-3143-5555>  
Universidad Nacional Autónoma de México, México  
zinzun@unam.mx

Recibido: 01-02-2022  
Aceptado: 17-03-2022



### Resumen

Este artículo reflexiona sobre la brecha entre el paradigma tradicional de cuidados de la salud y el paradigma biomédico mundial respecto a la partería tradicional indígena en México. Busca identificar el contexto en el que la partería comunitaria se ejerce actualmente, así como las tensiones que emergen de su encuentro con el modelo médico hegemónico. Tiene un alcance exploratorio que examina un problema que no ha sido estudiado a profundidad: las resistencias de las parteras tseltales que mantienen vivas prácticas de cuidado a la salud reproductiva. Se trata de una investigación etnográfica de tipo cualitativa que se construye con herramientas propias de la antropología y las ciencias sociales, para analizar distintas dimensiones de un problema complejo y de gran relevancia para la salud colectiva. Encontramos que gran parte de las prácticas tradicionales de las parteras tseltales de Amatenango del Valle se han mantenido activas a pesar de los múltiples mecanismos de control y la violencia sistémica de la que son objeto, debido en gran medida a la resistencia cultural entre las comunidades indígenas de Chiapas.

**Palabras clave:** paradigma biomédico mundial, modelo médico hegemónico, paradigma tradicional de cuidados de salud, partería comunitaria, resistencia.

### Abstract

This article reflects on the gap between the traditional health care paradigm and the global biomedical paradigm, regarding traditional indigenous midwifery in Mexico. It aims to identify the context in which community midwifery is currently practiced, as well as the tensions that come from its encounter with the hegemonic medical model. It has an exploratory scope that examines a problem that has not been studied in depth: the resistance of the Tselal midwives who keep their reproductive health care practices alive. It is an ethnographic research, of qualitative type, that is built with the tools existing in anthropology and social sciences, to analyze different dimensions of a complex problem, of great relevance for collective health. We found that a large part of the traditional practices of the Tselal midwives of Amatenango del Valle have remained active despite the multiple control mechanisms and systemic violence to which they are subjected, largely due to cultural resistance between the indigenous communities of Chiapas.

**Keywords:** global biomedical paradigm, hegemonic medical model, traditional health care paradigm, community midwifery, culture of resistance.

### Sumario

1. Introducción: un panorama de la partería en México | 2. Metodología | 3. El paradigma biomédico mundial y el paradigma tradicional de cuidados de la salud, dos miradas que se contraponen | 4. Del modelo médico hegemónico y los *comunes* | 5. El sistema de salud en México y la partería comunitaria en Amatenango del Valle | 6. Resistencias de la partería tseltal en Amatenango del Valle | 7. Conclusiones | Referencias bibliográficas

### Cómo citar este artículo

Álvarez Romo, D. y Hernández Zinzún, G. (2022): "Tensiones y resistencias: la partería comunitaria tseltal y el sistema de salud mexicano", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 10 (1): 88-101. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.541>

## 1. Introducción: un panorama de la partería en México

En México coexisten distintas ramas de la partería: la partería tradicional, la partería indígena o comunitaria, la partería en tradición, la partería profesional, la partería técnica y la partería autónoma. Si bien todas comparten rasgos en común, se diferencian por las distintas condiciones en que las parteras practican su oficio. Es muy probable que el gran tronco común provenga de la partería indígena, que aún se ejerce en algunas regiones del país.

Entre las parteras indígenas, hay quienes refieren haber aprendido a través de la transmisión oral y empírica matrilineal y quienes heredaron los conocimientos de otras mujeres con experiencia; también es frecuente encontrar mujeres que afirman haber recibido el *don* para ser parteras a través de sueños en los que reciben herramientas y conocimientos. Su trabajo consiste en brindar a las mujeres acompañamiento y cuidados tradicionales durante el embarazo, parto y puerperio, y muchas son también madres, abuelas, esposas, alfareras, comerciantes, lideresas, curanderas o *hueseras*, que además ejercen otros roles sociales dentro de sus comunidades: "Dentro de la vida comunitaria de las poblaciones indígenas, las parteras juegan un rol esencial que va más allá de sus funciones terapéuticas y se extiende a las relaciones sociales" (Romero, 2012, p. 305). El estatus de partera es quizá la más alta figura de autoridad comunitaria tradicional que aún puede alcanzar una mujer tseltal, las parteras "poseen autoridad suficiente para influir en la vida privada de las personas y en ocasiones confrontan la autoridad masculina en las relaciones intrafamiliares, también intervienen como consejeras de las familias para hacer respetar los derechos de las mujeres, compartiendo una visión común" (*op.cit.*, p. 293).

Proponemos la categoría *partería comunitaria* para caracterizar un oficio que implica acompañamiento y trabajos de cuidado específicos, que aportan a la reproducción biológica, social y cultural de las comunidades y que se reproduce mediante saberes tradicionales, arraigados a trabajos de cuidado reproductivo que sostienen las redes que mantienen la vida en común. Consideramos que añadir el atributo de *comunitaria* es aún más específico al relacionar a las parteras tradicionales e indígenas con los entornos y roles comunitarios que les sostienen y que ellas contribuyen a reproducir. Las parteras no sólo emplean plantas y diversos masajes y técnicas, también acompañan con escucha, palabras y afectos. Su amplia gama de cuidados nace del diálogo ancestral con las necesidades de las mujeres, respondiendo a sus requerimientos tanto físicos como culturales. Así, su labor se encuentra profundamente vinculada al cuidado de la vida y a la reproducción de su comunidad. Sus prácticas se desprenden de su propio *paradigma tradicional de cuidados de la salud*.

La partería comunitaria "trasciende la función de proveer de un servicio de salud, implica, además, una reivindicación de la condición privilegiada de la mujer dentro de la cosmovisión indígena representa una alternativa a la hegemonía de la biomedicina androcéntrica e invasiva sobre el control del cuerpo femenino y su salud reproductiva" (*op.cit.*, p. 309).

En México, hasta mediados del siglo pasado, el acompañamiento del embarazo, el parto y el puerperio formaban parte de la esfera de cuidados *comunes* entre las mujeres indígenas —y entre mujeres no indígenas—, cuyos saberes continuaron reproduciéndose mediante la transmisión oral y matrilineal femenina. El parto representaba un acontecimiento íntimo que sucedía en casa, donde las mujeres daban a luz en un espacio familiar, en compañía de sus seres queridos y de parteras tradicionales que les brindaban minuciosos cuidados durante cada etapa del ciclo reproductivo.

Entre los años cuarenta y cincuenta, la mayoría de los partos en el país aún eran atendidos por parteras. La medicalización del nacimiento se institucionalizó conforme el modelo médico fue reproduciéndose a partir de la creación del proyecto de seguridad social que acompañó a la industrialización del país a mediados del siglo XX. En ese tránsito las parteras tradicionales —particularmente en entornos urbanos— comenzaron a ser desplazadas por parteras profesionales<sup>1</sup>. "En estas instituciones sanitario-asistenciales las *parteras profesionales* se encargaban del control del embarazo, parto y atención al recién nacido, su presencia fue fundamental para que la población aceptara el parto hospitalario, a partir de 1960, las parteras fueron relegadas de la atención al nacimiento y también les empezaron a prohibir asistir partos" (Carrillo, 1999, p.187). Visiblemente, a partir de los ochenta, el parto dejó de ser un acontecimiento íntimo y privado, para ser un evento biomédico; pasó de manos de las parteras tradicionales a las de parteras

---

<sup>1</sup> Las parteras profesionales se caracterizan porque sus métodos están más inclinados hacia la medicalización y el enfoque biomédico; normalmente su título proviene de la educación formal.

profesionales primero y más tarde, casi por completo, al control de médicos y obstetras, que comenzaron a atender el mayor porcentaje de los nacimientos en clínicas y hospitales bajo procedimientos medicalizados.

Actualmente, la partería tradicional continúa ejerciéndose en México, sobre todo en las regiones con presencia de comunidades indígenas. No obstante, durante 2020 "los médicos fueron quienes con mayor frecuencia atendieron partos, representando el 88,7% (1.445.199) del total, seguidos de las enfermeras y parteras que representaron 4,6% (75.209)" (INEGI, 2021, p.7). Sin embargo, Chiapas representa un caso particular, pues durante el mismo periodo, el 47,5% de los nacimientos (46.201) ocurrieron en el hogar y fueron asistidos por parteras o enfermeras (INEGI, 2022a). La discusión sobre si el parto representa un evento que tiene o no que suceder en un entorno hospitalario es un tema vigente que cobra mayor relevancia, sobre todo ahora que, a las ya anteriormente saturadas salas de los hospitales, se agrega la necesidad de atender a las víctimas de la pandemia. Además, es lamentable hacer notar que, hasta el momento, la COVID-19 representa la principal causa de mortalidad materna. Con base en el informe semanal de notificación inmediata de muerte materna, sabemos que hacia la semana epidemiológica 52 de 2021 se registró que la COVID-19 fue causa del 42,7% de muertes maternas<sup>2</sup> en el país y que al menos el 80% de estos decesos ocurrieron en instituciones de salud (Secretaría de Salud, 2021, p. 3).

Habría que decir también que los procedimientos médicos durante el parto contrastan con los cuidados que proveen las parteras tradicionales a las mujeres y en ocasiones son opuestos. Con frecuencia, en el ámbito biomédico, el cuerpo femenino es visto desde su comportamiento fisiológico y el parto es tratado como un padecimiento en el que se prioriza el riesgo por encima del cuidado; en casa, la mujer se encuentra en un espacio conocido, puede ser apoyada por su red afectiva más cercana, su bienestar y comodidad son la prioridad. Mientras que las parteras tradicionales procuran brindar cuidado integral a las embarazadas, la atención clínica al nacimiento está fragmentada, en tanto que son las enfermeras las encargadas de acompañar y brindar un cuidado orgánico a las parturientas, estos aspectos sobrepasan la atención que brinda el médico, quien se limita a revisar y diagnosticar a las embarazadas y vive con tensión cada acto clínico (Ortega, 2021, p. 276).

Cuando una mujer da a luz en casa es dueña de su cuerpo, lo habita, puede decidir en qué posición se siente más cómoda y por quién estar acompañada. El parto en casa no se apresura, se espera; no se induce, se escucha; no se violenta, se contiene, se acompaña, se cuida. Cuando una mujer da a luz en un hospital, su cuerpo es controlado por profesionales que deciden qué posición ha de tomar, en qué momento puede comer o beber agua, quién puede o no presenciar el nacimiento. En el ámbito hospitalario las cosas suceden al ritmo del personal médico, en el sector público de salud, la mujer es colocada junto a otras parturientas que esperan el momento de "aliviarse", al llegar el momento del parto es inmovilizada en una camilla obstétrica, en muchas ocasiones violentada verbal y físicamente<sup>3</sup>. Durante el parto su cuerpo se deshumaniza, su bebé se vuelve un "producto"; resulta llamativo que en pleno siglo XXI se tenga que pagar por un parto humanizado y por el respeto a uno de los acontecimientos más importantes en la vida de todo ser humano: el nacimiento. La violencia obstétrica, las episiotomías infundadas y las cesáreas innecesarias son procedimientos vigentes que afectan la salud materno infantil y violan derechos humanos fundamentales.

Durante las últimas décadas, la tendencia del sistema de salud mexicano ha estado encaminada hacia la desaparición de la partería tradicional o a su sustitución por la partería profesional. Este hecho, ha dado como resultado la disminución acelerada del ejercicio de la partería tradicional, que se enfrenta tanto a la coacción del sistema de salud estatal, como al asedio de su práctica mediante otros medios, como el empleo condicionado de los programas sociales de asistencia a la pobreza o las limitaciones legales para expedir los certificados de nacimiento de los bebés nacidos en casa.

Encontramos que la partería indígena en México se encuentra vinculada a un amplio marco legal que la reconoce en la misma medida en que la limita y sanciona. Existen leyes y normativas vigentes<sup>4</sup>, que se

---

<sup>2</sup> De acuerdo con la Secretaría de Salud (2021) la razón de mortalidad materna calculada es de 54,9 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados.

<sup>3</sup> De acuerdo con las cifras de ENDIREH (2016) del 2011 al 2016 el 33,4% de las mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron un parto, sufrieron algún tipo de maltrato por quienes las asistieron.

<sup>4</sup> Al respecto pueden consultarse la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley General de Salud, la Ley General de Cultura y Derechos Culturales, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, así como la "Guía para la autorización de las parteras tradicionales como personal de salud no

violan y contradicen mutuamente. Sin embargo, este conflicto se encuentra más allá de las contradicciones formales y envuelve una problemática más profunda. Alarcón se refiere a este fenómeno, como un conflicto cuya esencia radica en la expansión del *paradigma biomédico mundial* que colisiona con las prácticas tradicionales de cuidado de la salud entre las comunidades (Alarcón, 2021, p.32).

“El paradigma biomédico mundial es homogeneizante, controlador, acumulador de capital, desarticulador y depredador de las formas de conocer y abordar los procesos de cuidado de la salud” (ibídem). Bajo la óptica del paradigma biomédico, la validez de todos los saberes que no han sido construidos mediante sus premisas es puesta en duda, constituyéndose simultáneamente como la *verdadera* interpretación acerca del cuidado de la salud. Sobre este supuesto se ha edificado el modelo de salud hegemónico, en el cual confluyen además los intereses políticos del estado nacional y la poderosa industria médica y farmacéutica que le acompaña. En el modelo hegemónico, “el hospital cumple también dos funciones adicionales: las de dispositivo de saber/poder del Estado y la de medio de acumulación de capital” (Alarcón y Alarcón, 2021, p.169).

En este trabajo exploramos los aspectos que relacionan y afectan a la partería comunitaria con respecto al paradigma biomédico y el modelo médico hegemónico en México. Revisaremos elementos importantes y puntos de inflexión en torno al sistema de salud pública para caracterizar las condiciones en que se practica la partería comunitaria actualmente. Posteriormente nos referiremos al caso de las comunidades tseltales que, pese a todas las medidas implementadas desde el sistema de salud estatal, buscando controlar, subordinar o sustituir a la partería comunitaria, han logrado mantener sus prácticas tradicionales. Asimismo, visibilizaremos los mecanismos de resistencia que han permitido hacer frente a la violencia sistémica de la que son objeto las parteras y mujeres dentro de estas comunidades, retomando el caso de Amatenango del Valle, por considerar que contiene en sí misma todas las expresiones de resistencia que se implementan entre las comunidades mayas del estado de Chiapas.

Invitamos a las lectoras/as a evitar caer en el falso debate acerca de si las prácticas de las parteras son mejores o peores que las prácticas de los médicos y obstetras, la intención de estas líneas no radica en desconocer el mérito y convicciones del personal de salud que asiste el parto con humanidad o idealizar las prácticas de las parteras comunitarias. La intención de este artículo es, por una parte, mostrar que la contradicción radica en que la fundamentación del modelo médico hegemónico contrasta con el paradigma comunitario de atención a la salud, porque sus prácticas han sido elaboradas desde distintos horizontes y preceptos y responden a intereses diferentes; y, por otra, demostrar que la dinámica de todos los procesos históricos tiende a generar resistencias que fisuran las relaciones de poder y conducen a transformaciones esperanzadoras, particularmente en este caso en que las protagonistas son mujeres y el asunto en disputa se refiere a la continuidad de una figura comunitaria de autoridad tradicional que posee un acervo de conocimientos inverosímiles para el cuidado de la mujer, cuya desaparición representaría una terrible pérdida.

## 2. Metodología

Este artículo se deriva de una investigación cualitativa más amplia, titulada “Sueños y cuidados de la partería tzeltal, procesos críticos y resistencias de la partería comunitaria en Amatenango del Valle, Chiapas” realizada en el marco del Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

Se elaboró a partir de la incorporación de los resultados del trabajo de campo que se realizó durante varios períodos cortos entre 2018 y 2021. Se partió de un enfoque cualitativo que priorizó el uso de herramientas etnográficas de investigación: observación participante, entrevistas semiestructuradas en profundidad, relatos de vida, descripción densa, diarios de campo y vídeo elicitación. Fueron entrevistadas la mayoría de las parteras tradicionales de la comunidad, así como funcionarios y funcionarias públicas,

---

profesional” expedida por la Secretaría de Salud (SSa). Del mismo modo, México se ha adherido a acuerdos internacionales relacionados con la partería como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales Independientes, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas y la Declaración Conjunta Sobre Parteras Tradicionales OMS/FNUAP/UNICEF.

actores sociales y expertos en el tema de la partería tradicional. Se conformó también un grupo focal con tres promotoras de salud que colaboran en la clínica de la comunidad.

El primer acercamiento a Amatenango del Valle se realizó durante el 2018. En este lapso exploramos la localidad y conocimos a dos parteras tseltales, a quienes visitamos en varias ocasiones y con quienes realizamos entrevistas a profundidad en audio y vídeo. En las primeras visitas fuimos descubriendo que, a diferencia de otros estados del país, las parteras de Amatenango continúan atendiendo partos y brindando sus cuidados tradicionales activamente. Durante este periodo tuvimos la posibilidad de registrar y documentar en audio y vídeo algunos de los saberes que mantienen en práctica.

Posteriormente acudimos a un evento formal en el que se reunieron todas las parteras. En las siguientes visitas, nos dedicamos a recorrer la comunidad en busca del domicilio de todas las parteras de la cabecera municipal. Visitamos a cada partera en su domicilio durante distintas ocasiones con la intención de entrevistarlas y conocer su contexto. Logramos realizar seis entrevistas con parteras tradicionales; es importante mencionar que dos de las parteras que visitamos eligieron no darnos la entrevista por razones personales. Así mismo, realizamos entrevistas a parteras tradicionales de San Cristóbal de las Casas y de otras comunidades.

Para acercarnos a las parteras elaboramos una metodología propia de trabajo. Comenzamos con una conversación informal en la que planteamos el objetivo de nuestra investigación y los preceptos éticos que la respaldan. Posteriormente visitamos nuevamente a las parteras para realizar una entrevista semiestructurada a profundidad en audio o vídeo, sostenida en un guion flexible de preguntas. Una vez obtenido el consentimiento verbal, realizamos una o varias visitas en el domicilio de las parteras para documentar las prácticas de cuidado que realizan día con día y sus trabajos cotidianos.

Una vez que visitamos y entrevistamos a todas las parteras de Amatenango, acudimos a la clínica para entrevistar al personal de salud que brinda servicios en la comunidad. En una de las visitas generamos grupo focal con las promotoras que colaboran con la clínica, por ser un eslabón importante entre el personal de salud, las mujeres de la comunidad y las parteras tradicionales.

Concluido el trabajo de campo se realizó la transcripción de las entrevistas, se clasificaron los vídeos, las fotografías y los audios recopilados. A partir de las transcripciones se realizó un análisis de contenido, identificando conceptos claves y palabras frecuentes en los testimonios usando la herramienta Atlas ti.

Los datos recopilados durante el trabajo de campo fueron correlacionados con la información obtenida de fuentes oficiales y asociaciones civiles para la construcción del panorama general de nuestro tema de investigación; incorporamos la información emitida por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el informe del grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) sobre las cifras del nacimiento en casa, la violencia obstétrica y los nacimientos con parteras en México, las cifras de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de la Relación en los Hogares (ENDIREH), los datos aportados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, así como otras fuentes oficiales. Se elaboró, además, una revisión del marco jurídico y la reglamentación que el estado mexicano ha emitido con respecto al ejercicio de la partería tradicional, durante las últimas décadas.

A través de la revisión histórica y el uso de diversas categorías filosóficas y de las ciencias sociales, en este artículo hemos hilvanado fragmentos de los resultados de investigación y el conjunto de la información recabada, con reflexiones sobre las resistencias que genera el cruce entre el sistema de salud hegemónico y la partería indígena en Amatenango del Valle. Por cuestiones de espacio, hemos tenido que prescindir de la exposición de los testimonios recabados durante la investigación, presentando —en la mayoría de los casos— de manera general los resultados obtenidos del trabajo etnográfico.

### **3. El paradigma biomédico mundial y el paradigma tradicional de cuidados de la salud, dos miradas que se contraponen**

Hablar del paradigma biomédico por una parte y del modelo médico hegemónico por la otra ha de entenderse como un ejercicio meramente metodológico para abordar nuestro tema de estudio, estos elementos simultáneamente se imbrican y complementan y hacen referencia a los diversos niveles de la realidad presentes en un mismo fenómeno a través del cual se vinculan el sistema biomédico de salud y las comunidades tseltales.

Nos referimos al paradigma biomédico mundial como la formulación de un conjunto de relaciones fundamentales que asocian los conocimientos construidos sobre representaciones sistematizadas de alta complejidad técnica conceptual sobre la anatomía, biología, química y fisiología del cuerpo humano, a partir de los cuales se han constituido cuerpos especializados del conocimiento científico (Ortega, 2021 p.275), y que se encuentran vinculadas con la clínica y la instrumentación de tecnologías y medicamentos generados por la industria médica y farmacéutica. Este paradigma “controla todos los pensamientos, discursos y teorías en el ámbito de las acciones concretas de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado” (Alarcón, 2021 p.32) generando las categorías a partir de las cuales se ha definido tanto al *ser sano*, como al conjunto del personal que ha de procurar su salud, así como los espacios, prácticas, ritmos y cuidados que de este proceso derivan, a partir de un conjunto de metodologías para la atención de la salud.

El discurso biomédico se halla sustentado en el *logos* de la racionalidad científica, que fungió como bandera ideológica de la modernidad y que ha constituido la base teórica para el control de una enorme cantidad de procesos naturales, la mayoría generadora de beneficios económicos. Desde su fundamentación metodológica-científica, este discurso se asume a sí mismo como el único verdadero, legítimo y universalmente válido, de manera que todos los saberes que no han sido construidos a partir de las premisas de la racionalidad científica son considerados como falsos, ilegítimos o parciales. Desde esta consideración, el paradigma biomédico construye un discurso de poder que no sólo desacredita los saberes otros, sino que justifica en términos ideológicos su desaparición a fin de llevar la *luz de la razón* a todas partes; *el sueño de la razón produce monstruos*.

Encontramos que las tensiones entre el paradigma biomédico y la partería tradicional tienen su origen en las premisas ideológicas a partir de las cuales el primero ha sido creado y que desacreditan a los paradigmas de salud distintos a éste. Sin embargo, esta tensión representa tan sólo el punto de partida de los diversos desencuentros entre el paradigma biomédico y lo que hemos definido como el *paradigma tradicional de cuidados de la salud* del que se desprende la partería comunitaria.

Por *paradigma tradicional de cuidados de la salud* nos referimos a la articulación de las nociones y conocimientos fundamentados en los preceptos filosóficos y recursos de la cosmovisión indígena, a partir de los cuales se formula una representación singular de lo *real* y una construcción particular de lo *verdadero*, así como las categorías y criterios propios con relación a la salud, de los que emergen sus propios métodos, cuidados y mecanismos de producción y reproducción. La oposición entre este paradigma y el biomédico es ideológico paradigmática no sólo a nivel de *conciencia falsa*, esta oposición se encuentra también desplegada en la determinación categórica que el último genera sobre la salud y por ende, sobre los cuidados y procedimientos en general que devienen de esta definición, la cual se encuentra condicionada por el contexto en que se constituyó a través de la biomedicina. Veámoslo en perspectiva histórica para contar con una visión más amplia de este acontecimiento.

La medicina, como teoría científica de la enfermedad, hablando en términos históricos, es de muy reciente aparición (Martínez, 1997 p.54). El objeto de estudio de la medicina, a partir del último tercio del siglo XIX, quedó exclusivamente enmarcado en el volumen del cuerpo y la detección de las estructuras corporales alteradas que implican, consecuentemente, la alteración de las funciones orgánicas asociadas a ellas (Foucault, 2014 p.132).

En la segunda mitad del siglo XIX, en Europa comenzó a extenderse el modelo de salud pública estatal. Frente a la masificación de los servicios de salud y la subsecuente necesidad de estandarizar la atención a la salud en los ritmos de las sociedades industriales decimonónicas, la respuesta de la medicina fue colocar la materialidad corporal como la fuente de la investigación biomédica, como base orgánica para el diagnóstico y también como destino de los tratamientos para el cuidado de la salud. Se presentó entonces la disyuntiva en la que el personal de salud se debate hasta nuestros días: tratar al enfermo como lo que es, es decir, una persona singular, con atributos particulares o tratarle como una enfermedad, haciendo abstracción de las especificidades que le caracterizan. Sin embargo, tratar una persona enferma no es una cuestión exclusivamente médica: en las dimensiones del modelo de salud pública moderno también involucra al conjunto de aspectos institucionales, administrativos, de productividad; sociales, políticos, entre muchos otros. Frente a tal bifurcación, emergida del enjambre de determinantes involucrados en esta problemática, la elección sistemática fue atender la enfermedad: porque es más productivo, más rápido y de mayor impacto económico, social y político. La visión materialista orgánica se convirtió en la interpretación biomédica de la enfermedad, de la que se derivó una perspectiva universalmente aplicable a cualquier ser humano. Fue a partir de entonces que la medicina científica nacida en Francia empezó su expansión hacia el

resto del mundo, estandarizando las enfermedades como fenómenos en sí mismos, idénticos universalmente (Hernández, 1985, p. 82).

La tendencia a la homogeneidad teórica derivada de la enfermedad en el paradigma biomédico, implicó descartar aspectos y atributos psicosociales y culturales de los pacientes, a los cuales no se les concede implicación alguna en el proceso de *salud-enfermedad*. Firmemente anclado a las banderas de la racionalidad científica que fundamentan este paradigma, la exclusión de los elementos que no son cuantificables, escrutable y susceptibles de ser examinados en serie, se asumió también como un hecho verdadero y universal. Lo material de la cosmovisión científica es lo somático en la biomedicina. Lo único que es motivo de atención, de auscultación, de diagnóstico, de tratamiento.

Por otra parte, la categorización del ser sano, por lo menos en lo que refiere al paradigma tradicional de cuidados de la salud tselta de las comunidades de Chiapas, incorpora elementos que sobrepasan las acotaciones enmarcadas desde la biomedicina. El asunto de la salud desde este paradigma abarca no sólo las cuestiones fisiológicas, también incorpora el conjunto de elementos sociales de la vida comunitaria y relaciona los factores psicológicos, emocionales y espirituales con su categorización de la salud derivando de ello cuidados particulares para cada situación. El asunto del cuidado de la salud es algo que varía de un individuo a otro dentro de la comunidad; por ejemplo, entre las prácticas de la misma partera es posible identificar que los procedimientos que sigue para asistir los partos pueden diferenciarse mucho entre una mujer y otra según sea el caso, los cuales pueden incluir el uso de infusiones, el baño de hierbas, el masaje, el uso de distintas posiciones para parir, el acompañamiento emocional e incluso la realización de rituales y curaciones durante el proceso.

Como el paradigma tradicional no ha nacido de los requerimientos de la producción en serie y la universalización de procedimientos, sino de la atención personalizada que asume la enfermedad y la salud como fenómenos individuales y multicausales enmarcados en el ámbito de la reproducción comunitaria, la concepción que emana acerca de la *salud* es más robusta en cuanto a los factores que involucra, en comparación con las estandarizaciones de la biomedicina. Esta cuestión, desde el discurso biomédico ha generado la descalificación, a veces hasta involuntaria, proveniente del paradigma occidental de la valoración mecánica y automática de lo general, lo único; que descalifica lo plural, concreto, y específico.

#### 4. Del modelo médico hegemónico y los *comunes*

Es posible rastrear la génesis del modelo médico hegemónico como un elemento en el engrosamiento de la estructura política del Estado-nación configurado a partir de la modernidad. La implementación de las reformas flexnerianas en los Estados Unidos durante la primera mitad del siglo XX, plantearon la vinculación explícita entre el paradigma biomédico francés, la formación de médicos exclusivamente a partir de sus premisas y la vinculación entre éstos y los hospitales (Frenk, 1978, p. 25). El modelo de medicina flexneriano, con rapidez se propagó como el modelo hegemónico que adoptarían los distintos Estados-nación alrededor del mundo. Así, el modelo médico hegemónico se constituyó a partir de las formas en que el paradigma biomédico fue incorporado y ejecutado desde el Estado como *saber/poder* en su relación con la clínica, la acumulación del capital y el patriarcado moderno; es decir, en el instante en que el paradigma biomédico se convirtió en un discurso político que entró en escena en el concierto de las relaciones sociales contemporáneas. De esta manera tenemos que en el modelo médico hegemónico existen elementos que sobrepasan el ámbito del paradigma biomédico, pero que son estructurales y estructurantes de éste y que van desde las relaciones de subordinación que se establecen entre el personal médico y la tensión constante en que se desenvuelven las labores al interior de los hospitales; la asimetría de la relación médico paciente que, excluido del saber médico es considerado como ignorante o portador de un saber equivocado y tiende a transformarse en "consumidor de acciones de salud"; hasta la determinación de la salud-enfermedad como mercancía, a partir de las relaciones que se establecen a diversos niveles entre el hospital y la industria farmacéutica y médica, la que se genera entre estos complejos industriales y las prescripciones de los médicos a sus pacientes y la que se establece a partir de los servicios de salud en sí mismos (Menéndez, 1990, p. 87). En contraste, entre las comunidades tseltales, encontramos la ausencia de un discurso que modele los cuidados de la salud comunitaria o los circunscriba a un espacio distinto a la comunidad, ni que vincule al conjunto de las prácticas de cuidado como una sola vertiente organizada.

Desde la cosmovisión comunitaria, al ser el cuidado a la salud un hecho infinitamente diverso, se escapa de las formas en que entendemos los modelos de salud occidentales e incluso podríamos afirmar que para poder enmarcar sus prácticas dentro de un modelo tradicional sería necesario forzar esta categoría, puesto que, por una parte, carece de elementos modeladores desde la óptica occidental y, por otra, los sobrepasa. En su lugar, es posible encontrar mujeres y hombres portadores de saberes especializados sobre los cuidados de la salud (parteras, hierbateras, curanderas, hueseras y mujeres y hombres de la comunidad en general) que no necesariamente se encuentran vinculados entre sí y que practican sus cuidados en el marco de la reproducción de la vida comunitaria.

Desde la cosmovisión tseltal las prácticas de cuidados de la salud forman parte de lo que diversas autoras han definido como bienes comunes y que poseen la cualidad de estar constituidos desde ópticas ajenas a las relaciones sociales occidentales y de acumulación de capital (Vega, 2018). "Lo comunitario contradice al capital, supera al individualismo y se basa en la concepción de bienes comunes; el agua, los bosques, la tierra, los conocimientos, las relaciones humanas y la sabiduría que guarda memorias que nos fortalecen" (Federici, 2018, p. 108).

Observamos a lo largo del trabajo en campo, que las parteras de Amatenango no establecen cuotas por sus cuidados, existe dentro de la comunidad en cambio, la costumbre de retribuir su labor de diversas formas: mediante alguna cantidad variable de dinero, a través de regalos que incluyen frijoles, maíz, pan, pox, chocolate, refrescos, gallinas y otras retribuciones en especie. Los cuidados que desempeñan las parteras no se encuentran mercantilizados, sino que son practicados entre la comunidad a partir de los vínculos que las mujeres establecen libremente, en contraste con lo que ocurre en la sociedad occidental, al interior de las comunidades ninguna mujer carece de acompañamiento durante su embarazo y parto.

Las prácticas de cuidado de las parteras indígenas están enmarcadas en los *comunes* que se articulan en torno al cuidado de la vida y la reproducción de la comunidad. De manera que las tensiones que emergen de la relación entre el modelo médico hegemónico y la partería replantean toda la estructura de organización social comunitaria y tienden al debilitamiento de este tejido social.

## 5. El sistema de salud en México y la partería comunitaria en Amatenango del Valle, Chiapas

El modelo médico hegemónico y el paradigma biomédico mundial son los elementos que acuerpan al sistema de salud del estado mexicano; no obstante, el choque entre la partería indígena y el sistema de salud debe entenderse como una afluente del gran delta en el que desembocan las comunidades tseltales en el océano de las relaciones de acumulación capitalista y el patriarcado moderno que las reviste.

El sistema de salud mexicano que ha desplegado su influencia a lo largo de todo el país ha reproducido a nivel sistemático, en mayor o menor medida, los elementos del modelo biomédico, tornándolos hegemónicos y remplazando o subordinando con ello los saberes y las relaciones sociales establecidas previamente en torno a los cuidados de la salud. Aun cuando se afirma de todas las maneras posibles lo contrario, la atención de la salud desde la perspectiva del Estado nación no reconoce diferencias culturales de los "usuarios" de atención médica. Del mismo modo, la relación que se ha establecido con la partería comunitaria denosta los saberes de las parteras y las subordina a los ritmos, los espacios y los requerimientos del sistema de salud nacional.

La manera en la que se vinculan el sistema de salud mexicano y la partería tanto desde la óptica del paradigma biomédico como desde la articulación del modelo médico hegemónico que le reviste es tan extensa y posee tantas variables que podríamos redactar un artículo sobre los puntos nodales de esta relación, entre los cuales se dejan entrever las barreras ideológicas provenientes del discurso biomédico que buscan la sustitución de los saberes de las parteras por conocimientos y procedimientos gineco-obstétricos o los múltiples mecanismos de subordinación e imbricamiento de sus prácticas desde el modelo médico hegemónico. Por cuestiones de espacio tendremos que acotarnos a mencionar los aspectos más elementales de estas tensiones, que han incidido directamente entre las prácticas de las comunidades tseltales.

A lo largo de todo el país, la Secretaría de Salud ha intervenido desde hace décadas de diferentes maneras entre las comunidades buscando controlar y subordinar las prácticas de las parteras tradicionales, indígenas y comunitarias. Como resultado de estas políticas, en muchos estados del país se ha conseguido eliminar la atención de nacimientos por parteras, quienes se limitan a acompañar el embarazo y puerperio de las mujeres de sus localidades. Sin embargo, estas medidas no han tenido el mismo efecto entre las comunidades tseltales en donde las parteras continúan ejerciendo su oficio, brindando a las mujeres una amplia gama de cuidados durante el parto<sup>5</sup>.

Amatenango del Valle es una comunidad tselta de 5.920 habitantes (INEGI, 2022b), se caracteriza por ser un pueblo alfarero y agricultor, actividades con las que se relaciona más del 90% de su población. De acuerdo con las cifras del INEGI (ibídem), más de una cuarta parte de la población de este municipio no cuenta con acceso a servicios de salud y según el censo de población y vivienda de 2020, cuatro personas representan el total del personal médico de instituciones públicas en todo el municipio. El idioma que hablan el 90% de los habitantes de esta demarcación es el maya-tselta, siendo el castellano su segunda lengua. En el centro de la comunidad se encuentra una Unidad Médica Rural, en donde se proporciona atención médica primaria a la población. La unidad está organizada a partir de una médica que la dirige, que cuenta con personal auxiliar de la secretaría de salud y también con promotoras de salud voluntarias. En la unidad médica, además, el personal imparte periódicamente cursos de capacitación a las siete parteras comunitarias que habitan en la cabecera municipal. El contenido de las capacitaciones está construido desde la visión biomédica, donde se abordan temas distintos relacionados con el reconocimiento de emergencias obstétricas y los protocolos a seguir en esos casos. Se habla igualmente de los partos atendidos, temas de nutrición, de planificación familiar, de la importancia de referir a las mujeres a la clínica o del uso de los medicamentos y algunos artículos de la industria médica y farmacéutica obstétrica. Mediante este vínculo, la Secretaría de Salud también entrega a las parteras insumos (perillas, pinzas, *clamp* umbilical, guantes, etcétera) para que asistan los partos.

Desde la Unidad Médica Rural, a través de las promotoras de salud, se tiene ubicado el domicilio de cada partera. Durante el trabajo de campo nos sorprendió descubrir que incluso la pared exterior de la casa de las parteras que han sido reclutadas por la institución de salud, están pintadas con leyendas que promocionan acudir a las instituciones de salud mas no a las parteras, con leyendas como la que sigue: "Si estas embarazada, acude a tu control en tu clínica, a partir de los dos meses te ayudamos en tu salud de ti y de tu hijo, IMSS" [sic].

Las capacitaciones han incidido en la transformación de las prácticas de las parteras que han ido implementando nuevos elementos y herramientas, en sustitución de muchas otras que han quedado atrás. No obstante, un hallazgo importante del trabajo de campo fue observar que, a pesar de que en Amatenango se reproduce el mismo modelo que ha desarticulado las prácticas de las parteras en el resto del país, en esta localidad las parteras comunitarias mantienen muchas de sus prácticas tradicionales y rituales, las cuales han resistido al avance del modelo médico hegemónico que continuamente las invalida. Asimismo, algunas parteras también refieren que durante las capacitaciones han sido violentadas verbalmente por parte del personal que dirige estas actividades, recibiendo maltratos.

La relación que se establece entre las parteras y el personal de salud es vertical, sus actividades son escrutadas por las promotoras de salud, cuya tarea también es vincular a la comunidad con la clínica, así como implementar las campañas de salud estatales. Las parteras que se encuentran registradas en la clínica deben entregar informes mensuales con el registro de los partos que han asistido, el sexo de los bebés, su fecha de nacimiento y el peso que tuvieron al nacer. De esta manera, las parteras tradicionales y las promotoras voluntarias de salud completan el esquema de eslabones entre las mujeres, la comunidad y el personal médico, un esquema jerárquico organizado según el modelo médico hegemónico en el cual, como en los otros espacios clínicos, los médicos tienen la última palabra. El efecto de todos estos elementos se traduce en el avance del paradigma biomédico que ha logrado incidir en las prácticas y saberes tradicionales de las parteras tseltales:

---

<sup>5</sup> Con base en el registro del INEGI (2022a) se comprobó que, durante los últimos cinco años, en Chiapas ha habido un aumento en la atención de partos domiciliarios (con partera o enfermera). De acuerdo con las estadísticas, en 2018 los médicos asistieron 68.915 nacimientos, mientras que 40.178 bebés nacieron en casa (el 36,8%); en 2019 73.553 partos sucedieron con médicos en instituciones de salud y hubo 46.643 (38,8%) nacimientos domiciliarios; en 2020 los partos hospitalarios sumaron 51.045, en tanto que los bebés que nacieron en su domicilio fueron casi la mitad: 46.201 (47,5% de los nacimientos totales).

*"Tratamos de trabajar a la par con las parteras, nosotros tenemos una estructura comunitaria que va desde los médicos y el personal de salud, posteriormente vienen las voluntarias y las parteras, las voluntarias son personas estratégicas en puntos estratégicos de la comunidad, ellas tienen la capacidad de localizar a las embarazadas y ellas mismas dar el manejo. Se les capacita para decir si se considera un embarazo de alto o bajo riesgo y de incitar a la población a tener confianza hacia el personal médico (...) La población tiene cierto recelo con el personal médico, entonces la función de las parteras es mejorar el nivel de salud y las prioridades que tiene la institución. Decimos: bueno si estamos viendo que tenemos diez personas y de esas diez, ocho confían plenamente en una partera y dos en el personal médico de salud; por qué no vincularnos, darles el valor que ellas tienen, capacitarlas para que ellas mejoren y así tal vez no vengan conmigo, pero estoy consciente de que si llega una embarazada con ellas tienen la capacidad de darles una atención correcta y de derivar a un segundo nivel si consideran que no es viable que atiendan el parto. Cumplen una labor bastante importante al menos en esta comunidad, porque a veces hay cosas que como médicos no nos enteramos por esa falta de confianza hacia la institución, tenemos nuestros puntos estratégicos que son ellas, que se abren hacia la comunidad y captan a las mujeres" (Médica encargada de la Unidad Rural de Amatenango, entrevista).*

Pese a la condición de subordinación en la que las parteras participan en la unidad médica y pese a los factores que se han desplegado buscando concentrar los nacimientos en la clínica, en Amatenango las parteras son muy respetadas por la comunidad y las mujeres buscan su acompañamiento parcial o total durante su embarazo, parto y puerperio, para recibir la amplia gama de cuidados que ellas proporcionan por encima de la oferta clínica. El hecho de que sus saberes pervivan con tanta fuerza contrasta con las prácticas de parteras de otros estados del país en los que incluso ya se ha dejado de ejercer el oficio por completo<sup>6</sup>.

Las parteras gozan de un prestigio importante en Amatenango del Valle, el reconocimiento de la comunidad hacia ellas incluso ha provocado que algunos de los elementos planteados desde la reglamentación de la Secretaría de Salud, para considerarlas *personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención médica* (LGS, 1983), como la obligación de saber leer y escribir o hablar español, sean pasados por alto por el personal de la unidad médica, con tal de mantener la vinculación con ellas y conservar la intermediación con las mujeres de la comunidad que se rehúsan a asistir a la clínica. Las prácticas que afectan el ejercicio de la partería tradicional no irrumpen en la comunidad de forma aislada, sino que forman parte del complejo cultural que acompaña a la reproducción de las relaciones sociales capitalistas que subsume a la región.

## 6. Resistencias de la partería tseltal en Amatenango del Valle, Chiapas

La cultura tseltal proviene del viejo tronco de la cultura maya y de su cosmovisión. Las parteras de estas etnias han logrado conservar vivas —aunque no intactas— profundas raíces culturales a través de su lengua, su forma de vida, sus valores, ritos y textiles. Además de una amplia diversidad de conocimientos terapéuticos tradicionales que se mantienen en práctica hasta nuestros días.

En Amatenango, la cosmovisión tseltal ocupa un lugar importante en la conformación de la reproducción social comunitaria y, a pesar de que las relaciones sociales de acumulación capitalista representan las relaciones hegemónicas, éstas no se reproducen en su estado íntegro al interior de la comunidad, en la cual por lo menos a nivel de familias o barrios, prevalecen lazos de solidaridad y reciprocidad, así como *bienes comunes*, en torno a los cuales se reproduce la vida comunitaria. De esta manera, las prácticas de la partería tseltal se han mantenido vivas por siglos, junto con el resto de los elementos culturales que la recrean, está tejida a la cosmovisión, la lengua y las relaciones comunitarias; "si el hacer común tiene algún sentido éste debe ser el de producirnos a nosotros mismos como sujeto común" (Federici, 2011, p. 6; en Vega, 2018, p. 40).

---

<sup>6</sup> En el tema de partería, Chiapas representa un caso particular, pues el número de nacimientos en el hogar y de partos asistidos por parteras es del 30,0% -el más alto del país- en contraste con estados como Nuevo León, en donde los nacimientos en casa ya no suceden (INEGI, 2022a).

La partería pervive como parte de una resistencia cultural y también es parte de una *cultura de resistencia*<sup>7</sup> desde donde ha logrado preservar sus saberes tradicionales, frente a los múltiples procesos que han sido impulsados desde el Sistema de Salud para controlarla y subordinarla.

Un hallazgo del trabajo de campo fue descubrir que la partería tradicional se encuentra continuamente sostenida por el profundo vínculo que prevalece entre la comunidad y su cosmovisión. La resistencia de la práctica de las parteras indígenas representa en sí misma un elemento disruptivo en las relaciones de poder, que se contrapesa a partir de la resistencia de la cosmovisión comunitaria de la que forma parte y a la que simultáneamente ayuda a reproducirse. Desde su paradigma de cuidados de la salud, las mujeres asocian el embarazo y el nacimiento de las nuevas generaciones a un entorno distinto a la clínica, además la labor de las parteras, tan frecuentemente solicitada por las mujeres de la comunidad, no sólo responde a sus necesidades fisiológicas, sino que atiende el amplio abanico de cuidados que desde la cosmovisión tseltal se desprenden como los cuidados *comunes* de la vida y que abarcan también las dimensiones psicológicas, emocionales, familiares, espaciales, rituales e incluso lingüísticas. Esta vinculación no se lleva a cabo en la clínica o en algún espacio que se diferencie de los entornos de reproducción de la vida diaria en la comunidad, el vínculo entre mujeres y parteras ocurre en la casa de las mujeres tseltales, en un ámbito privado que escapa de la vigilancia del modelo médico hegemónico y del Estado que lo articula, precisamente por desarrollarse en el eslabón final de las relaciones sociales comunitarias, es decir, en el núcleo familiar indígena.

Pero hablar de cultura de resistencia entre las mujeres tseltales que una y otra vez continúan acudiendo a las parteras para solicitar sus saberes y cuidados no es un proceso mecánico ni algo que ocurra por una especie de "inercia de la cosmovisión", es algo que tiene que ver con la decisión consciente y firme de las mujeres tseltales que deciden la forma en la que quieren parir, en un entorno íntimo y familiar, rodeadas de su círculo afectivo más cercano y junto a otras mujeres que hablan su idioma y, por lo tanto, se comunican con ellas desde sus categorías y representaciones simbólicas, acompañadas por otras mujeres que han atravesado antes por la experiencia de parir y por las parteras comunitarias que poseen un amplísimo acervo de saberes y cuidados para acompañarlas durante el nacimiento de las nuevas hijas de la comunidad tseltal. Las mujeres de la comunidad continúan pariendo en casa porque es en donde se sienten cómodas, seguras y respetadas. Así, la partería comunitaria se ejerce desde un paradigma que coloca la vida en el centro y alrededor de ella se tejen relaciones sociales que ayudan también a la reproducción y a la resistencia de la cultura tseltal.

Las parteras logran ejercer sus prácticas en la vida cotidiana porque, independientemente de todas las políticas públicas y factores que han afectado su labor, estas prácticas son validadas por su comunidad, su labor es ampliamente solicitada entre las mujeres que acuden a ellas en su condición de mujeres y de indígenas, dos condiciones que al relacionarse, plantean tanto carencias estructurales y de género, como demandas culturales y paradigmáticas que la oferta de la unidad de salud es incapaz de satisfacer. La partería comunitaria no se valida por el paradigma biomédico ni por el Estado sino por las mujeres y familias que siguen solicitando y recomendando su atención.

Finalmente, para completar el esquema de la resistencia de la partería tseltal que hemos realizado, es necesario incorporar otro elemento significativo en el tejido de resistencias de la partería comunitaria en Amatenango del Valle y del cual no hemos hablado hasta ahora: es la relación que las parteras y la comunidad en general guardan con respecto al zapatismo, la cual muestra los complejos intersticios de la vida social en esta localidad y contribuye a profundizar en los contextos en que se producen los intercambios comunitarios en las fronteras entre los territorios tseltales zapatistas y no zapatistas.

Por su ubicación, el municipio de Amatenango del Valle se encuentra dentro de la zona de influencia de las comunidades autónomas vinculadas con el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN); en los barrios periféricos que integran la cabecera municipal de la comunidad, existen colonias que pertenecen a las comunidades autónomas zapatistas y cuya población no guarda vinculación alguna con las instituciones del gobierno mexicano, mas no así con la población de Amatenango. Incluso, desde algunos puntos del centro de la cabecera municipal, hacia el sur, entre las montañas se alcanzan a contemplar a simple vista algunas casas de Tulan Ka'u, que forman parte del *Caracol* 11 instalado desde 2017 en ese municipio.

---

<sup>7</sup> Aróstegui liga los conceptos de resistencia y cultura, define como *cultura de la resistencia* al "proceso de elaboración ideológica transmitida a determinados agentes sociales que la asumen en forma de rechazo a lo artificialmente impuesto, de asimilación de lo extraño cuando sea compatible con lo propio y, por consiguiente, de desarrollo cultural, de creación de lo nuevo por encima de lo heredado" (González, 2003, p. 8).

Algunas familias de Amatenango del Valle pertenecen o simpatizan con las comunidades autónomas vinculadas a través del Caracol y, por lo tanto, implementan otra manera de vivir y organizarse dentro de la localidad, sin romper el vínculo con la población tseltal. Al interior de las comunidades autónomas existen parteras zapatistas que no colaboran con la Unidad Médica Rural y que se organizan de manera alterna a ésta, las parteras zapatistas se encuentran integradas en un modelo de salud autónomo a partir del cual organizan los cuidados de la salud entre sus comunidades. Sin embargo, en el trabajo de campo también descubrimos que las parteras tradicionales no zapatistas de Amatenango sí acompañan los nacimientos de mujeres de familias zapatistas cuando son solicitadas, asistiendo a las casas de las mujeres de las comunidades autónomas vecinas para realizar sus prácticas de cuidados. Amatenango es un río en el que se vierte agua de distintas resistencias; la resistencia cultural tseltal, las resistencias del EZLN, y las resistencias de las mujeres indígenas (parteras y quienes acuden a ellas sin distinciones).

Observamos que, en todos sus casos, la cosmovisión de las comunidades tseltales representa el punto de partida y retorno final de todas las resistencias que se gestan dentro de las comunidades indígenas en la región, así como el punto de convergencia de los habitantes de este territorio. Ya sea desde el zapatismo o a partir de expresiones más focalizadas de estas resistencias, es la cosmovisión comunitaria la que frena la inercia del avance de las relaciones sociales capitalistas y produce distintos resultados según las condiciones particulares de las localidades donde se gestan dichas resistencias.

Es fundamental señalar el estado de vulnerabilidad que las orientaciones construidas desde el modelo médico hegemónico han generado para la partería tradicional, lo es en la misma medida que se vuelve imprescindible asumir la realidad social como un complejo dinámico en el cual todas las actoras sociales pueden incidir para la continuidad o transformación de la inercia de las relaciones de poder y del conjunto de las relaciones sociales. Si Chiapas es al momento, el estado con mayor número de nacimientos en casa y con mayor cantidad de parteras comunitarias activas, no es gracias a la sesgada visión de subordinación e incorporación al modelo médico hegemónico promovida desde las unidades médicas, centros de salud y hospitales; esto se explica por la profunda resistencia cultural que desde diversos afluentes corre por la sangre de sus comunidades indígenas, que contra todo pronóstico han logrado proponer y construir alternativas efectivas y duraderas para la reproducción de la vida que no están vinculadas necesariamente con las representaciones y construcciones de la realidad racional instrumental del capitalismo contemporáneo. Esto no invalida el efecto nocivo de las políticas de subordinación ejecutadas hacia la partería ni la violencia sistémica que esto supone; sin embargo, sitúa a la partería comunitaria en un terreno más fértil que le ha permitido prevalecer.

## 7. Conclusiones

La comunidad de Amatenango vista como una *formación económico social*, constituye una producción histórica y cultural particular de los distintos niveles de la realidad social que confluyen en Chiapas, donde se expresan coordenadas sociales específicas entre las cuales se reproduce la partería tradicional en nuestros días. El acto de resistencia supone la presencia de un *elemento otro* que ejerce la relación de poder que se fisura con el accionar de este mecanismo, en nuestro objeto de estudio, este elemento que recrea la relación de poder proviene de la subsunción capitalista, articulada en la subordinación económica y política de la región hacia los poderes estatales y el mercado, así como por el conjunto de instituciones que operativizan y despliegan la cosmovisión occidental moldeada en la acumulación de capital.

Existe una diferencia esencial entre el modelo médico hegemónico y las prácticas tradicionales de cuidados de la salud, el primero ha sido estructurado para estandarizar el cuidado de la salud y volverlo universalmente aplicable al tiempo que individualiza su acceso, a través de esto, el proceso salud-enfermedad bajo su forma de mercancía (de manera directa o indirecta) (Menéndez, 1990, p. 87 ) se vuelve un fenómeno inseparable del modelo biomédico, cuya estandarización también lo ha vuelto universalmente un bien consumible. Los cuidados tradicionales de la salud por otra parte atienden particularidades en cada *persona*, emanan de un tejido comunitario desde donde los cuidados de la vida representan un bien *común*, que prioriza la búsqueda del bienestar común de las mujeres, los bebés y las familias de la comunidad por encima de las ganancias monetarias:

Los *comunes* tienen muchas dimensiones, que fortalecen y reconstituyen el sistema social, se trata de un conjunto de intereses en común que giran en torno al cuidado de la vida. Recuperar los saberes

comunes de las mujeres es un acto vital que adquiere un tinte político en estos tiempos de desesperanza en los que el sistema patriarcal opera bajo terribles lógicas de violencia sobre los cuerpos de las mujeres (Federici, 2018; Cabnal, 2010).

La partería comunitaria, se compone de elementos teóricos y prácticos para brindar atención a las mujeres desde un enfoque femenino, que prioriza su atención integral, el cuidado, la libertad y el respeto a sus cuerpos. No obstante, a pesar de que la partería no se asume ni se articula claramente desde los feminismos, posee elementos que la vinculan intrínsecamente con éstos. Su navegar contracorriente cuestiona la subordinación del cuerpo femenino, la cual posee diversas connotaciones que rebasan el ámbito estrictamente médico y la sitúan en la perspectiva de la dominación de género.

El Estado ejerce poder sobre los cuerpos de las mujeres de distintos modos y legitima sus prácticas mediante leyes, normas y otros dispositivos que actúan a diferentes niveles. Esta relación de poder atraviesa y controla los cuerpos de las mujeres, la primera violación del cuerpo se encuentra en el nacimiento, donde se impone a las mujeres desde la clínica cómo y dónde parir, con quiénes y a qué ritmos. Es por esto que las implicaciones de lo que acontece en Amatenango adquieren una importancia política; donde las mujeres han logrado parir y nacer escapando de esos mecanismos de control, donde sus cuerpos resisten a ser homogeneizados y colonizados.

La vinculación de la gestación como un proceso patológico articulado a la biomedicina, y la subsecuente descalificación y eliminación de los conocimientos femeninos acerca de sus cuerpos y sus procesos, debe entenderse en el marco de la violencia sistémica ejercida contra las mujeres, a partir de la cual las decisiones sobre nuestro cuerpo son tomadas por instituciones —generalmente por hombres—, que investidas por el discurso biomédico generador de *poder/verdad*, deciden qué es lo adecuado y correcto sobre nuestros procesos fisiológicos, convertidos en padecimientos. Violencia sistematizada a través de los discursos de la racionalidad científica que han atravesado los procesos de colonización de los pueblos en la expansión del capitalismo y cuya pinza cierra la subordinación de los cuerpos de las mujeres a través del sistema de salud que supone poseer cuerpos, potencia y “productos” de estos cuerpos (Vega, 2018, p. 39).

La naturaleza de los procesos sociales es contener frente a las relaciones de poder una alternativa de resistencia que ha sido explorada en mayor o menor medida por las actoras sociales y que ha terminado por incidir a distintos niveles en la modificación de las relaciones de poder. Este hecho ha quedado patente particularmente en regiones como el sureste mexicano, donde la llama de la resistencia arde en la autonomía desde hace décadas.

## Referencias bibliográficas

- Alarcón, R. (2021). El etnocidio de la partería tradicional indígena tseltal-tsotsil, ¿maquinación de una profecía autocumplida? En R. Alarcón (Ed.). *Las parterías tradicionales en América latina, cambios y continuidad ante un etnocidio programado* (pp. 23-68). Luscinia.
- Alarcón R. y Alarcón, T. A. (2021). Las parterías tradicionales indígenas en México: una aproximación a su exclusión social y desaparición desde la ética y la bioética. En R. Alarcón (Ed.). *Las parterías tradicionales en América latina, cambios y continuidad ante un etnocidio programado* (pp.165-184). Luscinia.
- Cabnal, L. (2010). *Feminismos diversos: el feminismo comunitario*. ACSUR.
- Carrillo, A. M. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México. *DYNAMIS. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, (19),167-190.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2020) [Medición de la pobreza]. Recuperado el 15 de enero de 2022, de: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalncio.aspx>
- ENDIREH. (2016). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares. Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, México.
- Federici, S. (2018). *El patriarcado del salario. Críticas feministas al marxismo*. Traficantes de sueños.
- Foucault, M. (2014). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.
- Frenk, J. (1978). Cuadro clínico de la enseñanza de la medicina mexicana. *Nexos*, (1), 21-32.
- González, M. (2003). Cultura de la resistencia, una visión desde el zapatismo, *Liminar: estudios sociales y humanísticos*, 7(2), 6-25.
- Hernández, G. (1985). *Desarrollo económico-social y políticas estatales de salud en México (1876-1984)*, Tesis de licenciatura en sociología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Características de los nacimientos registrados en México durante el 2020, Comunicado de prensa 535, [comunicado de prensa de INEGI]. <https://bit.ly/3JYhxTZ>
- (2022a). [Natalidad y fecundidad]. Recuperado el 05 de enero de 2022, de: <https://www.inegi.org.mx/temas/natalidad/>
- (2022b). [Demografía y sociedad]. Recuperado el 05 de enero de 2022, de: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
- Ley General de Salud. (1984). [https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf\\_mov/Ley\\_General\\_de\\_Salud.pdf](https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf)
- Martínez, F. (1997). La medicina científica y el siglo XIX mexicano. Fondo de Cultura Económica.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol, saber y hegemonía médica*. Alianza.
- Ortega, J. (2021). El saber de las parteras mayas en Yucatán: eje de cultura a favor de la prevención de los riesgos obstétricos y las muertes maternas. En R. Alarcón (Ed.). *Las parteras tradicionales en América latina, cambios y continuidad ante un etnocidio programado* (pp. 285-322). Luscinia.
- Romero, J. A. (2012) Promoción del empoderamiento de género en la población indígena en Querétaro, México, a través de la difusión de la salud reproductiva por parte de las parteras. *Estudios sociales* 20(40), 293-312.
- Secretaría de Salud. (2021). Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna, semana 52 del 2021, información de la Dirección General de Epidemiología. <https://bit.ly/3lUnVdy>
- Vega, C., Martínez, R., y Paredes, A. (2018). *Cuidado, comunidad y común. Extracciones, apropiaciones y sostenimiento de la vida*. Traficantes de Sueños.

#### Breve CV de los autores/as

Diana Álvarez Romo es antropóloga visual y documentalista, con experiencia en investigación, docencia, comunicación y promoción de la salud. Antropóloga social por la ENAH y maestra en Antropología Visual y Documental Antropológico por la FLACSO, Ecuador. Actualmente se encuentra cursando el doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la UAM Xochimilco. Ha trabajado temas relacionados con medicina social, saberes tradicionales y salud intercultural.

Gilberto Hernández Zinzún es Doctor en antropología por la Facultad de Filosofía y Letras y el Instituto de Investigaciones Antropológicas, ambos de la UNAM. Actualmente profesor Titular en la Carrera de Médico Cirujano de la Fes Iztacala, UNAM, y profesor del posgrado de Antropología en Salud del Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la UNAM. Líneas de investigación: educación y epistemología médicas, antropología y sociología de la salud en México.

#### Declaración de autoría CRediT

Conceptualización: D.A.R., G.H.Z, Metodología: D.A.R. Validación: D.A.R., G.H.Z, Análisis formal: D.A.R., Investigación: D.A.R., Recursos: D.A.R., G.H.Z, Redacción: D.A.R.

# Sereias do asfalto, bonecas e outras bichas: apontamentos sobre cenas transviadas e violências de gênero no Brasil

## *Tarmac mermaids, queens and other sissies: notes on queer scenes and gender violence in Brazil*

Edinaldo Araujo Mota

 <https://orcid.org/0000-0002-4022-6106>

Universidade Federal da Bahia, Brasil

[edinaldo.junior@ufba.br](mailto:edinaldo.junior@ufba.br)

Recibido: 01-02-2022  
Aceptado: 17-03-2022



### Resumo

Para compreender a natureza da violência contra *o feminino* e seus esquemas de reprodução, tem sido crucial observar como sua inferiorização na ordem do gênero recai numa rede de violências contra mulheres, cis e transgênero, travestis, gays afeminados e pessoas não-binárias. Neste artigo, reflete-se sobre a abjeção ao feminino e suas resistências no contexto brasileiro a partir da proliferação de artistas atuais da música pop que perturbam e reelaboram os padrões e normas de gênero. Essas expressões nomeadas na pesquisa de cenas musicais transviadas, ao tensionarem valores patriarcais, misóginos e racistas, constituem engajamentos identitários e têm funcionado como um dos principais mecanismos de luta política LGBTQI. A partir da noção de cena cultural/musical, da crítica feminista dos 1980 e 1990 e dos estudos queer, propõe-se pensar como cenas transviadas negociam traumas históricos e violências sistêmicas, e reelaboram elementos da cultura dominante como contradiscursos. Entre espacialidades e imaginações, essas cenas se colocam contra a noção de esfera pública dominante. Propõe-se pensá-las como espaços contrapúblicos nos quais sujeitos interpretam suas próprias identidades, interesses e necessidades e ressignificam valores sociais e comunitários.

**Palavras-chave:** cenas musicais, violência de gênero, corpos disidentes, transviado, música brasileira.

### Abstract

In order to understand the nature of violence against *the feminine* and its reproduction schemes, it is crucial to observe how its inferiorization in the order of gender triggers a network of violence against cis and transgender women, transvestites, effeminate gays and non-binary people. This article reflects upon the abjection of the feminine and its resistance in the Brazilian social-context, based on the proliferation of current pop music artists who derange and reshape gender patterns and norms. These expressions named in the research of deviant musical scenes, by stressing patriarchal, misogynistic and racist values, constitute identitarian engagements and have worked as one of the main mechanisms of the LGBTQI political fight. Based on the notion of the cultural/musical scene, on the feminist criticism of the 1980-1990s and on queer studies, it is proposed to think about how queer scenes negotiate historical traumas and systemic violence, and re-elaborate elements of the dominant culture as counter-discourses. Between spatialities and imaginations, these scenes stand against the notion of the dominant public sphere. It is proposed to think of them as counter-public spaces in which subjects interpret their own identities, interests and needs and re-signify social and community values.

**Keywords:** music scenes, gender violence, dissident bodies, deviant, brazilian music.

### Sumario

1. Introdução: violência, gênero e o transviado: questões iniciais | 2. Pra ser transviada precisa ter talento: cenas musicais e desidentificações | 3. Corpos e batalhas de gêneros: revisitando a crítica feminista | 4. Vidas transviadas importam: o queer nos trópicos | 5. Cenas transviadas, espaços contrapúblicos | 6. Elas não deitam: inconclusões finais | Referências bibliográficas

### Cómo citar este artículo

Araujo Mota, E. (2022): "Sereias do asfalto, bonecas e outras bichas: apontamentos sobre cenas transviadas e violências de gênero no Brasil", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 10 (1): 102-117. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.539>

## 1. Introdução: violência, gênero e o transviado: questões iniciais

No México de 1993, jornalistas e ativistas pelos direitos das mulheres começaram a quantificar os assassinatos contra mulheres concentrados na Ciudad Juárez, com intuito de expor o crescimento vertiginoso de mortes na região e denunciar a situação alarmante na qual viviam muitas delas. Desde então, o feminicídio passa a ser assumindo como um genocídio, extermínio deliberado a partir de dadas condições históricas, resultado de práticas sociais que violam a integridade física, psicológica e a liberdade de meninas e mulheres (Gargallo, 2012). Apesar dos muitos avanços no combate às opressões que sofrem as mulheres, em países latino-americanos, como México, Honduras, República Dominicana, Colômbia, Bolívia e Brasil, a situação do feminicídio permanece grave e atual, e se agrava quando indicadores de etnia, raça e classe são incorporados aos dados de violência de gênero.

A disputa que surge com a tipificação do crime ainda tem enfrentando obstáculos, como a falta de políticas públicas de apoio às mulheres violentadas e de combate às violências de gênero. Berenice Bento (2016) acredita que para entendermos a natureza da violência contra a mulher e seus esquemas sistêmicos de reprodução é importante não circunscrever a análise apenas ao que chama de "feminino-mulher". Este é um esforço da autora ao reivindicar que a violência de gênero opera também contra travestis, mulheres trans e mulheres transexuais. Pela posição que o feminino ocupa na ordem do gênero, o transfeminicídio, tal como o feminicídio, se caracteriza como uma política "intencional e sistemática de eliminação" de mulheridades, e no caso das travestis, mulheres trans e mulheres transexuais, "motivada pela negação de humanidade às vítimas" (Bento, 2016, p. 51).

Em termos de identidades de gênero e expressões de sexualidades, é preciso considerar os "mecanismos sub-reptícios", conforme Bento (2016), que deslegitimam o feminino e que devem ser vistos como uma "genealogia daquilo que chamo de feminino abjeto" (Bento, 2016, p. 54). Essa inferiorização ao feminino recai numa ojeriza que atinge também os gays afeminados e meninos femininos. Na compreensão dos fenômenos sociais, uma rede de violências é tecida e cravada nas estruturas sociais, naturalizando formas daquilo que deve ser reconhecido socialmente como feminino de um certo tipo.

Diante dessas questões iniciais, este artigo busca refletir sobre essa abjeção ao feminino e suas resistências no contexto do território que me afeta, o Brasil. Nele, os dados expõem a triste realidade para mulheres: 30% dos casos de violência doméstica ocorrem diariamente no país, e mais de quatro mil mulheres foram vítimas letais no período de um ano, segundo o Atlas da Violência 2021 (Cerqueira, 2021). No mesmo relatório, quando esses dados levam em conta a raça indicam a perpetuação da desigualdade e violência racial: o risco de uma mulher negra ser vítima de feminicídio é quase duas vezes maior do que o de uma mulher não negra.

No que tange à população LGBTQIAP+<sup>1</sup>, as estatísticas seguem devastadoras, principalmente pela falta de métricas e da própria tipificação dos crimes. Atualmente, o Brasil não dispõe de mecanismos oficiais de sistematização e publicização de dados e indicadores de violência contra minorias sexuais e de gênero. Muitas dessas informações são produzidas por organizações civis, baseadas em notícias de jornal, internet e outras fontes, o que tem ocasionado uma considerável subnotificação dos casos<sup>2</sup>. Nos poucos dados disponíveis, de janeiro à agosto de 2021, mais de 200 pessoas foram assassinadas ou se suicidaram, em decorrência de crimes de ódio, como aponta relatório do Observatório de Mortes Violentas de LGBTQI+ no Brasil (Gastaldi *et al.*, 2021). Deste total, 32,4% são pessoas pretas e pardas. Nos dados sobre assassinatos de pessoas trans, pessoas negras representam 81% do total de mortes. Em 2021, foram registrados pelo menos 140 assassinatos de pessoas trans, 135 deles contra travestis e mulheres transexuais e 5 contra homens trans e pessoas transmasculinas (Benevides, 2022).

Deparamo-nos com um regime de violência sistêmica bastante custoso de ser transformado, mas que tem sido insistentemente combatido por movimentos sociais e ativistas no contexto brasileiro atual. Dentro desse cenário, chama atenção a proliferação de jovens independentes que se destacam na música pop brasileira, expondo na cena os próprios limites das identidades e da alteridade de gênero, numa plural e intensa produção musical (Rocha, 2021).

<sup>1</sup> Sigla expandida das dissidências sexuais e de gênero que agrega Lésbicas, Gays, Transgêneros, Queer, Intersexo, Agênero e Assexual, Panssexual e o sinal de adição para outras possibilidades.

<sup>2</sup> Para se ter noção, apenas em 2019 o Supremo Tribunal Federal brasileiro permitiu a criminalização da homofobia e da transfobia. Na decisão da corte, as ações homofóbicas e transfóbicas devem ser enquadradas na lei de racismo, promulgada em 1989 no país.

Assumindo os insultos ao desvio das normas, jovens da música têm se assumido bichas, viadas, bonecas e bonequinhas, travecas, sereias do asfalto, mulheres-diabas. Têm circulado pelos espaços midiáticos hegemônicos, bagunçando fronteiras e remixando corporalidades.

Essas artistas transitam pelos universos mainstream e alternativo, embaralhando-os. Podemos pensar que essas performances estéticas funcionam como contraprodução dos sujeitos LGBTQI dentro de uma dada hegemonia, e que tem se expandido principalmente com uso das redes sociais digitais. O crescimento de estudos de gênero e sexualidade e o debate sobre a questão do queer no Brasil formam parte das condições de existência de tal fenômeno (Colling, 2018). Do ponto de vista da comunicação, a imprensa tem insistido em caracterizá-lo como cena LGBTQI ou Queer, ou como MPBixa, MPBTrans, uma alusão à música popular brasileira para posicionar a esta cena pela diferença em relação às tradições consagradas.

Apesar desta explosão produtiva e midiática, continuamente nos deparamos com situações de violência, formas de rechaço e ojeriza que se reproduzem em discursos de ódio e ataques aos perfis dos/as artistas em redes sociais digitais. Diante de múltiplas resistências aos padrões morais da sociedade brasileira, nos interessa refletir acerca do fenômeno insistindo em sua capacidade contraprodutiva, que implode os sistemas sexo-genéricos, valores patriarcais, misóginos e racistas, como possibilidade de existir fora das normas estruturais econômicas, políticas, e culturais do capitalismo.

Tenho apostado que engajamentos identitários formados na e pela música pop brasileira têm funcionado como um dos principais mecanismos atuais da luta política LGBTQI no país. Muito se deve ao seu espalhamento midiático, mas é um interessante fenômeno para problematizar como esses grupamentos juvenis se espacializam tomando identidades de gênero como potência de transformação. Isso não significa que esses grupos tem se formado alheios às dinâmicas do capitalismo tardio. Ao contrário, é de dentro dessas estruturas sociais que esses grupos encontram modos de bagunçar normas e padrões como potência de transformação. Acreditamos que dinâmicas e valores dominantes são resignificados tendo o consumo cultural como importante lugar de mediação de identidades e cidadanias. Diante dessa cena, nos questionamos como artistas, coletivos e juventudes engajadas habitam territorialidades forjadas no combate à violência e à precarização das vidas dissidentes sexo-genéricas.

Essas espacialidades, conformadas nas margens e bordas, circulam em intensos fluxos de imagem e informação nos espaços hegemônicos e negociam traumas históricos e violências sistêmicas. Seus integrantes, grupos sociais subalternizados, inventam e reinventam elementos da cultura dominante como contradiscursos. Acredito que cenas transviadas nos dizem sobre espacialidades que se colocam contra a noção de esfera pública dominante, e por isso, segundo José Esteban Muñoz (1999), são espaços contrapúblicos nos quais sujeitos interpretam suas próprias identidades, interesses e necessidades e resignificam valores sociais e comunitários.

Com este debate, proponho olhar para cenas transviadas, se tomadas como espaços contrapúblicos, como lugares de coalisões éticas e estéticas que funcionam tanto como autodefinição quanto como divergência (Taylor, 2012). Para isso, nosso percurso se inicia com a descrição do fenômeno musical, destacando as tensões aos binarismos de gênero que aparecem em suas performances. Em seguida, pela inscrição da cena transviada no terreno da cultura pop, em seu caráter ambivalente e ambíguo, revisito os marcos teóricos dos estudos feministas e dos estudos queer numa tentativa tanto de extrair as principais contribuições para compreender o fenômeno em questão, como também para destacar as tensões das próprias teorias quando tratamos do contexto latino-americano e brasileiro.

Num esforço de amplificar o debate e projetar discussões mais amplas a partir deste texto, busco adensar o ponto de vista dos estudos sociológicos e do urbano a partir dos conceitos de cenas sociais/culturais/musicais. Com isso, pretendo considerar as nuances do consumo musical nos espaços urbanos e a formação de comunidades que incorporam os desvios das normas de gênero em suas dimensões ética e estética. Este gesto implica um olhar para os fenômenos musicais tomando o corpo como lugar onde opera a repetição dos significados culturais, em seus contextos de violências sistêmicas, para fazer pulsar também disrupções e resistências às estruturas em processos de reescritura daquilo que é concebido como normal, natural, orgânico em vidas inteligíveis.

## 2. Pra ser transviada precisa ter talento: cenas musicais e desidentificações

*Olha só doutor, saca só que genial  
Sabe a minha identidade? Nada a ver com genital  
Estou procurando, estou tentando entender  
O que é que tem em mim que tanto incomoda você?  
[...] Eu vou te confessar que às vezes nem eu me aguento  
Pra ser tão transviada assim precisa ter muito, mas muito talento  
Ser bicha, trava, sapatão, trans, bissexual é também poder resistir*  
(Linn da Quebrada e As Baías e a Cozinha Mineira – Absolutas)

Em 2017, a marca de vodca sueca Absolut lançou o projeto *Absolut Art Resistance*, retomando uma série de ações históricas da empresa que davam visibilidade a algumas causas minoritárias. A retomada do projeto ocorreu no Brasil e a campanha trazia como mote a frase “A Arte Resiste. O mundo progride”, centrando-se nas causas das pessoas LGBTQIAP+. Como parte das ações, produziram o audiovisual “Absolutas”, uma parceria entre Linn da Quebrada, cantora e compositora travesti<sup>3</sup>, e o grupo As Baías e a Cozinha Mineira, das cantoras trans Raquel Virgínia e Assucena Assucena.

A composição audiovisual traz um elenco formado por muitas pessoas, distintas entre si em suas formas, rostos, vestimentas, gestos corporais. Durante o clipe, as figuras do elenco circulam por diversos espaços. Nos supermercados e bares, estão sujeitas a olhares intimidadores. Nos espaços das festas, dançam e criam uma atmosfera de prazer e comunhão. A montagem cruza os lugares públicos, da opressão e da diversão, com cenas mais domésticas, de intimidade e auto-conhecimento do corpo, com uso de objetos cênicos como espelhos e janelas. Esses muitos corpos, que ora aparecem em *frames* individuais intercalados entre si, em dado momento se encontram no espaço da rua. Um take capturado por um drone nos remete a ideia de ocupação das ruas por essas corpos e corpos.

Na sequência, uma série de planos médios enquadraram as artistas, enquanto elas enunciam o verso “Ser bicha, trava, sapatão, trans, bissexual é também poder resistir”. Seus olhares se dirigem para a câmera e, ao enunciarem esses termos, utilizados na linguagem popular brasileira como ofensa, materializam no vídeo o gesto da auto-aceitação a partir dos insultos. Resignificam o ofensivo como potência de vida. A imagem das três cantoras, juntas, se funde à imagem da fachada de um edifício, onde se vê uma intervenção artística que reproduz cenas do videoclipe com os dizeres: “A Arte Resiste”.

Imagem 1. Imagens do audiovisual Absolutas



Fuente: Reprodução/ YouTube<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Travesti é a identificação que difere da que foi designada no nascimento e que incorpora fatores sociais vinculados à América Latina. Mulher transgênero é uma pessoa que não se identifica a partir de uma associação determinista sexo-gênero, assumindo uma identidade enquanto mulher.

<sup>4</sup> Disponível em <<https://youtu.be/uunqc97qexU>>. Acesso em 22 dez. 2021.

O videoclipe encerra com algumas falas das cantoras, enquanto a ficha técnica do vídeo aparece em paralelo na imagem. Linn da Quebrada reflete sobre seu corpo e suas ações no mundo: "Eu entendo a minha vida, e o meu corpo principalmente, como esse espaço de experimentação radical".

Descrevo mais detidamente esse audiovisual porque me parece significativo o modo como ele tenta mostrar a "invasão rebelde" de uma série de artistas trans, travestis, drag queens, gays afeminadas, pessoas não-binárias que tem surgido na música brasileira, a partir de performances altamente circuláveis nos espaços da cultura midiática, e que tem tensionado os padrões e normas de gênero. Na fala de Linn da Quebrada, retenho a dimensão espacial atribuída à sua vida e ao corpo, como um corpo-território, como lugar de operação de trânsitos e mudanças sociais.

Assim como Linn, muitas outras têm assumido seus corpos como território da falha, do desvio, da contaminação e da impureza constitutiva (Rocha, 2021). Assumem a carga de violência histórica imputada às travestis como auto-definição e luta política. Segundo Pelúcio (2005), há uma série de tensões morais, éticas e estéticas que constituem a identidade travesti nas sociedades latino-americanas em sua matriz cisheteronormativa. As marcas do estigma da travesti brasileira estão localizadas na construção de um corpo ambíguo e indeterminado, num corpo que apresenta, na visão cisheteronormativa, um excesso de gênero (feminino), e que tem a figura do pênis como lugar contraditório de desejo e abjeção (Veras e Andreu, 2015).

Isso se expressa de modo paradoxal no Brasil: o país ocupa o topo do ranking dos países com maior número de assassinatos contra pessoas trans, ao mesmo tempo que é o país que mais consome pornografia com pessoas trans, onde termos como "brazilian shemale" aparecem na liderança dessas plataformas (Benevides, 2021). O que tem ocorrido com essas artistas, ao se autodefinirem travestis, é exatamente desafiar os limites identitários que relegam suas existências às margens, às zonas obscuras e locais pontuais.

Além de Linn da Quebrada, Raquel Virgínia, Assucena Assucena, outras artistas também têm problematizado as vivências travestis na música, questionando violências compulsórias e estigmatizações. Sujeitas travestis restituem todos os dias a possibilidade de serem vidas consideradas humanas, possíveis de serem vividas, disputando outros modos de viver as transgeneridades fora da prostituição. Nos centros urbanos brasileiros, as travestis tem sobrevivido, muitas vezes, como profissionais do sexo, e os espaços possíveis para suas existências tem sido, por longos anos, os pontos de prostituição, um espaço paradoxal que une instâncias do trabalho e das relações sociais entre elas.

Cantoras travestis e mulheres trans têm nos ensinado como as violências e opressões das estruturas sociais se pulverizam e recaem nas bichas e gays afeminadas, drag queens e não binaries. Este aprendizado nos ajuda a compreender, dentro desse espectro, a presença de performances drag queens que também invadem os espaços midiáticos no Brasil da atualidade. O sucesso estrondoso da cantora drag Pablllo Vittar, que se reconhece como gênero fluido, começou quando criou uma versão abasileirada<sup>5</sup> da música "Lean On", de Major Lazer. Desde então, o perfil da cantora no YouTube já contabiliza quase 2 bilhões de acessos, e seus vídeos atingem recordes de visualizações em menos de 24 horas depois de lançados. Recentemente, tornou-se a drag mais seguida no mundo em todas as redes sociais, quando ultrapassou no TikTok a drag vietnamita Plastique Tiara, participante do RuPaul Drag's Race (von Borell, 2021). Em seu álbum mais recente, *Batidão Tropical*<sup>6</sup>, revisita repertórios de bandas de calypso, tecnobrega e forró, gêneros musicais de regiões periféricas do norte e nordeste do Brasil. A partir desses elementos incorporados à sua produção, Pablllo tem bagunçado os próprios gêneros musicais e as corporalidades a eles associadas, ao tematizar figuras e imaginários sociais que rondam tais sonoridades.

Já Gloria Groove, rapper e drag queen, numa entrevista, diz se identificar com o "rap e o hip hop, gêneros sempre associados aos machos" e investe numa relação com a "arte drag" como mote do seu discurso. "Que negócio é esse daí? É mulher? Que bicho que é? Prazer, eu sou arte, meu querido. Então, pode me aplaudir de pé", recita a cantora nos versos de *Donã*<sup>7</sup>. Gloria Groove surge porque Daniel, gay afeminado que vive na Zona Leste de São Paulo, não conseguia espaço na cena do rap e hip hop paulistano. Seu mais novo disco, lançado em fevereiro de 2022, se chama *Lady Leste*, no qual criou uma espécie de persona "gangsta queen" à brasileira para recontar sua história pessoal na região da cidade homenageando mulheres periféricas (Françoza, 2022). Como ela mesmo afirma, se existe a Lady Gaga, por que não pode existir também a *Lady Leste*?

<sup>5</sup> Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=IYuepseCRGY>>. Acesso em 23 dez. 2021.

<sup>6</sup> Disponível em <<https://bit.ly/3h9W6m9>>. Acesso em 23 dez. 2021.

<sup>7</sup> Disponível em <<https://youtu.be/BPfo6Wkr8fs>>. Acesso em 23 dez. 2021.

Por outros caminhos, o cantor Johnny Hooker<sup>8</sup> tem dialogado com gêneros musicais tais como o pop, o brega e o samba, afastando-se de um referente masculino heteronormativo (Mendonça e Kolinski Machado, 2019). Afirma confundir os termos da heteronorma a partir da figura da “bicha”, do “viado”, termos utilizados como insulto para gays afeminados. “Eu acho que eu me defino como bicha mesmo. Para os héteros, Senhora Excelentíssima Bicha” (Popline, 2018). De modo similar, o cantor Hiran tem se apropriado do hip hop para dizer que “Tem mana no Rap”<sup>9</sup>. A palavra mana é um diminutivo que se refere a irmã/hermana, expressão utilizada por pessoas LGBTQI para tratar umas às outras, e que é convocada por Hiran para afirmar que seguirá resistindo dentro da hegemonia masculina do rap como “bicha preta do interior da Bahia” (Fernandes, 2021).

Imagem 2. Mosaico com algumas artistas da cena



Fuente: Montagem realizada pelo autor a partir de imagens de divulgação das artistas.

Na expressão da maioria dessas artistas, é clara a articulação de suas performances com sonoridades vinculadas a territórios periféricos brasileiros. As violências e estigmatização associadas aos corpos e expressões de gênero acabam incidindo tanto numa relação com os territórios como também em desvalorizações dos gêneros musicais vinculados a esses espaços. A série de artistas da qual tratamos tem misturado elementos locais com fluxos mais globais, presentes no trap, no pop eletrônico, no reggaeton, dentre outros gêneros do pop contemporâneo. Mesclando fluxos globais e reescrevendo localismos, constituem outros roteiros para situações cotidianas narradas em suas canções. Janotti (2021) considera imprescindível “ascultar com cuidado” como corpos não-binários têm se posicionado nos gêneros musicais, propondo, ao mesmo tempo, formas múltiplas de habitá-los e de reconstruí-los.

Enquanto táticas de guerrilhas estético-políticas, como nos indica Janotti (2021) e Rocha (2021), sujeitos não-binários na música brasileira atual destituem certas tradições já consolidadas (dos corpos e da música) e rompem expectativas hegemônicas (das identidades e sonoridades), que dão a ver elementos, à primeira vista, não disponíveis no contexto cultural (Filho *et al.*, 2018), e que também dão ver a uma série de outros fenômenos que se constituíram nas margens e bordas de certos contextos, numa espécie de continuidade histórica. Essas nuances disruptivas são indicativas tanto das potências/pressões quanto dos limites com os quais as expressões culturais se manifestam.

Nesse sentido, dentro da hegemonia da sociedade capitalista, há um complexo de experiências e relações, com pressões e limites específicos e mutáveis. Essas expressões dissidentes surgem de dentro de estruturas internas constituídas como forma de dominação, e tem sido continuamente recriadas e modificadas. O capitalismo hegemônico é desafiado por “pressões que não são as suas próprias pressões”. (Williams, 1979, p. 115). A não-binaridade na música pop tem evidenciado, desta forma, confrontos estéticos e outras formas de constituição de sujeitos que dialogam intimamente com as estruturas e dinâmicas das indústrias midiáticas, fazendo brotar de dentro da cultura *mainstream* brechas e reescrituras, embaralhando os próprios termos da dominação – ainda que mudanças radicais ao capitalismo sejam pouco vistas, revelando os limites estabelecidos pela hegemonia.

<sup>8</sup> Disponível em <<https://youtu.be/5YHrSxgm8U0>>. Acesso em 23 dez. 2021.

<sup>9</sup> Disponível em <[https://youtu.be/X9g3\\_yhAn6l](https://youtu.be/X9g3_yhAn6l)>. Acesso em 23 dez. 2021.

Na cultura pop, podemos observar a formação de espaços de investimentos afetivos e estratégias mercadológicas simultaneamente. Isso significa conceber a comunicação como lugar onde se habita e se narra o popular, o “pop-pular” e o “pop-lítico”, como nos sugere Rincón (2015), ao abordar a conversão do poder político num espetáculo dos e para os sujeitos da cultura popular. Agrupamentos e comunidades identitários são tomados pelo autor como “quilombos pop-líticos”, em referência ao espaço de rebelião formado por pessoas escravizadas em fuga durante o período de colonização do Brasil.

Quilombos pop-líticos constituem-se num jogo de resistências às submissões, as cumplicidades e o comunitário, as inovações e também as aberrações. Para o autor, grupos juvenis bebem e gozam da sua própria corporalidade, incorporando músicas, telenovelas, experiências festivas e prazeres. Corporificam, portanto, o pop político em práticas cotidianas que mobilizam e engajam outros sujeitos a habitarem o contemporâneo de modo insurgente.

A partir dos quilombos pop-líticos, Rincón nos faz ver como essas jovens artistas instauram o caos às normas de gênero e se libertam do valor de autenticidade e do pedantismo das artes. É de dentro do próprio capitalismo que emergem esses quilombos pop-líticos. Como afirma Rincón, “tudo junto como nos pratos de comida típica latino-americana. Tudo junto, mexido e saboroso: simultaneidade de catarses, obediências, resistências e re-invenções” (Rincón, 2015, p. 196).

Pela quantidade de artistas elencadas, podemos afirmar que há um florescimento de performances contestatórias e dissidentes em termos sexo-genéricos, e em alguma medida, o tom de novidade que muitas vezes é aplicado ao fenômeno parece indicar que se vive uma certa liberdade e diversidade. É como se a existência da cena em si, na visão da heteronormatividade, garantisse sua plena segurança, principalmente quando esse discurso incorpora as mudanças nas dinâmicas de consumo provocadas pelas redes sociais digitais. Entretanto, ambiências digitais, que por muito tempo eram “promessas” de espaços de plena liberdade, desvelam alguns ataques e discursos morais conservadores. Podemos citar ação de crackers que derrubaram o canal de Pablo Vittar no YouTube, excluindo um videoclipe e publicando, em seu lugar, mensagens de apoio a Jair Bolsonaro<sup>10</sup> (*Canal de Pablo*, 2017), então deputado e atual presidente do Brasil, conhecido por suas declarações homofóbicas e misóginas e pela implantação de um projeto contra os direitos de minorias sociais e políticas em curso no país.

Ainda sobre ataques, Pepita, mulher trans, cantora de funk do Rio de Janeiro, é constantemente criticada nos comentários dos seus vídeos, tendo seu corpo visto como aberração. Os comentários repudiam seu corpo destacando o fato dele ser construído por procedimentos estéticos e vão além. Suas formas curvilíneas são utilizadas para deslegitimar sua dimensão de “mulher” que assume enquanto mulher transgênero. Durante uma premiação, Pepita reivindicou juntar em seu corpo a existência como “uma travesti, uma sapatão, uma bissexual”, passando preconceito em todos lugares, e como disse, “mesmo assim eu estou com minha cabeça erguida, com meu peito bem durinho e continuo guerreando<sup>11</sup>”.

Apesar do tom de efervescência e rebeldia cultural que paira diante dessas expressões, as violências contra os sujeitos dissidentes têm mostrado uma permanência dominadora, constituidora inclusive de experiências anteriormente silenciadas, numa espécie de continuidade que se dá pela força veemente das estruturas sociais. No entanto, e sobretudo, as opressões são enfrentadas também como uma continuidade histórica à base de muita resistência. Dialogo com Guimarães e Braga (2019) para afirmar que essas cenas, passadas e presentes, vulneráveis e rebeldes, operam como um ruído anti-hegemônico, desestruturador das morais que conformam a sociedade brasileira e que são incorporados nos cenários da música popular.

Tenho buscado pensar esse fenômeno chamando-o de cenas musicais transviadas, incorporando aquilo que Berenice Bento (2016; 2017) propõe com transviado, um esforço de tradução do queer à brasileira. Assumindo os insultos na linguagem em seus contextos nativos, e incorporando identidades não-essencializadas na relação sexualidades e gêneros, o transviado aglutina múltiplas vivências que tensionam a essencialização e os limites das normalizações. “A bicha, o sapatão, a trava, o traveco, a coisa esquisita, a mulher-macho”, o outro-abjeto localizado no termo transviado sempre esteve presente no Brasil, cumprindo um papel persistente na “produção de vergonha e na garantia de contestação” (Bento, 2017, p. 248).

<sup>10</sup> Disponível em <<https://g1.globo.com/tecnologia/noticia/canal-de-pablo-vittar-no-youtube-e-invadido-e-aparece-com-foto-de-bolsonaro-e-clipe-ko-deletado.ghtml>>. Acesso em 22 dez. 2021.

<sup>11</sup> Vídeo disponível em <<https://www.facebook.com/watch/?v=1702026659853714>>. Acesso em 22 dez. 2021.

Nesse sentido, acredito que assumir o transviado para compreender expressões artísticas dissidentes é um modo de compreendê-los como contradiscursos que propõem outras políticas para os corpos, gêneros e sexualidades, confundindo não só o masculino e o feminino, mas também as próprias dinâmicas que “binarizam” os fenômenos como alternativo ou mainstream. Isso dialoga com aquilo que o pesquisador cubano José Esteban Muñoz (1999) propõe como desidentificação, que agrega recusas e críticas a categorias como sexo, gênero, raça e classe, como uma forma de ação transgressiva e perturbadora, e que surge de dentro da própria cultura hegemônica. A desidentificação é uma incorporação de códigos culturais dominantes, numa eminente reconstituição e mixagem desses códigos.

Muñoz (1999) nos diz que a desidentificação, como performances de pessoas queer racializadas (queers of color), tanto expõe as estruturas universalizantes e excludentes quanto ressignifica seu funcionamento, expondo, incluindo e fortalecendo identidades e identificações minoritárias. No Brasil, drags queens, mulheres trans e travestis, pessoas não-binaries, boa parte delas racializadas, tem assumido o “feminino abjeto” como potência para negociar identidades fixas e papéis socialmente codificados a partir de fabricações e fabulações de si, propondo outros roteiros identitários em torno da raça, sexualidade, gênero e distinções identificatórias (Muñoz, 1999). Na composição de novos roteiros, essas artistas reconstituem também sonoridades musicais, locais e globais, em que “abundam corpos e sexualidades, exibindo as modernidades da América Latina perfuradas pela oralidade corpórea que nos constituem” (Janotti, 2021).

A partir do consumo musical, nos deparamos com narrativas de pertencimentos e tessituras de sentidos, controversas e ambivalentes, que revelam modos de habitar o contemporâneo, assumindo expressões de corpos musicais como forma de engajamento político. Acredito que adensar essas tessituras e redes de sentido precisa compreender como o gênero, como categoria social e histórica, atua de modo performativo, ou seja, como os discursos sobre os gêneros interpelam os sujeitos a seguirem normas e padrões. Por outro lado, é preciso reconhecer também como se constituem as brechas e resistências às forças estruturais do sistema sexo-genérico. Para tal, propomos revisitar a crítica feminista que surge nos Estados Unidos anos 1980 e 1990, que trouxe para os estudos queer brasileiro a problemática do corpo como agência social e a dimensão histórica das identidades de gênero.

### 3. Corpos e batalhas de gêneros: revisitando a crítica feminista

As teorias feministas que ganham relevo entre os anos 1980 e 1990 foram fundamentais para o debate acerca do gênero, ao tomarem o conceito como uma possibilidade teórica, epistemológica e política de combater as diferenças a partir de características atribuídas *a priori*. As contribuições da crítica feminista realizada por autoras como Donna Haraway, Teresa de Lauretis, Eve F. Sedgwick, Judith Butler, dentre outras, são importantes para nossa investigação porque compreendem o corpo como espaço de agência, como lugar das possibilidades e multiplicidades de realização dos gêneros na cultura, que vão além dos binarismos pré-estabelecidos pela norma, e que constituem alianças e redes afetivas e políticas.

Tomando o pessoal como político, algumas dessas autoras questionam a ideia de que os corpos têm uma existência significável anterior à marca atribuída do gênero. Por ser uma temporalidade socialmente construída, corpo não seria apenas uma materialidade constituída pelas relações de poder exteriores a ele (De Lauretis, 1987; Butler, 2017; 2002). Os efeitos discursivos do poder são coextensivos à materialidade do corpo, constituindo culturalmente um campo de inteligibilidade que determina quais corpos devem existir e quais aqueles que não são considerados vivíveis. Aqueles sujeitos que desviam da norma têm sua humanidade sob alvo do aniquilamento, abjeção e precarização, formas violentas entranhadas na realidade social.

Os sujeitos desviantes, sob o regime de violência imputado às suas existências, nos mostram os limites de uma experiência discursivamente condicionada por uma matriz cis-heterossexual, que opera como um projeto disciplinador que se baseia em estruturas binárias, como se o binarismo fosse uma “linguagem da racionalidade universal” (Butler, 2017, p. 25). Deste modo, para a crítica feminista, o corpo não é concebido como um meio ou mero instrumento passivo. Do corpo como agência, consideram que é no interior do próprio conjunto de códigos, leis e normas culturais que as subversões são constituídas, exibindo suas falhas e expressas nos corpos. Enquanto desviantes, suas condições de existência borram a simples exterioridade do gênero.

Isso revela tanto a complexidade das relações e das identidades de gênero na sociedade, como a capacidade dos sujeitos de resistirem aos regimes de necropolítica<sup>12</sup>, um regime de Estado configurador de vidas que importam e do exercício de uma política de morte a determinados corpos. Os limites e fronteiras do discurso hegemônico, ao exibirem seu teor de ficcionalidade, de construção cultural e subjetiva, permitem que os sujeitos dissidentes constituam um conjunto de condições singulares que operam na produção de uma realidade, criando novas necessidades e novos campos de problematização.

Desta forma, a ideia de agência e agenciamento, advindos das proposições filosóficas de Gilles Deleuze e Félix Guattari, são visíveis em alguns trabalhos da crítica feminista desse período. Por outro lado, as contribuições de J. L. Austin, no campo da filosofia da linguagem, foram importantes, em especial para Eve F. Sedgwick e Judith Butler, porque permitiram investigar enunciados e declarações como atos performativos. Ao serem ditos, atos performativos realizam aquilo que está enunciado, em uma constante retroalimentação entre a carne e o discurso. Ou seja, quando enunciam se alguém é um menino ou uma menina, o sistema sexo-genérico age discursivamente vinculando o gênero aos atributos biológicos. Os atos de fala de Austin respondem aos modos como a linguagem constrói e afeta a realidade mais do que meramente a descreve.

A possibilidade de resistir à própria realidade imputada veementemente está no cerne da ideia de performatividade de gênero, proposta por Sedgwick e densamente trabalhada por Butler. Eve F. Sedgwick entende a performatividade como um conjunto de recursos interativos e operativos da ação de afetar o outro, uma força social em suas texturas perceptivas, que indicam o modo como o poder atua como discurso em formas autoritárias e punitivas (Sedgwick, 2003). A performatividade de gênero é tomada por Butler (1994) para criticar a ideia de que o gênero é um equivalente às instâncias feminino e masculino, porque esse entendimento baseia-se numa fusão de sexo com gênero apenas como “ou um ou outro” (e o outro sendo o feminino). Tanto Sedgwick quanto Butler estão interessadas em investigar como o poder atua em um agir reiterado, numa persistência e ao mesmo tempo instabilidade, a partir de “falhas” e “brechas” dos próprios regimes discursivos.

Para a crítica feminista, ficcionalizar os corpos requer uma ação e prática crítica sobre as operações excludentes da sua própria produção. Apesar de boa parte de seus estudos partirem do campo da linguística, da teoria literária e da filosofia do conhecimento, essa mirada desde a linguagem, e os diálogos com outros marcos teóricos, são importantes lugares de reflexão e debate orientados por perspectivas sociológicas, antropológicas e comunicacionais a partir de certos fenômenos contemporâneos.

Dada a força histórica das opressões contra expressões dissidentes, a rejeição aos significados normativos possui dimensão radical porque dramatiza a própria violência sistêmica a partir de uma posição experimental e transitória. Essas vivências, repletas de exclusão, hostilidade e rebeldia, são uma continuidade social e histórica, um “lembrete persistente” às forças opressoras de sua re-existência. É neste sentido que elas se aproximam da noção de biopolítica, de Michel Foucault, porque as possibilidades de escapar às normas instituídas, em forma de discurso, operam como política nos e pelos corpos.

A crítica ao binarismo do sistema sexo-gênero e a problemática das identidades de gênero como dimensão histórica, que surge com a crítica feminista, tornam-se centrais para a conformação dos estudos queer estadunidense e sua posterior expansão em contextos latinoamericanos. Ao desestabilizarem a própria noção de sujeito do feminismo, questionam as “pretensões de normatividade [...] através das quais as vezes opera a opressão sexual e de gênero” (Butler, 2002, p. 188). Os estudos queer vão se debruçar para fabricações e fabulações às normas de legitimidade pelas quais foram degradadas, e como essas ações seguem contrariando repetições (Butler, 2002, p. 192). Com as críticas feministas, buscamos reter suas densas contribuições sobre as estruturas de opressão e violência para compreender a cis-heterossexualidade como um modelo dominante de uma tecnologia complexa.

#### 4. Vidas transviadas importam: o queer nos trópicos

Na língua inglesa, a palavra *queer* refere-se ao estranho e esquisito, historicamente utilizada como uma maneira pejorativa de se referir a indivíduos de identidade e expressão de gênero desviantes da heteronormativa. Como forma de reescritura, os ativismos, durante os anos 1990, passam a utilizar o insulto

---

<sup>12</sup> O termo necropolítica, convocado por Bento (2016), é desenvolvido pelo filósofo camaronês Achille Mbembe a partir da noção de biopoder, de Michel Foucault.

que os interpela para produzir “um sujeito através dessa interpelação envergonhada” (Butler, 1993, p. 18), uma forma de politizar os termos que nos definem e que tentam nos avergonhar. O queer em inglês bagunça os próprios termos das identidades, antes muito localizadas no território, na relação étnico-racial, e na classe social de modo pré-estabelecido. O termo acessa distintos países num imbricamento entre ativismo e academia, e nesse sentido, por uma epistemologia que propõe a crítica à realidade social e exige sua contextualização em suas condições de existência.

Nessa direção, o queer é tomado como uma espécie de malha aberta de possibilidades, composto ao mesmo tempo por lacunas, sobreposições, dissonâncias e ressonâncias. O queer pode ser visto em termos de lapsos e excessos que exibem os constituintes do gênero e da sexualidade. Entretanto, se o queer enquanto movimento investigativo propõe radicalidade e anti-essencialização, o que significa o queer no Brasil, considerando as disputas que envolvem a sua incorporação no país?

Uma aposta tem sido considerar o queer como parte de uma rede de textualidades, se tomarmos o texto não como unidade, mas como tecido complexo em suas dimensões temporais, espaciais e culturais. O queer em redes de textualidades, em redes de sentidos, de mediações, de confluência e de disputa com múltiplos processos culturais. Inspiro-me no trabalho de Juliana Gonçalves (2021), que aborda as masculinidades como teias/tessitura de sentidos, com elementos provisórios, dinâmicos e nem sempre coerentes em suas conexões. Pensar o queer como rede de textualidades implica em dar vazão mais ao seu impulso de algo inacabado e transitório em relação ao corpo e ao gênero, e menos como uma identidade incorporada pacificamente em certos contextos.

Como rede em processo, significa pensar o queer mais como forma de articulação do que condição de pertencimento. Na tentativa de problematizar o queer no Brasil, termos tais como bicha, viado, sapatão, traveco, expressam identificações específicas, com raízes históricas profundas, sobre o que querem nomear. Os insultos em si podem até parecer, à primeira vista, similares, mas é curioso que todos eles, em seus usos sociais, não se aglutinam num único termo guarda-chuva, como o queer consegue nos países anglófonos.

Por isso nosso reforço no termo “transviado”, um importante gesto para fazer operar as especificidades culturais que conformam esses corpos insurgentes, contraventores, errantes, transgressores. Tertuliana Lustosa (2016), em seu Manifesto Traveco-Terrorista, trata da importância de trazer para os contextos brasileiro, sudacas, latino-americanos as “feridas diárias e violências silenciosas”, constituidoras dos nossos territórios, numa tentativa de entender mais profundamente os desvios da norma cis-heterossexual em seus contextos específicos.

Nesse sentido, é preciso olhar as cenas transviadas não apenas em suas dinâmicas de consumo musical, mas principalmente em sua articulação política. Indianara Siqueira, ativista transvestigênera<sup>13</sup>, nos ajuda a compreender essas dinâmicas que extrapolam o universo musical. A ativista é fundadora de uma das pioneiras casas de acolhimento a pessoas LGBTQI em situação de vulnerabilidade no país, a CasaNem, no Rio de Janeiro. O espaço ganha forma a partir do projeto PreparaNem, curso de preparação para ingresso de pessoas trans, travestis e transexuais nas universidades públicas brasileiras. A CasaNem atualmente possui lugar fixo em um imóvel cedido pelo governo estadual. Foram cinco anos de luta com o poder público, o coletivo sofreu inúmeras ações de despejo e ataques violentos em alguns bairros por onde passaram. Na CasaNem, muitas das artistas que integram a cena já participaram de atividades, desde rodas de debate a festas para arrecadar fundos para manutenção do espaço.

Por outra perspectiva, o movimento Revolta da Lâmpada surge depois de uma série de violências contra um jovem, em São Paulo. No episódio, os agressores utilizaram lâmpadas fluorescentes para agredir o rapaz. Numa das ações do movimento, assumiram o “fervo”, expressão usada para falar do espírito festivo dos espaços LGBTQI, para afirmar que ferver é “um espaço de livre expressão artística e de gênero, onde se luta pelo direito de um corpo livre ao mesmo tempo em que se vive e celebra ele”, popularizando nas redes sociais e nos espaços da cena a frase “o ferver também é luta”. Há uma série de festas que compõem o cenário de circulação das artistas e de suas músicas, tais Batekoo, Mamba Negra, Capslock, Baile Helipa LGBT. No caso da Batekoo, por exemplo, sua tônica é a formação de um polo de conexão entre jovens negros LGBTQI em busca de “novas narrativas no cenário cultural brasileiro, de forma a promover transformações sociais dentro do mercado” (Moura, 2017). Há na estética visual da festa o resgate de elementos afro-diaspóricos que se mescla a referências do Festival Afropunk, nos Estados Unidos.

---

<sup>13</sup> Termo usado por alguns ativismos para agregar as lutas travestis, de pessoas trans e não-binaries.

A partir desses elementos vemos a formação de redes de cidadania, solidariedade e identidade, em processos que envolvem as práticas musicais e a ocupação dos territórios “formulados a partir de negociações da diferença, que ultrapassam hierarquias e binarismos fixos de alteridade” (Oliveira, 2015, p. 8). A urbe, a cultura das ruas, os espaços de partilha das redes sociais tornam-se espaços tão potentes para compreensão de corporalidades dissidentes no Brasil e o modo como essas memórias culturais são recontadas em performances da vida cotidiana. O transviado no Brasil, em seus processos de reescrituras históricas, tem sua temporalidade marcada pela mutabilidade dos corpos e da cultura, e disputa um lugar na memória coletiva, deixando rastros de ocupação em territórios das cidades, nas práticas musicais, nas presenças e co-presenças das ambiências digitais. Mais do que um esforço de tradução, ao incorporarmos as questões do queer, é preciso deslocar uma possível lógica centro/periferia em busca de “apagamentos de saberes que são hoje como palimpsestos que nos esforçamos em reconhecer, em adivinhar suas lacunas para fazê-los falar” (Pelúcio, 2005, p. 3).

## 5. Cenas transviadas, espaços contrapúblicos

A noção de cena urbana surge no âmbito da perspectiva sociológica com a pesquisa de John Irwin (1973) sobre o surfe da Califórnia no período pós Segunda Guerra Mundial. O autor aborda o movimento cultural especificamente quando ele se torna um estilo de vida considerado não convencional, numa relação *insiders/outsideers*. Irwin (1973) justifica seu interesse no fenômeno porque nele reconhece um protótipo de uma série de outros movimentos coletivos similares que se espalharam pela juventude estadunidense a partir dos anos 1960. No cruzamento entre música e estudos do urbano, Will Straw (2001) dialoga com John Irwin, mas avança as proposições do interacionismo social e se aproxima dos estudos culturais e pós-estruturalistas.

Straw (2001) concebe a cena cultural/musical como metáfora espacial para articulação de múltiplas práticas culturais/musicais. A partir da noção de sistemas de articulação, de Edward Said, cenas articulariam estruturas dominantes e seus localismos, uma forma de compreender como práticas musicais mobilizam mudanças e “fertilizações cruzadas”, da ordem das mutações entre diversos elementos culturais.

Pesquisadoras e pesquisadores brasileiros têm se apropriado desse conceito para observar a formação de cenas e os processos de localismos, que convergem com os impulsos cosmopolitas, entre fluxos locais e globais (Trotta, 2013, p. 67). Em contrapartida, algumas dessas pesquisas têm adicionado camadas mais densas à apropriação cultural do conceito ao problematizarem as formações simbólicas e identitárias de etnia, raça, gênero e classe social nos territórios do Sul Global<sup>14</sup>. A partir do nosso contexto nativo, significa que as “diferentes condições de existência e de produção de sentidos” localizadas nas cenas musicais brasileiras são como “linhas de influência e solidariedade ao redor da cena” (Oliveira, 2015), como nuances micropolíticas que envolvem as identidades no Brasil contemporâneo.

Dentro dos estudos do urbano e da geografia humanista, Doreen Massey (2008) contribui com a reflexão ao criticar, por uma perspectiva feminista, as concepções estáticas de espaço. Em vez de tomar o espaço como natural e imutável, Massey propõe pensar outras dimensões espaciais que se formam como espaços da diferença. Massey busca rechaçar o domínio do masculino na concepção do espaço, buscando nos elementos de formação dos territórios as relações de gênero. Dessa forma, a autora desvela o espaço como esfera de possibilidade da existência da multiplicidade (Massey, 2008, p. 31)

Pela perspectiva feminista, o gênero é construído socialmente, ou seja uma temporalidade social, e na visão de Massey, se o gênero é algo socialmente construído, o espaço é, ao mesmo tempo, histórico e mutável. Portanto, o espaço não tem uma condição natural pré-estabelecida anteriormente, do mesmo modo como corpo e gênero também não possuem. Se pensamos na provocação que trago a partir do transviado, a força da luta contínua pela “desconformidade” não é apenas uma temporalidade. É, de maneira indissociável, uma questão espaço-temporal.

---

<sup>14</sup> Sul Global refere-se as experiências globalizadas vividas em determinados países subdesenvolvidos, marcados pela modernização tardia e pela estrutura da colonialidade. Boaventura Sousa Santos, por exemplo, propõe epistemologias do sul como forma de expandir a imaginação política além do Norte global, e busca repensar as sociedades a partir de saberes e práticas do Sul Global.

Se consideramos a manutenção de espaços conformados pela heteronormatividade, essa continuidade é forjada também em sua dimensão temporal, numa relação com os elementos ainda em dominância da modernidade, principalmente em torno da família reprodutiva, da tradição, da identidade nacional. Por isso, é preciso pensar que formações coletivas vão constituindo seus espaços possíveis como lugares nos quais podem viver fora das normas sexo-genéricas, em experiências marcadas pela diferença, numa espécie de energia que garante e legitima uma série de códigos culturais considerados desajustados, efêmeros e transitórios.

Jodie Taylor analisa “queer scenes” enquanto espaços comuns de rebelião, de “novos” significados e estilos, contestatórios e contraditórios ao mesmo tempo. A ideia de cena, quando pensada pela chave sexo-genérica e da diversidade, a princípio, nos ajuda a obter uma visão mais complexa da formação desses espaços de luta, sobre engajamentos e agenciamentos identitários que atuam na defesa de formas estilísticas de resistência e que garantem sobrevivência a vidas precarizadas pelo sistema sexo-genérico.

Os estudos de cena queer contribuem, nesse sentido, ao compreenderem socialidades que são consideradas promiscuidade pela cis-heteronorma. Quando olhamos para as enunciações estéticas dentro das cenas transviadas, seu modo performático excessivo é político porque coloca em jogo a ambiguidade, expondo a ficcionalidade do gênero. Além disso, ficcionalizar e fabricar a si mesmo, em coletivo, constrói imaginações e universos seguros, possíveis dentro de regimes de violência sistêmicos às suas vivências nos espaços. Formam-se a partir de espacialidades marginais, subterrâneas, que partilham a negação às normas de modo público, por meio de práticas incorporadas que tomam conta das ruas com música, dança, artes cênicas e visuais.

Muitas vezes, a aura de segredo que paira sobre esses espaços, lugares nebulosos e noturnos, tem a ver com o fato de que, por muito tempo, uma das estratégias de sobrevivência desses espaços era não deixar rastros. Desse modo, as cenas transviadas podem ser vistas como espaços de constituição de entrelugares, onde desejo e identificação aparecem menos como oposição e mais como instâncias coextensivas, zonas liminares, transitórias e ambíguas.

A noção de zona liminar aparece no trabalho do antropólogo Victor Turner (1988), ao observar processos transitórios nos quais os sujeitos eram destituídos de suas posições sociais anteriores e passavam a ocupar um entrelugar impossível de caracterizá-lo plenamente. Entidades e zonas liminares indicam, conforme Turner (1988), o contraste entre estado e transição, entre regulação e ruptura. A liminaridade é comparada “à morte, ao estar no útero, à invisibilidade, à escuridão, à bissexualidade, às regiões selvagens” (Turner, 1988, p. 117). A liminaridade permite àquilo que é relativo ao comum romper com a estrutura em sua porosidade, pela via marginal, pela transgressão e transformação das normas.

Judith Butler (2000) reflete sobre zonas liminares ao conceber os sujeitos liminares como aqueles excluídos das normas que governam o reconhecimento humano. A autora questiona como podemos interpretar a agência do sujeito quando suas demandas por sobrevivência cultural, psíquica e política são vistas pela norma como mero estilo, sem o devido reconhecimento social. Os sujeitos liminares são sacrificados para manter a coerência dentro de uma sociedade, e mostram o quanto são excluídos, rejeitados, abjetificados na *formação da comunidade humana* (Butler, 2000). O interessante no raciocínio de Butler (2000) é o fato de que o estilo, que depõe contra a humanidade do sujeito pelas normas sociais, ao mesmo tempo também se torna força para transgressão, a partir de uma ética (e estética) de si, uma ação de sobrevivência dos sujeitos liminares nos espaços sociais.

É neste sentido que Butler observa como as relações de poder estabelecem quais são os corpos “elegíveis” para aparição, e aqueles corpos que estarão sujeitos à abjeção. A familiaridade e solidariedade, formuladas por Turner na concepção das zonas liminares, aparecem também na ideia de assembleia formulada por Butler (2019) para dar conta dessa espécie de “ajuntamento” entre corpos considerados inelegíveis. A autora nos mostra que a luta dos corpos, quando em aliança, reivindicam o direito de aparecer no espaço público como um exercício performativo que “afirma e instaura o corpo no meio do campo político e que [...] transmite uma exigência corpórea [...] não mais afetada pelas formas induzidas de condição precária” (Butler, 2019, p. 11). Com o direito ao aparecimento no espaço público, Butler critica as noções de humanidade e individualidade das democracias modernas em seus contextos de precarização da vida, ao mesmo tempo tensiona os valores do capitalismo neoliberal e as estruturas sociais que impedem e restringem a própria vida.

Podemos afirmar que o direito de aparecer, como dimensão de luta dos corpos, além de performático é também um exercício performático. Performances ritualizadas pressupõem transfigurações porque performances se dão a partir das interações sociais no espaço público – por isso, não se trata apenas de uma ética de si, mas de uma ética e estética de si que se expõe no coletivo. A ética e estética de si, em seu caráter de exposição pública, promove alianças em determinados espaços que podem ser tomados como comunidades relacionais de resistência, seguindo o pensamento de José Esteban Muñoz (1999).

A ideia de esferas contrapúblicas seria uma forma de se apropriar e negociar traumas históricos e violências sistêmicas contra os corpos dissidentes. Inspirado em Nancy Fraser, Muñoz afirma que esferas contrapúblicas são arenas à margem nas quais seus integrantes, grupos sociais subalternizados, inventam e reinventam elementos da cultura dominante como contradiscursos. Esses grupamentos materializam nos espaços interpretações sobre suas próprias identidades, interesses e necessidades, e ressignificam outros valores sobre segurança e bem-estar comunitário.

Pela dimensão contrapública, os espaços transviados agem para se situarem na história e, assim, apreenderem sua agência social. Desse modo, cenas transviadas, se tomadas como espaços contrapúblicos, podem ser vistas como lugares de coalisões éticas e estéticas que funcionam tanto como autodefinição bem como divergência (Taylor, 2012). Isso dialoga com as proposições de Rogério Haesbaert (2021), no campo da geografia humanista, para quem o território indica a construção de territorialidades, no sentido de multiplicidades, que expõem as relações dos espaços com os regimes de poder.

Numa conversa com Michel Foucault, Deleuze e Guatarri, e os feminismos indígenas e negros, Haesbaert (2021) considera o território como território de r-existência. Com isso, enfatiza sua relação com o que chama de "corpo-território", noção que dialoga fortemente com as contribuições feministas e indígenas, e que revela o poder de re-existência localizado na corporalidade, já que o sujeito corporifica o exercício do poder em formas de luta. Corpo-território é uma chave para o autor colocar no centro do debate sobre espaço o comunitário como forma de vida e uma abordagem do território em "múltiplas escalas, ressaltando a importância da escala mais micro, mais íntima, que é o corpo" (Haesbaert, 2021, p. 175).

Quando o autor aciona a noção de biopolítica, procura avançar a dimensão de análise do urbano que se restrinja apenas aos aspectos estritamente da ocupação física dos espaços. Como territorialidades, as desapropriações e expulsões, por exemplo, integram o regime biopolítico e reforçam a maneira que as disputas pelos espaços constituem parte de uma série de outras disputas dos regimes de violência. Na concepção de Rogério Haesbaert, habitamos nosso corpo-território, porque no corpo está "a concretude de inúmeras outras escalas de opressões, de resistências" (Haesbaert, 2021, p. 175).

## 6. Elas não deitam: inconclusões finais

*Falei, senti  
Não foi a primeira vez que eu chorei, sofri  
Talvez seja melhor não mais te ter aqui  
Agora eu quero voltar a sorrir  
Eu não vou deixar você me controlar, não vou voltar  
Eu não vou mais te procurar, eu não vou deitar  
Você pode até tentar, eu não vou deitar  
(Pablo Vittar – Não Vou Deitar)*

Na canção Não Vou Deitar<sup>15</sup>, de Pablo Vittar, a cantora drag queen aciona a gíria "deitar", comumente usada pelos jovens LGBTQI no Brasil como sinônimo de insubmissão. Na música, "eu não vou deitar" refere-se a um sentido de insubmissão amorosa, mas que deve ser aqui ampliado para pensarmos as tantas insubmissões que, nós, sujeitos transviados, precisamos encarar em nossas experiências cotidianas. Trata-se de não mais voltar para o armário. Mais ainda, trata-se de "não deitar" para as estruturas que hierarquizam corpos e centralizam o poder no homem, branco, cis-heterossexual; para as violências que essas hierarquias produzem; e "não deitar" para as normas das indústrias culturais que, historicamente, sempre relegaram a nós os espaços das margens.

<sup>15</sup> Disponível em <<https://youtu.be/kK3aezZnoP4>>. Acesso em 23 dez. 2021.

Meu esforço, com esse trabalho, foi propor uma articulação entre a noção de cena musical e as múltiplas cenas de ativismos contemporâneos, levando em consideração as ações performativas das estruturas, em suas violências sistêmicas, e a dimensão performática como força propulsora de mudanças e transformações sociais. Pensar em cenas transviadas nos permitiu refletir sobre como artistas da cultura pop e principais coletivos engajados na luta política cotidiana se juntam em aliança ou assembleia, como propõe Judith Butler (2019).

Seguindo seu raciocínio, dentro de um regime específico de aparecimento, os excluídos e ignorados têm suas formas de ação política desvalorizadas e tensionam a própria noção de esfera pública. Butler afirma que essas ações consideradas ilegítimas emergem exatamente nos domínios considerados pré ou extrapolíticos, por isso a dimensão estética e performática é primordial para confundir a distinção entre dentro e fora e tentar subverter a lógica da política.

Apesar do intenso diálogo das cenas transviadas com as estruturas e dinâmicas do capitalismo, visto nas relações com empresas privadas e o mercado publicitário, o sentido de ocupação dos espaços midiáticos hegemônicos revela tanto pressões ao regime capitalista quanto seus limites. No âmbito do Brasil, é recorrente a crítica às chamadas políticas de identidades, que são vistas nas cenas musicais e dos ativismos, por parte de movimentos sociais e políticos tanto da esquerda como da direita. Por parte da esquerda, argumenta-se que a opressão econômica é ainda o único tipo de opressão de luta política; por parte de grupos da direita e neo-conservadores, ocorre uma intensa tentativa de deslegitimar as políticas de identidade, com a presença de mulheres, indígenas, pessoas negras na política institucional ou no mercado de trabalho. Nos dois espectros, vemos a preponderância da visão do homem branco, hetero e cis como universal, numa manutenção de valores ocidentais dominantes, e que reforça sua construção como identidade dominante.

Em termos de aparecimento, Butler diz que nos momentos disruptivos não se tem clareza de como opera o espaço político, do mesmo modo como não temos certeza sobre em que tempo vivemos. Afirma que os regimes estabelecidos de espaço e tempo são subvertidos de diferentes maneiras, e expõem sua violência estrutural e seus limites contingentes (Butler, 2019, p. 68).

Para a construção de quadros contextuais socio-históricos em nossas pesquisas, temos observado certos fenômenos pela metáfora das ervas daninhas. Geralmente vistas enquanto danosas à produtividade, as ervas daninhas são "combatidas" pelo capitalismo com intuito de garantir a manutenção da lógica comercial da cultura agrícola. Enquanto ervas daninhas, performances e cenas transviadas podem ser consideradas "nocivas" ao jardim do capitalismo porque desestabilizam e reconfiguram determinadas normas de gêneros, convenções e práticas corporais de uma dada estrutura social (Cruz, Mendonça e Mota Jr, 2020). Por isso, cenas transviadas nos revelam inconvenientes e ressignificações das experiências temporais da euromodernidade, e colocam em crise as normas da heterossexualidade compulsória como um projeto de dominação. Quando Muñoz trata da desidentificação como uma ética e estética de si, como uma performance autoetnográfica, que engloba marcadores de gênero, sexo, raça, classe, território, essas performances surgem e se apropriam das lógicas do capitalismo neoliberal para ironizar e parodiar padrões. Elas são encenadas por sujeitos historicamente descolados e marginalizados do espaço público e que tentam constituir outros espaços possíveis para si. A força performática revela engajamentos e investimentos afetivos que são principalmente políticos. Por isso, acredito que esses grupos juvenis articulam-se em comunidades relacionais e produzem mapas de pertencimento cujas ações são calcadas na política dos corpos.

Cenas transviadas é, neste trabalho, um gesto teórico-analítico para compreender como a exposição dos nossos corpos nessas esferas são regidos por normas e padrões específicos, entre hierarquias e invalidações dentro da complexa estrutura capitalista neoliberal. Num gesto de contextualização radical, cenas transviadas apontam para como as violências sistêmicas são tensionadas em formas de re-existência lúdicas, festivas e, não por isso menos combativas e políticas, e tampouco livres da contínua violência. Cenas transviadas é um modo de observar formas de constituição de múltiplos corpos, subjetividades e territorialidades inadequados e rebeldes.

Quando proponho visitar a crítica feminista e os estudos queer para regurgitá-lo no Brasil, seguindo a provocação de Tertuliana Lustosa, busco com isso pensar tanto numa continuidade da violência que ainda opera por resíduos do colonialismo e da modernização tardia na América Latina, bem como na continuidade da luta dissidente que a história oficial teima em silenciar, ocultando suas nuances de rebeldia. É por isso que reivindico que compreender as condições de existência de uma cena transviada na atualidade significa

pensá-la no plural. São cenas transviadas, um arranjo de cenas que se sobrepõem por um lastro social e histórico de inconformidade. Portanto, não se trata de abordar o fenômeno por um certo ineditismo, se tratamos de considerar a força das estruturas sociais e seu contínuo regime de opressões, em especial nos países como o Brasil. Para fugir das armadilhas da “novidade”, que aprisionam o fenômeno a uma espécie de “onda” queer global, tentamos pensar cenas como reescrituras de ações contínuas de subversão do nosso corpo-território. Como reescrituras, podemos dizer que há um palimpsesto de cenas, em que o “passado borrado emerge tenazmente, mesmo que borroso nas entrelinhas que escrevem o presente” (Martin-Barbero, 2017, p. 34). Um emaranhado de cenas resistentes e rebeldes, cenas passadas e contemporâneas que se cruzam em mutações, estéticas, culturas e políticas de sobrevivência.

Nesse sentido, nomeio o percurso final de “inconclusões” porque não pretendo encerrar as discussões trazidas, tampouco busquei nesse artigo delimitar ou circunscrever o fenômeno, dando conta de uma possível inteireza. Ao contrário, sua fluidez é o que me mobiliza a problematizar nossas próprias teorias e epistemologias, e tentar, desse modo, construir contextos que sejam capazes de indicar, em nossas análises sobre fenômenos sociais, nossas condições de existência sem apagar certas marcas que nos constituem.

### Referencias bibliográficas

- Benevides, B. G. (2022). *Dossiê assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras em 2021*. <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2022/01/dossieantra2022-web.pdf>
- Bento, B. (2016). Transfeminicídio: violência de gênero e o gênero da violência. In L. Colling (Org.), *Dissidências sexuais e de gênero* (pp. 43-68). Edufba.
- (2017). *Transvi@adas: gênero, sexualidade e direitos humanos*. Edufba.
- Butler, J. (1993). Critically Queer. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 1(1), 17-32.
- (1994). Against proper objects: introduction. *Differences: a journal of feminist cultural studies*, 6(2-3), 1-26.
- (2000). Agencies of style for a liminal subjects. In S. Hall, P. Gilroy, L. Grossberg, e A. McRobbie (Orgs.), *Without guarantees: in honour of Stuart Hall*. Verso.
- (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Paidós.
- (2017). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Civilização Brasileira.
- (2019). *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia*. Civilização Brasileira.
- Cerqueira, D., Ferreira, H., e Bueno, S. (2021). *Atlas da Violência 2021*. <https://bit.ly/3NE8ud2>
- Colling, L. (2018). A emergência dos artivismos das dissidências sexuais e de gêneros no Brasil da atualidade. *Sala Preta*, 18(1), 152-167. <https://www.revistas.usp.br/salapreta/article/view/125684>
- Cruz, C., Mendonça, F., e Mota, E., Jr. (2020). Bichas daninhas e a heteronormatividade em catástrofe: cultura pop, performances e temporalidades. In J. Maia, R. Bertol, F. Valle, e N. Manna (Orgs.), *Catástrofes e crises do tempo: historicidades dos processos comunicacionais* (pp. 263-290). Selo PPGCOM/UFMG. <https://seloppgcom.fafich.ufmg.br/novo/publicacao/catastrofes-e-criises-do-tempo>
- de Lauretis, T. (1987). *Technologies of gender: essays on theory, film, and fiction*. Indiana University Press.
- Fernandes, L. (2021). *Rapper, baiano, gay, negro: Hiran carrega identidades com orgulho e usa bandeiras para abrir caminho*. Contigo! <https://contigo.uol.com.br/noticias/exclusivas/rapper-baiano-gay-negro-hiran-carrega-identidades-com-orgulho-e-usa-bandeiras-para-abrir-caminho-me-deram-forca.phtml>
- Filho, J. C., Azevedo, R., Ferreira, T., e Mota, E., Jr. (2018). Pablo Vittar, Gloria Groove e suas performances: fluxos audiovisuais e temporalidades na cultura pop. *Revista Contracampo*, 37(3), 81-105. <https://doi.org/10.22409/contracampo.v37i3.19455>
- Françoza, D. (2022). *“Lady Leste”: álbum de Gloria Groove será lançado em fevereiro*. POPline. <https://portalpopline.com.br/lady-leste-album-de-gloria-groove-sera-lancado-em-fevereiro/>
- Gargallo, F. (2012). La urgencia de retomar nuestra radicalidad. In D. Urioste (Org.), *Pensando los feminismos en Bolivia - Serie Fondos 2*, (pp. 69-88). Conexión Fondo de Emancipación.
- Gastaldi, A. B., Mott, L., de Oliveira, J. M., da Silva Ayres, C. S., Souza, W. V. e da Silva, K. V. (2021). *Observatório de Mortes Violentas de LGBTI+ no Brasil 2020*. <https://bit.ly/3Ghh1h9>

- Gonçalves, J. S. (2021). *Novas estéticas para estruturas antigas: tecnologias, próteses de gênero e textualidades do mandato de masculinidade*. Programa de Pós-Graduação em Comunicação Social - Universidade Federal de Minas Gerais.
- Guimarães, R., e Braga, C. (2019). Ruidos anti-hegemônicos na música brasileira contemporânea: dissidências sexuais e de gênero. In L. Colling (Org.), *Artivismos das dissidências sexuais e de gênero* (pp. 309-337). Edufba. <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/32095>
- Haesbaert, R. (2021). Território como r-existência: do corpo-território ao território-corpo (da Terra). In R. Haesbaert (Org.), *Território e descolonialidade : sobre o giro (multi) territorial/de(s)colonial na América Latina* (pp. 161-218). CLACSO/PosGeo-UFF. <https://bit.ly/371wDtk>
- Irwin, J. (1973). Surfing: The natural history of an urban scene. *Urban Life and Culture*, 2(2), 131-160.
- Janotti, J., Jr. (2021). Prefácio - Enquanto os homens exercem seus podres poderes. In Rose M. Rocha (Org.), *Artivismos musicais de gênero: bandivas, travestis, gays, drags, trans, não-binários* (pp. 7-14). Editora Devires.
- Lustosa, T. (2016). Manifesto Traveco-Terrorista. *Concinnitas*, 17(1), 384-409.
- Martín-Barbero, J. (2017). *Jóvenes: entre el palimpsesto y el hipertexto*. Ned Ediciones/ Biblioteca de Infancia y Juventud.
- Massey, D. B. (2008). *Pelo espaço: uma nova política da espacialidade*. Bertrand Brasil.
- Mendonça, C. M., e Kolinski Machado, F. V. (2019). E nessa cena a vovó da Pablo já era transgressora: performances queer na música pop brasileira. *Contracampo*, 38(1), 51-65. <https://doi.org/10.22409/contracampo.v38i1.28054>
- Moura, B. (2017). *Dança, estética e resistência negra na Batekoo*. Vice Brasil. <https://bit.ly/3qRHgG6>
- Muñoz, J. E. (1999). *Disidentifications: queers of color and the performance of politics*. University of Minnesota Press.
- Oliveira, L. X. (2018). *A cena musical da Black Rio: estilos e mediações nos bailes soul dos anos 1970*. Edufba.
- Pelúcio, L. (2005). Na noite nem todos os gatos são pardos: notas sobre a prostituição travesti. *Cadernos pagu*, 25, 217-248. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000200009>
- Rincón, O. (2015). Lo pop-pular está de moda: sobre culturas bastardas y quilombos pop-líticos. In F. Saintout, A. Varela, e D. Bruzzone (Orgs.), *Voces abiertas: comunicación, política y ciudadanía en América Latina* (pp. 179-214). CLACSO. <https://bit.ly/36JAb3x>
- Rocha, R. M. (2021). *Artivismos musicais de gênero: bandivas, travestis, gays, drags, trans, não-binários*. Editora Devires.
- Sedgwick, E. K. (2003). Introduction. In E. K. Sedgwick (Org.), *Touching feeling: affect, pedagogy, performativity*. Duke University Press.
- Straw, W. (2013). Cenas culturais e as consequências imprevistas das políticas públicas. In J. Janotti e S. P. Sá (Orgs.), *Cenas Musicais*. Anadarco.
- (2001). Scenes and Sensibilitie. *Public*, 22-23, 245-257.
- Taylor, J. (2012). Scenes and sexualities: Queerly reframing the music scenes perspective. *Continuum: Journal of Media & Cultural Studies*, 26(1), 143-156. <https://doi.org/10.1080/10304312.2011.538471>
- Trotta, F. (2013). Cenas Musicais e Anglofonia: sobre os limites da noção de cena no contexto brasileiro. In J. Janotti e S. P. Sá (Orgs.), *Cenas Musicais* (p. 63-84). Anadarco.
- Turner, V. (1988). *The Anthropology of performance*. PAJ Publications.
- Veras, E., e Andreu, O. (2015). A invenção do estigma travesti no Brasil (1970-1980). *História, histórias*, 3(5), 39-51. <https://doi.org/10.26512/hh.v3i5.10829>
- von Borell, G. (2021). *Pablo Vittar é a drag queen com mais seguidores em qualquer rede social do mundo*. Tenho Mais Amigos Que Discos. <https://www.tenhomaisdiscosqueamigos.com/2021/05/12/pablo-vittar-drag-queen-seguidores/>
- Williams, R. (1979). *Marxismo e literatura*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

### Breve CV del autor

Edinaldo Araujo Mota e Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura Contemporâneas (UFBA) com período de estágio doutoral na Universidad Rey Juan Carlos (Espanha). Pesquisador do Centro de Pesquisa em Estudos Culturais e Transformações na Comunicação (TRACC) e do Grupo de Pesquisa Cultura Audiovisual, Historicidades e Sensibilidades (CHAOS).

## Notas de investigación | *Research notes*

# El derecho a la salud de las víctimas de trata con fines de explotación sexual: propuestas para la formación del personal sociosanitario

## *The right to health of victims of human trafficking for sexual exploitation purposes: proposals for the training of social and health care personnel*

Selma Martínez-Capilla

 <https://orcid.org/0000-0002-8174-3417>

Universidad Complutense de Madrid, España

selmmart@ucm.es

Recibido: 31-01-2022  
Aceptado: 24-03-2022



### Resumen

Desde el trabajo de intervención social con mujeres posibles víctimas de trata se ha observado que a la hora de intentar acceder a los recursos sociosanitarios de nuestro país se topan con una barrera de burocracia y estigmas que dificultan el disfrute de sus derechos humanos y de salud. Por esto, el objetivo principal es poner de relieve esta situación de violencia institucional y evaluar el papel de la formación continua del personal sociosanitario en la efectividad de estas atenciones. Utilizando una metodología principalmente etnográfica, se introducen los perfiles de vulnerabilidad y violencia que cruzan las vidas de estas mujeres, junto con el efecto que tienen en su acceso a la salud. Para ello, se utiliza un enfoque de género y de defensa de los Derechos Humanos, que nos permite conceptualizar desde las violencias machistas, la desigualdad estructural entre los géneros y las secuelas que dejan los contextos prostitucionales en las mujeres que queremos atender. La formación continua y el papel de la mediación serán importantes de cara a atender a estas mujeres, por lo que cerramos con unas recomendaciones para la formación del personal sociosanitario que recoja estas realidades y facilite las buenas prácticas.

**Palabras clave:** contextos prostitucionales, enfoque de género, formación continua, mujeres en situación de vulnerabilidad, violencia institucional.

### Abstract

Social intervention work with possible victims of human trafficking has shown that when they try to access the social and health care resources in our country they are faced with a barrier of bureaucracy and stigmas that impede the enjoyment of their human and health rights. For this reason, the main objective is to highlight this situation of institutional violence and to evaluate the role of the continuous education of social and health care personnel in the efficiency of this attention. Using a mainly ethnographic methodology, we introduce the profiles of vulnerability and violence that intersect the lives of these women, along with the effect they have on their access to health care. To accomplish this, we use the gender and human rights approach, which allows us to conceptualize sexist violence, the structural inequality between genders, and the consequences that contexts of prostitution leave on the women we want to assist. Continuous education and the role of mediation will be important in order to assist these women, so we will close with some recommendations for the training of social and health care personnel to include these realities and facilitate good practices.

**Keywords:** contexts of prostitution, continuing education, gender approach, institutional violence, women in vulnerable situations.

### Sumario

1. Introducción | 2. Metodología | 3. Perfiles socioculturales y de vulnerabilidad | 4. Indicadores de trata con fines de explotación sexual | 5. La violencia institucional | 6. Resultados | 7. Discusión | 8. Conclusiones | Referencias bibliográficas

### Cómo citar este artículo

Martínez-Capilla, S. (2022): "El derecho a la salud de las víctimas de trata con fines de explotación sexual: propuestas para la formación del personal sociosanitario", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 10 (1): 119-130. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.528>

## 1. Introducción

El presente artículo se focaliza en la atención en las mujeres que se encuentran en contextos en los que las Víctimas de Trata con fines de Explotación Sexual (en adelante VTES) son explotadas, siendo las dedicadas a la prostitución, ya sean espacios abiertos o cerrados. (Red Española contra la Trata de Personas, 2008). El acceso a estos espacios se obtiene a través de las unidades móviles de entidades especializadas que se desplazan a ellos para contactar con las mujeres prostituidas y detectar casos de trata. Una vez en ellos, los/las profesionales en técnicas de intervención social atendemos las necesidades primarias de las mujeres, y será desde aquí desde donde podremos realizar acompañamientos sociosanitarios bajo demanda, así como observar sus perfiles y el papel de los distintos agentes sociales involucrados.

El análisis de la información recabada mediante observación participante en estos espacios y acompañamientos se realizará desde la perspectiva de género y la teoría feminista, entendiendo que las actividades que se llevan a cabo en estos contextos prostitucionales son violencias extremas contra las mujeres ya que —además de la violencia explícita que sufren— se replican las desigualdades de género y se potencia el ideal patriarcal de masculinidad y feminidad, siendo el rol femenino el prostituido y el rol masculino el prostituidor.

En el trabajo directo con estas mujeres se puede apreciar el desconocimiento previo que hay sobre sus necesidades e incluso la romantización preexistente sobre los espacios prostitucionales y de las interacciones que se producen en ellos. Tanto el imaginario social, como las propias mujeres (por mecanismos de supervivencia que se mencionarán más adelante) los perciben como espacios de intercambios económicos sin repercusiones físicas y psicológicas para las mujeres, llegándolos a presentar como medios para conseguir *dinero fácil* que benefician a las mujeres con menos opciones. Con esta trivialización de las actividades que se dan en los contextos que nos ocupan se facilita plantear una dicotomía entre la prostitución y la Trata con Fines de Explotación Sexual (TFES de ahora en adelante), consiguiendo desvincular estas realidades dentro de la conciencia social.

Con el objeto de sentar las bases conceptuales, se considera importante especificar que, a lo largo de este análisis, se entienden como realidades inseparables la de mujer prostituida y la de VTES. Ambas comparten espacios, aprendizajes, mochilas psico-sociales, estigmas, y necesidades sanitarias y administrativas básicas. Otro aspecto para tener en cuenta es que se hablará de Víctima de TES o posible VTES y no de Superviviente, puesto que hablamos de mujeres que están dentro del circuito de las redes de trata, que no han sido identificadas por los organismos pertinentes como víctimas y no han podido acceder a los derechos propios de ese reconocimiento legal; se considera igualmente indispensable dedicar un espacio a desarrollar la importancia del papel de la mediación intercultural del personal sociosanitario en los casos más sensibles. Contar con una formación específica y multicultural en el tema que nos ocupa permite identificar los indicadores de vulnerabilidad y/o violencia de las mujeres, lo que hará más efectiva la intervención con ellas. Este rol no se recoge en la formación impartida en las universidades o en los centros de formación profesional relacionados con la materia, ni se encuentra en la formación continua de especialización o posgrado. Así, el presente trabajo pretende señalar la violencia institucional que deriva de este vacío curricular y argumentar la necesidad de tener una formación periódica en la diversidad que nos rodea para poder ofrecer una atención sociosanitaria que sea accesible y universal, no solo en la teoría, si no también en la práctica.

Con todo, el objetivo general es poner de relieve la violencia institucional que se ejerce sobre las posibles VTES cuando intentan disfrutar sus derechos sanitarios y evaluar el papel de la formación continua de los y las profesionales pertinentes a la hora de garantizar el acceso a estos. Para su consecución se marcan como objetivos específicos identificar las características socioculturales y de vulnerabilidad de las mujeres posibles VTES, identificar los indicadores de explotación de éstas, entender el concepto de violencia institucional y proponer mejoras y materiales formativos adecuados para realizar buenas prácticas.

## 2. Metodología

La metodología utilizada para la consecución de los objetivos anteriormente señalados es principalmente cualitativa, basada en la observación participante de casos reales en los que se acompañó a mujeres en sus procesos de acceso a la sanidad española, triangulada con revisión bibliográfica y análisis de datos secundarios cuantitativos, para sentar las bases teóricas que faciliten entender la profundidad y los matices de los casos presentados, siendo útil, además, en la generación de formaciones específicas para profesionales sobre las realidades de las mujeres prostituidas y /o VTES, enfocándonos en sus perfiles socioculturales y sus *ejes de vulnerabilidad*.

Se seleccionan 3 casos, ocurridos entre 2018 y 2019, en los que mujeres, concordantes con los perfiles descritos, han tenido dificultades para que sus derechos de salud fuesen respetados desde un primer momento. La información presentada se obtiene de los cuadernos de campo de la actividad del acompañamiento sociosanitario, siendo un acompañamiento llevado a cabo por la propia autora como técnica de intervención, y otros dos facilitados por Teresa Madueño Hidalgo, doctora en estudios interdisciplinarios de género y experta en prostitución y trata<sup>1</sup>.

El análisis de los casos se ha centrado en buscar los posibles fallos en la intervención presentada, explorando cómo han sido atendidos los distintos factores desarrollados en la revisión bibliográfica, siendo complementado con unas recomendaciones acordes a las características de vulnerabilidad y a las necesidades de la mujer relacionada con el caso revisado<sup>2</sup>.

## 3. Perfiles socioculturales y de vulnerabilidad

Diseñar un material formativo que permita visibilizar e interiorizar las realidades de estas mujeres dentro de los circuitos de atención sociosanitaria, pasa primeramente por conocer sus perfiles socioculturales y de vulnerabilidad. En el último informe sobre Trata de Seres Humanos de la United Nations Office of Drugs and Crime (UNODC, 2020a) se obtuvo que un 93% de las VTES detectadas en todo el mundo en 2018 fueron mujeres (25% menores). Por otro lado, la Red Contra la Trata española redactó una Guía para la Identificación y Derivación de Víctimas, donde se establece que, en 2008, el perfil principal de una VTES en España es una mujer, migrante, de entre 18 y 25 años, procedente de países como Brasil, Bulgaria, Colombia, Ecuador, Nigeria, Ucrania, Rusia o Rumanía (Red Española contra la Trata de Personas, 2008).

Los perfiles van variando según la demanda solicitada y el mercado (tratantes y proxenetas) ofrece, por lo que las edades, los principales países de origen o las cifras de las mujeres que están siendo explotadas en España fluctúan de un tiempo a otro. Algo que se mantiene estable en sus perfiles es la situación de vulnerabilidad que viven. En la investigación *Feminización de la Supervivencia y Prostitución Ocasional*, realizada por Ranea Triviño (2018) se señala el género como eje principal de vulnerabilidad ya que, como se ha ido introduciendo, el principal factor para ser vulnerable a la explotación sexual es ser mujer. Para profundizar, se toma de base la investigación anteriormente mencionada, en la que propone unos ejes de vulnerabilidad que interseccionan al principal, el género.

Los **ejes de vulnerabilidad relacionados con la violencia vivida en sus etapas de desarrollo** son:

- *Las violencias machistas previas*; en este eje se Ranea Triviño recoge lo que Liz Kelly denominó en 1988 como el 'continuum de la violencia contra las mujeres'. Este concepto se acuñó para

<sup>1</sup> Madueño Hidalgo, Teresa. (Madueño Hidalgo, 2019), The Commodification of Chinese Women in Spain, *Translocal Chinese: East Asian Perspectives*, 13, 182-203.

<sup>2</sup> En todo el proceso de recogida de datos se han seguido las normas éticas de investigación, sin existir un conflicto de intereses con lo que se desarrolla en el artículo y preservando siempre la confidencialidad de los datos de las mujeres y los servicios intervinientes en los casos. Al tener como meta conocer los hechos para entenderlos y buscar soluciones a los errores de cara al futuro, los datos personales de las mujeres, de las personas profesionales involucradas o de los espacios donde ocurrieron no serán relevantes para la consecución de los objetivos marcados.

visibilizar cómo las biografías de las mujeres están atravesadas por abusos y violencias de diferente intensidad que pueden manifestarse de distintas maneras: abuso verbal y psicológico, violencia física, coacciones, acoso sexual, violencia sexual, entre otros, y es el que permite que se vayan normalizando las situaciones de violencia, incluyéndolas como una parte inherente a la realidad de la mujer que las sufre. Además, se debe tener en cuenta que la exposición a diferentes situaciones abusivas o agresiones que permiten interiorizar la posición de inferioridad y la devaluación, [...] podrá posibilitar la percepción de la prostitución como una 'opción' dentro del continuum de violencias y que, a diferencia de otras violencias, en ésta aparece el intercambio económico (Ranea Triviño, 2018).

- *El círculo entre trata y prostitución*; la realidad de los entornos prostitucionales es violenta, extrema e invisible al resto de la sociedad. Por ello, es el entorno perfecto para acoger a la tercera fuente de ingresos ilícita e internacional más rentable (De Miguel, 2015), la TFES. Este delito es el encargado de cubrir una demanda de prostitución enorme, que no puede ser abastecida con las mujeres locales que acuden a este medio para sobrevivir (Cobo, 2017). Las distintas violencias que se viven y la situación de exclusión social que tienen las mujeres en estos contextos facilitan la entrada y circulación de éstas entre las distintas redes de trata sin que sean detectadas por las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado o por las entidades especializadas, ya que van moviéndolas entre espacios según consideran que pueden cubrir mejor la demanda y conseguir mayores beneficios económicos.

Siguiendo con la categorización, **los ejes de vulnerabilidad relacionados con el país de procedencia** son los que siguen:

- *Ser migrante*; especialmente en el caso de las mujeres en situación administrativa irregular. Suelen ser perfiles abocados a la economía sumergida, con dificultad para conseguir un empleo que les permita regularizar su situación, o para integrarse en la sociedad de acogida por desconocimiento de la cultura o del idioma que les rodean, etcétera. Los datos que se recogen en la investigación realizada por (Fanjul y Gálvez-Iniesta, 2020) señalan que las mujeres son las principales migrantes en situación administrativa irregular (55%) y quienes están en una situación de vulnerabilidad mayor dentro de este eje. Si bien es importante señalar que la prostitución no se menciona en ninguno de estos escritos como contexto que acoga a estas mujeres, aun sabiendo que aproximadamente un 80-90% de las mujeres de los entornos prostitucionales españoles son mujeres migrantes vulnerables (Brussels' Call, 2021). Esto pone de relieve dos cuestiones importantes: que las cifras de mujeres migrantes irregulares son bastante más altas por no incluir a las mujeres prostituidas y que es una realidad invisible a la sociedad, lo que dificulta que sean valoradas en las propuestas de mejora sociales y su salida de la situación de vulnerabilidad.
- *La etnicidad*; muchas de estas mujeres proceden de minorías étnicas como inmigrantes en un nuevo país, o forman parte de un grupo étnico marginado, lo que limita aún más sus opciones y hace que la etnia sea también un factor clave en la prostitución (ibídem).

Por su parte, **los ejes de vulnerabilidad relacionados con la capacidad de autonomía económica** son:

- *La clase social y el riesgo de exclusión social*; este eje es un aspecto determinante a la hora de poder acceder a un abanico de oportunidades vitales mayor o menor. En él se entrecruzan multitud de factores, que están recogidos en el concepto de 'feminización de la pobreza', acuñado por Pearce (1978). Este trabajo analizaba por qué las mujeres tenían mayores probabilidades de sufrir pobreza y mayores dificultades para salir de ella (Aguilar, 2011). Así, se entiende que la pobreza afecta a las condiciones materiales, a las condiciones económicas y a las condiciones sociales (García Medina, 2017; Spicker *et al.*, 2009) Para todas estas condiciones, la mujer cuenta con la barrera extra de la desigualdad de género que venimos desarrollando en este trabajo. En este eje se entrecruzan otros como la dificultad para acceder a estudios que faciliten el acceso a empleos bien remunerados, o la escasez de recursos económicos.

- *Ser cabeza de familia del hogar de familia monomarental*: en la investigación tomada de partida para los ejes, se ofrecen los siguientes datos relevantes para entender el alcance de este en concreto (Ranea Triviño, 2018): en el 83% de los casos la cabeza de familia es una mujer. De las 1.541.700 que lo son en solitario, 1.029.200 tienen un hijo/a a cargo; 426.200 dos y 86.300 tres o más. (Malgesini *et al.*, 2017). Según el informe *Más solas que nunca. La pobreza infantil en familias monoparentales* (Sastre Campo *et al.*, 2015) los hogares monomarentales sufren las mayores tasas de pobreza infantil y se extrae que una de cada diez madres está en situación de pobreza severa. En esta misma línea, Gil, 2018 destaca que el 43% de las mujeres al frente de una familia monomarental está en situación de desempleo o trabaja en economía sumergida y el 17% de ellas confirmaron trabajar sin contrato.
- *El nivel formativo*; es clave a la hora de acceder al mercado laboral, ya que influye en las expectativas laborales y de salario, siendo más bajas para los niveles formativos básicos o nulos; en las opciones reales de empleabilidad, por estar en un entorno laboral cada vez más saturado y con menores puestos de trabajo no cualificados. García Montero (2014) explica que, según el CEDEFOP, en el periodo 1996-2013 los empleos de baja cualificación en el entorno de la UE se redujeron del 33% al 24% (García Montero, 2014); y en las herramientas para poder acceder a mejoras de su situación económica.

Por último, se presentan los otros ejes interrelacionados que se deben tener en cuenta:

- *No contar con redes de apoyo*; Estas redes se entienden como la unión, apoyo e interacción entre pares o grupos que influye de manera positiva mejorando la adaptabilidad para hacer frente a situaciones, momentos o conflictos generadores de malestar en un corto plazo (Landeró Hernández y González Ramírez, 2006; Olalla y Toala, 2020). Al no existir estas redes de apoyo, la vulnerabilidad aumenta ya que nadie más podrá aportar para cubrir las necesidades básicas y todo depende de la propia persona. En situaciones migratorias esto se agudiza por estar además en una cultura diferente a la de origen, teniendo como resultado que el generar nuevas redes de apoyo en el nuevo lugar de residencia sea complicado.
- *La edad*: muchas niñas son explotadas sexualmente cuando aún son adolescentes. En Europa, se calcula que el 75% de las niñas y mujeres prostituidas tienen entre 13 y 25 años. Estas adolescentes y mujeres jóvenes con una mala situación económica son especialmente vulnerables ante los proxenetas y tratantes (Brussels' Call, 2021).
- *Las discapacidades*; las concepciones erróneas en torno a la sexualidad de las mujeres con discapacidad y su tutelaje hacen que sus necesidades sean invisibles y se llegue a considerar que no tienen capacidad de decisión sobre sus propios cuerpos (Martínez-Rodero, 2019). Se ha visto que la falta de toma de conciencia entre las mujeres y niñas con discapacidad en relación con sus derechos y con la explotación y sus peligros hace que sean incapaces de autoidentificarse como víctimas y que sea más fácil para los tratantes manipularlas (Fundación CERMI Mujeres, 2020).
- *El consumo de drogas*. Cabrerizo señala que se podría hablar de un 'círculo' entre prostitución – consumo de sustancias – síntomas de ansiedad o estrés (Cabrerizo Egea, 2015). En este eje se refleja el ciclo de vulnerabilidades que atraviesan a las mujeres en los entornos prostitucionales, por estar expuestas a situaciones en las que son forzadas a consumir y acaban generando una dependencia que las devuelve al ciclo de necesitar el dinero generado en estos espacios para costearse la adicción, o por haber estado expuestas a situaciones de abuso en la infancia que las han hecho más propensas a la utilización de drogas para afrontar su realidad (Pérez del Río *et al.*, 2010). Por su parte señalaron que el ejercicio de la prostitución ha supuesto el inicio del consumo de sustancias para el 52% de las mujeres que fueron entrevistadas en su investigación y que se habían agudizado de los consumos existentes a raíz de ejercer la prostitución.

#### 4. Indicadores de trata con fines de explotación sexual

Si bien tanto mujer prostituida como mujer VTES comparten los ejes de vulnerabilidad mencionados, y ambas tienen secuelas físicas y psicológicas derivadas de la exposición a la violencia de los contextos prostitucionales, existen indicadores que pueden facilitarnos el identificar si además de ante una mujer prostituida, estamos ante una víctima de trata, para poder actuar de acuerdo con los protocolos de detección. El delito de trata de seres humanos fue definido en el Protocolo de Palermo (ONU, 2000, p. 2), según el cual se establece en su artículo 3 que:

“por ‘trata de personas’ se entenderá la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas [los actos], recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios [los medios] para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación [los fines]. Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos”.

Para hacer más visibles las características comunes y las diferencias entre estos perfiles, en el Cuadro 1 se presenta una recopilación de los indicadores para la detección de una situación de vulneración de los derechos *humanos* de la mujer, y más específicamente de VTES. Dichos indicadores se extraen de los listados propuestos por la UNODC (2020b) y el informe del Psychological Health Impact of Trafficking in Human Beings (PHIT, 2018), siendo el primero un listado de indicadores de trata genéricos y el segundo uno especializado en indicadores de trata con fines de explotación sexual. Se presentan categorizados según el PHIT, e identificados por la autora como indicadores comunes observados en mujeres prostituidas y VTES y, subrayados, los indicadores específicos de VTES:

Cuadro 1. Indicadores de posibles VTES

INDICADORES DE SALUD	
<i>FÍSICOS</i>	<i>PSICOLÓGICOS</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Problemas médicos no tratados</li> <li>– Marcas físicas de violencia</li> <li>– Privación de los propios derechos sexuales y reproductivos</li> <li>– Presencia de infecciones y enfermedades de transmisión sexual</li> <li>– Reacciones psicósomáticas diversas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ansiedad y/o depresión</li> <li>– Trastorno de estrés postraumático</li> <li>– Dificultades de atención y memoria</li> <li>– Disociación</li> <li>– Consumo abusivo de tóxicos</li> <li>– Dificultades a nivel sexual</li> <li>– Conductas autodestructivas</li> <li>– Cuadros multitraumáticos</li> </ul>
INDICADORES DE RELACIONES INTERPERSONALES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aislamiento lingüístico</li> <li>– Aislamiento social</li> <li>– Estigmatización</li> <li>– <u>Amenazas a la familia</u></li> <li>– Escasos vínculos</li> <li>– Relaciones interpersonales desiguales</li> <li>– <u>Vínculos emocionales con los propios tratantes</u></li> <li>– <u>Desconfianza hacia las autoridades y desconocimiento de la red de servicios</u></li> </ul>	

...//...

...//...

INDICADORES DEL CICLO DE TRATA
<ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Relato automatizado</u></li><li>- Situación de vulnerabilidad</li><li>- <u>Engaño y/o falsas expectativas</u></li><li>- <u>Imposibilidad de controlar el viaje y desconocimiento de elementos fundamentales de éste</u></li><li>- <u>Traslado en condiciones extremas</u></li><li>- <u>Deuda</u></li><li>- <u>Yudú</u></li></ul>
INDICADORES DE LA SITUACIÓN DE EXPLOTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>- <u>Carencia de documentación</u></li><li>- <u>Imposibilidad de controlar las condiciones de ejercicio de la prostitución</u></li><li>- <u>Imposibilidad de abandonar la situación de explotación sexual</u></li><li>- Extorsión económica</li><li>- Uso de violencia física, psicológica, sexual y económica</li><li>- <u>Presiones para cometer delitos</u></li><li>- Amenazas y coacciones</li><li>- <u>Medidas extremas de vigilancia</u></li><li>- <u>Restricción de movimientos</u></li><li>- <u>Uso de tatuajes</u></li><li>- Condiciones de vivienda deficientes</li><li>- Dificultades para identificar la situación de trata/violencia vivida</li><li>- Diferencias culturales</li></ul>

Fuente: elaboración propia.

Como se puede apreciar, muchos de los indicadores son comunes, lo que da contenido extra al eje presentado relativo al ciclo entre trata y prostitución. Al tener ejes de vulnerabilidad comunes, los indicadores relacionados con los efectos de sus situaciones de riesgo se presentan en ambos perfiles, mientras que los indicadores relacionados con los elementos del delito de trata de seres humanos son los que están presentes únicamente en las mujeres VTES.

## 5. La violencia institucional

Para finalizar la revisión bibliográfica, se expone el último concepto de necesaria mención en este artículo, siendo la Violencia Institucional. En España no existe una ley que recoja esta violencia como tal, aunque, al haber ratificado el Convenio de Estambul, donde se exige a los estados miembros luchar contra todas las formas de violencia contra la mujer, no está exenta de atender a este tipo de violencia y de darle solución. (Montero, 2021)

Para su definición recurrimos a la propuesta por la CNDH: "los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia" (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018). Como veremos en los estudios de caso, los y las profesionales del Estado pueden ver afectado su desempeño laboral por los estigmas que acompañan a estas mujeres en su día a día, muchas veces ocasionados por el desconocimiento y la falta de formación específica en la materia. Todo esto, según la definición presentada, se considerará violencia institucional, siendo algunos ejemplos:

- *Ejemplos que violentan indirectamente a la mujer:* eliminar módulos formativos que sensibilicen sobre estas realidades y den herramientas para combatirlos, limitar el acceso de personal formador cualificado a las instituciones formativas, establecer políticas públicas que dificulten el acceso a sus derechos.
- *Ejemplos que violentan directamente a la mujer:* cuestionar su discurso desde el prejuicio, hacer repetir procesos o diálogos que violenten a la mujer y ralenticen el disfrute de sus derechos básicos, impedir o dificultar el acceso a sus derechos sanitarios utilizando la burocracia como excusa, practicar técnicas sanitarias invasivas sin tener en cuenta la realidad de la mujer.

## 6. Resultados

### Caso 1: Mujer china con problemas de corazón atendida en un Hospital.

*Una mujer china nacida en el 1972, con estudios primarios y sin ningún conocimiento del idioma español, contactó con la entidad porque se encontraba ingresada en el Hospital [...] por problemas de corazón. Cuando llegamos, el propio personal del hospital nos estaba esperando porque esta persona no tenía asistencia sanitaria. La trabajadora social de la planta nos explicó que había hablado con la trabajadora social del centro de salud que le correspondía según su padrón a la usuaria para que fuéramos con una autorización de la usuaria y pudieran darle de alta en el sistema. Nuestra usuaria estaba a la espera de una operación muy seria de corazón y, además, tuvo un hematoma en la cabeza mientras se encontraba ingresada del que tuvo que ser operada antes que el corazón. La entidad hizo el trámite que nos encomendaron (rellenar dos autorizaciones: la de actualización del padrón y solicitud de asistencia sanitaria en el centro de salud correspondiente). Consideramos que, ante esta situación, las dos trabajadoras sociales eran conocedoras de esta por lo que podrían haber realizado estos trámites ellas mismas.*

En este caso se pueden observar varios fallos, siendo el primero, no buscar vías propias efectivas de comunicación con la mujer. Para poder diagnosticar a una persona correctamente, es indispensable poder comunicarse con ella de forma eficaz, tanto para poder explicarle claramente los trámites que necesita realizar, como para que ella pueda expresarse. Otro fallo es el mantener en espera de tratamiento a la mujer. Si hubiese estado en observación mientras se realizaban los trámites se podrían haber contenido los daños y acompañado a la mujer durante el momento de incertidumbre, ya que hay que recordar que además no podían explicarle qué estaba pasando hasta que medió la profesional de la entidad.

La propuesta de mejora para evitar este caso sería una formación fuerte del personal sociosanitario en derechos humanos, violencia institucional, los ejes de vulnerabilidad y los indicadores de violencia presentados en este artículo, y en las características básicas de las culturas que estaban atendiendo. Con esto habrían podido detectar los errores cometidos durante la intervención y haber pensado cómo evitarlos o paliarlos para asegurar el respeto y disfrute de los derechos de la paciente sin necesidad de intervención de agentes externos especializados.

### Caso 2: Acompañamiento a una revisión ginecológica a una mujer VTES rumana con tarjeta comunitaria.

*Se contacta en el polígono con una mujer rumana, nacida en el 1977, sin estudios, y con conocimiento de español muy básico, que solicita atención ginecológica por dolores en el bajo vientre, posiblemente derivados de problemas con el DIU. - Acude a la cita acompañada por un hombre que espera fuera. Al entrar en el centro sanitario está nerviosa. Se intenta calmar en la sala de espera, pero sigue muy nerviosa. Ya en consulta sigue apoyándose en la figura de la mediadora para que traslade a la médica lo que sucede. - La ginecóloga decide pedirle bruscamente a la mujer que hable ella, y cuando la mujer busca con la mirada a la mediadora, le vuelve a decir que la mire a ella, a lo que la mujer empieza a tartamudear y a hablar en el poco español que tiene. Se le explica la situación a la profesional y accede a comunicarse con la mediadora y la mujer. - Mantiene la interacción brusca, y en el momento de la exploración vaginal, la usuaria se queja por el dolor. La profesional le dice "venga, no me*

*puedes decir que esto te duele a ti” y continua con la exploración. Cuando acaba, pregunta a la mujer si se encuentra mejor, y le explica los resultados de las pruebas que le ha hecho y los procedimientos que tendrá que seguir para el resto de las demandas ginecológicas que aún tiene. - La ginecóloga habla con la mediadora para asegurar que la información ha llegado correctamente y se finaliza la consulta. - Otra vez fuera se intenta hablar con la mujer, pero está cerrada en banda. Se le recuerdan las citas que quedan y se anima a seguir los consejos de la profesional. - No vuelve a acudir a más citas.*

Este caso ejemplifica la necesidad de trabajar desde la empatía y prestando atención a la comunicación no verbal de la mujer que tenemos delante. Ésta presentó claros indicadores de explotación durante la intervención, como estar tensa, mirada asustada, incapacidad para tomar decisiones y dolores físicos, que habrían sido detectados con una formación específica en prostitución y trata. Además, se habría sabido el impacto que tuvo sobre la mujer el comentario relacionado con su tolerancia al dolor vaginal. Por ello, se propone una formación que hubiese expuesto las situaciones de violencia y vulnerabilidad asociadas a la prostitución y la trata se habría sabido que la intervención vaginal debería haber sido más cuidada y ajustada al sentir físico de la paciente.

**Caso 3:** Extracto recogido en la Queja presentada por CIMTM y Women’s Link ante el Defensor del Pueblo en 2019.

*El 13 de agosto de 2018, se acompañó el caso de una mujer nigeriana, en situación administrativa irregular y con claros indicios de ser una potencial víctima de trata con fines de explotación sexual, con nueve semanas de embarazo y que requería una interrupción voluntaria del embarazo.*

*[...]*

*Sin embargo, incluso antes de que el personal administrativo del centro de salud les atendiese, una trabajadora del personal que se encontraba presente en el momento y que había atendido con anterioridad a la mujer, manifestó despectivamente: “ya has venido antes y te dije que no te lo podíamos hacer, que te tienes que ir a la Tesorería de la Seguridad Social”, de manera que todas las personas que se encontraban en el centro médico se pudieron dar cuenta de la situación. En ese momento, la mujer, aunque con un español muy básico, manifestó que no estaba comprendiendo, a lo que la administrativa del centro de salud respondió en los mismos términos peyorativos y con una actitud racista: “no seas mentirosa que sí me estás entendiendo”.*

*La administrativa insistió nuevamente en que la mujer debía acudir a la Tesorería de la Seguridad Social para solicitar el DAR, [...] volvió a negarse e increpó a la mujer nuevamente en términos racistas: “¿por qué no tienes NIE? ¿No te pueden hacer un contrato? Es que en cuanto me des la hoja de renovación del NIE yo te doy la tarjeta, pero ahora no puedo hacer nada, tienes que ir a la Tesorería de la Seguridad Social”.*

*[...]*

*Con una nueva negativa por parte del personal administrativo del centro de salud y ante la premura de la situación la entidad se vio forzada a comunicar al personal administrativo del centro de salud que la mujer estaba embarazada y que tenía una cita en la Unidad de IVE de la Consejería de Sanidad en la calle Sagasta, 6; por lo que era imprescindible la expedición del DAR de forma oportuna.*

*Debido a lo anterior, una tercera administrativa del centro de salud, con un tono muy alto expresó: “claro, es que no quiere pagar. No quiere pagar”. Ante ello, la técnica de la entidad anticipó la interposición de una queja si el centro de salud no encontraba una solución. [...] la administrativa extendió el DAR válido por tres días, con la fecha de caducidad y número de pasaporte de la usuaria incorrectos. A causa de ello, el día 22 de agosto de 2018, cuando la mujer tenía la cita en la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid no pudo obtener la carta de pago para acceder a la IVE.*

Para este análisis se ha recogido un extracto de un caso en el que se expuso a la mujer a comentarios inapropiados y procesos innecesarios hasta tres veces. En esta situación se entrecruzaron problemáticas burocráticas, pero sobre todo problemáticas basadas en prejuicios racistas. Como vemos en el escrito, se verbalizan estereotipos negativos asociados a las personas inmigrantes en España (‘ser mentirosas’, ‘ser vagas’, ‘querer aprovecharse del dinero público’), y no se respeta ni la dignidad de la mujer ni su privacidad, a la vez que se impide el acceso a la sanidad desde un primer momento. También es importante señalar que no existió barrera de control para que se pusiese límite a esta situación desde la administración competente

y se asegurase la atención. En esta línea, se observa que el caso ha pasado por tres profesionales distintas, y solo una —después de diez días— facilitó los trámites pertinentes para poder realizar la intervención solicitada. En este caso, las propuestas se centran en establecer mecanismos de control efectivos sensibilizados con los ejes de vulnerabilidad de estas mujeres a los que ellas o las profesionales que las acompañan puedan acceder para denunciar rápidamente la violencia institucional y continuar con el proceso solicitado.

#### 4. Discusión

La realidad de las mujeres que nos ocupan no solo es compleja, si no que está cruzada por multitud de estigmas, prejuicios y vulnerabilidades. Si los estereotipos y prejuicios adquiridos durante la socialización del personal no son revisados y eliminados, podrán afectar al ejercicio laboral y degenerar en violencia institucional, como retrasar el acceso a los derechos *humanos* de las mujeres, las agresiones verbales normalizadas, el cuestionamiento del discurso y las revictimizaciones que amplían el sufrimiento de la mujer a la que se atiende.

El problema de no ver la prostitución como una violencia más, de separarla de la TFES, es que se tiene la concepción de una situación de libertad que trivializa la situación de riesgo de exclusión subyacente que hemos desarrollado a lo largo del artículo y los estigmas asociados a ser *mujer* prostituida, ser migrante, ser pobre, y otros muchos que se entrelazan con los ejes de vulnerabilidad que se han presentado.

La realidad, sin embargo, es que las mujeres VTES que acceden a recursos sanitarios no cumplen con el estereotipo de víctima perfecto. A primera vista son mujeres libres y, por lo tanto, sin una formación específica, no serían detectadas como tal.

Es igualmente importante entender que las mujeres prostituidas que acceden a estos recursos, a pesar de no tener una red de trata oprimiéndolas en ese momento, tienen un riesgo alto de ser captadas si se mantienen en estos circuitos. Ampliando este aspecto, Ranea Triviño (2018) incidía en la importancia de entender que ver a las mujeres prostituidas o VTES como un colectivo diferenciado del resto de la sociedad no es efectivo.

El acceso a recursos no especializados en prostitución y/o TFES hace que la mujer se presente sin etiquetas, por lo que es importante trabajar para tener herramientas que incluyan la realidad prostitucional como una vulnerabilidad más a detectar. Estos servicios deben ser accesibles a todas las personas que los soliciten mediante recursos efectivos de traducción y/o mediación del propio centro, y que estos estén disponibles para ser utilizados en el momento que se detecte la necesidad, eliminando así la dependencia de mediadoras externas para asegurar que sus derechos sean respetados en todo momento.

#### 5. Conclusiones

Como se ha resaltado, el problema para que estas mujeres accedan a sus derechos sanitarios reside, en múltiples ocasiones, en la voluntad de las personas que intermedian en los procesos sociosanitarios. Pretender que el trato que ofrecen las y los profesionales sociosanitarios esté exento de influencia en la calidad de sus intervenciones, consigue que ese trato sea automatizado y rutinario, incluido para quien lo realiza. Esto también dificulta que se active un proceso de revisión de prejuicios y estereotipos, ya que no se valorarán como factores para tener en cuenta a la hora de realizar diagnósticos y consultas adecuados.

Uno de los resultados de estos métodos de atención es la violencia institucional que se ha desarrollado en los casos presentados, en los cuales las mujeres vivían cómo eran cuestionadas en situaciones de vulnerabilidad alta, o cómo se retrasaban una y otra vez las atenciones médicas. En estos casos se ha podido observar a su vez la importancia de una formación sólida en género y derechos humanos, que contemple la realidad de los contextos prostitucionales y los delitos de TFES como posibles variables a tener en cuenta a la hora de atender a mujeres vulnerables.

A través de la revisión bibliográfica y del análisis de datos secundarios se ha podido plasmar la complejidad de la desigualdad que cruza las vidas de las mujeres que se encuentran en los espacios de prostitución, cómo sus decisiones están condicionadas por marcos de vulnerabilidad y necesidad económica, y la dificultad que existe a la hora de visibilizar su realidad, hasta el punto de ser desconocida para agentes

clave en la defensa de los derechos sanitarios de las personas. Por todo ello, se considera de vital importancia cerrar el trabajo resaltando el papel indispensable del personal sociosanitario en la erradicación de la violencia institucional que se ejerce en los centros, sabiendo que esto no será posible si no cuentan con las herramientas adecuadas para ello.

Las recomendaciones finales para que estas herramientas sean efectivas son incluir los perfiles socioculturales y de vulnerabilidad presentados en este artículo, así como los indicadores de TES y los casos prácticos que visibilizan la violencia institucional en los materiales para las formaciones continuas o de especialidad de los y las profesionales sociosanitarias; reforzar el papel de la mediación cultural en el ámbito de la salud como rol indispensable para la atención efectiva a las mujeres posibles VTES y a sus diversidades; y, por último, realizar una revisión periódica de los materiales utilizados para las distintas guías y actividades formativas, entendiendo que estamos ante unas realidades que siguen evolucionando en el marco teórico y de la investigación, por lo que se irán generando y/o actualizando conceptos, indicadores y variables que pueden aportar novedades para las buenas prácticas de cara a la intervención con las mujeres posibles VTES y la consecución de sus Derechos Humanos y sanitarios.

## Referencias bibliográficas

- Aguilar, P. L. (2011). La feminización de la pobreza: Conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas. *R. Katálysis*, 14(1): 126-133. <https://doi.org/10.1590/s1414-49802011000100014>
- Brussels' Call. (2021). También para ella, un futuro en igualdad. *brusselscall.eu*. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://lobbyeuropeo.files.wordpress.com/2021/06/documento-informativo.-tambien-para-ella-un-futuro-en-igualdad.pdf>
- Cabrerizo Egea, M. J. (2015). Situación socio-sanitaria de mujeres que ejercen la prostitución en Almería. *Universidad de Granada Tesis Doctorales*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.10.003>
- Cobo, R. (2017). *La prostitución en el corazón del capitalismo*. Catarata.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018). Violencia institucional contra las mujeres. *CNDH México*. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://bit.ly/3JMmnDF>
- De Miguel, A. (2015). *Neoliberalismo sexual: el mito de la libre elección*. Catedra.
- Fanjul, G. y Gálvez-Iñiesta, I. (2020). Extranjeros, sin papeles e imprescindibles: Una fotografía de la inmigración irregular en España. *Investigación Por Causa*. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://porcausa.org/wp-content/uploads/2020/07/RetratodelairregularidadporCausa.pdf>
- Fundación CERMI Mujeres. (2020). Trata y explotación sexual de mujeres y niñas con discapacidad. *Generosidad. Género Y Discapacidad*, 60. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <http://boletingenerosidad.cermi.es/noticia/Trata-explotacion-sexual-mujeres-ninas-discapacidad.aspx>
- García Medina, J. (2017). Sujetos vulnerables en la trata de seres humanos. los casos de México y España. *Trayectorias Humanas Transcontinentales: Poblaciones Vulnerables Y Derechos Humanos*, (1). <http://www.unilim.fr/trahs>.
- García Montero, R. (2014). La cualificación profesional, factor clave contra la exclusión social en Europa. *GizadiBerri*. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://bit.ly/3DeHkVq>
- Gil, I. (2018). 7º informe #Monomarentalidad y empleo. *Fundación ADECCO*. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://bit.ly/3qFk4uO>
- Kelly, L. (1988). *Surviving sexual violence*. Polity Press.
- Landero Hernández, R., y González Ramírez, M. T. (2006). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología Y Salud*, 16(2), 149-157.
- Madueño Hidalgo, T. (2019). The commodification of Chinese women in Spain. *Translocal Chinese: East Asian Perspectives*, 13, 182-203. <https://doi.org/10.1163/24522015-01302005>
- Malgesini G., Cesarini-Sforza L. y Babovic M. (2017). *Gender and poverty in Europe*. EAPN.eu [Género y pobreza]. EAPN.es, 2018. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://bit.ly/37Uiw9C>
- Martínez-Rodero, A. (2019). Cuerpos deseantes y políticas de la erotización. pensar sexualidades con mujeres con discapacidad física. *methaodos.revista de ciencias sociales*, 7(1), 24-40. <http://dx.doi.org/10.17502/m.rcs.v7i1.286>
- Montero, C. (2021). Violencia institucional: ¿qué es y cómo se refleja? *La Vanguardia. Junior Report*. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://bit.ly/3LhLhLR>

- Olalla, J., y Toala, K. (2020). Redes de apoyo en mujeres víctimas de violencia, una propuesta para generar resiliencia. *Universidad Internacional SEK*. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://bit.ly/3qB2N5S>
- Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2000). Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional. *Asamblea General*. Recuperado el 02 de marzo de 2022, de: <https://bit.ly/3JNzx3i>
- Pearce, D. (1978). The feminization of poverty: Women, work, and welfare. *Urban and Social Change Review*, 11(1-2), 28-36.
- Pérez del Río, F., Lara, F., y González Gutiérrez, M. (2010). Abuso sexual, prostitución y dependencia afectiva en drogodependientes. *Revista Española De Drogodependencia*, 35(3), 365-378.
- Psychological Health Impact of Trafficking in Human Beings. (2018). *Indicadores para la detección de una situación de trata de seres humanos con fines de explotación sexual*. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: [http://www.phit.ub.edu/wp-content/uploads/2018/11/AF\\_M2\\_ESP\\_02.pdf](http://www.phit.ub.edu/wp-content/uploads/2018/11/AF_M2_ESP_02.pdf)
- Ranea Triviño, B. (2018). Feminización de la supervivencia y prostitución ocasional. *Federación de Mujeres Progresistas*. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://bit.ly/3NpmBD7>
- Red Española contra la Trata de Personas. (2008). Guía básica para la identificación, derivación y protección de las personas víctimas de trata con fines de explotación. *Cruz Roja*. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://bit.ly/3uzqhtg>
- Sastre Campo A., Assiego V., y Ubrich T. (2015) Más solas que nunca. la pobreza infantil en familias monomarentales. *Save the Children España*. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas\\_solas\\_que\\_nunca.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas_solas_que_nunca.pdf)
- Spicker, P., Álvarez Leguizamón, S., y Gordon, D. (2009). Definiciones de pobreza: Doce grupos de significados. En P. Spicker (Ed.) *Pobreza: Un glosario internacional* (pp. 291-306). CLACSO-CROP. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://bit.ly/3wGre5G>
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC]. (2020a). Global Report on Trafficking in Persons. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://bit.ly/3iOBDnV>
- (2020b). Indicadores de trata de personas. Recuperado el 01 de marzo de 2022, de: <https://bit.ly/3x7zA6C>

### Breve CV de la autora

Selma Martínez-Capilla, es doctoranda en Sociología y Antropología por la Universidad Complutense de Madrid, con máster oficial en Derecho y Violencia de Género por la Universidad de Valencia. Actualmente es técnica de intervención social en la Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres. Sus líneas de investigación están enfocadas en trata, explotación sexual y prostitución.

# Género, violencia estructural y encarcelamiento: historias de mujeres presas en la cárcel de Cuenca

## *Gender, structural violence and imprisonment: prisoner women stories at Cuenca's prison*

Aránzazu Palomares Peña

 <https://orcid.org/0000-0002-9828-6638>

Universidad de Castilla-La Mancha, España

[aranchapalomares.p@gmail.com](mailto:aranchapalomares.p@gmail.com)

Recibido: 31-01-2022  
Aceptado: 24-03-2022



---

### Resumen

Este trabajo se basa en cinco relatos de vida de mujeres privadas de libertad y analiza, a través de una metodología etnográfica, los diferentes tipos de violencias estructurales que han sufrido hasta el momento de entrar a prisión. Para ello se han llevado a cabo entrevistas semidirigidas, con el objetivo de reflexionar acerca de la relación entre sufrir violencias estructurales a lo largo de la vida, y verse abocadas a delinquir, frecuentemente motivadas/empujadas por el contexto social y cultural en el que viven y, en otras, por personas de su entorno. Los resultados obtenidos reflejan que la exclusión y vulnerabilidad social, la violencia, las adicciones y la subordinación a la idea de amor romántico, han sido factores que han influido en el devenir de estas mujeres. A modo de conclusión, se ponen en valor las narrativas autobiográficas de las mujeres encarceladas, que nos muestran sus realidades como colectivo oprimido y violentado, fruto de la violencia estructural vivida tanto fuera como dentro de la prisión.

**Palabras clave:** mujeres encarceladas, violencia estructural, etnografía, relatos biográficos.

---

### Abstract

This work is based on five life stories of women deprived of their liberty, and analyses, through a ethnographic methodology, the different types of structural violence they have suffered up to the moment they enter to prison. To this end, five semi-directed interviews were carried out, with the aim of reflecting on the relationship between suffering structural violence throughout their lives and being forced to commit crime which sometimes are forced by the social and cultural context of their lives and, at other times, by people around them. The results obtained reflect that the exclusion and social vulnerability violence, addictions and subordination to romantic love' idea, have been factors that have influenced the future of these women. To conclude, the autobiographical narratives of imprisoned women are highlighted, showing us their realities as an oppressed and violent group, the result of the structural violence experienced both inside and outside prison.

**Keywords:** incarcerated women, structural violence, ethnography, biographic stories.

---

### Sumario

1. Introducción | 2. Marco teórico | 3. Metodología | 4 Resultados: Exclusión y vulnerabilidad social | 4.1. Relaciones violentas y adicciones | 4.2. Afectividad y subordinación | 5. Discusión | Referencias bibliográficas

---

### Cómo citar este artículo

Palomares-Peña, A. (2022): "Género, violencia estructural y encarcelamiento: historias de mujeres presas en la cárcel de Cuenca", *methaodos.revista de ciencias sociales*, 10 (1): 131-141. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.529>

---

## 1. Introducción

En los meses de enero a junio de 2021 tuvimos la oportunidad de realizar un proyecto en el Centro Penitenciario de Cuenca, tanto en el módulo de mujeres como en los módulos de hombres. La prisión de Cuenca es una 'micro-cárcel': sólo existe un módulo de mujeres, con capacidad para veinte personas y es una suerte de 'patio de colegio', como se referían a ella algunas de las mujeres encarceladas. Se creó en 1980 siendo una cárcel al uso (aunque pequeña): con torres de vigilancia, alambre de espino y medidas de seguridad extrema donde, para acceder a cualquier zona, tienen que abrir y cerrar puertas desde la 'garita' de control. La primera vez que puse un pie en este espacio carcelario, encontramos todo como se describe en la literatura académica dedicada a prisiones: "duro y sombrío" (Osuna, 2020, p. 37). Esta realidad, sumado a que sólo hay un módulo de mujeres que cuenta con un patio de diez metros (aproximadamente), sin zona deportiva y con una única sala multiusos<sup>1</sup> fueron aspectos que nos llamaron poderosamente la atención.

Desde un inicio, se manifestaron diferencias entre mujeres y hombres, siendo ellas las que verbalizaban reivindicaciones acerca de la inferioridad de derechos que vivían dentro de prisión, relacionándolas con su vida cotidiana fuera.

Asimismo, es preciso hacer mención a un apunte muy significativo realizado por las participantes: "aquí casi todas somos madres y nos dejamos fuera una vida que no podemos atender desde aquí, y tenemos a los maridos y a los hijos, que la gente se piensa que somos malas madres y malas mujeres" (Conversación informal, 2021). Por el hecho de ser mujeres las ejecutoras del acto delictivo sufren una doble transgresión: las mujeres encarceladas no sólo quebrantaron el orden social, sino también el familiar. Se les culpa por abandonar el papel de madres y esposas.

Por contra, para el sector de los varones, la característica de ser delincuentes y presos, se conforma en una reafirmación de su masculinidad (Ordóñez, 2006). Esas conversaciones las llevábamos a cabo en la sala multiusos, rodeadas de cámaras a las que la mayoría miraban con la impaciencia del que sabe que está hablando de un tema delicado y que puede traer repercusiones negativas, al poner en voz alta las diferencias de género en aspectos como el hecho de tener un patio minúsculo, optar a menos trabajos, o tener que esperar para ver al profesor más de un mes<sup>2</sup>, entre otras. Estas desventajas por ser mujer dentro de prisión, nos acercan a vislumbrar cómo la cárcel continua con la violencia ejercida hacia las mujeres extramuros.

El interés que subyace a este trabajo nace a partir de evidenciar dicha desigualdad entre hombres y mujeres, que se ajusta a la realidad observada fuera de prisión y que, como menciona Ojeda (2017) "la continuidad entre el mundo exterior y el interior de la prisión convierte la frontera carcelaria en algo muy fino y sutil" (p. 71). Por su parte, Maqueda (2014) señala:

*[...] hay estudios que efectivamente reflejan ese vínculo, así, por ejemplo, se ha concluido que los casos de delincuencia femenina tienen relación "en su inmensa mayoría", con condiciones de pobreza, marginación, discriminación racial o étnica, trabajos precarios y poco saludables, desocupación o subocupación en los estratos sociales más bajos, con familias problemáticas y bajo nivel de instrucción y de cultura (citado en Almeida, 2017, p. 243).*

Teniendo en cuenta el tiempo que hemos dedicado al trabajo de campo en prisión, se ha podido observar que las mujeres privadas de libertad presentaban rasgos comunes: consumidoras de heroína y/o traficantes, de nivel socioeconómico bajo, y víctimas de violencia de género. Coba (2015) atribuye como agente causal de la criminalización de las mujeres a la aplicación de un modelo neoliberal y las consecuentes repercusiones en los sectores sociales más vulnerables, entre ellos, el de mujeres pobres (citado por Almeida, 2017, p. 243).

---

<sup>1</sup> Se destina a la realización de talleres, alimentación, reuniones, etcétera.

<sup>2</sup> Tanto el despacho del profesor, como los de las psicólogas, se encuentran en los módulos de hombres, y hay que registrar una instancia para solicitar que cualquiera de estos profesionales te atienda, pudiéndose demorar incluso meses.

## 2. Marco teórico

Para contextualizar los resultados de la investigación es ineludible acudir al concepto de violencia, refiriéndonos a "las relaciones de poder y relaciones políticas asimétricas, así como a la cultura y las diversas formas en las que ésta se vincula con diferentes estructuras de dominación en los ámbitos micro y macrosocial" (Ferrándiz y Feixa, 2004, p. 159). Dentro del marco tan amplio de las violencias, nos interesa concretamente la 'violencia estructural'. Galtung acuñó el término haciendo una diferenciación con la violencia institucional, enfatizando en que la violencia estructural es de una naturaleza más abstracta, que no se puede atribuir a ninguna institución particular (Galtung, 1975, citado en Bourgois, 2001, p. 175). Más adelante es definida por Bourgois (2001) como "la organización económico-política de la sociedad que impone condiciones de dolor físico y/o emocional, desde altos índices de morbilidad y mortalidad hasta condiciones de trabajo abusivas y precarias" (citado en Ferrandiz y Feixa, 2004, p. 162).

Como señalan Jiménez y Jiménez (2013) la mayoría de las presas son doblemente víctimas de la violencia estructural: en la calle son víctimas de la exclusión social y marginación con la criminalización de conductas relacionadas con la pobreza, y en la cárcel son víctimas del olvido y la negligencia de las autoridades públicas. Así, la violencia estructural está fuertemente generizada, pues hay muchos niveles en los que se practica la violencia, pero en todos ellos se puede ver que opera como una estrategia de desigualdad. La violencia contra las mujeres es un mecanismo al servicio de los valores patriarcales, intenta mantener la distribución patriarcal de poder y, por ende, la desigualdad de las mujeres (Fernández, 2004, p. 158-159).

Las mujeres presas son víctimas de una exclusión múltiple: en situaciones de pobreza, dedicadas a trabajos precarios de bajo ingreso o a actividades que se sitúan fuera de la legalidad para poder subsistir, con viviendas en lugares periféricos y, en muchas ocasiones, 'de patada'<sup>3</sup>, como señala una de las mujeres refiriéndose a la ocupación (Ordóñez, 2006, p. 186).

## 3. Metodología

Considerando como elemento analizador la violencia estructural en el devenir de la vida de las mujeres, el objetivo de la investigación reflexionar acerca de la relación entre sufrir ese tipo de violencias y verse abocadas a delinquir, frecuentemente empujadas por el contexto social y cultural en el que viven, o por personas de su entorno.

Para llevar a cabo el estudio se ha utilizado el enfoque biográfico, cuyos principios y fundamentos tienen como punto de partida la hermenéutica, caracterizada por ser flexible y permitir diferentes instrumentos de recogida de datos (Herrera, 2016, p. 147). En concreto, se ha utilizado el relato de vida como técnica empleada que, apoyándonos en lo señalado por Rosenthal (2004, p. 50): "se trata de reconstruir los fenómenos sociales en el proceso del devenir de las mujeres encarceladas". Se ha utilizado el relato de vida con la intención de que fueran ellas las que hablasen desde la subjetividad, valorando su propia historicidad. Así, el diálogo se vio favorecido al haberme situado en una posición igualitaria con respecto a ellas, lo que ha supuesto poder visibilizar relatos únicos y situados, que nos muestran una síntesis de la estructura social y las características de sus vivencias.

La investigación tiene en cuenta el punto de vista feminista, a través de cinco estudios de caso, utilizando como herramienta el relato de vida a través de entrevistas conversacionales y semidirigidas, que nos han posibilitado realizar una radiografía del grupo de mujeres de la prisión de Cuenca. Todas las entrevistas han sido sometidas a un proceso de revisión y divididas en categorías analíticas para realizar la etnografía y su posterior análisis.

El proceso metodológico en prisiones ha supuesto una tarea nada sencilla para la investigación. Como señala Hammersley (2015): "aunque sea más que evidente, ni las montañas de libros ni el trabajo de oficina sustituirán el tiempo que la etnógrafa debe pasar en prisión" (citado en Osuna, 2019, p. 281) y, por ello, una de las ventajas de esta investigación es haber tenido la oportunidad de mantener conversaciones informales con las personas entrevistadas, al haber podido generar un vínculo de confianza. Durante esos momentos

---

<sup>3</sup> Entrevista realizada a la Informante 3 en mayo de 2021.

fuiamos recogiendo los datos de la observación participante en el diario de campo, del cual extraigo el momento en el que la Informante 3, con una sonrisa en los ojos y queriendo aguantar la emoción nos llevó corriendo a su 'chabolo'<sup>4</sup> para enseñarnos una manta que tenía desde niña, y unas fotos de sus hijas. Recuerdo mi sorpresa cuando me explicó que en ese momento estaban en un 'chabolo múltiple', una especie de celda grande con tres literas y cuatro camas individuales. Como señala Scheper-Hughes (1992): "la llamada observación participante hace que el etnógrafo entre en lugares de la vida humana donde preferiría no haber estado nunca y, una vez allí, no sabe salir sino a través de la escritura, haciendo que otros también sean testigos de ello" (citado por Frois *et al.*, 2019, p. 22). A continuación, en la Tabla 1 se presentan las distintas informantes categorizadas por origen (señalando, en los casos en los que nos brindaron esa información, los barrios a los que pertenecían), lugar de residencia, rango de edad, y nivel de estudios, dato que se ha visto necesario incluir porque fue un tema relevante a lo largo de las entrevistas.

Tabla 1. Tabla de informantes

Informante	Origen	Lugar de residencia	Rango de edad	Nivel de estudios
Informante 1	Valencia	Valencia	20-25	2º de ESO Cursando ciclo formativo
Informante 2	"Pozo del Huevo", barriada chabolista cerca de Vallecas, Madrid	Cuenca	50-55	Sin graduado escolar
Informante 3	Malasaña, Madrid	Guadalajara	50-55	Graduado escolar (EGB)
Informante 4	La Alberca de Záncara, Cuenca	La Alberca de Záncara, Cuenca	25-30	3º ESO
Informante 5	Silla, Valencia	Silla, Valencia	25-30	2º ESO

Fuente: Elaboración propia.

En un primer momento se pretendía entrevistar a todas las mujeres de la prisión (ocho en total) pero tres de ellas se negaron a participar. Las otras cinco, tras ser informadas del propósito de la investigación, aceptaron ser entrevistadas y se ofrecieron para hacerlo "las veces que hagan falta, que tenemos de más que contar" como señalaba la Informante 2. Los siguientes pasos se dieron de una manera natural, concretando los lugares donde realizaríamos las entrevistas, horarios y requisitos. Los temas que orientaron las entrevistas fueron la infancia, cómo era la casa donde vivían y con quién, miembros de la familia y sus relación con ellos, anécdotas y hechos significativos, y relaciones de amistad; la escuela y los compañeros y compañeras de clase, las relaciones, recuerdos buenos y malos, o el tipo de institución; el periodo de la juventud y las primeras relaciones de pareja, ocupaciones, tiempo libre y amistades, apoyos (si los había), obligaciones; por último, el periodo anterior a la entrada en prisión, conversando sobre la relación en ese momento con su entorno, la definición de las relaciones, la ocupación (laboral, o no), y el momento en el que se vio la necesidad de delinquir.

Tras realizar las entrevistas se procedió a la transcripción, conformando los relatos a través de los apuntes recogidos en las entrevistas conversacionales y en el diario de campo. Después, se inició el proceso de categorización extrayendo de los textos las categorías principales que, a su vez, se dividen en subcategorías entre las cuales encontramos categorías nativas y categorías transversales.

#### 4. Resultados: Exclusión y vulnerabilidad social

Existen varios elementos que permiten comprender los tipos de delitos cometidos por las mujeres: la invisibilidad de las mujeres como sujetas políticas, que las coloca en una línea fácil de cruzar hacia enclaves de marginalidad; la existencia de una gran estigmatización sexista sobre su subjetividad y sus actos, y un contexto político-económico que profundiza la desigualdad y promueve el asentamiento de la economía de las drogas, donde el Estado, como garante de equidad, ha dejado de tener presencia (Palma, 2019, p. 42).

<sup>4</sup> Término que utilizaban las informantes para referirse a sus celdas.

Si analizamos la exclusión en sus diferentes ámbitos, en el económico distinguimos tres factores: la pobreza, las dificultades financieras en el hogar y la dependencia económica de la protección social (Subirats, 2004, p. 23). Estas mujeres parten de situaciones financieras inestables y con niveles económicos bajos o dependientes de la pareja, lo que las ha llevado a situaciones en las que la delincuencia parecía la única opción.

En el ámbito laboral, es importante estar al corriente de si existe un acceso al mercado, pero también en qué condiciones se da, ya que la precariedad laboral es una fuente de exclusión social (Subirats, 2004, p. 25). La mayoría de ellas sólo han tenido trabajos precarios, o incluso, sólo han conocido trabajos dentro de los márgenes de la delincuencia, porque no han tenido la oportunidad de desenvolverse en otras esferas.

Relacionándolo con las características de las participantes, el ámbito formativo no sólo aporta competencias de cara al logro de un empleo, también ayuda al desarrollo personal y social, sobre todo si tenemos en cuenta que vivimos en una sociedad donde el conocimiento y la información son elementos sociales básicos (De Miguel, 2014). Recordemos que, en todo el grupo de mujeres, cuatro no tienen el graduado escolar y una de ellas no acabó la educación primaria, debido a que la obligaron a casarse con trece años porque pertenecía a una familia de etnia gitana, sufriendo una triple exclusión: ser mujer, pobre, y gitana.

#### 4.1. Relaciones violentas y adicciones

Las mujeres presas han vivido marcadas por diferentes tipos de violencia: por parte de la pareja, física, psicológica, sexual y *bullying*. De las cinco participantes, cuatro han estado perseguidas por situaciones que las han llevado a cometer diferentes delitos, ya sea para conseguir dinero para subsistir, o para satisfacer sus necesidades (o de su pareja) en cuanto al consumo de drogas. Un ejemplo de ello lo narra la Informante 2, recordando el episodio más duro de su vida:

*[...] un día lo pillé pinchándose y fui a contárselo a mi papá: que se drogaba, que me pegaba y que me violaban el hermano de él y su padre. Pero mi papa no me creyó, o no me quería creer, porque yo tenía que estar con él y no se pensaba en que me pudiera ir de allí (Entrevista realizada en mayo de 2021). [sic].*

La Informante 2 es una mujer de etnia gitana, criada en un barrio chabolista de Vallecas. Su vida ha estado guiada por la vulnerabilidad desde que nació, en el seno de una familia empobrecida, y casada por su padre a los trece años sin poder elegir. Siguiendo a Richie (2004) la reclusión de minorías étnicas es una constante en todos los países occidentales (citado en De Miguel, 2014), más si tenemos en cuenta que “la presencia de mujeres gitanas está masificada en las cárceles españolas” (Martín, 2002, p. 149). A primera vista, la Informante 2 podía parecer el *arquetipo* de una mujer dependiente de la heroína desde hace décadas, con varios delitos de agresiones y robos a sus espaldas, pero, al entrevistarla, pude conocer que su adicción a la heroína fue impuesta:

*[...] Yo al principio no me drogaba, solo vendía. Y un día que él sabía que yo tenía que ir a llevar droga pa venderla me pilló por banda y me dijo que le diera droga a él pa meterse. Y yo le dije que no, que eso tenía que llevarlo pa venderlo, porque era su madre la que llevaba las cuentas del negocio y si luego faltaba me iba a llevar yo las consecuencias, y yo solo quería hacerlo bien pa que no me pasara ná. Entonces me cogió y me dio una paliza de escándalo que casi me mata, y me dejó atá a una cama, y me empezó a pegar pinchazos de heroína, diciéndome: “ahora vas a saber lo que es pasar mono, puta, que eres una puta”. Y me metió no se cuanta heroína, que me quedé al borde de la muerte, yo no sé cuántos días me pasé ahí drogada, que casi no lo cuento (Entrevista realizada en mayo de 2021) [sic].*

En ese momento comenzó su adicción, y ya no sólo tenía que traficar porque era el “negocio familiar de su marido”, si no para consumir. Escapó el día que, embarazada, él le dio “una paliza de muerte, que me pensaba que me iba a matar al hijo” [sic], y buscó refugio en casa de su madre. Repudiada por un padre que sintió la deshonra por la huida de su hija, se fue a “intentar sobrevivir como pudiera”, viviendo en la calle, robando para comer y para consumir, intercalándolo con sus entradas a prisión “porque no tenía ná, ni donde caerme muerta” [sic]. Encontramos varios episodios de violencia de género, por lo que es indispensable hacer referencia al concepto que, según Alberdi y Matas (2002):

"Al hablar de la violencia contra las mujeres, la denominamos violencia de género para señalar la importancia que tiene en ella la cultura, y para dejar claro que esta forma de violencia es una construcción social, no una derivación espontánea de la naturaleza" (p. 9).

El caso de la Informante 1 es diferente, pero también guiado por la violencia. Ella era la mujer más joven de la prisión, con veintiún años. Hablando de su infancia pude descubrir que había sufrido bullying en el colegio, con agresiones físicas y verbales:

*[...] en el colegio...a mí pues prácticamente me hacían bullying. O sea...siempre habían tonterías porque había otra que se llamaba X como yo...y a día de hoy pienso y digo... ¿que no diría todo eso ella y me lo...me lo metía a mí? Porque a lo mejor me venía una chica y me decía "me has llamao falsa" y yo la miraba y decía "pero si yo no sé ni lo que es falsa" y yo decía "¿qué es eso?" y me tiraban para atrás, ósea me empujaban y me pegaban en el suelo (Entrevista realizada en mayo de 2021) [sic].*

Igual que la Informante 1, dos de las mujeres sufrieron bullying durante mucho tiempo, comenzando así los episodios violentos que luego desembocarían en violencias de otro tipo. La violencia ejercida en la infancia tiene una especial incidencia entre las mujeres, y entre las adictas llega a recaer con consecuencias que determinan muchas de las peculiaridades de su drogadicción (Llopis et al., 2005). A raíz de ahí, la Informante 1 comenzó un ciclo de relaciones tóxicas y de maltrato, donde el consumo de ketamina y cocaína estaban a la orden del día. Su único ingreso en prisión, su 'chapa', era por tráfico de drogas.

La historia de la Informante 4 es similar a la de la Informante 1, lo que explicaría la relación de amistad que forjaron en prisión. La Informante 4, por su parte, también sufrió bullying en la infancia, aunque al contarlo lo hacía de una manera muy natural, como si fuera algo normalizado y tolerable:

*A mí me gustaba el colegio, pero había mucho tonto...ya sabes...de esos que se ríen de ti. Y yo solo me iba con mi prima y ni eso, que al final ella tenía sus amigas y yo pues...Había un tonto que me pegaba, y luego de mayor lo he visto muchas veces, y no sé quién le dijo que yo le tenía manía porque de pequeña me pegaba (Entrevista realizada en junio de 2021) [sic].*

Después, al continuar la entrevista con la época de la adolescencia, recordaba:

*Con 16 años empecé con un chico que de primeras muy bien, nos íbamos a Central y guay, pero luego ya...me empezó a insultar y a pegar. Estuvimos muchos años. Una vez lo denuncié, pero cuando lo vi ahí con las esposas me asusté y quité la denuncia (Entrevista realizada en junio de 2021) [sic].*

A raíz de esta relación a la que consiguió poner fin, conoció a su actual pareja que se dedicaba, como ella señalaba, "a vender, ya sabes, pues coca, marihuana, pastillas...". Nunca le puso un dedo encima, pero, según sus palabras:

*Me tenía que tener todo el día localizada, dejé de estar con mis amigas y con mi familia, que no quería que estuviera con él por la mala vida que llevaba y claro, él se metía y yo pues también, lo probé y me gustó, lo peor que he hecho. Al final nos fuimos a vivir los dos juntos porque allí no lo aceptaban y yo ya les había liado unas cuantas por él, y nos vimos sin dinero, se lo gastaba todo. Y luego ya pasó lo del robo (Entrevista realizada en junio de 2021) [sic].*

Durante la entrevista en el patio del módulo de mujeres, la Informante 4 se mostró reacia a hablar "de lo del robo". Conforme iba avanzando la entrevista y se relajaba, me contó que su novio y ella estaban en prisión por la misma causa: el robo en la casa de los ancianos para los que trabajaba.

El tratamiento abordado por Bourgois (2001) sobre las violencias estructurales, y su conexión con las violencias cotidianas, nos permite aterrizarlas en lo que enumera como una clase de violencias concretas experimentadas por las reclusas del estudio como realidades micro, caracterizadas por la normalización de dichas violencias cotidianas tanto en la esfera pública como en la esfera privada de sus vidas: el conflicto doméstico (con la familia de origen y con la pareja), la experiencia delincencial, el abuso y explotación sexual y el abuso de sustancias.

Los estudios alusivos a mujeres encarceladas muestran unas tasas de violencia contra las mujeres que parecen revelar que este colectivo sufre dicho fenómeno con especial virulencia. Así, un 38% de la población

de mujeres encarceladas decía haber sido golpeada alguna vez, habitualmente por su pareja o marido, y un 17% manifestó haber sufrido abusos sexuales y violencia sexual (De Miguel, 2014, p. 82).

Otra cara de la violencia es la de índole sexual, también guiada, como categoría transversal, por las adicciones. Así, encontramos el testimonio de la Informante 3, una de las veteranas de la prisión:

*Yo para conseguir dinero tenía que hacer de todo. Hubo una época que me iba con extranjeros a su hotel [...] me hacía pasar por prostituta, y cuando estaban en la bañera les robaba. Yo hacía de todo para conseguir dinero. El no hacía nada de eso, lo tenía que hacer yo, y el dinero se lo quedaba casi todo él (Entrevista realizada en mayo de 2021).*

La Informante 3 hace la primera referencia a 'hacerse pasar por prostituta' para conseguir dinero para subsistir, tanto ella como su pareja, que ejercía una violencia económica sobre ella. En la violencia económica y patrimonial el agresor hace todo lo posible por controlar los medios de subsistencia de la víctima, obligándola a entregarle su dinero (Alberdi y Matas, 2002). Al continuar con la entrevista, la Informante 3 contaba que "seguía robando para conseguir dinero para consumir y también fui prostituta en una sala porque ya no ví más remedio, estaba viviendo prácticamente en la calle" [sic]. Cuando le pregunté a qué se refería con vivir prácticamente en la calle, me confesó que "ya no vivía con mis amigas, yo llevaba otro nivel de enganche, vivía en una casa de patada" [sic]. La Informante 3 proviene de una familia de clase media-baja, como pude interpretar cuando ella misma me contaba: "como era la época de Franco y mi padre se divorció de su antigua mujer, luego ya no se podía casar. Entonces cuando se murió, no nos quedó ná" [sic]. Ella decidió irse de su casa cuando comenzó su adicción a la heroína, "con una mano delante y otra detrás", para que su madre no la viera en ese estado.

#### 4.2. Afectividad y subordinación

En el proceso de análisis de las entrevistas, otra de las categorías recurrentes ha sido la subordinación al amor romántico de todas las mujeres participantes, sin excepción. En el transcurso de las conversaciones se pudo observar que, por la vulneración social que habían vivido, habían resultado siempre dominadas por la presencia del varón. De Miguel (2014) llega a las siguientes conclusiones:

*[...] las relaciones de pareja de las mujeres encarceladas existen rasgos significativos que nos dan cuenta de una descompensación entre el papel que desempeñan y las recompensas afectivas y materiales que reciben. Al mismo tiempo, parece que podemos encontrar algún tipo de nexo entre sus trayectorias de vida y la forma como han planteado las relaciones de pareja, desde marcados rasgos de subordinación de género (p. 83).*

Ejemplo de ello es la Informante 1 que, por miedo a su última pareja y a las represalias de su familia, se queda embarazada tres veces:

*Con dieciséis años me quedo embarazada, no lo tengo, obviamente, pero vuelvo con él. O sea, a mí en su familia me tienen como una asesina, y entonces ahí ya como que me siento mal, y sigo con él [...] Me quedé embarazada tres veces, y las tres veces he abortado. La dos últimas, una fue al principio de volver con él, y la última era más por complacerlo, por lo que le había hecho, que por mí misma (Entrevista realizada en mayo de 2021) [sic].*

En el concepto de amor romántico priman las visiones jerarquizadoras en las cuales lo masculino es superior a lo femenino (Esteban, 2007), llegando a culpar a la mujer de decidir sobre su propio cuerpo, en este caso, para abortar. A su vez, la Informante 5, relataba cómo fue su delito:

*Yo empecé con un chico que muy bien, era ingeniero y me fui a vivir con él. Nos fuimos mudando de casas, hasta que nos fuimos a un chalet, porque él ganaba bien de dinero y yo pues bueno también trabajaba. El caso es que con el hermano de él hicimos una plantación en el chalet. Lo propuso su hermano, que trapicheaba, mi novio dijo que sí y yo pues bueno, tuve que decir que sí. Luego cuando lo dejamos me fui de allí y no me dieron ni un duro de la plantación. [...] con 26 años en una noche de fiesta en Valencia conocí a Dani, el chico con el que estoy que también está aquí metido. Él llevaba una vida que a mí no me gustaba: drogas, juego...esas cosas. Un día, como mi ex el del chalet me debía mi parte del*

*dinero de la plantación, Dani quiso ir a robarle. Yo no quería, pero es que es muy cabezón, se altera mucho, es muy...así, y claro, yo era la única que sabía dónde estaba el chalet, y llamó a un amigo suyo que se dedicaba a robar en casas, y fuimos. Ellos entraron a robar y yo me quedé en el coche, pero no le valía con coger el dinero, no, que tuvo que robarle el móvil, las tarjetas...y de ahí fuimos a un cajero, porque claro yo me sabía todas sus contraseñas. Y ahí llegó la policía y nos pillaron, y aquí estamos. Yo estaba muy enfadada, pero al final, como siempre, le perdoné (Entrevista realizada en junio de 2021) [sic].*

En ese momento, la Informante 5 confiesa que se siente "una idiota" porque sigue con él, aunque muchas veces le ha sido infiel y sabe que, dentro de la cárcel, sigue jugando y "apostándose lo que no tiene". Cuando le pregunto si no se ha planteado romper la relación, ella me contesta que sabe que "es bueno", y que: "cuando estamos bien, estamos muy bien". Este es un claro ejemplo de esa idea amor romántico guiada, en ocasiones, por instituciones culturales como la industria del cine o de la música (Esteban, 2007, p. 82), o por construcciones sociales donde el rol femenino está subordinado al masculino.

También es significativo el hecho de que tres de las cuatro entrevistadas mantienen relaciones de pareja con hombres que se encuentran también dentro del Centro Penitenciario de Cuenca, y dos de ellas mantenían una relación con ellos antes de entrar a prisión. Esta situación tiene relación con lo que señala Ojeda (2013): "de hecho, en los discursos y prácticas de las mujeres detenidas, aparecen las relaciones afectivas como el elemento que les permite sortear la privación afectiva que implica el encierro, y hacer más llevadera su estancia en la cárcel" (p. 241). Esto explica el hecho de que las dos coincidan en que están deseando que llegue el día del *vis a vis* o de darse una carta cuando "comunican"<sup>5</sup>, aunque sepan, según verbalizaron, que son unos "capullos", y que "les hacen más mal que bien".

Si volvemos a la historia de la Informante 2, comienza con un matrimonio prescriptivo que hizo que su vida cambiara para siempre:

*Resulta que mi padre se fue a un pedimiento a Valencia, y se llevó una foto mía. Le gusté al gitano y al padre, y mi padre me apalabró con ellos. A mí no me lo contó, se lo contó a mi madre, que ni si quiera fue capaz de contármelo a mí. Cuando mi madre me lo contó me asusté mucho, y le dije "mama me va a joder la vida, me va a desgraciar". Después de apalabrarme bajó el gitano a verme y a conocerme, y yo le dije claramente: "yo me voy a juntar contigo, pero yo no te quiero, yo lo hago por mi padre por no deshonrarlo, porque mi padre es pastor y tú estás mu bien coloco" (Entrevista realizada en junio de 2021) [sic].*

A raíz del matrimonio cuando tenía trece años, fue objeto de violaciones por el padre y el hermano de su marido, tuvo que dedicarse al negocio de la droga, y se vio adicta a la heroína por culpa del hombre con el que la habían casado. Similar a todas las culturas, existen elementos negativos para la igualdad ya que los valores que más destacan en la mujer y que se transmiten desde la educación son, entre otros, el respeto y la sumisión a las decisiones que toma el varón (Fundación Secretariado Gitano, 2010). Aquí se ponen de manifiesto las diferencias de género en las conexiones entre las posiciones sociales y la etnia, donde aparecen prácticas dañinas como el maltrato o las violaciones. Por su parte, la Informante 3 recuerda cómo se enganchó a la heroína, y se arrepiente "una y mil veces" de lo que pasó:

*Empecé por una cosa muy tonta: me enamoré de un chico adicto. Él me dejó para que yo no acabara como él, y yo, para que volviera conmigo, me enganché. Él al final volvió conmigo, pero entraba y salía de la cárcel continuamente (Entrevista realizada en junio de 2021).*

Como señalan Stocco *et al.* (2000), la forma de sumisión-subordinación de la mujer adicta se ve reflejada en sus conductas de adicción en las que habitualmente depende de su pareja, incluso en el momento de conseguir la droga y administrársela (citado en Llopis *et al.*, 2005, p. 148). En todas estas historias vemos un amor que se presenta como "radicalmente desinteresado, que hace dignas de reconocimiento a las mujeres sólo cuando aman abnegadamente, y que es por definición un mecanismo cultural muy intenso de construcción de la subordinación de género, pero también de clase y etnia" (Esteban, 2011, p. 26).

---

<sup>5</sup> Es la posibilidad de verse en una sala, separados por un cristal.

## 5. Discusión

A lo largo de este trabajo se ha llevado a cabo un proceso de análisis, que ha concluido mostrando la relación entre las diferentes violencias estructurales sufridas por las mujeres presas a lo largo de su vida, con su estancia en prisión. Se ha podido observar cómo estas vidas enmarcadas dentro de la vulnerabilidad social, producto del empobrecimiento, la marginalidad y las relaciones violentas, entre otras, han hecho mella en este grupo de mujeres que han terminado siempre, incluso dentro del entorno carcelario, dominadas por el varón.

La mayoría de los trabajos etnográficos de mujeres presas versan de situaciones que se dan intramuros: de la vida en prisión y su posterior puesta en libertad (Osuna, 2020), de las afectividades y las relaciones dentro de la cárcel (Ojeda, 2013) o de cómo las penas privativas de libertad, más que transformar a las personas encarceladas, las envuelven en un bucle de reincidencia (Ordóñez, 2006). Con esta investigación se ha podido conocer la realidad de las mujeres antes de ser privadas de libertad, y ha supuesto una forma de reflexionar sobre los momentos en los que sus vidas dieron un giro. Gracias a esta etnografía se ha llevado a cabo un proceso de inmersión en las vidas de cinco mujeres, que confluyen en la característica de ser víctimas de la violencia estructural —cuya trazabilidad hemos conseguido identificar y analizar en la normalización de unas violencias cotidianas (Bourgois, 2001) concretas registradas en sus relatos—; De esta manera se han desglosado algunas de las causas por las cuales estas mujeres se han visto en la necesidad de delinquir y terminar entre los muros de la prisión. Esto lo diferencia de los estudios anteriores, poniendo el foco en las violencias estructurales que han sufrido las mujeres durante sus vidas previa entrada en prisión, en lugar de centrarse en la vida de las mujeres dentro del entorno carcelario.

De entre las diferentes causas que han llevado a las mujeres a verse en la necesidad de delinquir se ha puesto de manifiesto que la vulnerabilidad y la exclusión social, en casi todos sus ámbitos, son el punto de unión del que parte la violencia estructural sufrida. Esto nace, coincidiendo con el estudio de Palma (2019), de una invisibilidad como sujetas políticas, lo que agranda el estigma que existe en torno a ellas y las caracteriza como personas dependientes y sin voz; todo ello en un contexto político y económico que las mantiene dentro de la marginalidad según su procedencia, viviendo en situaciones de desigualdad prácticamente desde la infancia.

En relación con el estudio de Ordóñez (2006) sobre mujeres encarceladas, del cual resultan historias de violencia familiar en una parte significativa de la población carcelaria femenina, este estudio también obtiene resultados de violencia familiar, en algunos casos de los varones de la familia hacia la mujer participante en el estudio, o entre el padre y la madre de la misma. Parafraseando a Ordóñez (2006) “no encontré ninguna historia de alguna familia “normal”. Casi todas las familias están involucradas con uso y abuso de drogas y alcohol, abuso sexual, o con problemas sociales muy serios como falta de empleo y pobreza extrema” (p. 186). Esto nos viene a mostrar resultados similares con esta investigación, que deja evidencias de las diferentes violencias sufridas, y en concreto en la relación entre violencia y adicciones, vinculadas con el factor de la exclusión social en su modalidad de precariedad y pobreza.

Otro de los resultados principales ha sido la violencia tanto psicológica como física y, en ocasiones, sexual, que han sufrido las mujeres. Concerniente a esto encontramos el estudio de De Miguel (2014), que se aproxima a los perfiles de las mujeres encarceladas, guiados en su mayoría por la exclusión social anterior al encarcelamiento y por la posición social desigual por su condición de mujeres. En su trabajo muestra que la mayoría de las presas han sufrido violencia por parte de su pareja en algún momento de su vida, de igual manera que las mujeres participantes en esta investigación.

Para finalizar, se hace un análisis de la subordinación al amor romántico y las afectividades encontrando situaciones como la comisión de actos delictivos fruto de la sumisión a la pareja, continuación con relaciones de abusos emocionales y tóxicos fuera y dentro de la prisión, o incluso el comienzo de una adicción para continuar con una relación sentimental. En este sentido, según los estudios de De Miguel (2014) se puede encontrar algún tipo de relación entre sus trayectorias vitales y la manera en que han planteado las relaciones de pareja, con rasgos marcados de subordinación de género. Ojeda (2013) también ofrece una clave sobre cómo las mujeres pueden hacer más llevadero su encierro, la cual aparece en el transcurso de esta investigación, ya que en los discursos y prácticas de las mujeres detenidas aparecen las relaciones afectivas como el elemento que les permite sortear la privación afectiva que implica el encierro, aunque sean relaciones guiadas por la toxicidad o el abuso. En definitiva, se ha pretendido hacer una

aproximación desde la antropología de las violencias y el género que sirva para poner de manifiesto la importancia de las violencias estructurales que sufren las mujeres encarceladas antes de entrar a prisión. Como conclusión, y siguiendo a Haraway (citado en Harding, 2004), es imprescindible poner en valor las narrativas autobiográficas de las mujeres encarceladas como fuente de conocimiento social, pues nos muestran sus realidades como colectivo oprimido y violentado, fruto de la violencia estructural vivida tanto fuera como dentro de la prisión, y víctimas de violencia de género.

## Referencias bibliográficas

- Alberdi, I., y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre malos tratos a mujeres en España*. Fundación La Caixa.
- Almeida, L. (2017). Mujeres con pena privativa de libertad: ¿quiénes son y cómo viven en una cárcel de Ecuador? *Revista Latinoamericana de Estudios de Seguridad*, (21), 240-255. <http://dx.doi.org/10.17141/urvio.21.2017.2937>
- Bourgois, P. (2001). The continuum of violence in war and peace: post-cold war lessons from "El Salvador". *Ethnography*, (2)1, 5-34.
- Coba, L. (2015). *SitiadAs. La criminalización de las pobres en Ecuador durante el Neoliberalismo*. FLACSO Ecuador.
- De Miguel, E. (2014). Encarcelamiento de mujeres. El castigo penitenciario de la exclusión social y la desigualdad de género. *ZERBITZUAN*, 56, 75-86. <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.56.05>
- Esteban, M. L. (2011). Cuerpos y políticas feministas: el feminismo como cuerpo. En C. Villalba Augusto, I. Álvarez Lucena (Eds.), *Cuerpos políticos y agencia. Reflexiones feministas sobre Cuerpo, Trabajo y Colonialidad* (pp. 45-84). Universidad de Granada (Colección Periferias).
- (2007). Algunas ideas para una antropología del amor. *Ankulegi*, 11, 71-75.
- Fernández, C. (2004). *Violencia contra las mujeres: una visión estructural. Intervención psicosocial*, 13(2), 155-164. Recuperado el 27 de febrero de 2022, de: <https://bit.ly/3tKdbKM>
- Ferrándiz, F., y Feixa, C. (2004). Una mirada antropológica sobre las violencias. *Alteridades, Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa*, 14(27), 159-174.
- Frois, C., Osuna, C., y Pedroso de Lima, A. (2019). Etnografía em contexto carcerário: explorando potencialidades e limites. *Cadernos pagu*, 55, 1-31.
- Fundación Secretariado Gitano. (2010). Violencia de Género en la Comunidad Gitana. Informe-Diagnóstico Cualitativo. *Grupo de trabajo de la FSG. Convenio de colaboración del Instituto de la Mujer-FSG2020*, 1-29.
- Galtung, J. (1975). *Essays in Peace Research*. Copenhagen Ejlers.
- Hammersley, M. (2015). *Research 'Inside' Viewed from 'Outside': Reflections on Prison Ethnography*. En: D. H. Drake, R. Earle y J. Sloan (Eds.), *The Palgrave Handbook of Prison Ethnography*. Palgrave Macmillan.
- Harding, S. (2004). *The Feminist Standpoint Theory Reader. Intellectual and Political Controversies*. Routledge.
- Herrera, D. (2016). Aportaciones metodológicas a la investigación biográfica, relacionadas con el procesamiento y la organización de los datos. *Cuestiones pedagógicas*, 25, 145-160. <http://dx.doi.org/10.12795/CP.2016.i25.11>
- Jiménez, F., y Jiménez, F. (2013). Foucault, cárcel y mujer: el conflicto de la reincidencia. *Revista de Humanidades*, 20, 83-104. <https://doi.org/10.5944/rhdh.20.2013.12902>
- Llopis, J. J., Castillo, A., Rebollida, M., y Stocco, P. (2005). Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas*, 5(2), 137-157. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83905208>
- Maqueda, M. L. (2014). *Razones y sinrazones para una criminología feminista*. Dykinson.
- Martín, T. (2002). Mujeres gitanas y sistema penal. *La Ventana*, 15, 149-174. <https://doi.org/10.32870/lv.v2i15.616>
- Ojeda, N. (2017). Las implicancias del castigo. Un estudio etnográfico de una cárcel de mujeres en Argentina, *Vox Juris*, (1)33, 69-78.
- (2013). "Cárcel de mujeres". Una mirada etnográfica sobre las relaciones afectivas en un establecimiento carcelario de mediana seguridad en Argentina. *Sociedad y Economía*, 25, 237-254.
- Ordóñez, L. (2006). Mujeres encarceladas: proceso de encarcelamiento en la penitenciaría femenina de Brasilia. *Universitas Humanística*, 61, 183-199.
- Osuna, C. (2020). Confinamiento, agencia y reinscripción. Análisis etnográfico de una vida dentro y fuera de prisión. *Revista de Antropología Social*, 29(1), 33-45.

- (2019). “Yo allí soy feliz, voy de lunes a viernes sin faltar”: Reflexiones desde una etnografía escolar en una cárcel de mujeres”. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 14(2), 277-298. <https://doi.org/10.11156/aibr.140206>
- Palma, C. (2019). El sistema penal es un reflejo de la injusticia social: las deudas con las mujeres en la cárcel. *Revista Nuevo Humanismo*, (7)1, 37-51.
- Richie, B. (2004). Feminist ethnographies of women in prison. *Feminist Studies*, (30)2, 438-450.
- Rosenthal, G. (2004). Biographical research. In: C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium, and D. Silverman (Eds.), *Qualitative research practice* (pp. 48-64). Sage.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. University of California Press.
- Stocco, P., Llopis, J. J., DeFazio, L., Calafat, A., y Mendes, F. (2000). *Women drug abuse in Europe: gender identity*. IREFREA and European Commission.
- Subirats, J. (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. La Caixa.

### **Breve CV de la autora**

Aránzazu Palomares Peña, Máster en Antropología Aplicada (UCLM), es trabajadora social de la Asociación de Salud Mental VIVIR y responsable de proyecto sobre Salud Mental en Centro Penitenciario, Cuenca. Además, es colaboradora en Facultad de Trabajo Social, en la Universidad de Castilla-La Mancha.

## Críticas de libros | *Book reviews*

## Han, Clara (2022): *La vida en deuda. Tiempos de cuidado y violencia en el Chile neoliberal*. LOM Ediciones.

La extensa investigación que Clara Han realizó por alrededor de 10 años en *La Pincoya*<sup>1</sup>, un barrio urbano de bajos ingresos ubicado en la zona norte de Santiago de Chile, plasmada en "*Life in debt. Times of care and violence in neoliberal Chile*" (Han, 2012) y publicada originalmente en inglés en el año 2012 por University of California Press, ha generado múltiples comentarios (Allison, 2013; Araya, 2014; Das, 2013, 2015; Han, 2013; Ossandón, 2013, entre otros) dada la relevancia de sus hallazgos para la antropología contemporánea internacional. Pese a ello, no es un texto de amplia referencia en Chile, salvo en círculos especializados.

A 10 años de su publicación, aparece la primera traducción al castellano distribuida por la editorial chilena LOM ediciones. Esto no es azaroso si pensamos en el proceso que se ha desarrollado en este territorio desde Octubre del 2019, a partir de consecutivas movilizaciones populares, denominado como 'Estallido Social Chileno' el cual ha significado una interpelación al modelo neoliberal vigente, implementado durante la década de los '70 en la dictadura cívico-militar de Pinochet y perpetuado por los posteriores gobiernos democráticos.

Frente a una represiva respuesta del Estado, los y las manifestantes acudieron a las concentraciones sosteniendo pancartas en las que se leían consignas como: "Nos quitaron tanto que nos quitaron hasta el miedo", instalando en el debate público la deuda y la precariedad a la que están sujetas la vidas cotidianas en el Chile contemporáneo, así como el malestar acumulado desde hace ya tantos años, causado por la violencia estructural que implica la privatización y la distribución desigual de recursos y acceso a bienes y servicios que satisfacen necesidades básicas. Todo esto ante la aparente perplejidad de autoridades de gobierno que señalaron a los medios de comunicación durante los primeros días del *Estallido*: "No lo vimos venir".

"*La vida en deuda*" representa uno de los textos obligatorios para comprender los antecedentes de este proceso histórico, rastrear sus causas y aproximarse a la complejidad que contiene el sentido de algunas de las consignas y demandas que se enarbolan en su seno. Pienso, por ejemplo, en la importancia que comenzó a cobrar el concepto de 'dignidad' en medio de las manifestaciones, palabra con la que incluso fue rebautizada una de las plazas más conocidas de la capital y punto principal de encuentro, por parte de las personas que allí se congregaron y congregan aún, y su

relación con las luces que esta investigación etnográfica entrega a propósito de cómo las personas con las que Han compartió en su terreno, principalmente mujeres, comprenden, aspiran o construyen cotidianamente lo que la autora identifica un 'vivir con dignidad'.

A partir de la pregunta por el entrelazamiento entre cuidado y violencia en el Chile neoliberal, la autora describe de manera excepcional cómo se entretajan en las vidas cotidianas la deuda, la enfermedad o la memoria. Han plantea una 'vida en deuda' en un sentido complejo. Por un lado, releva la vigencia de la deuda del Estado chileno con la población, debido a las sistemáticas violaciones a los derechos humanos cometidas durante la dictadura, así como por la extrema pobreza que los gobiernos democráticos heredaron y que prometieron eliminar en función de la reconciliación del Estado con sus habitantes. Por otro lado, aborda la deuda en relación a sistemas crediticios de casas comerciales o bancos financieros, cuyo acceso se facilita para los estratos sociales más bajos a partir de las políticas neoliberales, pero que mantiene a los sujetos pagando mensualmente cuotas de una aparente 'vida digna' que el crédito haría posible, ante la amenaza de inscribirse en sistemas de vigilancia de reportes crediticios extensivos, así como también, la amenaza del embargo. Frente a la incertidumbre y la fragilidad de esta 'vida prestada', la etnógrafa se pone en el lugar de los sujetos que acompaña y se pregunta, "¿Es esta vida una vida de la que puedo ser dueña, de la que puedo confiar? ¿Existirá mañana?".

Quizás el capítulo más representativo de esta complejidad es el que lleva por título: *Deuda social, don silencioso*, en el que, en primer lugar, la autora narra cómo vecinos y vecinas de *La Pincoya* lidian cotidianamente con trabajadores sociales que miden su nivel de pobreza a través de instrumentos basados en pertenencias materiales para poder identificarles como aptos para acceder a subsidios del Estado. Los protagonistas de estos relatos generan estrategias para performar la imagen estereotipada de la pobreza que presumen estas herramientas de medición, la cual según los mismos interlocutores de la etnógrafa se encuentra cercana a la 'animalidad' y, de esta manera, 'bajarse el puntaje': esconder el televisor donde un amigo, o como señala la señora Ana: "No me voy a duchar hasta después de que la trabajadora social venga". Han se plantea crítica ante dichos instrumentos y las representaciones que presuponen pues oscurecen las dinámicas de la precariedad económica, no solo

<sup>1</sup> Esta obra se basa en treinta y seis meses de trabajo de campo, consistente en viajes cortos de dos a tres meses entre 1999 y 2003, dieciocho meses de trabajo de

campo continuo entre 2004 y 2005 y visitas de seguimiento en 2007, 2008 y 2010 (Han, 2012).

porque son sesgados y presentan una imagen de los pobres como sujetos premodernos que no pueden tener acceso a las tecnologías porque eso inmediatamente los restaría de esa categoría, sujetos a los que además se le exige una hiperracionalidad e hiperausteridad en la gestión de sus recursos que ninguna otra clase podría cumplir, sino que también porque no consideran los niveles de endeudamiento de las familias, lo que ha permitido más acceso al consumo y que por lo mismo ha alterado la naturaleza misma de la pobreza.

La precariedad económica de las familias en *La Pincoya*, señala la autora, se encuentra atravesada por la inestabilidad laboral y flujos de dinero irregulares, debido a una forma de trabajo discontinuo e impredecible que el mismo Estado chileno ha institucionalizado, a través de leyes laborales que no protegen a los trabajadores y que marcan circunstancias críticas concretas que no son consideradas. Ante la discontinuidad del trabajo y la alta burocratización del proceso para poder acceder al apoyo estatal, el crédito se presenta como una opción ineludible para "llegar a fin de mes" y poder satisfacer necesidades básicas como alimentación, pagar las cuentas de la luz o el agua o comprar materiales del colegio para sus hijos, como señalan Valentina y Pato: "No podemos pagar con plata así que pagamos con tarjetas".

La autora afirma que 'vivir con dignidad', en el barrio, corresponde a un conjunto diferente de ideas y prácticas que la fundamenta, señalando, de esta manera, un espacio de autonomía en la vida cotidiana de vecinos y vecinas de *La Pincoya*, que va más allá del efecto de las políticas neoliberales y que se entrelaza complejamente con las instituciones. Esta 'vida digna' se relaciona con la atención activa, de vecinos y vecinas, familiares o amigos íntimos, que responden a lo que Han denomina 'momentos críticos' que estas familias enfrentan, ya sea por la misma incertidumbre de los flujos de dinero o por una enfermedad que genera mucho gasto y que marca un límite en la supervivencia. Para comprender en qué consiste esta atención se detiene en formas de 'solidaridad activa'. En un primer momento, identifica la gestión de ahorro colectivo entre vecinos y vecinas vinculados por confianza, espacio de autonomía que la señora Gabriela ubica elocuente, como 'ilegal, fuera del sistema', marcando su distinción con el sistema neoliberal y sus mecanismos contractuales; en un segundo momento, muestra la participación de las redes de apoyo, en bingos a beneficio de personas diagnosticadas con enfermedades catastróficas, en donde en uno de los eventos a los que Han asiste le escucha decir a una mujer: "Aquí no jugamos para ganar"; entre otras formas de atención y reciprocidad que contienen estos vínculos y que se entretienen en el barrio: responder a un llanto por hambre, ayudar con pretextos como, por ejemplo, invitar a los hijos de la vecina a almorzar para que esta no sienta vergüenza de 'dar lástima' o tenga que pedir ayuda directamente. Las mujeres protagonistas de esta etnografía están atentas al otro, lo que les permite atenderse a sus necesidades.

A partir de esta descripción, es preciso destacar tres elementos. El primero es el abordaje crítico de Han, que desarrolla desde el inicio, sobre las categorías utilizadas para representar colectividades o sujetos sociales que viven en barrios de bajos ingresos. La autora plantea que el reconocimiento de los efectos de la precariedad económica en el presente muchas veces flaquea cuando se piensa a estos sujetos o se los enfatiza en una condición 'en falta', o cuando se les piensa como meramente registros de violencia estructural o efectos de políticas neoliberales, despojados de formas de solidaridad que existían en el pasado y habitando actualmente espacios de mera competencia por sobrevivir; o bien, como ha señalado en otros debates (véase Han, 2013), cuando se piensa a los sujetos bajo el lente teórico del concepto de 'abandono' y sus implicancias. Para Han, estas representaciones no consideran las texturas de las vidas situadas, así como los esfuerzos por hacerse a sí mismo en circunstancias de precariedad económica, es decir, no reconocen la agencia de los sujetos y los espacios de autonomía que construyen diariamente.

El segundo elemento es el aporte que esta etnografía plantea para pensar a los sujetos como ya siendo desde un entramado de relaciones. Posicionándose desde una antropología de los cuidados, pone de manifiesto que ningún individuo existe por sí mismo como ser autónomo, soberano o autocontenido, es decir, el sujeto ideal que se presume desde discursos humanistas liberales, 'discursos autológicos' como los denomina Povinelli (2006); sujeto que también está a la base de discursos de 'autocuidado' y 'autorresponsabilidad' promovidos por políticas sociales especialmente en contextos neoliberales en los que el Estado se repliega. Desde esta perspectiva, además, va más allá de la familia normativa y reconoce cómo los sujetos están compuestos por relaciones de parentesco extendidas, de relaciones barriales y también de relaciones con el Estado, y que las estrategias y prácticas de sobrevivir y vivir bien están basadas en dichas relaciones de parentesco, amigos íntimos o vecinos que incluso se extienden más allá del barrio. Esto es un aporte fundamental a la hora de pensar en las políticas de intervención estatal que presumen categorías fijas y delimitadas.

Por último, quisiera referirme al valor y visibilidad que Clara Han realiza del rol fundamental que ocupan las mujeres de *La Pincoya* y las redes de cuidado que despliegan para hacer frente o resistir a la violencia estructural, sosteniendo y reproduciendo la vida, reconstruyendo un mundo ya dañado, cotidianamente.

Estos aportes son significativos no sólo para quienes investigamos fenómenos desde las ciencias sociales, sino que también para pensar de formas más situadas a la hora de diseñar políticas públicas e intervenciones estatales, haciendo que su lectura sea urgente y que espero esta traducción facilite.

### Referencias bibliográficas

- Allison, A. (2013). Indebted intimacy. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 3(1), 221-224.
- Araya, J. (2014). Clara Han, *Life in debt*. Times of care and violence in neoliberal Chile, University of California Press, Berkeley, 2012, 283 pp. *Revista de Sociología*, 29, 109-112.
- Das, V. (2015). *Affliction: Health, Disease, Poverty*. En *Affliction*. Fordham University Press.
- (2013). Neighbors and acts of silent kindness. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 3(1), 217-220.
- Han, C. (2012). *Life in Debt: Times of Care and Violence in Neoliberal Chile*. University of California Press.

- (2013). Suffering and pictures of anthropological inquiry: A response to comments on *Life in debt*. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 3(1), 231-240.
- Ossandón, J. (2013). Para una etnografía del silencio y del logro de estar presente ante el otro. Una entrevista con Clara Han. *Persona y Sociedad*, 27(1), 179.
- Povinelli, E. A. (2006). *The Empire of Love: Toward a Theory of Intimacy, Genealogy, and Carnality*. Duke University Press.

Constanza Tizzoni Salas

 <https://orcid.org/0000-0002-0856-3049>

Pontificia Universidad Católica de Chile  
Centro de Estudios Interculturales e Indígenas, Chile  
ctizzoni@uc.cl

Recibida: 08-02-2022  
Aceptada: 01-03-2022



## Porroche-Escudero, Ana; Coll-Planas, Gerard y Riba Sanmartí, Caterina (2017): *Cicatrices (in)visibles. Perspectivas feministas sobre el cáncer de mama*. Bellaterra, 206 pp. ISBN: 978-8472908499

Esta obra cuenta principalmente con autoras mujeres, expertas en género. La mayoría provienen del ámbito español, pero también participaron autoras de Italia, Canadá y Francia. Se incluyen distintas ramas de conocimiento como Antropología, Ciencias Políticas, Lenguaje, Literatura, Derecho, Sociología, Historia, Medicina, Teología, Psicología, Trabajo Social, Artes Plásticas.

Se presentan muy variadas ópticas: mujeres que han sido diagnosticadas con cáncer de mama y escriben desde el activismo, o los colectivos que realizan performance; varios de los ensayos nos muestran las perspectivas de mujeres lesbianas y *trans* tanto desde la revisión de textos como desde la vivencia personal.

En 2019, cuando la periodista estadounidense Anne Boyer fue diagnosticada de un cáncer de mama de mal pronóstico, publicó *The Undying* (Boyer, 2019) (*Desmorir*). Esta obra, igual que los ensayos de *Cicatrices (in)visibles*, se configura como una crítica radical a la politización del sistema de salud, a su enfoque sin perspectiva de género, y al lenguaje de la remisión; también hace un llamado a la realización de más estudios sobre las causas ambientales del cáncer, a la búsqueda de tratamientos más personalizados y con menos efectos tóxicos y de soluciones para la precariedad económica que conlleva estar enfermo. En el ámbito español, las narrativas de la enfermedad *Te invito a un Mojito* (Lozano y Díaz, 2021) y *Tópico de Cáncer* (Koska, 2014), y la novela gráfica *Alicia en el mundo real* (Franc y Martín, 2020) incluyen una crítica al positivismo mal enfocado, al igual que el documental *Ni vencederos ni vencidas* (2021).

Su tema central es la necesidad de ver el cáncer de mama no solo desde el punto de vista biológico, sino de las vivencias, valores y necesidades de quienes han sido diagnosticados con esta enfermedad. Las personas afectadas con cáncer de mama solicitan un papel más activo en el manejo de su enfermedad. Piden que se les brinde información clara sobre los tratamientos, y que se valide su opinión en aquellos casos en que rechazan algún tipo de medicamento; que no se asuma que las mamas son parte integral de la femineidad de toda mujer y que, por lo tanto, todas quieren una reconstrucción; que haya espacio para las personas que no se identifican como mujer y sus valores y necesidades específicas; que se inviertan más recursos en el estudio de las causas del cáncer y no sólo en medicamentos para su tratamiento; que las campañas de concientización no recurran al miedo ni a la victimización. Esta obra busca "recoger las narrativas y experiencias contradictorias y complejas presentes en la trayectoria de las afectadas, que no caben en la cultura

de la 'superación individual' de enfermedad que impregna las actuales políticas públicas sobre el cáncer de mama" (p. 17).

El prólogo presenta a la Medicina Basada en la Narrativa 'en contraposición' a la Medicina Basada en la Evidencia; mejor que una "contraposición" es un enfoque que complementa, o que actúa como un puente (Kalitzkus y Matthiessen, 2009) en el cual se "prioriza la escucha activa en la consulta, el síntoma subjetivo y la biografía" (p. 16). La Medicina Basada en Narrativas viene siendo aplicada desde su descripción en 2006 por Charon (2006). Se pueden encontrar múltiples artículos que apoyan su valor al ser introducida en la práctica médica (Arntfield *et al.*, 2013; Kalitzkus y Matthiessen, 2009; Mohlin y Bernhardsson, 2021). Las narrativas de enfermedad son "nuevos formatos que no compiten con el discurso médico, sino que lo complementan, ya que responden a necesidades diferentes (...)" (p. 151).

Especial mención merece la iconografía de la portada: un torso femenino en el que vemos un pecho y una cicatriz; una cicatriz que no se esconde. Esta ilustración es una expresión gráfica de los puntos principales de este libro, resumidos en la siguiente cita:

La invisibilidad de nuestras cicatrices viene en parte determinada por la rápida prescripción de las prótesis mamarias. Me pregunto quién no puede soportar la pérdida del pecho: ¿las personas sobre las que cae la intervención?, ¿las personas que operan?, ¿las personas que observan desde afuera el resultado del procedimiento quirúrgico? (p. 165).

A lo largo de los ensayos se presentan varias denuncias, la más importante a un modelo biomédico en el cual "lo que no se puede probar de forma nítida no se considera como 'la verdad' y se desacredita" (p. 86), y en el cual se ve a la muerte como el enemigo: "en el marco de la hegemonía de la ciencia, la prolongación de la vida se convierte en la meta y la muerte en el fracaso" (p. 39). Ante la denuncia al modelo biomédico, puedo decir que fue este enfoque el que permitió clasificar las enfermedades, lo cual constituyó un importante avance en la medicina al identificar causas y tratamientos para ellas (Gavin Francis, conferencia Fundación Wellcome, enero 20, 2022). Sin embargo, es claro que este modelo debe ser revaluado para incluir conceptos como la recuperación, las vivencias de enfermedad y la posibilidad de una vida buena dentro de las limitaciones de ciertas patologías, pero no descalificarlo.

La segunda denuncia es la manera sesgada como se enfoca la enfermedad de la mujer. Carme Valls Llovet, autora de uno de los ensayos, es también la autora de *Mujeres invisibles para la medicina* (Valls-Llobet, 2020)

cuyo argumento principal es que tradicionalmente se ha ignorado el malestar de las mujeres. Asimismo, denuncia también el androcentrismo del modelo biomédico, ejemplificado en los comentarios desafortunados de algunos profesionales y las presunciones con las cuales enfocan el manejo como, por ejemplo, que toda mujer joven desea una reconstrucción mamaria, de que es heterosexual y que desea ser madre (p. 135). En el ensayo sobre oncofertilidad se sugiere que “en vez de asumir que preservar la fertilidad es la mejor opción, las pacientes deberían tener información clara para evaluar los riesgos del tratamiento, las alternativas a la maternidad (...)” (p. 123). De ahí la importancia de ensayos como los incluidos en este libro, “relatos de invisibilidad, marginalización de personas LGBT por parte de profesionales de la salud, relatos de fracasos corporales, vergüenza, dolor, humillación y duelo; pero también relatos que subviertan las normas que prevalecen en las instituciones culturales y biomédicas; relatos de agencia y reflexividad” (p. 80).

La tercera denuncia se centra en las investigaciones sobre el cáncer y en la llamada ‘actitud del lazo rosa.’ Valls-Llobet escribe: “El desequilibrio hormonal que provoca el cáncer de mama puede ser causado por factores genéticos (8/100) o ambientales y físicos (92/100). Aunque los riesgos proceden principalmente de la contaminación ambiental y de las condiciones de trabajo, tanto la investigación como las campañas de concientización invierten sus recursos en otros aspectos” (p. 85).

En cuanto al modelo del ‘lazo rosa’, no están de acuerdo con las campañas que invitan a ‘verse bien’, y ‘tener una actitud positiva’, ya que con ellas se promueven solo las historias de superación, se niega espacio a la expresión de desesperación, de dolor o el miedo a la muerte. Esta denuncia resuena con la investigación de Emilie Nielsen (2019a, 2019b).

El capítulo 10 está dedicado a Audre Lorde, Jo Spence, Eve Kosofsky Sedgwick y María Mercè Marçal, importantes figuras que vivieron de manera diferente el cáncer de mama. Lorde es la autora del libro *The Cancer Journals* (Lorde y Smith, 2020). Allí relata como en una consulta médica, la asistente la increpó por no llevar prótesis, aduciendo que ese hecho “bajaba la moral de las otras pacientes”. En su diario, Lorde nos invita a respetar las opciones de cada mujer, tanto de quienes optan por la reconstrucción como las que no. Jo Spence, fotógrafa británica, escandalizó al mundo con su “desnudo femenino no normativo, el de una mujer de unos 50 años que se abre el batín del hospital para dejar al descubierto, en una actitud transgresora y proactiva, un cuerpo totalmente alejado de los estándares de belleza y que además posa ante la cámara con un pecho parcialmente amputado” (p. 147). Eve Kosofsky Sedgwick, autora de *Dialogue on Love* (Sedgwick, 1999), escribe sobre el reajuste a la vida después de un primer periodo centrado en la supervivencia, y como buscó recomponer su yo en uno diferente al de antes de la enfermedad. El deseo sexual en las pacientes con cáncer de mama, un tema que aún hoy no es comúnmente abordado por los

médicos ni es tema de muchas investigaciones, fue el motor para estimular su interés y curiosidad vital. La poeta catalana María Mercè Marçal escribió un “poema con forma de cicatriz (...)”, en el cual la cicatriz le divide la axila y a la vez separa a la comunidad de las personas sanas de las enfermas” (p. 150). Este concepto de segregación es importante, ya que a menudo los profesionales de la salud solo somos conscientes de los actos sesgados o de los comentarios dolorosos cuando estamos usando nuestro ‘pasaporte de enfermos’ (Sontag, 2002).

La falta de protección laboral y económica de las pacientes con cáncer se cierne como la cuarta denuncia, ya que las secuelas del tratamiento —cansancio extremo, dolores articulares, osteopenia avanzada, dificultad para concentración, fallo de memoria o depresión— no son validadas y además retardan y hacen más complicada la reinserción laboral. “La supervivencia no consiste solo en alargar la vida, sino en garantizar una vida digna” (p. 158).

Los ensayos, recalcan una serie de solicitudes comunes: recibir una información transparente y clara, formar a los trabajadores de salud para mejorar técnicas de comunicación, de tal manera que se sientan seguros hablando de temas como mortalidad y sexualidad, y que se fomente un pensamiento crítico. Solicitan también transparencia en la aplicación de los protocolos de tratamiento, reevaluar mediante estudios independientes la eficacia del cribado con mamografías y el autoexamen de pechos ya que, según el correspondiente ensayo (capítulo 6), tienen un “impacto modesto”, llevan al sobrediagnóstico y la implementación de tratamientos innecesarios (profilácticos) y a un aumento del estrés en caso de masas sospechosas, pero finalmente benignas.

Los argumentos presentados deben tenerse en cuenta en lo sucesivo. Se precisan tratamientos de quimioterapia más personalizados, especialmente cuando se usan medicamentos con efectos secundarios severos tanto a corto como a largo plazo y secuelas que afectan el bienestar y la calidad de vida de las personas. Igualmente se precisa un cambio que aleje a los profesionales de la salud de una medicina defensiva con la cual es preferible dar tratamiento en situaciones límites. Este tipo de medicina tiene su justificación cuando se realiza a favor del paciente, pero preocupa que en el ambiente persista la duda de si hay un interés oculto fomentado por los incentivos de las farmacéuticas. Sin embargo, no hay que olvidar que algunas de estas conductas se dan debido a las continuas quejas sin fundamento y demandas jurídicas que constantemente amenazan a los trabajadores de la salud, y a la burocracia y las prácticas gerenciales de algunos administradores de la salud (The polyphony, 2020). Solo con protocolos de manejo transparentes y discusiones honestas con los pacientes se logrará recuperar la confianza en los trabajadores sanitarios. La relación profesional de la salud-paciente debe ser una relación de respeto e igualdad, pero en la cual cada uno tiene su papel. En este caso específico, los oncólogos han dedicado años de investigación y estudio para

desarrollar las pautas de manejo y esto no se puede cuestionar. Una de las maneras para lograr cambios es, como el prólogo de este libro lo sugiere, incluir la Medicina Basada en Narrativas en la formación de los estudiantes de ciencias de la salud. Esto se puede lograr invitando a pacientes para que hablen con los estudiantes acerca de su enfermedad, incluyendo la lectura, análisis y discusión de narrativas de enfermedad, y abriendo espacios para que los estudiantes puedan explorar sus sesgos y sentimientos con actividades como la historia paralela (*parallel chart*) descrita por la doctora Charon. Las narrativas de enfermedad también pueden ser dirigidas a discutir temas éticos, fomentar cambios en las exigencias sociales que se imponen a las personas que padecen una enfermedad o promover el activismo.

Efectivamente, se precisa una visión feminista del cáncer de mama. No olvidemos que ya el feminismo de los movimientos de los años 70 “buscaba desestigmatizar la enfermedad, promover la solidaridad entre grupos de mujeres, proporcionar apoyo emocional y práctico a las pacientes, exponer las prácticas médicas al escrutinio público, aumentar la financiación federal, incrementar la participación de las usuarias en la investigación del cáncer de mama y elevar la condición social de las supervivientes” (p. 47).

#### Referencias bibliográficas

- Arntfield, S. L., Slesar, K., Dickson, J., y Charon, R. (2013). Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. *Patient education and counseling*, 91(3), 280-286.
- Boyer, A. (2019). *The undying: A meditation on modern illness*. Allen Lane.
- Charon, R. (2006). *The principles and practice of narrative medicine*. Oxford University Press.
- Franc, I., y Martín, S. (2020). *Alicia en un mundo real: La vida después del cáncer ya nunca es igual ... pero viene a ser lo mismo*. Egales Editorial.
- Kalitzkus, V., y Matthiessen, P. F. (2009). Narrative-Based Medicine: Potential, Pitfalls, and Practice. *The Permanente Journal*, 13(1), 80-86.
- Koska, S. (2014). *Tópico de cáncer: Manual de supervivencia*.
- Lorde, A., y Smith, T. K. (2020). *The cancer journals*. Penguin Books.
- Lozano, M. y Díaz, P. (2021). *Te invito a un mojito. Todo lo que necesitas saber del cáncer de mama y te da corte preguntar*. Catedral Editorial.
- Mohlin, Å., y Bernhardsson, K. (2021). Narratives of Survivorship: A Study of Breast Cancer Pathographies and Their Place in Cancer Rehabilitation. *Current Oncology*, 28(4), 2840-2851.
- Nielsen, E. (2019a). *Disrupting breast cancer narratives: Stories of rage and repair*. University of Toronto Press.
- (2019b). The problem of standardized breast cancer narratives. *CMAJ*, 191(47), E1311-E1312.
- Porroche-Escudero, A., Coll-Planas, G. y Riba Sanmartí, C. (2017). *Cicatrices (in)visibles: Perspectivas feministas sobre el cáncer de mama*. Bellaterra.
- Sedgwick, E. K. (1999). *A dialogue on love*. Beacon Press.
- Sontag, S. (2002). *Illness as metaphor* (repr). Penguin.
- The Polyphony*. (2020). Anne Boyer's "The Undying" (1/2). (2020, febrero 17). <https://bit.ly/3Nm9fHT>
- Valls-Llobet, C. (2020). *Mujeres invisibles para la medicina: Desvelando nuestra salud*. Capitán Swing.

Natalia Mesa Freydell

 <https://orcid.org/0000-0002-7916-9823>  
Universidad Rey Juan Carlos, España  
nmesaf@gmail.com

Recibida: 14-02-2022  
Aceptada: 17-03-2022



Rodríguez-Cruz, Marta (ed.) (2021): *Los Pueblos Indígenas del Abya Yala en el Siglo XXI. Un análisis multidimensional*. Ediciones Abya Yala, 292 pp. ISBN: 9789942097637

Los estudios sobre los pueblos indígenas del *Abya Yala* (América del Sur), sus dinámicas, su evolución organizacional, sus discursos, sus históricas luchas —en pie hasta el día de hoy— han sido ampliamente debatidos en la academia ecuatoriana, tanto por pensadores mestizos y mestizas, como por intelectuales de las diversas nacionalidades y pueblos originarios. Sin embargo, el racismo estructural es una constante que todavía tienen como principal obstáculo para su emancipación definitiva en todos los ámbitos de la vida social. Y es sobre esa base de ese racismo estructural que discrimina por etnia, clase y género, que los propios pueblos originarios se han plantado para hacer frente a la exclusión que han sufrido desde la invasión española. Esa lucha ha sido por la libre autodeterminación, la autonomía, el territorio, por la plurinacionalidad, por el *Sumak Kawsay*, por ser incluidos en la sociedad sin discriminación, reconociendo el pluralismo cultural que comprende una sociedad como la ecuatoriana; reconociendo sus formas de organización, sus propias métricas y dinámicas en aras de conformar un verdadero Estado Plurinacional. Es sobre ese conocimiento de la lucha de los pueblos originarios que se erige la obra "Los Pueblos Indígenas del Abya Yala en el Siglo XXI", editado por Marta Rodríguez-Cruz.

Desde sus primeras páginas, se aprecian los diversos abordajes sobre los pueblos indígenas que inauguran debates nuevos, a la vez que se retoman discusiones abandonadas e inacabadas que nos permiten profundizar la mirada sobre la realidad a la que las nacionalidades indígenas se enfrentan diariamente.

El compendio está compuesto por once capítulos distribuidos entre investigaciones concretas sobre la educación de los pueblos indígenas en el contexto de la pandemia de la COVID-19, artículos teóricos sobre su evolución organizativa, estudios respecto a políticas públicas con un supuesto enfoque hacia las nacionalidades, entre otros. Son 16 autores/as las que colaboran y son parte de la construcción de esta obra que, en sus diferentes abordajes, se complementan mutuamente; cada artículo o investigación nutre al siguiente.

Quienes contribuyen son: Marta Rodríguez-Cruz (editora), Nidia Arrobo-Rodas, Katy Machoa, Tuija Veintie, Johanna Hohenthal, Silvia Ordóñez, Diana Chávez Vargas, Inti Cartuche, Liliam Fiallo, Ana Martínez-Pérez, Mónica Navarro-Vásquez, Alliwa Yolanda-Pazmiño Perugachi, Jorge Daniel Vásquez, Jairo Gabriel Sánchez-Carrasco, Víctor Bretón Solo de Zaldivar y Philipp Altmann. Algo que destacar de entrada es que la mayoría de aportes son hechos por

compañeras, ya que, incluso en el campo académico, las mujeres han sido históricamente marginadas por su condición de género. Asimismo, es grato encontrar aportes hechos por autores y autoras de pueblos originarios, quizá el elemento más importante en la construcción de la obra.

Así, nos encontramos con el primer capítulo escrito por Marta Rodríguez-Cruz, donde analiza "las consecuencias de la pandemia en el ámbito socio-educativo de los pueblos y nacionalidades indígenas de uno de los países latinoamericanos más afectados por la COVID-19: Ecuador" (Rodríguez-Cruz, 2021, p. 23). El estudio se sostiene sobre un análisis crítico del programa "Aprendamos juntos en casa", implementado por el Ministerio de Educación de Ecuador para todas las unidades educativas del país por motivo de la emergencia sanitaria. De igual forma, debate y demuestra cómo ese programa significó una agudización de la exclusión a la que los pueblos originarios estaban ya sometidos previo a la pandemia. Esto, a pesar de implementarse también la Educación Intercultural Bilingüe (EIB), puesto que la desigualdad digital se agrava más en las comunidades indígenas, la mayoría asentadas en zonas rurales con poca conectividad, situaciones socioeconómicas que impiden poseer los dispositivos tecnológicos para cumplir con el programa del ministerio, cuyo plan era el uso de "la televisión, la radio y otros medios informáticos..." (p. 27, 2021). Este capítulo expone un estudio minucioso que contempla los debates de la conectividad, tanto de estudiantes y docentes, el currículum de estudios, la participación de padres y madres en el proceso educativo, la salud física y mental, la violencia de género dentro de los hogares, y un largo etcétera. Todos, elementos que la autora expone como perpetuaciones de una exclusión sistemática que sufren los pueblos originarios.

El segundo capítulo comparte un estudio sobre *La educación desde los territorios amazónicos en tiempos de pandemia*, cuya autora principal es una indígena de la Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana (CONFENIAE). El estudio "muestra las incompatibilidades entre las disposiciones estatales desde arriba (...) la marginalización en cuanto a conectividad y tecnología en territorios Shuar y Kichwa" (Machoa *et al.*, 2021, p. 53). Allí sobre un universo de 14 Unidades Educativas Interculturales Bilingües (UEIB), se presentan datos de nueve de ellas, asentadas tanto en zonas rurales y urbanas de la amazónica ciudad de Puyo, en la provincia de Pastaza. Los datos que arroja la investigación evidencian la exclusión tanto digital como estructural, concluyendo

que la educación virtual para las comunidades indígenas resulta inviable (p. 60), así como la falta de recursos para las UEIB se traducen a la ausencia de material educativo que los y las docentes puedan compartir con los y las estudiantes.

En el tercer capítulo, Philipp Altmann, Marta Rodríguez-Cruz y Silvia Ordóñez, proponen "un acercamiento teórico diferente, basado en los conceptos de inclusión y exclusión de la teoría de sistemas sociológica" (Altmann *et al.*, 2021, p. 65), para analizar la situación de segregación. Explican que la idea principal es que "mientras que los pueblos indígenas son sistemáticamente excluidos, se pueden incluir a sí mismos en los ámbitos más relevantes de la sociedad (como política, economía, educación, derecho) a través de organizaciones autogestionadas" (pp. 65-6). Así, se pone especial énfasis en la historia de la organización del Movimiento Indígena que permitió su auto-inclusión en la política de Ecuador, así como en el sistema de EIB. De igual forma, cuenta con un aporte que permite entender el proceso organizativo de los pueblos indígenas de Perú.

Junto a la significativa discusión en la que se sumergen y que pone de manifiesto una exclusión sistémica, en ciertas partes del capítulo, sobre todo al adentrarse al análisis de la EIB, se evidencia que se interpone más la oposición política antes que la 'objetividad' científico-académica, lo cual puede nublar en cierto nivel la rigurosidad académica al abordar la EIB. Si bien la investigación hace un balance y una fuerte oposición política al gobierno de la Revolución Ciudadana y su política respecto a la EIB, es importante ampliar el contexto histórico sobre la EIB. El sistema de EIB, como bien menciona la introducción del artículo, existe previo a la política pública de Rafael Correa, así como también existían sus falencias y contradicciones. Es decir, hacer una valoración de la EIB solo desde la perspectiva y crítica a la política pública como tal, deja de lado contextos histórico-políticos que permitan la comprensión total del proceso que desembocó en la implementación de la Subsecretaría de Educación Intercultural Bilingüe.

El capítulo cuatro del libro presenta un debate novedoso y poco abordado dentro de la academia ecuatoriana. Bajo el título *Modernidad y etnicidad en la América Latina contemporánea*, Víctor Bretón debate, en cuatro apartados, el ciclo histórico partiendo desde el 'desarrollo' como utopía de la modernidad; los ciclos nacional-desarrollistas; aspectos del neoliberalismo y las políticas multiculturales como un espejismo de inserción de los pueblos indígenas al tren del desarrollo. Por último, expone experiencias recientes de Ecuador y Bolivia como ejemplos de ser los movimientos indígenas más potentes de la región. Lo llamativo de la posición de Bretón es su enfoque crítico y riguroso sobre los programas de cooperación internacional (ONG) y su rol e influencia colonizador dentro de las comunidades indígenas, postura difícil de encontrar en la academia ecuatoriana.

El quinto capítulo expone una investigación sobre el debate de la planificación territorial en la Amazonía,

específicamente sobre la *Planificación de la Ciudad Intercultural: una experiencia territorial amazónica*. El estudio se centra sobre un asentamiento relativamente nuevo en el casco urbano de la ciudad de Puyo en la provincia de Pastaza en la antigua Hacienda Zulay. El asentamiento, como expone la investigación, se da sobre la lógica indígena de reclamar su territorio ancestral y, allí, la creación de la Ciudad Intercultural, respetando la autonomía y planes de vida los pueblos indígenas.

El sexto capítulo nos presenta una minuciosa y nutrida revisión del discurso del Movimiento Indígena ecuatoriano de la mano de Philipp Altmann. Este aporte es de vital importancia debido a que engloba los conceptos políticos principales del Movimiento Indígena: nacionalidad indígena, territorialidad, plurinacionalidad, interculturalidad y *Alli o Sumak Kawsay*" (Altmann, 2021, p. 151), cómo evolucionaron y se tradujeron en "demandas concretas y en propuestas globales y apelar a más actores dentro y fuera de la población indígena" (p. 164).

Inti Cartuche analiza en el séptimo capítulo cómo la idea y el concepto de la plurinacionalidad, uno de los pilares fundamentales del Movimiento Indígena, sirve para la transformación democrática de Ecuador. Analiza, desde su perspectiva, la capacidad descolonizadora del Estado, así como sus limitaciones en dicha transformación democrática, limitaciones que se presentan también a la hora de un cambio real en la realidad de los pueblos indígenas.

En el siguiente capítulo, Liliam Fiallo presenta un necesario debate que nos lleva al campo jurídico, específicamente, al pluralismo jurídico. Siempre bajo la crítica de cuán profunda es la aplicación del Estado Plurinacional como transformación democrática, la autora analiza cómo el pluralismo jurídico, plasmado en la Constitución de 2008, se ve limitado por la idea jurídica tradicional, hegemónica, que se resiste a respetar la jurisdicción indígena, esto es, la lógica indígena de aplicar su forma de justicia.

El capítulo nueve hace un análisis sobre *Salud y educación con enfoque intercultural para pueblos y nacionalidades del Ecuador*. Basados en una investigación etnográfica, los resultados de Ana Martínez y Jairo Sánchez demuestran cómo la ausencia de un enfoque intercultural en la formación de los y las profesionales de la salud y de la educación en general, desembocan en la dificultad de la aplicación de políticas públicas que representen e incluyan a los pueblos indígenas, así como en la vulneración de sus derechos.

En el penúltimo capítulo, Mónica Navarro y Jorge Daniel Vásquez, abordan el concepto de juventud indígena en el marco de la migración. La investigación se base sobre los estudios de caso de Ecuador y Bolivia, donde concluyen que el concepto de 'juventud indígena', como categoría emergente, se ata a las transformaciones de identidad étnica que provocan las migraciones. Dichos procesos, finalizan, "cuestionan los enfoques biológicos y del esencialismo étnico, que tiende a homogeneizar la juventud indígena" (Navarro-Vásquez *et al.*, 2021, p. 274).

Finalmente, el capítulo once cierra el libro con el tema *Políticas culturales: la producción musical y el discurso de la revitalización lingüística*. Este colofón analiza las políticas culturales que de forma autónoma producen los pueblos kichwa de Otavalo y cómo las políticas del Estado entran en conflicto con las políticas culturales de los pueblos de Otavalo.

El aporte que ofrece este libro sobrepasa lo meramente científico y académico, pues el sentido social y político del mismo se sumerge en la necesidad de la emancipación política de los pueblos originarios. Además, la obra incorpora a la región amazónica de Ecuador, la región que, históricamente, más ha sufrido las exclusiones que se exponen en los diversos artículos e investigaciones que lo componen. El aporte, además, de hombres y mujeres indígenas hacen de este análisis fundamental para el estudio y comprensión de la visión de la realidad que tienen los pueblos originarios indígenas. Finalmente, la obra, como toda obra, posee ciertas limitaciones, una de las cuales es la falta de discusión sobre el concepto medular que engloba todas las luchas históricas de las nacionalidades indígenas: la construcción de la sociedad del *Sumak Kawsay* como un

nuevo paradigma de vida, contrario a la idea del 'buen salvaje' de la democracia (neo) liberal capitalista

#### Referencias bibliográficas

Rodríguez-Cruz, M. (Ed.) (2021). *Los Pueblos Indígenas del Abya Yala en el Siglo XXI. Un análisis multidimensional*. Abya Yala.

Akángau Viteri Tassi

 <https://orcid.org/0000-0002-6362-5046>  
Universidad Central del Ecuador, Ecuador  
aviterit@uce.edu.ec

Recibida: 08-02-2022  
Aceptada: 01-03-2022



## **methaodos**.revista de ciencias sociales

ISSN: 2340-8413 | DOI: 10.17502

**Instituto de Ciencias Sociales Computacionales** | [methaodos.org](http://methaodos.org)

Área de Sociología  
Universidad Rey Juan Carlos  
Campus Fuenlabrada  
Edificio Departamental I - Despacho 040  
Camino del Molino, 5  
28942 Fuenlabrada. Madrid, España

Teléfono: 914888404  
Correo electrónico: [coordinador@methaodos.org](mailto:coordinador@methaodos.org)  
Web: <http://www.methaodos.org/revista-methaodos/index.php/methaodos>