



CUANDO LA CLASE SE HACE CARNE: ITINERARIOS DE RECONSTRUCCIÓN DE MUJERES ATACADAS CON AGENTES QUÍMICOS EN COLOMBIA

Laura Franco Cian

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CUANDO LA CLASE SE HACE CARNE: ITINERARIOS DE RECONSTRUCCIÓN DE MUJERES ATACADAS CON AGENTES QUÍMICOS EN COLOMBIA

Laura Franco Cian



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI



TESIS DOCTORAL

Laura Franco Cian

**Quando la clase se hace carne:
itinerarios de reconstrucción de mujeres atacadas con
agentes químicos en Colombia**



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Universitat Rovira i Virgili
Tarragona
2022

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

CUANDO LA CLASE SE HACE CARNE: ITINERARIOS DE RECONSTRUCCIÓN DE MUJERES ATACADAS CON AGENTES QUÍMICOS EN COLOMBIA

Laura Franco Cian



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI



Doctorado Interuniversitario en Estudios de Género: Culturas,
Sociedades y Políticas

Laura Franco Cian

**Cuando la clase se hace carne:
itinerarios de reconstrucción de mujeres atacadas con
agentes químicos en Colombia**

TESIS DOCTORAL

Dirigida por:

Dra. Dolors Comas d'Argemir

Dr. Ángel Martínez Hernáez

Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social

Universitat Rovira i Virgili



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

2022



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Universitat
de Girona



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

UVIC
UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

FEM CONSTAR que el present treball, titulat “**Cuando la clase se hace carne: itinerarios de reconstrucción de mujeres atacadas con agentes químicos en Colombia**”, que presenta Laura Franco Cian, per a l’obtenció del títol de doctor, ha estat realitzat sota la nostra direcció al Departament d’Antropologia, Filosofia i Treball social d’aquesta universitat.

HACEMOS CONSTAR que el presente trabajo, titulado “**Cuando la clase se hace carne: itinerarios de reconstrucción de mujeres atacadas con agentes químicos en Colombia**”, que presenta Laura Franco Cian para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo nuestra dirección en el Departamento de Antropología, Filosofía y Trabajo Social de esta universidad.

WE STATE that the present study, entitled “**Cuando la clase se hace carne: itinerarios de reconstrucción de mujeres atacadas con agentes químicos en Colombia**”, presented by Laura Franco Cian for the award of the degree of Doctor, has been carried out under our supervision at the Department of Anthropology, Philosophy and Social Work of this university.

Tarragona, 10 de marzo de 2022/Tarragona, 10 de marzo de 2022/ Tarragona, March10th 2022

El/s director/s de la tesi doctoral
El/los director/es de la tesis doctoral
Doctoral Thesis Supervisor/s

**Maria Dolors
Comas
D'Argemir
Cendra - DNI
37645918R
(AUT)**

Firmado digitalmente por Maria Dolors Comas D'Argemir Cendra - DNI 37645918R (AUT)
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES, o=Universitat Rovira i Virgili, 2.5.4.97=VATES-Q9350003A, ou=Treballador públic de nivell alt d'autenticació, sn=Comas D'Argemir Cendra - DNI 37645918R, givenName=Maria Dolors, serialNumber=IDCES-37645918R, cn=Maria Dolors Comas D'Argemir Cendra - DNI 37645918R (AUT)
Fecha: 2022.03.10 11:16:16 +01'00'

**Angel
Martinez
Hernaez - DNI
40978896A
(SIG)**

Firmado digitalmente por Angel Martinez Hernaez - DNI 40978896A (SIG)
Nombre de reconocimiento (DN): c=ES, o=Universitat Rovira i Virgili, 2.5.4.97=VATES-Q9350003A, ou=Treballador públic de nivell alt de signatura, sn=Martinez Hernaez - DNI 40978896A, givenName=Angel, serialNumber=IDCES-40978896A, cn=Angel Martinez Hernaez - DNI 40978896A (SIG)
Fecha: 2022.03.10 12:43:46 +01'00'

Doctora Dolors Comas d’Argemir i Cendra

Doctor Ángel Martínez Hernández

Agradecimientos

A quienes en esta tesis llamé Rosa, Linda y Karen, por haber compartido tantos espacios, emociones y experiencias conmigo.

A Pilar, Angélica y Silvia por estar siempre abiertas a mostrarme nuevos puntos de vista y a compartir sus conocimientos.

A Dolors y a Ángel por acompañarme pacientemente todo este tiempo y por animarme a observar y hablar de y desde la experiencia.

Agradezco también a la Facultad de Psicología de la Universidad el Bosque por el apoyo a esta investigación doctoral y a la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad del Rosario por hacer posible mi estancia doctoral.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	11
2. GENEALOGÍA DE LA APARICIÓN DE LOS CUERPOS QUEMADOS CON AGENTES QUÍMICOS EN COLOMBIA.....	21
Contextualización de los ataques con agentes químicos y su categorización	22
3. MARCO TEÓRICO	34
El cuerpo en los estudios feministas	34
Cuerpo, clase social y marcos de reconocimiento.....	43
Itinerarios terapéuticos	54
Cuerpo, cirugía plástica y feminismos	58
4. METODOLOGÍA.....	65
Posicionamiento epistemológico: epistemologías feministas y conocimientos situados	65
Objetivos	71
Aspectos éticos.....	74
La etnografía multisituada y la etnografía feminista	83
Técnicas de recolección de información y participantes	87
Plan de análisis de datos y exposición de los resultados	96
Limitaciones	101
5. PREÁMBULO E INICIO DEL ITINERARIO: POLÍTICAS, LEYES Y DISCURSOS DEL ESTADO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE CUERPOS ATACADOS CON AGENTES QUÍMICOS EN COLOMBIA Y BARRERAS DE ACCESO.....	104
Sobre el derecho a la salud en Colombia	106
Desarrollo del marco legislativo para la atención integral de las víctimas de ataques con agentes químicos. 115	
Barreras de acceso y lenguaje “experto”	120

6. LA CLASE Y LA CARNE	140
<i>Natalia</i>	148
Consuelo y Rosa.....	152
El reconocimiento y la asignación diferencial del valor de las vidas.....	157
7. DISCURSOS BIOMÉDICOS SOBRE LA RECONSTRUCCIÓN DEL CUERPO	165
El hospital.....	165
Definiciones y límites entre la estética y funcionalidad en el itinerario de reconstrucción	171
La precarización de la labor médica y la sensibilidad del especialista en las formas del cuerpo.....	176
La sensibilidad del especialista	180
Sobre sensibilidades y reconocimiento	189
8. LA REINVENCIÓN DE UN CUERPO: ESTRATEGIAS NO HEGEMÓNICAS EN EL PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN.....	194
El médico curandero y la esperanza de eliminar la cicatriz	198
La reivindicación de la seducción	202
La exposición colectiva de los cuerpos	205
El tatuaje como mecanismo reparador de la “cicatriz que nadie ve”	209
9. DISCUSIÓN: TRES ESCENARIOS PARA COMPRENDER LOS ITINERARIOS DE RECONSTRUCCIÓN: LEY, BIOMEDICINA Y CREATIVIDADES AL MARGEN....	218
REFERENCIAS	234

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. <i>Tabla de feminicidios.net sobre incidencia de casos en Colombia</i>P. 28	
Figura 2. <i>Foto de barrio en el sur occidente de Bogotá</i> P. 140	
Figura 3. <i>Mapa de Bogotá con división por localidades</i> P. 142	
Figura 4. <i>Mapa de Bogotá por estratos</i>P. 143	
Figura 5. <i>Fotografía de la Portada de la revista Bocas, Edición 46</i>P. 149	
Figura 6. <i>Consuelo</i> P. 153	
Figura 7. <i>Cicatrices</i> P. 171	
Figura 8. <i>Tránsitos y posibilidades en el itinerario de reconstrucción</i> P. 179	
Figura 9. <i>Fotografías de sobrevivientes</i> P. 194	
Figura 10. <i>Modelos por un día</i> P. 205	
Figura 11. <i>Tatuaje sobre cicatriz “que nadie ve”</i>P. 214	
Figura 12. <i>Tatuajes en “tatuatón”</i> P. 215	

LISTA DE SIGLAS

APH – Atención Pre Hospitalaria

API – Acciones, procedimientos e intervenciones

DANE - Departamento Administrativo Nacional de Estadística

EAPB – Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

EPS – Empresas Prestadoras de Servicios de Salud

ESE - Empresas Sociales del Estado

FOSYGA - Fondo de Solidaridad y Garantía

INMLCF – Instituto Nacional de medicina Legal y Ciencias Forenses

INS – Instituto Nacional de Salud

IPS - Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

MSPS – Ministerio de Salud y Protección Social

ONS – Observatorio Nacional de Salud

PDSP - Plan Decenal de Salud Pública

POS - Plan Obligatorio de Salud

SGSSS - Sistema General de Seguridad Social en Salud

SIEDCO - Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo- de la Policía Nacional

SISBEN - Sistema de Selección de Beneficiarios para programas sociales

SIVIGE - Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género

SIVIGILA - Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

1. Introducción

Tú entras. Es desde ahí desde donde empiezas, primero a reconocer a partir de la piel todo lo exterior, todo lo que te pueda hacer sentir protegida o de pronto no protegida, porque no es lo mismo que te toque una mamá, a alguien que quiera... pues hacerte daño, que creo que a mí me pasó muchas veces... y desde ahí empiezas a percibir muchas cosas. Cuando a mí me quemaron claro, la afectación más grande fue en la piel y en el espejo. Sí, en ese espejo que me estaba mostrando lo que había pasado y las consecuencias que esto iba a traer, y sentía imposible que eso se pudiera reconstruir, o sea yo miraba y decía ¡es literalmente imposible! Porque si con una cortada normal te va a quedar una cicatriz, pues chiquita, pero te va a quedar, pues como va a ser, cuando un químico se come tu piel... toda... y se la come profundamente, no es que te quemé superficial, si no que eso carcome y carcome hasta que te termina con las 3 capas de piel. Y bueno: primero, verte y percibirte de una manera que tú no conoces y que no aceptas además; luego, empieza el proceso de cortar, de saber que te va a entrar un bisturí a lo más profundo y que va a abarcar muchos centímetros de tu piel ese corte y que luego van a quitarte y a rasparte lo que era tu mentón, tu cara, tu cuello, tu pecho, tu boca, porque eso ya no está, porque eso hay que recubrirlo con otra piel que también es de tu cuerpo, partes sanas que quedaron y que esas partes sanas también tienen que cortarlas, arrancarlas prácticamente para ponértelas donde... pues donde necesites que te las pongan, para recuperar un poquito lo que se te dañó. Entonces reconstruir esa piel para mí no ha sido un escenario sencillo, porque no se recupera en un corte, ni en una cirugía, ni en mil puntos que generalmente quedan tras una cirugía, sino que se recupera tras muchos años, tras muchas entradas al quirófano, tras muchos cortes, tras mucho dolor y tal vez, también tras muchas frustraciones, porque muchas veces te quitan partes de tu cuerpo sanas y te dejan nuevas cicatrices, terriblemente feas... y resulta que no sirvió, entonces no te sirvió donde te lo pusieron (entrevista a Linda, sobreviviente de ataque, 2019).

Las palabras de Linda aquí citadas dan cuenta del largo y muy complejo itinerario de reconstrucción del cuerpo tras un ataque con agentes químicos en Bogotá, Colombia. Las páginas que componen esta tesis buscan comprender ese proceso de reconstrucción del que ella aquí da cuenta, que inicia después de la metamorfosis no deseada, después de que el ácido ha corroído y transfigurado el cuerpo y que continúa y se prolonga, en algunos casos, por todos los años a venir. ¿Qué compone el itinerario de reconstrucción de cuerpos que han sido atacados con agentes químicos en Colombia? ¿Cuáles son los discursos que sustentan las prácticas para moldear los cuerpos de las mujeres que han vivido esta violencia? ¿Qué nos dice la carne, en las formas y texturas que obtiene luego de ser intervenida, acerca de la manera en la que en el país se construyen marcos de sentido que sustentan una distribución diferencial del acceso a los derechos? ¿Qué recursos y prácticas se crean por fuera de los discursos oficiales para incidir sobre las formas y texturas del propio cuerpo?

Una vez la acción del químico se ha neutralizado, el cuerpo es sometido a unas primeras intervenciones en la sala de urgencias que marcan el inicio de un proyecto en el que las tecnologías biomédicas se entretajan con creativas prótesis para moldearlo en un proceso sin punto final. Así, las cicatrices, las deformaciones y las prótesis, no son solo reflejo de una forma de extrema violencia para generar sufrimiento, daño y control de los cuerpos de estas mujeres: son también signo de un recorrido en curso, cartografía en el cuerpo de un itinerario de reconstrucción.

Transitar con disposición hermenéutica las rutas no prefiguradas que conforman los itinerarios de la reconstrucción del cuerpo es entonces lo que pretende este trabajo, en el que son explorados los discursos de la ley y de la biomedicina, por un lado, y las voces y acciones de algunas sobrevivientes de la ciudad de Bogotá, por el otro. En estos trayectos el cuerpo mismo, en las formas paulatinas que va alcanzando en su proceso de materialización, entre bisturís y prótesis autoformuladas, es leído como una plataforma para explorar una amplia gama de fenómenos sociales y culturales.

En su unión, los diferentes capítulos que componen esta tesis pretenden conformar una cartografía, entendida como “a theoretically based and politically informed reading of the present. A cartographic approach fulfills the function of providing both analytic and exegetical tools for critical thought and also creative theoretical alternatives” (Braidotti, 2012). En esta cartografía se piensan y exploran los itinerarios terapéuticos (Kleinman, 1980;

Augè, 1986), burocráticos (Hertzfeld, 1992) y corporales (Esteban, 2004) que recorren los cuerpos en estos procesos en los que las carnes humanas se entremezclan con siliconas, pieles de cadáveres y bisutería que, en la reiteración y fijación de sus usos, se vuelven extensiones protésicas. Durante los trayectos, los cuerpos deseantes de formas y colores, texturas y tamaños, se conforman y se enredan con discursos que prescriben los lugares de tránsito y con prácticas que lo moldean para ser, entre las cicatrices, cuerpos reconstruidos.

El cuerpo es también el anclaje a una práctica investigativa que a nivel epistemológico y metodológico prioriza la perspectiva de los conocimientos situados. La justificación de esta investigación no se apoya sobre datos “objetivos y cuantificables” o sobre una metodología ascéptica con control de variables intervinientes. Por el contrario, nace, en concordancia con los planteamientos de la investigación feminista, de un posicionamiento dentro de la crítica social (Iñiguez Rueda, 2003) que se nutre de las emociones e incomprendiones frente a situaciones de injusticia ante a grupos vulnerados. Como investigadora, mi propio cuerpo y las marcas que en el campo me posicionan, se vuelven objeto de análisis y lugar a partir del cual se narran las diversas experiencias. Se asume que el interés por este objeto de estudio está necesariamente mediado por el *background*, las emociones, la posición social y los lentes conceptuales con los que me aproximó a estos itinerarios y tejo y narro el conocimiento (Haraway, 1988; Harding, 1992).

Como punto de partida del interés por plantear esta investigación se encuentran las observaciones en campo de cuerpos que han recorrido por años los caminos del devenir cuerpo reconstruido: camino sin punto final, lleno de bifurcaciones y combinaciones que permiten cambiar de rumbo en la marcha, generando formas y texturas muy diversas en la carne. Las observaciones de las que se nutre el planteamiento inicial del problema comienzan en el año 2015, cuando trabajé en un proyecto de investigación cuyo objetivo fue la elaboración de una guía para la atención en salud mental para víctimas de los entonces coloquialmente denominados “ataques con ácido”. Del tema no conocía mucho. Sabía que este había sido ampliamente abordado por los medios de comunicación masiva en el país el año anterior, luego de que atacaran a Natalia Ponce de León en marzo de 2014. Su nombre y su caso era del único del que había oído hablar con nombre propio, aunque sabía que no era el único.

Trabajar en la elaboración del documento implicó sumergirme en escenarios en los que participaron diversas víctimas y profesionales de entidades gubernamentales y no gubernamentales, durante un periodo que se extendió de junio de 2015 hasta octubre de 2017. En estos años, conocí a más de veinte mujeres sobrevivientes de estos ataques pertenecientes en ese entonces a la Fundación Reconstruyendo Rostros, a algunos de sus familiares y a profesionales en derecho, psicología y trabajo social de la Secretaría Distrital de la Mujer y de algunas universidades privadas de la capital del país.

Por otra parte, durante el segundo semestre de 2016, participé en el proceso de construcción de instrumentos para responder a los requerimientos establecidos en el artículo 7 de la Ley 1773 de 2016, sobre la formulación de “una política pública de atención integral a las víctimas de ácido, garantizando el acceso a la atención médica y psicológica integral”; en este proceso conocí a diversos actores burocráticos, así como a cirujanos y cirujanas plásticas reconstructivas que han marcado la pauta en el país para la intervención biomédica sobre este tipo de quemaduras. Ambas experiencias me pusieron frente a la pluralidad de recursos, discursos y prácticas inscritas en los recorridos de reconstrucción del cuerpo y dieron cuenta de las posibilidades múltiples de materialización de la carne.

En el primer proyecto, la aproximación a los cuerpos quemados, a las historias de vida y las narrativas de sufrimiento del grupo de sobrevivientes, pusieron en evidencia los complejos y distópicos vericuetos burocráticos a los que se debe enfrentar quien vive tal experiencia para poder reconstruir; pero también, como a partir de creativas estrategias y recursivas tácticas, se ha hecho posible variar y ampliar inventivamente las posibilidades de materialización de un cuerpo nuevo a través de diferentes prótesis y tecnologías para texturizar o colorear las pieles heridas, pues como dice Vaggione (2009) “la cicatriz en el cuerpo aparece como marca de lo que ya no está y a la vez como génesis de un nuevo proceso; un lugar desde donde imaginar un devenir” (p.124).

En el segundo proyecto, los discursos y prácticas de tecnócratas, burócratas y profesionales de la salud, que exponen la estrecha relación entre las esferas biomédicas y tecnocráticas, fueron el marco para el surgimiento de nuevas preguntas que indagan por la gestión biopolítica de los cuerpos. Las políticas públicas y los discursos biomédicos no son entendidos solo como lugares por los que el cuerpo debe pasar para reconstruirse sino como sistemas que se *incorporan* a través de la prescripción y puesta en práctica de un marco de

posibilidades que se materializan a través de acciones, procedimientos e intervenciones (API) a las que el cuerpo, según los mandatos inscritos en estos discursos, ha de acceder. ¿Cómo surgen estas posibilidades? ¿Cuáles son los aparatos de validación que las sustentan? ¿Cómo son puestos en práctica?

Sobre las observaciones y cuestionamientos que surgieron durante estas dos experiencias, se conformaron inicialmente los objetivos de esta investigación, aunque estos se vieron moldeados a lo largo del recorrido de formación doctoral a partir de la interlocución con quienes dirigieron esta tesis, de lo recibido de observadores externos en diferentes espacios de socialización del conocimiento y de la relación con actores diversos durante el trabajo de campo realizado.

Como resultado se encuentra este texto, que está dividido en dos grandes apartados: (1) el planteamiento de la investigación y (2) los resultados.

(1) El planteamiento de la investigación se inicia con un estado de la cuestión sobre el tema, realizada a través de una pesquisa en documentos públicos, artículos científicos y medios masivos de comunicación, en el que se exponen qué son los ataques con agentes químicos y de qué manera *aparecen* los cuerpos quemados en Colombia.; Luego de una sucinta explicación sobre qué son las quemaduras con agentes químicos y cuál es el daño que producen, se presenta un panorama del fenómeno de las agresiones con ácidos a nivel mundial, que permite evidenciar que si bien los ataques tienen un comportamiento diferente en contextos del norte o del sur global, en los países en los que se presenta una mayor incidencia (India, Pakistán, Bangladesh, Camboya y Colombia, entre otros) estos se constituyen en violencias de género, ya que se caracterizan por ser intentos de castigar y controlar el cuerpos de las mujeres (usualmente los agresores son parejas o exparejas) en el marco de contextos profundamente machistas.

Posteriormente, en *Incidencia relativa, prevalencia incierta: sobre la aparición del cuerpo a reconstruir*, se reconstruye cómo en Colombia *aparece* el fenómeno. En particular, se revisa cómo se describen los ataques en los primeros informes gubernamentales y artículos científicos o de comunicación masiva, las dificultades presentes en los mecanismos de control y monitoreo epidemiológico de dar cuenta sobre la incidencia del fenómeno y la atención creciente hacia este tema a partir del año 2012, que permitió que el cuerpo de las víctimas existiese en el imaginario social, fuese visibilizado y asumido como digno de

atención e inversión, e impulsara propuestas de Ley que comienzan a dar frutos a partir del año 2013 y que buscan prevenir, sancionar y brindar “atención integral” a las víctimas. A partir de esta revisión se evidencia que el encuadre dado al fenómeno desde que inicia a visibilizarse en el país privilegia una mirada en la que las razones ligadas al género son motivo de interés y atención, motivando posturas en las que se explicitan factores estructurales de una cultura en la que lo femenino corre riesgo.

El siguiente punto en el planteamiento de la investigación es el marco teórico, en el que se abordan cuatro temas de interés para esta tesis: 1) por una parte, se revisan desarrollos teóricos sobre el cuerpo desde los estudios feministas y la antropología a partir de los que se privilegian visiones no dualistas o deterministas del cuerpo; 2) por otra parte, se exploran desarrollos teóricos que desde la interseccionalidad y la sociología del cuerpo, anclan el cuerpo y la corporalidad a los diversos capitales que lo rodean y conforman y revisan cómo la clase social incide sobre las experiencias, recursos, posibilidades y materialidades en el proceso de ser/devenir cuerpo; 3) el tercer punto del marco teórico es una revisión sobre planteamientos y estudios empíricos que revisan diversas posturas desde los feminismos para explorar críticamente la cirugía plástica. Este aspecto en particular complejiza los análisis realizados a partir de las observaciones y entrevistas en ámbitos biomédicos y provee las bases para comprender cómo las estructuras de saber/poder participan en los procesos de intervención sobre los cuerpos de las mujeres atacadas en Colombia; 4) el último punto del marco teórico aborda los desarrollos de la antropología médica sobre los *Itinerarios terapéuticos* y los *sistemas de cuidado de la salud*. En su totalidad, estos cuatro puntos permiten una comprensión del cuerpo como entidad abierta (en proceso), relacional, dependiente, vulnerable y sensible aspecto que, a partir de esta fundamentación, invita a realizar análisis en los que se revisan las condiciones materiales, inmateriales e interacciones disponibles en los itinerarios de reconstrucción. También invita a analizar el cuerpo como agente, la experiencia, las tecnologías y los complejos ejercicios de poder que participan en su construcción, así como la manera en que factores externos de orden socio político, histórico, económico y tecnológico se relacionan a los procesos de reconstrucción física tras un ataque con agente químico en Colombia.

Como último punto del aparatado, se incluye el marco metodológico, en el que se describen los objetivos de la investigación, las técnicas implementadas para la recolección y

el análisis de la información, los aspectos éticos y limitaciones del estudio, así como diversos planteamientos que desde las epistemologías feministas marcaron las maneras de hacer campo y de situarme frente a lo observado. Este apartado resulta quizá innecesariamente extenso a los ojos del lector, pero para mí fue espacio indispensable para sentar discusiones y reflexiones que me permitieron re-situarme frente al quehacer investigativo, ya que mi formación disciplinar y el campo profesional en el que estoy inmersa como psicóloga clínica en Colombia, privilegia lógicas positivistas.

(2) Los resultados están organizados en, cuatro capítulos (5, 6, 7 y 8), en los que se intenta dar cuenta desde una lectura crítica de los diversos discursos y recursos que se ponen a disposición para guiar el proceso de reconstrucción del cuerpo. En primer lugar, en el capítulo 4 se expone la manera en la que se construye el marco jurídico que prescribe las posibilidades de reconstrucción desde el sector salud; basado en el reconocimiento de los ataques con agentes químicos como una manifestación de las violencias de género, en el reconocimiento de estas mujeres como *víctimas* y en discursos sobre la inalienabilidad de los derechos, se plantean las posibilidades que desde los saberes biomédicos moldearán el cuerpo. Si bien estos planteamientos, que se cimientan en el marco de la restitución de los derechos, pretenden cobijar a todas las personas por igual, los cuerpos que inicialmente se hermanan en la piel derretida y en la carne expuesta, se irán diferenciando en las formas y texturas que toman las cicatrices luego de acceder —o no— a diferentes tipos de intervenciones, procedimientos quirúrgicos y estéticos y en las prótesis que utilizan para reconstruirse.

A partir de estas observaciones se teje el capítulo 5 en el que, a través de la puesta en diálogo de estos discursos con las dolorosas narraciones de algunas sobrevivientes, se abordan los contrastes entre lo estipulado por la ley en materia de restablecimiento de derechos y las barreras de acceso vivenciadas por las mujeres. Estas experiencias son leídas a la luz de planteamientos teóricos que permiten discutir la manera en la que la distribución desigual del reconocimiento y la *precaridad*, exacerbaban las experiencias de sufrimiento y al configurar las posibilidades de acceso, moldean la materialización de los cuerpos. Por otra parte, en este mismo apartado, el material empírico recolectado en encuentros con profesionales de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que conocen experiencias de recrudescimiento del daño durante los itinerarios emprendidos por las mujeres, da pie para “explorar hacia arriba” y preguntarse por las estrategias a través de las

que se reproducen las condiciones que perpetúan las posiciones de subalternidad y que refuerzan las injusticias a las que solo algunas de las mujeres sobrevivientes deben exponerse.

Posteriormente, el capítulo 6 explora las ideas sobre lo estético y lo reconstructivo desde la óptica biomédica, aspecto al que se llega a través de entrevistas en profundidad a los y las cirujanas plásticas que han marcado las pautas para la intervención en estos casos en el país. Sus relatos son el material central para discutir la manera en que operan los discursos autorizados sobre la manera en la que debe reconstruirse el cuerpo de las mujeres sobrevivientes a los ataques. Sobre esto girarán reflexiones que cuestionan y problematizan campos aparentemente bien diferenciados a nivel de su justificación jurídica y moral, como lo son la cirugía plástica estética y la cirugía plástica reconstructiva, pero también se pondrá un ojo sobre el moldeamiento de las sensibilidades de quienes han sido autorizados a intervenir.

El último apartado del texto (capítulo 7) pregunta por las técnicas y estrategias específicas que utilizan las mujeres por fuera de los discursos formales para trazar las nuevas formas del cuerpo y para generar nuevas texturas en la piel. Las posibilidades pensadas y prescritas en los discursos de la ley y de las ciencias biomédicas se cuestionan y subvierten a través de actos performativos en los que los rangos de posibilidad se expanden en procesos de co-creación de los cuerpos en alianza.

A partir de las discusiones que se plantean en cada uno de estos apartados, que encuentran su fundamento en una lectura situada que explora múltiples lugares de enunciación -porque difícilmente se puede hablar de la reconstrucción de los cuerpos sin hablar de los contextos en los que están inmersos, de “los entornos, las máquinas y los sistemas sociales de interdependencia que necesitan, y que constituyen las condiciones de su existencia y supervivencia” (Butler, 2017, p.21)-, esta tesis busca contribuir con las discusiones enmarcadas en las teorizaciones feministas sobre el cuerpo que abogan por cuestionar las estructuras de poder bajo las que se legitiman formas de reproducción de las violencias hacia los cuerpos y las subjetividades de mujeres en condiciones de acentuada vulnerabilidad. También invita a visibilizar los escenarios de reproducción de condiciones de posibilidad que no reconocen la legitimidad del sufrimiento sin diferenciación, ni la capacidad de agencia y creatividad de grupos excluidos y sobreexpuestos a la violencia y al

daño. En últimas, estos itinerarios se enmarcan en el grupo de trabajos que desde los feminismos exponen la co-responsabilidad en el cuidado de la vida.

PRIMERA PARTE

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2. Genealogía de la aparición de los cuerpos quemados con agentes químicos en Colombia

Las sustancias químicas que producen quemadura se clasifican como bases o álcalis cuando el pH es de 11.5 a 14, o como ácidos, cuando el pH es igual o menor a 3.5 (Iribarren y González, 2001). Cuando estas sustancias entran en contacto con el tejido humano, se produce una quemadura, cuya gravedad está determinada por factores que incluyen, entre otras cosas, la profundidad y extensión. En el primer caso, se habla de quemaduras de primer grado o superficiales cuando la afectación es únicamente sobre la epidermis; segundo grado o grosor parcial superficial, cuando hay afectación hasta la capa basal de la epidermis y la respuesta incluye hiperemia y exudación; grosor parcial profundo, cuando hay destrucción total de la epidermis y de la dermis en una profundidad variable; o de grosor total cuando hay destrucción total de epidermis, dermis y apéndices dérmicos. En cuanto a la extensión, que representa el porcentaje de superficie corporal quemada (SCQ), es comúnmente utilizada la denominada “regla de los nueve” de Wallace, que asigna valores de nueve o múltiplos de nueve a las distintas zonas del cuerpo (cabeza y cuello corresponden al 9%, tronco anterior 18%, tronco posterior 18%, brazo 9% cada uno, pierna 18% cada una, genitales 1%) (Fernández Jiménez, De Diego García y Sandoval González, 2003).

En el caso de las quemaduras con agentes químicos, el tiempo de acción de la sustancia una vez entra en contacto con el tejido puede prolongarse incluso por varios días, agudizando la profundidad de la quemadura y generando así daños irreversibles, pues en estas el daño se detiene solo cuando la sustancia ha sido neutralizada por el tejido o por el tratamiento adoptado. La severidad del daño dependerá así no sólo del agente utilizado, sino de su nivel de concentración, grado de penetración, duración del contacto y cantidad.

Se estima que las quemaduras químicas representan del 2.4% al 10.7% de todas las quemaduras en humanos (que también pueden ser térmicas, eléctricas o por radiación), y la mortalidad producto de estas quemaduras representa el 30% del total de las muertes por quemadura (Habib, Al-Samarrae, Shoeib y Latif, 2014), lo que evidencia la gravedad y la potencia destructora de estas sustancias.

Algunos de los químicos derriten los tejidos hasta llegar en ocasiones a dejar expuestos los huesos, generar ceguera o pérdida total del globo ocular, desfiguración permanente que modifica notoriamente la estética global de la cara u otras partes del cuerpo a través de daños en los tejidos que dejan cicatrices, manchas y pérdidas totales o parciales de nariz, párpados, labios, orejas, dedos, entre otros. A corto plazo el dolor de la quemadura y de los procesos de curación que deben realizarse es de una intensidad difícilmente concebible. Gaviria-Castellanos, Gómez-Ortega y Gutierrez (2015), describen que en Bogotá el promedio de tiempo de estancia hospitalaria tras una quemadura química es de 36 días, pues una vez neutralizada la acción del agente mediante lavado, se requieren “procedimientos quirúrgicos consistentes principalmente en dermo abrasión, y desbridamientos quirúrgicos con colocación de injertos de piel parcial o total” (p.77), pero las consecuencias de estas quemaduras hacen necesario en ocasiones el acceso a procedimientos quirúrgicos y de rehabilitación que pueden prolongarse tanto como la vida misma.

Aunque algunas de estas quemaduras son de carácter accidental, estas sustancias han sido utilizadas de manera intencional en muy diversos contextos como arma para generar daño a una o más personas. Es sobre los casos del uso intencional de los químicos sobre los que me detendré a continuación.

Contextualización de los ataques con agentes químicos y su categorización

Los primeros casos de ataques con agentes químicos de los que se tiene conocimiento se sitúan en la Inglaterra y Estados Unidos del siglo XIX. Las primeras cifras sobre la incidencia en otros lugares del mundo comienzan a ser disponibles en los años 70 (específicamente en sur y sureste asiático y África Subsahariana) y a partir de las décadas siguientes se desarrollan mecanismos de monitoreo de estos hechos que incrementan el número de registros a nivel global (Sabzi Khoshnami, et. al, 2017).

En la actualidad, Bangladesh es el país que encabeza las listas de los ataques con agentes químicos en el mundo; en este, el 9% del total de las quemaduras reportadas son debidas a estos ataques. El primer caso allí documentado data de 1967 y un significativo incremento en los registros de ataques inició en 1992, llagando a documentarse un total de 485 ataques en 2002 (Mahera Khaleque, 2010)-. En este país, la tasa de afectación según el sexo de la víctima es de 0.15/0.37:1. hombres sobre mujeres y la causa más común que

subyace a los ataques en es el rechazo a propuestas de matrimonio o a propuestas sexuales (Mannan, Ghani, Clark y Butler, 2007). La mayoría de las víctimas son menores de edad con bajo estatus socioeconómico que “intentan emanciparse de normas tradicionales y culturales que crearon sus posiciones de subordinación” (Sabzi Khoshnami, Mohammadi, Addelyan Rasi, Reza Khankeh, Arshi, 2017, p. 609 –traducción propia-), por lo que el caso de Bangladesh invita a considerar los ataques “en el amplio contexto del bajo estatus social y desempoderamiento de las mujeres, evidencia de la discriminación de género” (Peck, 2012, p. 633 –traducción propia-)¹.

Otros países con alta incidencia de ataques a mujeres son India, Pakistán y Camboya: se estima que hay alrededor de 200 ataques con ácidos cada año en Pakistán; los esposos o parientes de estos son los principales victimarios, motivados por cuestiones asociadas a la dote marital o disputas familiares, situación que no difiere del caso de India, pues en ambos contextos el ataque genera “deshonor” a la familia de la víctima. En Camboya, donde los ataques con ácidos representan el 20% de todas las quemaduras, 254 personas sobrevivieron a ataques entre los años 2000 y 2013 y la mayor parte de las víctimas fueron mujeres (Bari, Choudhury y Mahmud; Waldron et al., citados por Sabzi Khoshnami et al., 2017). Las principales razones que motivan a los agresores en estos países incluyen los celos, las relaciones extramaritales, el rechazo a propuestas maritales, disputas familiares o personales

¹ En otros contextos se han identificado otras tendencias: en el Norte Global, especialmente en los Estados Unidos y en Inglaterra, los ataques se relacionan menos a cuestiones de género, son mas frecuentes en minorías étnicas y están directamente relacionados con el robo y el abuso de drogas y alcohol. Mannan, Ghani, Clark y Butler (2007) señalan la existencia de estudios en Estados Unidos en los que se reporta abuso de alcohol en el 50 a 70% de las víctimas ingresadas a servicios de salud por este motivo. En cuanto al sexo, en Estados Unidos el 67% de las víctimas son hombres (Peck, 2012), situación que no difiere de lo encontrado en el Reino Unido, donde la tasa de incidencia según el sexo es de 6.14:1 hombres sobre mujeres (Kramer et al, citados por Guerrero, 2013) y las víctimas son usualmente atacadas por *gangs* de jóvenes adolescentes por motivos raciales o robos (Sabzi Khoshnami et al, 2017).

Irán, Nigeria, Uganda y Jamaica representan casos en los que las causas atribuidas tampoco se relacionan a la intención de los hombres de controlar o castigar a las mujeres: en Irán, los ataques con ácidos se relacionan principalmente a violencia interpersonal (Sabzi Khoshnami et al. 2017). En Nigeria robos y altercados son la principal causa, al igual que en Uganda, donde el ácido es utilizado como un arma debilitante para ejecutar robos en el 47% de los ataques reportados; en estos dos países la incidencia según el sexo de la víctima es similar. En Jamaica, las principales agresoras fueron mujeres, que atacan a otras mujeres debido a infidelidad marital (Mannan, Ghani, Clark y Butler, 2007).

por bienes y negocios y odio (Welsh, 2009; Peck, 2012) y se utilizan como un mecanismo de control, venganza o castigo contra las mujeres o las niñas.

En estos contextos, las consecuencias sociales de los ataques tienen un impacto severo y continuo en las vidas de las mujeres. Mahera Khaleque (2010), describe que, en India, Pakistán y Bangladesh, varias de ellas deben abandonar sus puestos laborales, educación y cualquier otra actividad importante de sus vidas, especialmente aquellas relacionadas a la esfera de pareja y social. Taylor (2001), quien sitúa su investigación en India y Bangladesh, afirma que afectando la zona de la cara se pone a la mujer en una situación de perpetua dificultad económica, pues en estos países, además de ya no ser “suitable brides for future suitors” (p. 399) y vivir en sociedades en las que hay alta discriminación hacia mujeres solteras en el mercado laboral, en los casos en que las mujeres pudiesen acceder a trabajos, deben superar el problema del rechazo de la comunidad a contratar a personas con desfiguraciones severas, de manera que las víctimas son forzadas o bien a depender de sus familias, o bien a vivir situaciones de rechazo y marginalización constante.

En el continente americano, Colombia es el país en el que más se ha visibilizado y discutido la problemática y hace parte de los países con mayor incidencia de ataques a mujeres en el mundo, junto a los ya nombrados (ver: <http://www.asti.org.uk>). Allí el uso intencional de sustancias químicas para agredir se ha conceptualizado como una manifestación de las violencias de género. En la Resolución 4568 de 2014, que representa el primer documento expedido por el Estado colombiano en el que se incluyen descripciones y conceptualizaciones detalladas sobre el fenómeno en el país (la ley 1639 fue expedida con un año de anterioridad, pero en esta no se conceptualiza el fenómeno), se afirma que

Si bien es cierto que los hombres también son víctimas de los ataques con químicos, este tipo de violencia es una clara expresión de las violencias de género, no solo porque en términos cuantitativos afecta de manera desproporcionada a las mujeres, sino que se genera por prejuicios y estereotipos de género arraigados en la sociedad y tiene como propósito controlar o castigar a las mujeres (p. 6).

En este documento, además, se describen características culturales de los países con mayor incidencia, subrayando su similitud con el caso nacional: “las investigaciones mundiales sitúan estas agresiones en países con altos niveles de pobreza, cultura machista,

sistemas judiciales débiles con altos niveles de impunidad y discriminación de género” (p. 15).

La primera divulgación académica de impacto internacional sobre la temática en Colombia², publicada un año antes de la mentada Resolución, dialoga con la perspectiva presentada en esta, pues expone similitudes epidemiológicas entre las víctimas atendidas en un hospital bogotano y aquellas de los países con mayor incidencia:

chemical burn cases in Bogota also show significant similarities with the epidemiological characteristics of developing countries: low socioeconomic status, basic to null education background and women subject to socioeconomic dependence (...) Even if the assailant is unknown in many of the studied cases, in the few where the attacker is known, it happens to be a male figure, usually the victim’s love partner (...) Assault by chemical burn represents the cruelest expression of aggression against women (Guerrero, 2013, p. 1022).

La comprensión de los ataques en el país como una manifestación de las violencias de género, no solo ha permitido dar cuenta de la estructuración patriarcal y machista de una sociedad en la que lo masculino es sobrevalorado en detrimento de lo femenino, hasta tal punto que para ejercer el control del cuerpo y la conducta de las mujeres se lanza ácido a sus cuerpos tras frases como “si no eres para mí, no serás para nadie”³, sino que además ha favorecido el posicionamiento del fenómeno dentro de la agenda pública.

En la actualidad diversas organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y colectivos comunitarios, trabajan en acciones para favorecer la prevención de esta forma de violencia contra la mujer, así como para garantizar la restitución de sus derechos. Entre las iniciativas, se encuentran algunas lideradas por mujeres que han sido víctimas de estos ataques, como la Fundación Reconstruyendo Rostros, la Fundación Natalia Ponce de León o la Colectiva Kintsugi; fundaciones de profesionales que trabajan en el tema desde el sector salud y que apoyan las acciones de prevención y atención a las víctimas, incluyen a la

² Artículo científico, publicado en inglés, en revista cuartil 1 y con factor de impacto de 2.056 (*Journal of the International Society for Burn Injuries*)

³ Palabras utilizadas por Dagoberto Rodríguez en ataque a su exnovia adolescente Erica Vanegas.

Tomado de:

https://elpais.com/internacional/2011/11/23/actualidad/1322043264_854140.html

Fundación Alexandra Rada, la Fundación del Quemado y la Fundación INTI; también se han conformado grupos especiales de la Secretaría Distrital de la Mujer de Bogotá destinados a la prevención de esta violencia y al acompañamiento a las mujeres en el proceso de atención integral (salud, justicia, protección). Por último, se han establecido mesas interinstitucionales para para la prevención, protección, atención y restablecimiento de los derechos de las mujeres sobrevivientes, en el que participan diversas instituciones del Estado con competencia en el tema, así como organizaciones no gubernamentales y diversas sobrevivientes de la ciudad.

La incidencia de estos ataques en el país es uno de los ejes sobre los que se sustenta la necesidad y se fundamentan las acciones para la prevención, atención y restitución de derechos de las víctimas. Sobre las cifras se amparan discursos públicos, proyectos de ley y acciones en materia de salud, justicia y protección, que dan lugar al nacimiento de una víctima que “merece y requiere” una atención especializada.

La influencia de los medios masivos de comunicación en el posicionamiento de los ataques con agentes químicos como un fenómeno *digno de ser rastreado y contado* (Scheper-Hughes, 1997) en Colombia es de gran relevancia. El papel central de estos en hacer visibles las violencias de género, volverlas un asunto de interés público, así como en incrementar la sensibilidad ciudadana y legitimar las políticas públicas con enfoque de género, ha sido de hecho ya descrito en la literatura académica (Comas D’Argemir, 2011; 2014) y el rol de estos frente a los ataques con agentes químicos en Colombia no es la excepción.

Aunque el primer caso del que existe registro es el ataque a Gina Potes el 28 de octubre de 1996, es a partir de 2008 que comienzan a describirse algunos casos en noticieros y revistas, entre los que se encuentran el ataque a la reina de belleza cucuteña María Fernández Núñez en el año 2010; un video en YouTube del 15 de agosto de 2011, en el que se muestran dos casos de víctimas mujeres, una de ellas, la candidata a un concurso de belleza, la otra, la joven Erika Venegas, quien fue atacada por un exnovio tras las palabras “si no eres para mí, no serás para nadie”; y un artículo de la Revista Gente -edición de noviembre de 2011- en la que se relatan las historias de 4 mujeres víctimas de estos ataques.

Estas primeras presentaciones mediáticas sobre los ataques en el país, posibilitaron un encuadramiento de estas violencias (Comas D’Argemir, 2014) que ha llevado a comprender el fenómeno como una manifestación de las violencias de género y ha favorecido

la discusión acerca de las construcciones culturales sobre el género que son aquí terreno para que se manifiesten formas de ejercer el control sobre el cuerpo y la conducta de las mujeres lanzando químicos para deformar sus rostros tras frases como “si no eres para mí, no serás para nadie” (Diaro El Pais, 2011).

A principios del año 2012, los ataques con agentes químicos, ya encuadrados como un problema que afecta a las mujeres por el hecho de ser mujeres, son incluidos en la *agenda setting*⁴ del país, propiciando una explosión mediática sin precedentes en torno a la temática en Colombia. Se manifiesta un interés sobre el tema no solo por parte de los medios de comunicación masiva: entidades del Estado, como el Gobierno y la Fiscalía, comienzan a documentar y expedir informes sobre estos hechos. En el archivo de noticias de la página de la Fiscalía General de la Nación, las primeras noticias con respecto a esta clase de violencia datan justamente de este año. En diarios nacionales, se debaten las medidas para garantizar el acceso a la justicia y para proteger a las víctimas (El Espectador, mayo de 2012).

El 21 de junio de 2012, se visibiliza aún más el fenómeno a través de la publicación de un artículo en la página web *femicidios.net* denominado “Colombia: país con el índice más elevado del mundo en ataques a mujeres con ácido”, en el que se afirma que:

Los casos de mujeres quemadas con ácido en países asiáticos de tradición religiosa musulmana, principalmente Bangladesh y Pakistán, tienen un gran impacto mediático. En el primero de ellos, con 167 millones de habitantes, en el 2011 se produjeron 84 casos. En Pakistán, con casi 200 millones de habitantes, la media de ataques al año es de 150. Colombia tiene 46 millones de habitantes, el año pasado hubo 42 casos reconocidos de mujeres atacadas con ácido o líquidos inflamables. Se trata del país con el índice más elevado del mundo en ataques a mujeres con ácido en 2011. Esta práctica atroz del integrista machista ha trascendido poco las fronteras informativas y las redes sociales (s.p.).

⁴ Este concepto explica el poder de los medios de comunicación “de ubicar en primer plano del debate público cierto tema y de esta manera convertirlo en asunto de interés nacional” (Tobar Salazar y Pimienta Tobares, 2016, p.18).

Ante la ausencia de claros registros anteriores⁵, este artículo fue utilizado en documentos oficiales: el Protocolo de Atención de Urgencias a Víctimas de Ataques con Agentes Químicos que se adopta mediante la Resolución 4568 de 2014, hace uso de la siguiente figura:

Figura 1.

Tabla de feminicidios.net sobre incidencia de casos en Colombia

Tabla 4. Tasa de mujeres víctimas de ataques por químicos - 3 países-2011-2012

País	# Ataques a mujeres	a Población estimada mujeres	Tasa de ataques por millón de	
			2011	2012
COLOMBIA	45	91	22.819.750	1,97 3,98
Pakistán	84	93	87.114.370	0,96 1,06
Bangladesh	150	71	84.834.950	1,77 0,83

Fuente: feminicidio.net.

Nota. La imagen, tomada de la Resolución 4568 de 2014, muestra la incidencia de casos en Colombia en comparación de países como Pakistán y Bangladesh. La fuente consultada como se puede apreciar en la parte inferior izquierda de la figura es el citado artículo de *Feminicidio.Net*

Como fenómeno visible, crece la atención y el interés por medir su incidencia: la revista “Forensis”, que publica los datos epidemiológicos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), alude por primera vez a los ataques con ácidos este mismo año en el capítulo de *violencia interpersonal*, donde se expone: “Los coloquialmente llamados ‘ataques con ácido’ es (*sic*) un fenómeno que ha generado impacto en los medios de comunicación. El Instituto los clasifica bajo la variable de ‘quemaduras por agente químico’, de las cuales, se reportaron 141 casos en el 2012, 60 en hombres y 81 en mujeres” (INMLCF, 2012, p. 164). En el informe del año anterior, el capítulo sobre *violencia interpersonal* hace alusión a casos en los que el resultado de la agresión fue la “quemadura”

⁵ Fuentes oficiales y académicas de estos años dan cuenta de la poca claridad al respecto, como se puede apreciar en las siguientes citas: “si bien existe un porcentaje mayor de víctimas mujeres que hombres, este no puede ser un patrón fijo que lleve a una directa imputación en razón de esta condición” (Acosta Zárate y Medina Rico, 2014, p.77); “de las quemaduras por agente químico (caústico, ácidos, bases, entre otros) podemos decir que no es un fenómeno característico de las mujeres, por el contrario, en el año 2013 hubo más víctimas masculinas” (INMLCF, 2013); “the rate male female is unique in the world 1:30” (Guerreo, 2012, p. 1023)⁵.

(se indica 119 víctimas mujeres y 154 hombres víctimas, p. 109) pero en este caso y en anteriores, no se expone el mecanismo específico para producir la lesión (térmico, químico o eléctrico).

En el año 2013 el tema ya está posicionado y se conoce que las lecturas dominantes lo han definido como una violencia de género. En este sentido, como afirma Comas d'Argemir (2014), los conceptos incorporados en la legislación han influido en la representación de los medios de esta violencia como una manifestación de las violencias de género⁶ y los medios ayudan a reproducir esta visión, lo que contribuye a consolidar un abordaje en materia de prevención y atención con enfoque de género. Ante esto, sin embargo, se observan algunas resistencias: en el capítulo *Comportamiento de las lesiones por violencia interpersonal* se afirma que “de las quemaduras por agente químico (caústico, ácidos, bases, entre otros) podemos decir que no es un fenómeno característico de las mujeres, por el contrario, en el año 2013 hubo más víctimas masculinas (69 casos en contraposición de 60 víctimas mujeres); este mecanismo reporto (*sic*) menos casos en el año 2013 frente a los 141 casos del año 2012 (no se obtuvo información precisa respecto al mecanismo en 32.941 casos lo cual corresponde al 20,7% del total de casos)” (Forensis, 2013, p. 297)⁷.

⁶ Ha de tenerse en cuenta que en Colombia la Ley 1257, que busca prevenir y sancionar las violencias contra las mujeres, fue expedida en el 2008 y representa la primera Ley que explícitamente habla sobre las violencias hacia las mujeres por el hecho de ser mujeres. Posteriormente, en el año 2015, se expedirá la Ley de feminicidio, conocida como Ley Rosa Elvira Cely en memoria de la víctima de un atroz crimen ese año en la ciudad de Bogotá. En el medio de las leyes hacia población vulnerable en otros ámbitos (especialmente en temas relacionados con el conflicto armado interno), también desde finales del primer decenio del nuevo siglo, se comienza a privilegiar la adopción de enfoques diferenciales y del enfoque de género.

⁷ En años posteriores no se hace mención específica a las quemaduras por agentes químicos, lo que responde a la implementación de otros mecanismos y sistemas de registro más específicos para caracterizar el evento: en el informe del año 2014, se hace mención en el capítulo “violencia interpersonal” a un total de 16 mecanismos causales de lesión. Dentro de estos ya no aparece la categoría “quemadura”; en esta publicación se habla de mecanismos térmicos (130 hombres y 91 mujeres víctimas) y cáusticos (35 hombres y 47 mujeres víctimas) (Forensis, 2014, p. 144). En el capítulo de “Violencia intrafamiliar” y en particular aludiendo a la violencia de pareja, también se diferencian los mecanismos térmicos y cáusticos entre otros. En cuanto a los primeros, 27 hombres y 34 mujeres resultaron víctimas y frente a los segundos hubo 4 hombres y 6 mujeres afectadas (Forensis, 2014, p. 214). En la última publicación, correspondiente al año 2016, hay dos capítulos en los que se hace alusión a las quemaduras como mecanismo de lesión: Violencia interpersonal, en donde se especifican nuevamente los mecanismos de lesión térmicos (102 hombres y 89 mujeres víctimas) y cáusticos (48 hombres y 37 mujeres), entre otros; y violencia de pareja (térmico 16

A pesar de que el encuadre dado inicialmente no implicó excluir de la garantía de restablecimiento de derechos a hombres víctimas, varias críticas a la definición de esta violencia como manifestación de la violencia contra las mujeres se escuchaban en discusiones de expertos/as y no expertos/as por esos días (diario de campo, 2015-2016), y esas resistencias se manifestaban incluso en documentos públicos, tal y como se aprecia en la cita del Forensis.

En cualquier caso, ante la falta de claridad sobre la incidencia, no solo en materia de proporcionalidad en razón del género sino de incidencia absoluta de esta violencia, se continuó con la intención de dar cuenta de manera mas precisa de la cuantía de personas víctimas de esta violencia. En estos años, el INMLCF (2013) explicó que “la magnitud real de las lesiones accidentales e intencionales se desconoce”. Las cifras visibilizadas y presentadas por medios masivos de comunicación y utilizadas en discursos políticos incluían, de hecho, casos de accidentalidad y no solo de ataques. Las razones de tales imprecisiones incluían factores como la:

Falta de integración de los sistemas de información, responsables de compilar los datos de atención ambulatoria y hospitalarias con los del Instituto; en algunas instituciones no cuentan con el registro de causa externa en sus bases de producción de servicios de salud, lo que impide identificar la causa que produjo la lesión; no existe información sobre la utilización de servicios médicos privados (p.91).

Ante las dificultades para establecer un panorama acertado sobre la incidencia de los ataques en el año 2014, mediante el artículo 14 del Decreto 1033⁸, se dispuso “la necesidad de generar sistemas de información para la caracterización del evento y fortalecer los reportes del SIVIGILA y del INMLCF para caracterizar con mayor calidad los eventos relacionados con ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas” (INS, 2017). El aquí citado SIVIGILA es el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud (INS), que se crea mediante el decreto 3518 de 2006 con el fin de *realizar*

hombres y 53 mujeres; cáustico 3 hombres y 5 mujeres). En el reporte de este año no se hace mención específica a los ataques con agentes químicos.

⁸ Por el cual se reglamenta la Ley 1639 de 2013 “por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido y se adiciona el artículo 113 de la Ley 599 de 2000”

un monitoreo continuo y sistemático a eventos que afecten la salud de la población. Como evento de salud pública y categorizado ya no como violencia interpersonal si no como violencia de género, los ataques con agentes químicos fueron en el 2014 parte de los eventos a registrar por este sistema de vigilancia epidemiológica.

Aun contando con este sistema de registro, con el propósito de mejorar los resultados del monitoreo de las violencias de género en particular, mediante la promulgación de la Ley 1751 en el año 2015 (también conocida como Ley Estatutaria de Salud), en el artículo 12 se otorga al Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), a la Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, al Ministerio de Justicia y del Derecho y al INMLCF la responsabilidad de adoptar el Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género (SIVIGE).

El objetivo del denominado SIVIGE es “disponer, integrar, armonizar y divulgar la información estadística sobre las violencias de género, partiendo de los estándares de calidad, los principios de las estadísticas oficiales y los estándares internacionales; para apoyar el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas y el direccionamiento de las acciones que permitan el abordaje integral de las violencias de género para garantizar el goce efectivo de los derechos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 13). La implementación de este sistema de vigilancia en salud pública se encuentra aún en etapa de ajuste (INS, 2017), por lo que las cifras oficiales sobre la incidencia de las violencias de género en el país son todavía las manejadas por el SIVIGILA del INS.

Es a partir de este Decreto 1033, que desde el año 2015 el SIVIGILA inicia la publicación de reportes sobre la incidencia de estos ataques. El primer reporte (INS, 2015) señala que: “Las quemaduras con sus componentes de quemadura por químicos corrosivos, quemadura líquido hirviendo y quemadura por fuego ocuparon el 1 % (351 / 36 206)” (p. 19) del total de casos de violencias de género registrados. De los 351 casos de quemadura, en 69 casos (43 mujeres y en 26 hombres) el mecanismo utilizado fue algún tipo de sustancia corrosiva⁹. En el año 2016 se registran 48 casos de quemaduras por ácidos, álcalis o

⁹ Los mecanismos mayormente utilizados en los ataques que generan quemaduras y muerte a mujeres por sus parejas o exparejas no son agentes químicos, sino, como las cifras muestran, aproximadamente el 80% es fuego o líquido hirviendo. Este altísimo número de mujeres no se beneficiará de las medidas específicas contempladas en materia de protección y atención que las políticas públicas establecen para aquellas que fueron quemadas con agentes químicos.

sustancias corrosivas: 27 en mujeres y 21 hombres (INS, 2016). En el 2017 hubo un total de 54 casos registrados, 23 hombres y 31 mujeres (INS, 2017); las cifras para el año 2018, aunque no aparecen en los informes públicos, indican un total de 48 víctimas, 29 hombres y 19 mujeres (Cardona, Dallos y Franco, 2020); en el año siguiente, en la publicación Forensis del INMLCF (2019) se indica un total de 16 ataques perpetrados en el marco de la violencia intrafamiliar; de estos, 3 víctimas hombres y 13 mujeres. Del 2020 y 2021 no fue posible identificar documentos sobre la incidencia a nivel nacional, sin embargo, la información recopilada y publicada por la Secretaría Distrital de Seguridad, Convivencia y Justicia a través del Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo-SIEDCO de la Policía Nacional (citado en Secretaría Distrital de la Mujer, 2021), indica que en Bogotá hubo un total de 6 ataques en el 2020.

En resumen, entre las dificultades propias del manejo mismo de las cifras por parte de las instituciones encargadas de llevar el registro epidemiológico y la mediatización del fenómeno en el que se muestran cifras poco específicas, hablar de la incidencia de ataques con agentes químicos en el país es difícil. El deseo de objetivación y confianza en los números, característicos del gerencialismo estatal, hace explícita una cultura política y administrativa que prioriza la estandarización de los problemas sociales y su regulación a través de procedimientos oficiales, generando consecuencias a nivel de la posibilidad del establecimiento de relaciones con los sujetos detrás de esos números (Esteban, 2004). Números y cifras permiten en el contexto local y global, sin embargo, que el cuerpo de las víctimas exista en el imaginario social, sea visibilizado y se asuma como digno de atención e inversión, de manera que solo ahora, a través de las cifras que cuentan y muestran, se sustentan propuestas de Ley que comienzan a dar frutos a partir del año 2013 y que buscan brindar “atención integral” a las víctimas. Es también de resaltar que el encuadre dado al fenómeno desde que inicia a visibilizarse privilegia una mirada en la que las razones ligadas al género son motivo de interés y atención, motivando posturas en las que se explicitan factores estructurales de una cultura en la que lo femenino corre riesgo:

esta forma de violencia, dadas las particularidades de su ocurrencia y los fuertes impactos que genera sobre las mujeres, no solamente afecta a las víctimas y sus entornos cercanos, sino que envía un mensaje contundente sobre el género femenino en su conjunto. El ejercicio de violencias contra las mujeres les recuerda a las demás que sus vidas están en constante peligro cuando deciden ejercer su autonomía y salirse de los roles y estereotipos que se les han asignado históricamente (Secretaría Distrital de la Mujer, 2021, p. 4).

Siendo el objetivo general de este trabajo de investigación cartografiar el itinerario de reconstrucción de cuerpos de mujeres atacadas con agentes químicos en Bogotá, después de presentar el marco teórico y la metodología implementada en este trabajo doctoral, me detendré en explorar: los discursos y experiencias insertas en los itinerarios burocráticos que han de recorrerse para acceder a las medidas que a partir de estos desarrollos legislativos se proponen; la manera en que el capital social, económico y cultural de mujeres sobrevivientes incide sobre el proceso de materialización de los postulados y discursos de la política pública; las ideas de salud, recuperación y reconstrucción que buscan imponerse como universales desde los discursos de la biomedicina; y por último, las prácticas no hegemónicas de reapropiación y reconstrucción del cuerpo que las sobrevivientes de los ataques con agentes químicos ponen en marcha para posibilitar ideas propias sobre la reconstrucción de sus cuerpos.

3. Marco teórico

“It matters what ideas one uses to think other ideas (with)”

Strathern, 1992, 10

“It matters what matters we use to think other matters with; it matters what stories we tell to tell other stories with; it matters what knots knot knots, what thoughts think thoughts, what descriptions describe descriptions, what ties tie ties. It matters what stories make worlds, what worlds make stories”

Haraway, 2016,

El cuerpo en los estudios feministas

Las discusiones y reflexiones desarrolladas en este trabajo giran en torno al cuerpo y encuentran sustento en planteamientos propios tanto de la sociología y antropología del cuerpo, como de la teoría feminista. Dada la heterogeneidad de posturas y definiciones presentes en las aproximaciones al cuerpo como objeto de estudio desde los feminismos, resulta indispensable revisar las corrientes teóricas allí inscritas para explicitar el marco específico en el que este trabajo se inscribe.

Según Price y Shildrick (1999), son al menos tres las aproximaciones identificables. Por una parte, se encuentran las perspectivas inscritas en el feminismo liberal. Estas tienden a generar posturas en las que el cuerpo es rechazado o encuentran dificultad en producir teorizaciones positivas acerca del mismo, en un intento por acercarse a ideas sobre la equidad intelectual, entendiéndola a partir de modelos inscritos en la modernidad y el patriarcado, que persiguen la búsqueda de la razón pura como bien supremo y como objetivo de la existencia. Esta perspectiva encuentra sus fundamentos en los pares binarios excluyentes y jerárquicos que se construyen a partir de la distinción entre naturaleza y cultura (Perez-Sedeño y Ortega Arjonilla, 2014), tales como mente-cuerpo, razón-pasión, masculino-femenino, objetivo-subjetivo, y que valoran lo primero en detrimento de lo segundo.

Una segunda aproximación, esta vez positiva, es la propia de los feminismos radicales, que han desarrollado una teoría explícitamente corporeizada, que subraya la centralidad de la materialidad de los cuerpos y que los reclama, en su diversidad, como esencia absoluta de lo femenino. Los análisis materialistas propios de la tradición anglosajona que hacen parte de esta aproximación (por ejemplo, los trabajos inscritos en los feminismos negros y chicanos de los años 80), invitan a pensar en una teoría del cuerpo que sea capaz de dar cuenta no solo de la diferencia sexual, sino que incluya en sus análisis las diferencias de raza, clase o discapacidad, entre otras características que en su intersección generan materialidades contextualmente situadas¹⁰.

Por último, en estrecho diálogo con los discursos propios de la postmodernidad, se ha desarrollado un abundante corpus teórico en el que se enfatiza la importancia y la inescapabilidad del cuerpo, entendido no ya como entidad completa, fija y estable, sino como lugar de potencia fluido, móvil e incompleto. Este trabajo comulga especialmente con las dos últimas perspectivas, ya que otorgan un lugar protagónico al cuerpo para, a partir de este, comprender “una colorida paleta de asuntos atinentes a los estudios políticos, sociales y culturales, y a la dilucidación de procesos históricos” (Pedraza Gómez, 2004, p.9). Mientras la última aproximación (postmoderna) se abordará en este mismo apartado, a la segunda se le dará espacio en el siguiente subcapítulo, lugar en el que además se realizará un ejercicio de puesta en diálogo de ambas perspectivas, consideradas por muchos excluyentes, pero que aportan de manera sustantiva a la comprensión sobre los fenómenos que atañen a esta tesis.

Las aproximaciones feministas postmodernas sobre el cuerpo que han interesado para enmarcar teóricamente la aproximación al proceso de reconstrucción del cuerpo en este trabajo encuentran particular desarrollo a partir de los años 90. Se distancian de la tradición moderna del dualismo ontológico y de posturas marcadamente constructivistas, que lo asumen como una mera superficie de inscripción de significados sociales, pues desde su materialidad el cuerpo es aquello “que sufre, se alegra y responde a la exterioridad del mundo,

¹⁰ A partir de este marco, el cuerpo es visto como ese lugar “otro” capaz de subvertir el orden patriarcal, tal y como se aprecia en el trabajo de grupos activistas que encuentran en éste el mecanismo para denunciar y resistir a los intentos de control del cuerpo femenino a través de los discursos médicos y legales de la sexualidad y de la salud sexual y reproductiva, como el Boston Womens Collective con la publicación en 1970 de *Our bodies, ourselves*, entre muchos otros.

una exterioridad que define su disposición, pasividad y actividad” (Butler, 2010, p. 58). De hecho, si bien la materialidad del cuerpo no puede ser pensada desligada de los discursos hegemónicos (los trabajos feministas se han centrado en particular en aquellos que giran en torno al género y la sexualidad) y si bien el lenguaje es entendido desde las perspectivas posestructuralistas como constitutivo y performativo, varias autoras enmarcadas en esta línea de pensamiento (incluida Judith Butler, especialmente en los trabajos desarrollados después del año 2000), han repensado la materialidad y se han alejado de posturas radicalmente constructivistas. La relación intrínseca entre cuerpo y discurso no implica que la materialidad del cuerpo es discursiva (Martínez, 2015). Esta reconsideración epistemológica del cuerpo da cabida a los postulados de la tradición materialista que sostienen que el anclaje material del cuerpo es necesario para pensar los reclamos políticos e invita a posar la mirada sobre las condiciones bajo las cuales el cuerpo material vive, se crea, y se moldea.

En esta línea de pensamiento en la que materialidad y discurso se enredan, varias autoras feministas han proporcionado nuevas definiciones de cuerpo: Anne Balsamo (1996), propone pensar en la naturaleza dual del cuerpo, en cuanto constituido de manera no excluyente tanto por lo material como por lo discursivo:

the body can never be constructed as a purely discursive entity. In a related sense, it can never be reduced to a pure materialist object. Better to think of the dual ‘natures’ of the body in terms of its ‘structural integrity’ to use Evelyn Fox Keller’s (1992) term. This is to assert that the material and the discursive are mutually determining and non-exclusive (p. 278).

Elizabeth Grosz (1995), entiende el cuerpo como la organización animada, concreta y material de carne, nervios, huesos y órganos, que son constituidos en su unidad y forma a partir de la inscripción psíquica y social de la superficie corporal, de manera que es orgánica y biológicamente incompleto y requiere de estrategias discursivas y de un orden social gobernado por la norma para ser constituido: los regímenes de disciplinamiento, participan en la producción del cuerpo y lo conectan con otros cuerpos y objetos. La autora plantea un modelo que piensa a partir de la figura de la cinta de moebio la subjetividad encarnada y la corporalidad psíquica para ilustrar como lo externo y lo interno son irreductibles y co-constitutivos, posibilitando una visión no dualista y no determinista del soma como completamente psíquico y lo psíquico como absolutamente somático: la aproximación

propuesta asume los términos cuerpo-mente, Yo-Otro y naturaleza-cultura como a la vez producidos y productores lo uno de lo otro (Lafrance, 2013).

Susan Bordo (2001) se une a la contestación de la noción dominante de corrientes constructivistas que representaron gran parte de la producción académica con relación al cuerpo desde las ciencias sociales y humanas a finales del S. XX, en las que el cuerpo es visto como una tabula rasa que espera a ser inscrito por la cultura y argumenta, al igual que Grosz o Balsamo, que si bien existe la necesidad de indagar cómo operan los discursos en la constitución del los cuerpos, no hay que olvidar su materialidad: “cuando se convierte a los cuerpos en meros productos del discurso social, quedan como cuerpos sólo de nombre” (p. 69).

En estas lecturas, sin embargo, hay una atención a no adherirse a una ontología de la sustancia. La materia de los cuerpos es resultado de dinámicas de poder, de modo que son las normas reguladoras las que “gobiernan su materialización y la significación de aquellos efectos materiales. (... Hay así) el retorno a la noción de materia, no como sitio o superficie, sino como un proceso de materialización que se estabiliza a través del tiempo para producir el efecto de frontera, de permanencia y de superficie que llamamos materia” (Butler, citada por Martínez, 2015, p. 329). Se postula entonces que materialidad y discurso están completamente enredados (embedded) entre ellos, así que, para aprehender y comprender el cuerpo, es indispensable reconocer cómo median los contextos en los que se inscribe, los discursos por los que pasa, y las condiciones materiales que los rodean y que lo conforman. En este trabajo existe un interés por explorar las maneras en las que los mecanismos de poder participan en la constitución del cuerpo a través de limitaciones dadas por lo que el Estado permite hacer con él o por diferentes maneras en que opera el poder disciplinario¹¹

¹¹ Según Foucault, el siglo XVIII marcará una transición de la vida como objeto del poder soberano: la normalización, el disciplinamiento de los cuerpos y el gobierno de las poblaciones, dejarán de pasar por el Estado debido al surgimiento de nuevas tecnologías políticas enmarcadas en una nueva racionalidad caracterizada por un “poder sin rey” -a saber, anatomopolítica y biopolítica-. En 1976, en los cursos sobre *seguridad, territorio y población* y sobre el *nacimiento de la biopolítica*, se da paso del *modelo bélico*, en el que el poder soberano opera “dajando vivir” y “haciendo morir”, a un *modelo gubernamental*, que se aleja de una concepción del poder como sometimiento y del Estado como aparato de soberanía total, para dar paso a una concepción del poder como conducción de la conducta de los otros: más allá del castigo del soberano, el individuo se constituye a sí mismo mediante su relación con determinadas normas sociales sin recurrir a la violencia de la prohibición,

(en este sentido este trabajo da cabida a la exploración de los discursos propios de los sistemas médico-jurídicos en los capítulos iniciales), pero también se busca no desconocerlo como lugar de agencia, resistencia y transformación. En este sentido, el trabajo de Mari Luz Esteban (2004) encuentra un importante lugar para los análisis presentados en el último capítulo. Esta médica y antropóloga española enfatiza que el cuerpo no es solo un receptor de discursos, sino que es “subjetivo y objetivo a la vez, lleno de significado, material, personal y social, un agente que ha recibido y ha *producido* discursos” (p. 47).

En su trabajo se parte de una lectura del cuerpo -muy en consonancia con las teorizaciones sobre el cuerpo presentadas anteriormente- como intersección de lo biológico, lo psicológico y lo social, que representa el anclaje de la agencia y de la posibilidad reflexiva. Para explorar desde la antropología el cuerpo así entendido, inspirada en el trabajo del antropólogo Francisco Ferrándiz sobre los procesos de cambio sensorial/corporal en los médiums que participan en el culto a María Lionza en Venezuela, desarrolla la propuesta metodológica de los *itinerarios corporales*, definidos como

“...procesos vitales individuales pero que nos remiten siempre a un colectivo, que ocurren dentro de estructuras sociales concretas y en los que damos toda la centralidad a las acciones sociales de los sujetos, entendidas éstas como prácticas corporales. El cuerpo es así entendido como el lugar de la vivencia, el deseo, la reflexión, la resistencia, la contestación y el cambio social, en diferentes encrucijadas económicas, políticas, sexuales, estéticas e intelectuales. Itinerarios que deben abarcar un período de tiempo lo suficientemente amplio para que pueda observarse la diversidad de vivencias y contextos, así como evidenciar los cambios” (p. 54).

lo que permite una mirada centrada en las técnicas de normalización y disciplinamiento (tecnologías políticas de los individuos), y en la manera en que las instituciones disciplinarias procuran la domesticación de los cuerpos (Castro-Gómez, 2016). A partir de estas conceptualizaciones se entiende que las normas sociales no son impuestas únicamente desde el exterior, sino que los sujetos reproducen los mandatos de la norma para poder ser reconocidos como sujetos (Butler, 2001). Sin embargo, en el curso sobre el gobierno de los vivos en 1980, Foucault (en Castro-Gómez, 2016) explorará la manera en que los individuos combaten los procesos de individualización y normalización fomentados por el Estado, a través de las *tecnologías del yo*, fundamento de las artes del *gobierno de sí mismo*.

Si bien estos procesos de transformación del cuerpo son individuales, remiten siempre a un colectivo, pues cualquier aproximación al cuerpo debe tener en cuenta los contextos sociales y políticos en los que el cuerpo está inmerso, a la vez que debe permitir explorar la “dimensión potencial, intencional, intersubjetiva, activa y relacional” (p. 47) del cuerpo. Según Esteban (2004), las personas deben ser vistas como agentes de sus propias vidas, procesos y transformaciones, y no solo como víctimas de los sistemas sexo-genéricos o los preceptos de la cultura corporal hegemónica:

Considerar a las personas en primera instancia como agentes y no como víctimas no significa que se piense que sus itinerarios se conforman de una manera lineal, plana, en oposición sin más a una orientación vitimizadora clásica. Muy al contrario, se tienen en cuenta las exigencias y sufrimientos a los que son sometidos cotidianamente los sujetos por ser parte de una cultura que es interiorizada y asumida, de una sociedad que provoca desigualdades sociales de diferente tipo que van inscritas en el cuerpo (...) Pero, en la perspectiva que se propone, se atiende de una manera especial, siguiendo a Michel Foucault, a las resistencias que esa misma enculturación corporal comporta, a la contestación y las transformaciones que los individuos ponen en marcha, consciente o inconscientemente, frente a su cultura. Supone, por tanto, no ocultar sino mostrar y contextualizar las contradicciones y conflictos y, en definitiva, la complejidad de las diferentes experiencias (p. 11).

Tanto su propuesta metodológica como su comprensión del cuerpo resultan interesantes para explorar en el presente trabajo las tensiones, los deseos, las desigualdades y las experiencias inscritas tanto en el marco de los intentos por intervenir el cuerpo que utilizan las mismas mujeres agredidas por fuera de los discursos hegemónicos de la biomedicina, como de aquellos que hacen parte de las propuestas de los sistemas médico-legales hegemónicos; tal aproximación permite evidenciar la multiplicidad y pluralidad de cuerpos que actúan y existen. Además, sus planteamientos sirven para dar cuenta del cuerpo como proceso, como entidad abierta y en movimiento, siempre inacabado y lleno de contradicciones y tensiones que nacen entre la acción social (práctica corporal) y los contextos sociales (ideologías sociales y políticas) en los que las personas se desenvuelven (Esteban, 2008).

Su propuesta integra la tensión entre el cuerpo individual, social y político, lo que resuena y dialoga con la penúltima propuesta teórica sobre el cuerpo a abarcar en este apartado: el desarrollo de Scheper-Hughes y Lock (1987) plasmado en el trabajo *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*.

En este trabajo se problematizan las concepciones dualistas sobre el cuerpo que dominan los escenarios occidentales de discusión y planeación de las acciones de cuidado de la salud. Las autoras parten de una definición del cuerpo como artefacto a la vez físico y simbólico, tanto natural como culturalmente producido y situado en un momento histórico específico (esta definición, como puede notarse, comparte los elementos de fondo de las definiciones presentadas por las autoras feministas presentadas al inicio de este capítulo) y se proponen explorar y discutir la relación entre los “tres cuerpos”, que nacen a partir de las tres perspectivas desde las que el cuerpo puede ser visto (que Esteban retomará en su trabajo): estos son el cuerpo individual, social y político, cuerpos que representan no solo unidades de análisis sino que dan también cuenta de marcos epistémicos específicos. El primero es aquel que se aborda desde la fenomenología, y se refiere a la experiencia vivida de *body-self*; el segundo desde perspectivas simbólicas y estructuralistas da cuenta de la manera en que los usos representacionales del cuerpo permiten pensar sobre la naturaleza, sociedad y cultura; el tercero, de interés desde el postestructuralismo, se refiere a las maneras en que el cuerpo es producido y regulado a través de regímenes de vigilancia y castigo.

En relación al cuerpo individual, se enfatiza el legado cartesiano que caracteriza las aproximaciones al cuerpo en occidente y sobre el que se erigen las concepciones biomédicas sobre el cuerpo, sobre la salud y la enfermedad, que tienden a limitar las posibilidades de aprehender las interconexiones entre mente-cuerpo-sociedad, dando lugar a lecturas que no solo desfragmentan la experiencia humana, sino que además despolitizan las experiencias relacionadas con la enfermedad. Ontologías alternativas occidentales y las propias de diversos contextos no occidentales en relación con el cuerpo individual ofrecen, sin embargo, lecturas sobre los significados culturales y sociales del ser encarnado, a la vez que los recogen para comprender las experiencias de bienestar o enfermedad.

En relación con el cuerpo social, las aproximaciones y construcciones culturales acerca del organismo humano han servido para pensar y sostener lecturas particulares sobre la sociedad y las relaciones sociales. Las experiencias del cuerpo como representación de la

sociedad permiten crear, por ejemplo, ecuaciones simbólicas entre las concepciones del cuerpo individual enfermo o sano con el cuerpo social enfermo o sano. Las metáforas para explicar la geografía o la organización social en términos anatómicos y la anatomía en términos geográficos o de la organización social, son otro ejemplo de los usos simbólicos del cuerpo para explicar y clasificar la integración de lo individual y lo social (Scheper-Huges y Lock, 1987).

Por último, el cuerpo político pone el énfasis en la manera en que las relaciones entre el cuerpo individual y social son relaciones sobre el control y el poder. La vigilancia sobre los límites, lo interno como bueno o lo externo peligroso, son discursos que atraviesan lo social y lo personal: “las culturas son disciplinas que proveen códigos y guiones sociales para la domesticación del cuerpo individual de conformidad con las necesidades del orden social y político” (p. 26, traducción propia). Así, lo que en varias sociedades se construye como el cuerpo individual deseable, corresponde a lo que se considera deseable en términos políticos y culturales (las formas mismas de cuerpo -saludable, bello, fuerte, etc- corresponden a los valores culturales dominantes - autonomía, juventud, competencia, etc) y todo un arsenal de prácticas y de saberes (entre los cuales la biomedicina) sirven al objetivo de producir cuerpos “dóciles” y “normales” para el Estado.

Para Scheper-Huges y Lock (1987), los problemas epistemológicos de las dicotomías entre cuerpo/mente, naturaleza/cultura o individuo/sociedad, deben ser contrarrestados con análisis sobre eventos claves, como la enfermedad, que permiten entender las interacciones entre el cuerpo individual, social y político. En este sentido, concluyen, el cuerpo individual habría de ser abordado como el lugar más inmediato a través del cual las verdades y contradicciones sociales son puestas en práctica, y también como “locus de resistencia social y personal, de creatividad y lucha” (p. 31, traducción propia).

Ya por último y continuando el diálogo con las propuestas anteriormente abarcadas se encuentra el trabajo de Csordas (2013). A través de su propuesta sobre la *fenomenología cultural* el autor propone el *embodiment*¹² como un paradigma de investigación en

¹² Traducido al español como «corporización» o «encarnación», con este concepto se busca enfatizar lo corporal como campo de la cultura, como agente y lugar de intersección del orden de lo biológico, lo psicológico y lo social, en contraposición a lecturas previas que, al relacionar cuerpo y cultura

antropología, entendido como un *campo metodológico indeterminado* definido por la experiencia perceptiva, el modo de presencia y la participación en el mundo. En tanto parte integral de todos los dominios de la existencia, a través del *embodiment* es posible examinar y fundamentar la comprensión tanto de la corporalidad en sí misma, como de las características de la cultura y del *self* desde el punto de partida de los cuerpos como ser-en-el-mundo. En este marco teórico el cuerpo no es tanto un objeto como un sujeto.

El *embodiment* como campo metodológico indeterminado incluye el sistema de estructuras elementales de agencia en la relación cuerpo-mundo (aspecto que Csordas explora a partir de los trabajos de Bourdieu, Foucault y Merleau Ponty), la diferencia sexual y el conjunto de componentes de la corporalidad a partir de los cuales es posible identificar diversos fenómenos relacionados con el cuerpo (por ejemplo, la enfermedad), como objetos estratégicos de investigación.

Frente al sistema de estructuras elementales de agencia en la relación cuerpo-mundo, el autor subraya cómo el lugar operativo de la agencia, la modalidad en la que se ejerce la agencia y el vector de la agencia es diferente para tres autores clásicos: mientras para Merleau Ponty el primero es a nivel de la existencia, el segundo es a nivel de la intención y el tercero es de nuestros cuerpos hacia el mundo, para Bourdieu es el *habitus*, la práctica y el vector es doble; por último, para Foucault, el lugar operativo de la agencia es a nivel de las relaciones de poder, la modalidad en que se ejerce es a través del discurso y el vector es del mundo hacia nuestros cuerpos. Al señalar las potencialidades y limitaciones respectivas de cada una de estas propuestas, Csordas se aproxima a explorar la corporalidad como un campo metodológico en el que no solo se tienen en cuenta estos elementos, sino la manera como se relacionan.

Esta matriz se ve complementada tanto por elementos relacionados con la diferencia sexual, como por los componentes de la corporalidad, entre los que se incluyen: la forma del cuerpo; la experiencia sensorial; el movimiento o movilidad; la orientación; el género; la capacidad; el metabolismo / fisiología; la copresencia; el afecto; y la temporalidad. Los datos

desde aproximaciones dualistas, defienden que la cultura se *inscribe* en el cuerpo. El cuerpo es biológico, pero es también “entidad consciente, experiencial, actuante e interpretadora” (Esteban, 2004, p. 25).

considerados relevantes para aplicar a una fenomenología cultural de la corporalidad pueden pertenecer a cualquiera de estos elementos y los métodos para examinarlos incluyen análisis fenomenológicos y existenciales. Así, Csordas propone la inclusión de diversos elementos que en su conjunto permiten crear lecturas y aproximaciones al cuerpo y a la corporalidad en las que estas no son solo objeto de estudio válido, sino base existencial de la cultura; al poner en relación los diversos factores, se crean posibilidades desde ópticas no excluyentes o reductivas, para generar comprensiones de la cultura y del Yo. Al igual que en los trabajos anteriormente presentados, en el suyo las dicotomías occidentales individuo-sociedad, cuerpo-mente, naturaleza-cultura, entre otras, se ven cuestionadas.

Todos los desarrollos teóricos sobre el cuerpo expuestos son recogidos en este trabajo para dirigir la mirada hacia lugares específicos: las relaciones de poder; las mediaciones de tecnologías y discursos en la reconstrucción del cuerpo; la interacción entre el cuerpo individual, social y político; la interrelación entre materialidad y discurso; la agencia; la reconstrucción del cuerpo como proceso abierto. Uno de los focos que permiten dar cuenta de todos estos factores en esta tesis, y que politizan y ponen en evidencia cómo factores de orden sociocultural se interrelacionan con lo individual y quedan marcados sobre la carne misma es la clase social, por lo que a continuación se ampliará el marco de lectura sobre el cuerpo exponiendo teorías al respecto que nutren los análisis presentados a lo largo de esta tesis.

Cuerpo, clase social y marcos de reconocimiento

Cuerpo y clase

Teorizaciones feministas desarrolladas extensamente a partir de los años 60 en el seno de los movimientos feministas negros, chicanos, de diversos lugares del sur global o de poblaciones migrantes, se interesaron en deconstruir la categoría homogénea de mujer propia de postulaciones realizadas previamente por el movimiento feminista blanco norteamericano y europeo. En un intento por explorar y visibilizar la multiplicidad de experiencias de las mujeres y las consecuencias sociales y materiales de la intersección entre las categorías de raza, clase y género, entre otras, se cosechó un fértil terreno para deconstruir categorías, cuestionar universalismos y explorar las operaciones del poder en la construcción de las subjetividades (Troncoso Pérez, Galaz Valderrama y Álvarez, 2017).

La intención de ampliar la restringida categoría de “mujer” tiene una muy larga historia: desde el famoso discurso de Sojourner Truth en la Convención de Akron, Ohio, en 1851 “Ain’t I a woman”, a Claudia Jones en 1949, quien afirmaba que “las mujeres negras - como trabajadoras, como negras y como mujeres- son la capa más oprimida de toda la población”; de Angela Davis (1981) que en su publicación *Women, Race and Class*, desarrolla el concepto de opresión femenina negra como la experiencia de entrelazamiento de raza, género y clase, a Audre Lorde (1984). También el Combahee River Collective, Gloria Anzaldúa y decenas de mujeres más, con cuerpos negros, amarillos, que habitan el Sur Global o los barrios de las periferias del Norte, han expuesto en sus trabajos los “entrelazamientos de opresiones”, “opresiones simultáneas” o “múltiples capas de opresión” que viven ciertos cuerpos y que no eran reconocidos por los discursos creados desde los cuerpos femeninos cisgenéricos, blancos, heterosexuales y burgueses que dominaron la producción teórica feminista hasta la entrada de la llamada segunda ola del feminismo, o feminismos de la diferencia.

Aunque el concepto de las “olas del feminismo” está en creciente desuso, los discursos característicos de los trabajos que confluyen en este periodo histórico provienen de las identidades fronterizas, como las chicanas, negras y postcoloniales. Estas entran a sumara los análisis sobre la condición de “la mujer” los vectores de opresión de raza, etnia, clase y orientación sexual – por ejemplo, el Combahee River Collective estaba conformado por mujeres negras, lesbianas y de clases desaventajadas; Gloria Anzaldúa era chicana, de procedencia rural en México y lesbiana; Aurora Levins Morales (2004) se define como jíbara shtetl, intelectual orgánica certificada y activista - problematizando así la noción de sujeto femenino monolítico como una construcción ideológica y argumentando que ninguno de estos representa una “opresión principal”, motivo por el que la idea de establecer jerarquías queda inmediatamente neutralizada: todos estos actúan entrecruzadamente (Cabrera y Vargas, 2014).

En diálogo con estas experiencias relatadas por tantos años, Kimberle Crenshaw, abogada feminista afroestadounidense nacida en 1959 y especializada en la teoría crítica de la raza, acuña el término “interseccionalidad” en 1989, en el trabajo *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*.

En este y en posteriores trabajos, a partir de su experiencia en la defensa de mujeres negras de la clase obrera, explora las dimensiones de entrelazamiento entre raza, clase y género implicadas en la violencia contra las mujeres de color, es decir, las intersecciones del racismo y el patriarcado que dan lugar a aspectos estructurales y políticos propios de la violencia contra las mujeres de color. Con el término *interseccionalidad*, señala “las distintas formas en que la raza y el género interactúan, y cómo generan las múltiples dimensiones que conforman las experiencias de las mujeres” (Crenshaw, 2012, p.89). Plantea la existencia de una *interseccionalidad estructural*, al referir que “las intersecciones de raza, género y clase constituyen los elementos estructurales primarios que conforman las experiencias de muchas mujeres negras y latinas...” (p.92), y que se reproducen incluso en las casas de protección de las mujeres maltratadas –al igual que en los procesos de implementación de los programas destinados a la reconstrucción del cuerpo de las mujeres atacadas en Colombia-; desarrolla también el concepto de la *interseccionalidad política*, que “subraya el hecho de que las mujeres de color están situadas dentro de al menos dos grupos subordinados, grupos que frecuentemente persiguen agendas políticas enfrentadas” (97-98) de manera que adoptar solo una categoría identitaria, negando otros ámbitos de subordinación, impide el desarrollo de un discurso político que empodere a las mujeres subordinadas en múltiples esferas. Por último, describe la *subordinación interseccional*, entendida esta como la “consecuencia de la imposición de una carga que interactúa con otras vulnerabilidades preexistentes, para crear más desempoderamiento” (p.95).

En términos generales, la interseccionalidad es una perspectiva teórica y metodológica que busca dar cuenta de la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder, de manera que más allá de reconocer la multiplicidad de sistemas de opresión que operan a partir de las diferentes categorías identitarias, postula su interacción en la producción y reproducción de las inequidades (Bilge, 2009). Este marco provee a este trabajo elementos para comprender las experiencias situadas de marginación vividas por mujeres con particularidades diversas, a la vez que visibiliza la existencia de posiciones sociales que, al representar la norma (blanquitud, clases sociales privilegiadas, etc), no la viven (Viveros-Vigoya, 2016).

La interseccionalidad, como argumenta Salem (2016), al ser en la actualidad uno de los lentes dominantes con los que se hace investigación feminista, especialmente en Europa

y Norte América, se ha ampliado para incluir diversas ontologías en conflicto y en el proceso, se ha visto “impactada por el neoliberalismo para hablar de diversidad o incluso de desigualdad en vez de poner foco en las relaciones de poder y dominación” (p.4). En Colombia el concepto muestra cada día mas acogida por parte de la academia y por las esferas tecnocráticas, y aquí también se ha generado una “instrumentalización de la categoría interseccionalidad como discurso disidente dentro de la maquinaria biopolítica del Estado multicultural” (Esguerra Muelle y Bello Ramírez, 2014, p.21). También se advierte el “riesgo de convertir esta perspectiva en la repetición despoltizada de un mantra multiculturalista” (Viveros Vogoya, 2016, p. 3), incorporándose a las políticas como gesto o requisito técnico de obligatorio enunciamiento más no de ejecución, pues su puesta en práctica resulta problemática para la tecnocracia gubernamental (Esguerra Muelle y Ramírez Bello, 2014).

En el contexto de este trabajo, sin embargo, esta perspectiva resulta útil al análisis de los mecanismos de poder que movilizan las injusticias presentes en los itinerarios de reconstrucción de varias mujeres atacadas con agentes químicos en Colombia, al permitir dar cuenta de la manera en que la intersección de características identitarias moldea las experiencias de las mujeres y los caminos y posibilidades dentro del itinerario mismo. Si bien la tradición norteamericana prioriza análisis centrados en la relación entre raza y género, en el presente trabajo se indaga de manera particular la clase social, pues concordando con Franklin Gil Hernández (2011), se observa que en Colombia “la clase social puede hacer, por ejemplo, más aceptable la diferencia sexual o, de otro lado, como lo plantea Díaz [2005] ‘la clase social puede diluir el color’” (p. 83).

Dentro de los trabajos clásicos que más se han preocupado por explorar la relación entre clase y cuerpo, se encuentra el trabajo del sociólogo francés Pierre Bourdieu. En el trabajo del sociólogo y especialmente en su obra *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto* (1979), el cuerpo es visto como una entidad inacabada que se desarrolla en conjunción con diversas fuerzas sociales y es protagonista en la mantención de las inequidades, lo que lo lleva a cargar un inmenso valor simbólico.

Bourdieu conceptualiza el cuerpo como una forma de capital físico que está interrelacionado con la locación social de los sujetos y es central para la adquisición de estatus y distinción. El cuerpo se desarrolla y toma forma a partir del acceso a prácticas y recursos que son mediados por disposiciones altamente influenciadas por la clase social y el

valor simbólico de esas formas del cuerpo resultan importantes no solo para desarrollar sentidos identitarios, sino también para ocupar un lugar social. Por disposiciones se entienden las inclinaciones y tendencias “a percibir, sentir, hacer y pensar de una determinada manera y no de otra, mismas que han sido incorporadas por cada persona dependiendo de las condiciones objetivas de su existencia y de su trayectoria social, así como de su experiencia biográfica (Bourdieu, 1991; Corcuff, 1998; 2005)” (Sabido Ramos, 2010).

En el trabajo de Bourdieu logra leerse cómo los cuerpos llevan la impronta de la clase social a partir de tres factores: la locación social del individuo; la formación de sus *habitus*; y el desarrollo del gusto. Mientras la locación social se refiere a las circunstancias materiales que contextualizan la cotidianeidad, los *habitus* son el sistema de estructuras cognitivas y motivacionales socialmente constituidas que dan las predisposiciones de relacionarse con las situaciones en esa cotidianeidad; estos toman forma en el cuerpo y afectan todos los aspectos del *embodiment*. Por último, según el autor los cuerpos se forman a través del desarrollo del gusto: “el gusto contribuye a hacer el cuerpo de la clase: principio de enclasmiento incorporado que encabeza todas las formas de incorporación, elige y modifica todo lo que el cuerpo ingiere, digiere, asimila, fisiológica y psicológicamente” (p. 188). El gusto y las elecciones que se toman dependen, en parte, de los “medios económicos y culturales que pueden ser invertidos en ello” (p. 188) y contribuyen a hacer cuerpo desde adentro: de la selección de aquello qué se ingiere, de la dieta o el ejercicio, o en general, de los hábitos corporales de la vida cotidiana que enseñan al cuerpo lo prohibido o lo imprescindible en cuanto a postura o gesto.

Es así que la clase social no se define por una propiedad o una suma de propiedades como el origen, el sexo o la edad, “sino por la estructura de las relaciones entre todas las propiedades pertinentes, que confiere su propio valor a cada una de ellas y por los efectos que ejerce sobre las prácticas” (Álvarez-Sousa, 1996, p.104). Finalmente, a partir del concepto de *hexis corporal*, Bourdieu (1979) enreda el *habitus* al cuerpo vivido en relación con la posición social y al gusto. La *hexis* implica un conocimiento práctico (un saber sin reflexión que resulta eficaz) que permite incidir en el mundo a partir de y con el cuerpo sin el acto de desciframiento consiente de la comprensión -es decir, funciona más allá de la conciencia y del discurso-: aquí, las técnicas del cuerpo más cotidianas e insignificantes en apariencia, como los movimientos de las manos la forma de caminar, de hablar o de masticar,

ofrecen principios elementales sobre la construcción y la evaluación del mundo social. Así, a la vez que el cuerpo está en el mundo social, el mundo social está en el cuerpo: “cultura convertida en natura, esto es, incorporada, clase hecha cuerpo” (p. 203).

Todo este marco teórico ha resultado definitivo para realizar las interpretaciones sobre los factores que van moldeando los cuerpos durante los itinerarios de reconstrucción: la locación social, los *habitus* y el gusto, inclinan hacia vías específicas en medio de las bifurcaciones que se presentan en los itinerarios de reconstrucción, y van materializándose, de la mano de las posibilidades materiales y las violencias estructurales, en el cuerpo mismo.

Desde la teoría feminista algunos planteamientos hacen eco con los postulados de Bourdieu. Linda Alcoff (2005), por ejemplo, explora la manera en que las categorías identitarias se encuentran encarnadas en rasgos corporales materiales. En su trabajo se da cuenta de lo que la teórica denomina *Visible identities*, concepto con el que busca hacer explícita la interrelación entre las categorías identitarias socialmente construidas (su trabajo se centra particularmente en el análisis de la raza y el género) con la manera en que las personas experimentan sus propios cuerpos y los cuerpos de otros/as. Estas categorías identitarias se expresan corporalmente en la forma de ojos, nariz, boca; en caracteres sexuales primarios y secundarios o el color de la piel, características visibles que lejos de ser neutrales, son significantes leídos de manera directa a partir de aprendizajes y condicionamientos de nuestra experiencia perceptual, que establecen una jerarquización del lugar de los cuerpos en la sociedad: “Both race and sex ... are most definitely physical, marked on and through the body, lived as a material experience, visible as surface phenomena and determinant of economic and political status” (Lennon, 2010, p. 102). Tanto el sexo como el género, categorías sobre las que centra su análisis en concordancia con la tradición norteamericana, producen manierismos corporales “habituales” que contribuyen a la materialización de las identidades.

Las identidades visibles marcan entonces el cuerpo, pero también las relaciones sociales; modulan los afectos o la proximidad. En este trabajo hay un interés particular por explorar los tipos de relación que se instauran entre quienes reciben la atención necesaria para reconstruir los tejidos después de la quemadura y aquellos modos en que quienes la prestan (personal sanitario o burócratas) regulan sus disposiciones afectivas y éticas según la posición social que las sobrevivientes ocupan. Este último aspecto invita a volcar la mirada

hacia los marcos de inteligibilidad a partir de los que se construyen los cimientos para poder *reconocer*¹³ al otro y a partir de los cuales se atribuye diferencialmente valor a las vidas, para lo que los planteamientos de Butler (2004; 2010) resaltan por su pertinencia, pues en su obra se enfatiza la interdependencia de los cuerpos en las posibilidades de persistir y prosperar.

Se ha argumentado que el marco de la interseccionalidad no dialoga de manera coherente con los planteamientos teóricos sobre el cuerpo expuestos por Butler. Por ejemplo, Linda Alcoff (2002), dice que las posturas *postestructuralistas* buscan deconstruir todas las definiciones de mujer, y se oponen a buscar generarlas por considerar esto un acto erróneo desde el punto de vista político y ontológico, mientras que las posturas interseccionales acogen las identidades políticas como lugar de posibilidad de encuentro y lucha colectiva. Chandra Mohanty (2013) por otra parte, argumenta que la intersección entre postestructuralismo, feminismo e interseccionalidad tiene efectos negativos en los trabajos académicos desde las teorías del género, ya que el llamado a la fluidez y a las comprensiones matizadas e inestables a las que apela el postestructuralismo inciden negativamente en la “causa feminista” al eliminar de los análisis las estructuras globales de poder, favoreciendo un foco en lo individual a expensas de lo estructural.

Al otro lado de esta postura, Butler (2010) argumenta en relación a los modelos multiculturales, diferenciales, y a las políticas identitarias, que estos

no pueden producir el tipo de vocabulario analítico que necesitamos para pensar acerca de la interdependencia global y de las imbricadas redes de poder y de posición en la vida contemporánea. Parte del problema de la vida política contemporánea estriba en que no todo el mundo cuenta como sujeto. El multiculturalismo tiende a presuponer unas comunidades ya constituidas, unos sujetos ya establecidos, cuando lo que está en juego es la existencia de unas comunidades no del todo reconocidas

¹³ La inteligibilidad es entendida como el esquema o esquemas que establecen ámbitos de lo cognoscible (Butler, 2010) al condicionar y producir normas de reconocibilidad, condición que precede al reconocimiento. Las normas de reconocimiento son esenciales para la constitución de la vulnerabilidad como una precondition de lo “humano” (Butler, 2006), y son por lo tanto estas normas las que deberían ser foco de análisis y debate cuando nos encontramos frente a problemáticas en que la alocaión diferencial de la posibilidad de ser reconocida está diferencialmente distribuida.

como tales, de unos sujetos que estando vivos no son considerados como «vidas» (p. 54 y 55).

A pesar de estos desencuentros y de la discusión sobre las dificultades de poner en diálogo ambas perspectivas, y con el ánimo de rescatarlas y acogerlas en los análisis presentados en esta tesis, se considera que ambas son ricas miradas que pueden dar cuenta de las situaciones y experiencias que aquí se abordan. En este sentido se concuerda con la teórica feminista colombiana Viveros-Vigoya (2016), quien afirma que, específicamente en la tradición europea, la interseccionalidad se encuentra en diálogo con el pensamiento postmoderno, en la medida en que comprende las identidades como múltiples y fluidas. Se ha hablado, de hecho, “de la doble afiliación teórica y genealógica que se atribuye a la interseccionalidad: el black feminism y el pensamiento posmoderno/postestructuralista” (Viveros Vigoya, 2016, p. 6 y 7), ya que en ambos se rechaza las generalizaciones políticas y las “verdades” y “universalizaciones” que les subyacen, y ponen de relieve la necesidad de miradas anti-esencialistas, enfatizando el carácter múltiple de la experiencia individual.

para autoras como Kathy Davis (2008, p. 71) la interseccionalidad se inscribe en el proyecto posmoderno de conceptualización de las identidades como múltiples y fluidas, y se encuentra con la perspectiva foucaultiana del poder en la medida en que ambas ponen el énfasis en los procesos dinámicos y en la deconstrucción de las categorías normalizadoras y homogeneizantes (Viveros Vigoya, 2016 p.7).

También Zambrini (2014), en un trabajo en que busca reflexionar sobre la puesta en diálogo entre estas dos vertientes teóricas, plantea que dichas visiones no son discordantes, por el contrario, “ambas se complementan y logran un análisis certero de las problemáticas de género actuales, en especial en contextos latinoamericanos” (p. 43); la autora invita a considerar al género como una construcción performativa, pero sin perder de vista que también “debería ser analizado de manera interseccional en relación con otros sistemas sociales de opresión como la clase social o la raza, de acuerdo con cada contexto en particular” (p.52).

Marcos de reconocimiento

Desde el marco postestructuralista y específicamente desde las contribuciones de autoras como Judith Butler, se ha argumentado la necesidad de atender, explorar y comprender la distribución diferencial de la precariedad y de la dignidad de unas vidas sobre

otras, cosa que “constituye una alternativa a los modelos de multiculturalismo que presuponen el Estado-nación como un marco de referencia exclusivo y el pluralismo como una manera adecuada de pensar acerca de sujetos sociales heterogéneos” (Butler, 2010, p 54).

Para construir sus argumentos, Butler parte de una ontología del cuerpo, mediante la que se plantea que

Nuestra supervivencia depende de arreglos políticos, y la política, especialmente cuando se convierte en biopolítica y manejo de poblaciones, se preocupa por cuáles vidas preservar, proteger y valorar (y eventualmente cuáles llorar, es decir, cuáles vidas desde un comienzo se consideran merecedoras de protección de daño y muerte) y cuáles vidas se consideran desechables y que no merecen ser lloradas. De esta forma, nuestra precariedad depende en gran medida de la organización de relaciones económicas y sociales, la presencia o ausencia de una infraestructura sustentadora e instituciones sociales y políticas, y los modos de luchar por éstas que producen y mantienen las alianzas (Butler, 2017, p. 25).

En las publicaciones *Precaious life: The powers of mourning and violence* (Butler, 2004), y *Frames of War: when is life Grievable?* (Butler, 2010), la autora reflexiona acerca de qué constituye lo humano. Si bien acá abordó el tema de la reconstrucción del cuerpo de mujeres que han sido víctimas de ataques con agentes químicos en Colombia, y no de los marcos de guerra transnacional que fundamentan los postulados de la filósofa, sus planteamientos y cuestionamientos me permiten echar luz y formular ciertos interrogantes iniciales sobre los modos en los que, en la práctica, solo algunos acceden a la aplicación de todas las medidas que la ley estipula en materia de intervenciones biomédicas para la reconstrucción del cuerpo. Partiendo del marco de situaciones de guerra y posicionada en una ontología corporal, señala de manera enfática la implicación de otros cuerpos en el mantenimiento de la vida, para abogar por condiciones e instituciones sociales que tornen la vida sostenible de manera radicalmente democrática. Para tal fin, expone argumentos a favor de la inaplazable necesidad de reconocer la ineludible condición de vulnerabilidad de los cuerpos.

A diferencia de las tradiciones metafísicas que presuponen la autonomía o la racionalidad como constitutivas de la condición de humano, es la pérdida, la fragilidad, la

dependencia insuperable a los otros, lo que para la autora es su base constitutiva (Butler, 2004; 2006; 2010). Es así la vulnerabilidad la condición común del ser corporeizado, la condición ontológica universal del sujeto. Solo a partir de su reconocimiento se prestan las condiciones para cambiar el sentido y la estructura de la vulnerabilidad misma. Las normas de reconocimiento que posibilitan el captar una vida como vulnerable son, entonces, precondition de la humanización, son esenciales para la constitución de la vulnerabilidad como una precondition de lo “humano”, y son por lo tanto estas normas las que deberían ser foco de análisis y debate cuando nos encontramos frente a problemáticas en las que la localización de la posibilidad de ser reconocidas está diferencialmente distribuida (en la que, como se verá en los capítulos más adelante, unos cuerpos son reconstruidos con prótesis high-tec, mientras otros, para reconstruirse, recurren a materiales reciclados).

La vulnerabilidad¹⁴ es entonces para la autora la condición común del ser corporeizado, la condición ontológica universal del sujeto. Esto implica que la ontología corporal es una ontología social, pues no existe vida sin las condiciones (instituciones sociales y relaciones reproducibles) que de manera variable entran a sostener la vida. Y estas condiciones son esencialmente sociales. De esta manera, “*to be a body, is to be exposed to socially and politically articulated forces that craft the body itself*” (Butler, 2009, p. 3).

Para poner en diálogo la vulnerabilidad de las vidas con los marcos que existen para reconocerla o desconocerla como tal, Butler (2010) introduce dos conceptos diferentes: por una parte, con *precariedad* se refiere a una condición inescapable inherente al ser humano, pues como seres encarnados estamos expuestos al dolor, al daño y a la muerte. La precaridad (*precarity*) en cambio, se refiere a una “condición políticamente inducida en la que ciertas poblaciones adolecen de falta de redes de apoyo sociales y económicas y están diferencialmente más expuestas a los daños, la violencia y la muerte” (p. 46). Es también una condición políticamente inducida de la precariedad, que se maximiza para “poblaciones

¹⁴ A diferencia de las tradiciones metafísicas que presuponen la autonomía o la racionalidad como constitutivas de la condición de *humano*, para Butler es la pérdida, la fragilidad, la dependencia insuperable a los otros, en suma, lo que denomina *precariedad*, lo que es su base constitutiva.

expuestas a la violencia estatal arbitraria que, a menudo, no tienen otra opción que la de apelar al Estado mismo contra el que necesitan protección” (p. 47).

La *precaridad* como condición inducida abre la posibilidad de debatir cómo la valía de las vidas se encuentra distribuida de manera diferencial a partir de marcos a través de los cuales las operaciones de poder hacen de los sujetos vidas que existen. En este sentido, no debe asumirse que hay un sujeto previo a la práctica; no se es humano por poseer una esencia o por una “herencia metafísica”: lo humano es el producto de la relación con el otro, “es la respuesta que damos a la apelación del otro” (Mèlich Sangrà, 2014).

Las diferencias e injusticias a las que ciertas vidas están expuestas no pueden ser entonces leído en términos de problemas identitarios (aspecto que diferencia la postura de Butler del modelo interseccional). Al formular la pregunta sobre quiénes cuentan como vida, se deja de lado la asunción de que existen sujetos o comunidades ya constituidas y se pone en evidencia que “lo que está en juego es la existencia de unas comunidades no del todo reconocidas como tales, de unos sujetos que estando vivos no son considerados como «vidas»” (Butler, 2010, p. 54 y 55). En el caso particular de los ataques con agentes químicos, la manera en que estas fuerzas sociales y políticas moldean el cuerpo queda materialmente expuesta, a la vista de todos/as, incluso a la vista de aquellos/as que no quieren verlo; queda igualmente expuesta la manera en que estas fuerzas distribuyen diferencialmente el valor de unas vidas sobre otras. A unas se les intervienen los párpados de los ojos para que puedan ver, y para que, al mirarlas desde el exterior, se vean “bonitos”; a otras, en cambio, se las observa desde el exterior y no importa que ellas no puedan observarnos: la retracción de las cicatrices en los párpados les va cerrando los ojos y deformando la cara, pero eso no importa. No todas las vidas son dignas de duelo, no todos los cuerpos son dignos de inversión.

Para indagar la manera en que la valía de las vidas se encuentra distribuida de manera tal que existen sujetos vivos que no son considerados “vidas”, es necesario explorar entonces los sistemas de significados (categorías, signos, etc) que en cada sociedad establecen “quién es ese otro al que tengo que responder y del que tengo que ocuparme” y de quienes puedo prescindir, es decir, las maneras en que las disposiciones afectivas y éticas operan dentro de específicas sociedades humanizando y creando “vidas dignas de duelo”, o deshumanizando al legitimar “la indiferencia, la destrucción y la crueldad de los que no han sido reconocidos como «humanos»” (Mèlich Sangrà, 2014). Plantea Butler (2010) que “la crítica de la

violencia debe empezar por la pregunta de la representabilidad de la vida como tal: ¿qué permite a una vida volverse visible en su precariedad y en su necesidad de cobijo y qué es lo que nos impide ver o comprender ciertas vidas de esta manera?”. Ante esta pregunta, la autora afirma que “el plan interpretativo tácito que divide las vidas en meritorias y no meritorias funciona fundamentalmente a través de los sentidos, diferenciando los gritos que podemos oír de los que no podemos oír, las visiones que podemos ver de las que no podemos ver, y lo mismo al nivel del tacto e incluso del olfato” (p. 81).

El énfasis en el cuerpo como fenómeno social, en la vulnerabilidad y en la distribución diferencial del reconocimiento de las vidas, invita a repensar la responsabilidad y llama a desestabilizar las condiciones sociales e institucionales que hacen de unas vidas menos sostenibles.

Itinerarios terapéuticos

El marco teórico sobre el cuerpo presentado anteriormente aboga por la desaparición del cuerpo como categoría universal, a favor de una concepción del *cuerpo en proceso*¹⁵, en el que las formas de materialización, más que la materia misma, sean objeto de atención (Price y Shildrick, 1999). Esta perspectiva sobre el cuerpo como entidad abierta, en proceso y en relación que ofrecen los estudios feministas, invita a una aproximación a las transformaciones e intercambios durante los *itinerarios* emprendidos para el cuidado y la

¹⁵ Lo anterior resuena con el pensamiento Deleuziano y con las definiciones del cuerpo de Bruno Latour. Siguiendo al primer autor, afirma Esperón (2014) que “un cuerpo no se define por lo que es, sino por lo que puede, y esto supone un quantum de fuerzas en relación” (p. 93). Por la multiplicidad de posibilidades en su capacidad de afectar y de ser afectado, por las relaciones y conexiones que crea con otros cuerpos, el cuerpo deviene junto a otros cuerpos. “Un cuerpo es un proceso abierto y en formación continua, oscilante, que desestructura toda forma a priori de fundamentación totalidad inacabada e incompleta, es un campo de fuerzas generativas y productivas actualizándose sin agotar su poder de cambio” (p.93). En los planteamientos de Bruno Latour (2004), por otra parte, se plantea una concepción del cuerpo como un lugar que da cuenta de sí a través de los rastros de una trayectoria que lo hace aprender a ser sensible al mundo (learning to be affected). Define having a body como “accounting for a multiverse of articulated propositions” (p. 214). Esta definición comprende el cuerpo –o el tener un cuerpo- como algo que se adquiere a través de experiencias sensibles. Articular es ser tocado (affected) por las diferencias, por los otros, incorporarlas/los. Learning to be affected es dinámico; los objetos que son intermediarios en ese recorrido/aprendizaje son parte del cuerpo: los rastros incluyen los objetos que median en la “afectación” del cuerpo, es decir, el objeto que es sujeto de ser sentido por el cuerpo, es parte de lo que es tener un cuerpo. Reconstruir un cuerpo, entonces, no cesa, es móvil, dinámico. La reiteración no construye realidades estáticas sino transitorias.

reconstrucción, que tenga en cuenta la manera en que los procesos económicos, sociales y culturales intervienen sobre las formas de atención, así como la manera en que durante este proceso se buscan, crean y resignifican las formas de atención miradas a la reconstrucción. Para esto, dos conceptos de la antropología médica nutrirán las reflexiones y exploraciones realizadas. Estos son los postulados de Kleinman sobre el *sistema de cuidado de la salud* (1978; 1980) y sobre los *itinerarios terapéuticos* (Augè, 1986). Si bien estos no serán abordados explícitamente a lo largo de todos los capítulos, estos aportes de la antropología médica ofrecen principios sobre los cuales comprender y tejer lo presentado a lo largo de esta tesis.

En relación al *sistema de cuidado de la salud*, con la intención de comprender la salud, la enfermedad y la curación en la sociedad como un sistema cultural¹⁶, el autor plantea que frente al cuidado de la salud existen al menos tres campos sociales (o subsistemas de cuidado) en los que la enfermedad (sickness) es experimentada y frente a la cual se generan mecanismos para atenderla. Por un lado, el popular incluye los contextos familiares asociados a la enfermedad y su cuidado, así como las redes sociales y las actividades comunitarias. El campo profesional, por otra parte, se encuentra dominado principalmente por la biomedicina y es avalado por marcos legislativos en contextos occidentales. Este se caracteriza -siguiendo la propuesta de Menéndez (2005) sobre el *Modelo Médico Hegemónico Biomédico-*, por el

biologismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica” (p. 47).

¹⁶ El autor entiende estos como sistemas sociales y culturales, con lo que hace presente que no son solo sistemas de sentido y normas comportamentales, sino que tales normas y sentidos están vinculadas a formas particulares de relación social y de ámbitos institucionales (p. 85). Así relaciona factores externos de orden socio político, histórico, económico, epidemiológico y tecnológico, a procesos internos de orden psicofisiológico y comportamental, de manera que las creencias y actividades médicas se relacionan con estructuras sociopolíticas situadas en lo local. Cómo la cultura media entre los factores internos y externos de los sistemas médicos se entiende como un importante determinante de su contenido, de sus efectos, y de los cambios que presenta.

Por último, el subsistema *folk*, está constituido por sujetos no profesionales que atienden la enfermedad a través de curas no avaladas por los sistemas medicolegales dominantes (p. 85 y 87).

Cada uno de estos campos provee definiciones diferentes y *modelos explicativos*¹⁷ tanto de la salud como la enfermedad y su cuidado; cada uno contiene y organiza creencias legitimadas dentro del subsistema, expectativas, roles y relaciones, creando de esta manera *realidades clínicas* diversas. Estos sistemas de cuidado de la salud contienen las construcciones culturales de la experiencia de enfermedad, así como las estrategias y criterios de evaluación que guían las decisiones entorno a la elección de prácticas de cuidados de salud y entorno a la valoración de la eficacia terapéutica (Kleinman, 1980). Si bien las consecuencias del ataque no podrían ser conceptualizadas bajo la categoría “enfermedad”, las malformaciones y las implicaciones funcionales suponen, al igual que en casos de enfermedades crónicas, una redefinición identitaria y un cambio en la vida cotidiana, que se permeará de experiencias relacionadas con la búsqueda de soluciones para atender las secuencias físicas, tanto estéticas como funcionales, del ataque.

Los diversos subsistemas no establecen fronteras excluyentes entre sí: coexisten sin necesariamente encuadrarse en un modelo integrado y coherente (Alves y Sousa, 1999). El tránsito entre estos, las experiencias aquí insertas, las trayectorias y proyectos individuales o colectivos formados a partir de un conjunto de posibilidades, las elecciones que se toman para dar respuestas de cuidado -estas elecciones son acciones significativas que dependen de coordenadas establecidas por el “mundo intersubjetivo del sentido común” (Alves y Sousa, 1999, p. 131)-, son las que constituirán en su conjunto los *itinerarios terapéuticos*.

De acuerdo con Alves y Sousa (1999), este concepto remite a una “cadena de eventos sucesivos que forman una unidad (...) designa un conjunto de planes, estrategias y proyectos

¹⁷ Se entiende como un conjunto articulado (aunque plástico y fluctuante) de explicaciones sobre la enfermedad (etiología, sintomatología, fisiopatología, curso de la enfermedad y tratamiento) y su cuidado, que determina lo que se puede considerar como evidencia clínica relevante y cómo se organiza e interpreta con base en las racionalidades que subyacen a las distintas perspectivas terapéuticas según el subsistema en el que estén inmersas, de manera que tanto pacientes, como familiares y profesionales tienen sus propios modelos (Alves y Sousa, 1999). Este concepto permite relacionar el contexto cultural y la acción singularizada de cada sujeto en la construcción de su propio itinerario terapéutico.

volcados hacia un objetivo preconcebido: el tratamiento de la aflicción” (p. 133, traducción propia). Estos componen una unidad articulada establecida por acciones que se suceden o se superponen de manera no necesariamente determinada o esquematizada, aunque es solo posible hablar de articulación en el momento en el que quien emprendió el itinerario mira hacia atrás para interpretar, con base en sus conocimientos actuales, sus experiencias pasadas, así que estos itinerarios son tanto una experiencia vivida, como una interpretación del pasado para otorgar sentido y coherencia a actos fragmentados. Es así que, según estos autores, el “itinerario terapéutico incluye tanto acciones como discursos sobre esas acciones” (p. 134, traducción propia).

En las trayectorias de búsqueda, producción y gerenciamiento del cuidado de la salud (Venturiello, 2012), es posible recurrir de manera simultánea a tratamientos con visiones discordantes o incluso contradictorias acerca de la salud o la enfermedad, de manera que quienes protagonizan sus propios itinerarios (así como familiares o personas significativas del entorno de los dolientes) están en una continua negociación de significados.

El concepto de *itinerario terapéutico*, en diálogo con el *sistema de cuidado de la salud*, subraya la incorporación de la dimensión cultural en los procesos de cuidado y rechaza los postulados asociados al análisis del “comportamiento del enfermo”, que prioriza lecturas individualistas y voluntaristas de la acción, así como aquellas que asumen que la búsqueda de servicios de salud está enmarcada solo dentro de las posibilidades otorgadas por los dispositivos biomédicos existentes; invita a realizar abordajes que permitan establecer relaciones entre la dimensión sociocultural y la conducta singularizada de los individuos. Los aspectos individuales están informados por representaciones culturales relacionadas con la enfermedad y con los sistemas de cuidado, así como por condiciones socioestructurales que moldean el acceso a las diferentes posibilidades de cuidado. También intenta dar cuenta de la singularidad, parcialidad y provisoriedad de las respuestas de cuidado, pues el itinerario está marcado por vacilaciones, indefiniciones, dilemas, expectativas y cambios entre sistemas de cuidado (Tavares, 2017), y las elecciones que se realizan expresan construcciones subjetivas (aunque enmarcadas culturalmente) acerca del proceso de enfermedad.

En el caso de las mujeres atacadas con agentes químicos, el objeto de principal atención y cuidado en la dimensión física es la *cicatriz*, que, en su doble dimensión estética y funcional, lleva a la búsqueda de intervenciones que van tranzando los recorridos que

compondrán los itinerarios. Esto implica el paso por diversos subsistemas de cuidado de la salud, que sostienen interpretaciones divergentes sobre la reconstrucción, que en ocasiones se combinan o articulan.

Aunque la primera parte del texto está destinada a evidenciar los discursos propios de los sistemas jurídicos que sostienen el marco de posibilidades para intervenir el cuerpo desde los saberes formales, así como visibilizar experiencias de acceso desigual a los derechos, en los últimos dos capítulos se abordan a profundidad las propuestas, discursos, experiencias e intercambios dentro del denominado *campo biomédico* y el *sistema popular*.

Cuerpo, cirugía plástica y feminismos

Uno de los campos de la biomedicina con mayor relevancia para discutir el proceso de reconstrucción del cuerpo de las sobrevivientes de ataques con agentes químicos es la cirugía plástica.

Varios trabajos realizados a partir de la década de los 70 y enmarcados en la corriente del estructuralismo crítico y del construccionismo social sobre la medicina moderna y occidental, han puesto en evidencia la manera en que esta disciplina, que funge como medio para mantener el orden social a través de la definición de lo *normal* y lo *desviado*, contribuye a perpetuar las desigualdades sociales y las brechas entre privilegiados y desfavorecidos. Al poner bajo análisis las condiciones políticas, económicas e históricas que hay detrás de las causas y las “curas” a los y las enfermos/as, la discusión en torno a la dimensión sociocultural de la enfermedad permite cuestionar las pretensiones de neutralidad política de los discursos generados desde la biomedicina (Lupton, 2012).

Varias de las categorías teóricas centrales a estos estudios fueron articuladas en el trabajo de Foucault: “Cuerpos dóciles”, “biopoder” o “microprácticas”, son algunos de los conceptos que recogen estos planteamientos. Sin embargo, como lo narra Susan Bordo (2001), “eso fue descubierto por el feminismo, y mucho antes de que entrara en su matrimonio con el pensamiento posestructuralista” (p. 36). Los feminismos, según Bordo, entendieron el cuerpo como una entidad políticamente inscrita. Su materialidad y fundamentación biológica sería vista como conformada por prácticas de control y contención que entrenan al cuerpo femenino en la docilidad y la obediencia. La cirugía plástica ha sido una de las ramas de la medicina que ha alentado más discusiones al respecto.

Esta especialidad se divide en estética y reconstructiva. Mientras la primera se centra en mejorar o modificar la apariencia de la persona cuando no hay razones orgánicas o funcionales que justifiquen la intervención, la segunda se realiza con la finalidad restablecer la función de órganos o tejidos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales (Ministerio de Salud, 2020b). Las fronteras expuestas en las lecturas a estas prácticas desde las ciencias sociales ponen en evidencia que hay, en general, una construcción diferente acerca de la “dignidad ética” y justificabilidad de las intervenciones según el campo al que pertenezcan (Córdoba, 2016). Los ataques con agentes químicos dejan secuelas tanto estéticas como funcionales, y las porosidades, justificaciones y asimetrías valorativas entre las intervenciones estéticas y las destinadas a restituir la función, invitan a explorar un marco teórico capaz de dar cuenta de cómo se construyen los discursos que sustentan estas prácticas.

Desde los estudios feministas en ciencia y tecnología se ha visibilizado y discutido la porosidad entre ambos tipos de intervención, anunciando que “la distinción es difusa, los límites no son nada claros y es un tanto problemática” (Pérez-Sedeño, 2014, p. 92). Los

argumentos sobre los que se sostiene la afirmación del carácter *necesario* de las intervenciones estéticas tienen a la base la defensa de la relación entre la felicidad y la autoestima, entre otros factores psicológicos individuales, con el estado de salud general. Tal y como lo reconstruye Pérez-Sedeño (2014), estas discusiones no nacen en el moderno siglo XX. El primer registro sobre estas asociaciones que difuminan la clara distinción entre las intervenciones estéticas y las reconstructivas datan del siglo XVI.

El profesor de cirugía de la Universidad de Bologna, Giuseppe Tagliacozzi, planteó que una persona sin nariz, ya fuese por motivos congénitos o adquiridos como secuelas de enfermedades como la lepra o la sífilis, o eventos traumáticos por accidentalidad o violencia, debía necesariamente ser infeliz, y tal infelicidad podría relacionarse con el estado de salud general, propiciando la aparición de diversas enfermedades. A través de colgajos, el médico italiano reparó narices de sifilíticas, lo que en el marco de la contrarreforma religiosa le costaría la vida, puesto que las deformidades eran consideradas designios divinos que no debían ser intervenidos por el hombre (Pérez-Sedeño, 2014). Los planteamientos de Tagliacozzi son los primeros registros en los que se difumina los límites aparentemente claros en los que lo reparador busca “devolver funcionalidad” mientras que lo estético se desliga del estado de salud.

Durante el periodo ilustrado, los mandatos religiosos que prohíben intervenir el cuerpo dan paso al privilegio de la razón, que debía ser utilizada en pro del cuidado de la salud y de la búsqueda de la felicidad. A finales del siglo XIX y principios del XX se acogen nuevas prácticas y proyectos de intervención sobre el cuerpo que incluyen, además de las intervenciones destinadas a reconstruir las caras deformadas durante las batallas de los soldados (sobre esto es reconocido el trabajo del cirujano británico nacido en Nueva Zelanda Harold Delf Gillies), cirugías enfocadas en transformar características étnicas (la nariz negra o judía, o las intervenciones para disminuir los ojos rasgados, por ejemplo), o intervenir los rasgos sexuales primarios y secundarios para la reasignación de sexo (Pérez-Sedeño, 2014). Las problematizaciones ético-políticas que estas últimas nuevas prácticas inauguran, favorecen la aparición de aproximaciones socio críticas a la lectura de la cirugía plástica, especialmente desde las últimas décadas del S. XX, momento en el que se discute la matriz patriarcal o racista de la cirugía plástica.

La siempre creciente paleta de intervenciones posibles, de la mano con la constitución de la industria y la consolidación del mercado de la transformación corporal que incluiría prácticas catalogadas como pertenecientes estrictamente al campo de la estética, como el bótox, las cirugías de estiramiento facial, las liposucciones y los aumentos de senos (en 1962 se establece la técnica de aumento a través de implantes) o glúteos, darían nacimiento a una importante producción teórica desde los feminismos, que se ocuparon de enriquecer los debates en torno a la estética y la reconstructiva, inicialmente desde un marco que las concibió prioritariamente como prácticas biopolíticas de control de los cuerpos y las subjetividades. Los cuerpos de las mujeres, entendidos como superficie de inscripción de discursos patriarcales, serían los principales destinatarios de un proyecto de docilización a través de la restricción cada vez mayor de los límites de lo “normal”, lo “bello”, lo “saludable” y lo “deseable”.

Con esta problemática bien definida, la mayor parte de investigaciones feministas al respecto, se centraron en la cirugía plástica estética. Desde los años 70, se consolidaría una lectura de esta práctica médica como un mecanismo de docilización y control del cuerpo

femenino, y quienes se sometían a estas prácticas serían vistas como “idiotas culturales¹⁸” (ver el trabajo de la antropóloga Frances McGregor) que irreflexivamente reproducen los mandatos de la estructura patriarcal (Córdoba, 2019). Posteriormente, y especialmente en el marco de los feminismos liberales, estas prácticas serían leídas como una forma de empoderamiento femenino.

A finales del S. XX, surge un marco teórico que disputaría ambas lecturas. Autoras como Susan Bordo (1993), Anne Balsamo (1996), Kathy Davis (1997) y Virginia Blum (2003), son algunas de las referentes que atendieron el tema desde lecturas diversas ancladas a los feminismos en estos años, que complejizan la aproximación al fenómeno.

Bordo, reconocida especialmente por su trabajo sobre trastornos de alimentación, atiende también las prácticas de modificación corporal a través de la cirugía plástica estética. Hace una rigurosa crítica a aquellos discursos que sostienen que las estrategias de moldeamiento corporal hacen parte de un arsenal liberador que permite empoderar a las mujeres y hacerlas dueñas de su propio cuerpo y su propio destino. Enfatiza el carácter disciplinario y opresivo de los regímenes sobre los que se sostienen estas prácticas y al hacerlo, evidencia que la aparente y defendida “agencia” asociada a estas intervenciones, es en realidad una forma de sumisión. También señala, atendiendo a la performatividad, que las mujeres que se someten a estas intervenciones no solo están siendo moldeadas por la cultura, sino que están también contribuyendo a crear y moldear la cultura de la cirugía estética.

Balsamo se preocupa por la construcción de los tecno-cuerpos postmodernos en la cultura contemporánea y argumenta que, ya que los cuerpos son siempre generizados y marcados por la raza, existen formas múltiples de corporalidad tecnificada (technological embodiment) que hay que atender a la hora de teorizar y comprender el status del cuerpo contemporáneo. Sostiene que estas aproximaciones deben alejarse de lecturas que asuman el cuerpo como pura construcción discursiva, así como aquellas que lo reducen a puro objeto

¹⁸ Córdoba (2019), comenta que “La expresión ‘idiota cultural’ (del inglés ‘*cultural dope*’) fue acuñada por Harold Garfinkel, como una referencia irónica a la visión parsoniana de la agencia imperante en la sociología norteamericana de mediados del siglo pasado ...) ‘Por ‘idiota cultural’ me refiero al hombre-en-la-sociedad del sociólogo, que produce los rasgos estables de la sociedad actuando en conformidad con las alternativas de acción preestablecidas y legítimas que la cultura común ofrece’ (Garfinkel, 1967: 68)”.

material y propende por concepciones que la naturaleza dual (material y discursiva) del cuerpo. A partir de esta aproximación, plantea que la cirugía estética es una práctica a través de la cual el cuerpo natural es tecnológicamente transformado en un signo cultural.

Davis se ocupa de deconstruir la imagen de la mujer como una oprimida y dócil creatura que consume tecnologías estéticas de manera acrítica para ajustarse a los modelos impuestos por construcciones patriarcales sobre lo normal y lo deseable. Concibe a las mujeres que se someten a intervenciones estéticas como agentes dentro de una cultura que privilegia construcciones específicas sobre lo bello y atractivo, que escogen sus cuerpos y sus vidas de manera autónoma y con base en una toma de decisión informada. Afirma no desconocer la existencia de estructuras sociales y límites culturales que moldean las construcciones sexo-genéricas, así como que la cirugía estética se sostiene en discursos sobre la inferioridad femenina y las intervenciones estéticas pueden ser leídas como un síntoma de opresión en el marco de un sistema patriarcal; sin embargo, su lectura se enfoca en presentar esta práctica como un acto de empoderamiento femenino. En este sentido, sus aproximaciones son más inclinadas hacia lecturas propias del feminismo liberal.

Por último, Blum parte de experiencias propias como “paciente”, pues desde temprana edad fue sometida a procedimientos estéticos para “arreglar” partes de su cuerpo que no se ajustaban a los criterios de belleza de su madre. Desde su experiencia afirma que “When surgery enters your experience, the mirror becomes a kind of blueprint on which you project and plan the future of your body” (p.4). Incluye en sus análisis el hiperconsumo de imágenes de cuerpos atractivos y seductores en el nuevo milenio, cuerpos que se someten a prácticas rígidamente convencionalizadas sobre la belleza y el estilo, pero se centra específicamente en tratar de comprender lo que significa cambiar/moldearse a través de la cirugía: “at the same time that we dutifully carve the aesthetic regime into our bodies, the practice of plastic surgery radically disrupts our desperate efforts at fixing a stable relationship between appearance and character or even at locating that elusive entity known as “self” (p. 57).

Por otra parte, siempre desde un marco de lectura anclado a los feminismos y estudios de género, con el nuevo siglo nacieron ricos debates ya no centrados en las intervenciones estéticas exclusivamente, sino que complejizaron la distinción entre lo reconstructivo y lo

estético a partir de la atención sobre dos tipos de intervenciones en particular: por una parte, las cirugías destinadas a generar cambios sobre las características sexuales en personas cuyas identidades de género no se corresponden con los caracteres sexuales primarios y secundarios (Preciado, 2008); por otra, la cirugía de reconstrucción o de aumento del tejido mamario. En relación a esto último, Coll-Planas, Alfama y Cruells (2013; 2017), parten de los postulados de Teresa de Laurentis, para entender la cirugía plástica como una *tecnología de género* que participa en el proceso de construcción y definición sobre lo masculino y lo femenino a través de prácticas y discursos; el género es, en este sentido, entendido como “el producto de varias tecnologías sociales... y de discursos, epistemologías y prácticas institucionalizadas, así como prácticas al interior de la vida cotidiana” (p. 179, traducción propia). A partir del análisis de discursos profesionales acerca de tres tipos de intervenciones sobre el torso femenino (cirugía de reconstrucción post-oncológica, implantes mamarios para mujeres transexuales o aumento mamario por razones estéticas), los autores y autoras cuestionan la tajante distinción entre cirugía plástica estética y reconstructiva -en donde la segunda se asocia a una objetiva “necesidad”- y exploran los mecanismos de legitimización de la demanda de intervención. Su trabajo problematiza los límites entre la cirugía estética y la reconstructiva, y da cuenta de los varios factores que participan en establecerlos: las definiciones sobre lo normal y anormal, las concepciones sobre el género, las ideas sobre qué intervenciones son legítimas y sobre qué cuerpos o sufrimientos son considerados importantes para intervenir.

Estas nuevas visiones y problematizaciones obligaron a incluir nuevos elementos en los debates sobre la necesidad y justificación de generar cobertura pública hacia estas intervenciones. Los casos de cirugías de cambio de sexo, y el seno como significante de feminidad en los casos tratados por Coll-Planas, Alfama y Cruells (2013; 2017), difuminaron los límites aparentemente claros entre lo estético y lo reconstructivo y dieron cuenta de la manera en que discursivamente se vienen construyendo justificaciones en el ámbito biomédico sobre procedimientos que no responden a las definiciones de las intervenciones inicialmente definidas dentro del polo de lo “reconstructivo” (anomalías congénitas o malformaciones por traumatismo), que dan cabida una idea de *salud* que incluye la “salud mental” y el “bienestar emocional”, tal y como Tagliacozzi ya lo anunciaba algunos siglos antes. Desde los feminismos y los estudios de género se ha criticado la creación de categorías

nosológicas psiquiátricas como requisito para la justificación de las intervenciones y se ha evidenciado que, en el caso de las intervenciones sobre el seno, la individualización del sufrimiento por no tener un torso normativo omite las estructuras de poder patriarcal que sostienen y reproducen ideas específicas de cuerpos femeninos “normales”.

En resumen, mientras los trabajos desarrollados a finales del S. XX se centraron en la cirugía estética destinada a modelar los “cuerpos sanos” de mujeres/consumidoras y presentan debates que encuentran en su centro las ideas de opresión/agencia, sumisión/emancipación, violencia/libertad, etc, los segundos exploran los límites de la idea de “salud” y presentan argumentos sobre los que se problematiza la “legitimidad de la demanda” en intervenciones que técnicamente son innecesarias para mantener la vida biológica o para devolver la “normalidad” perdida por eventos traumáticos o enfermedad. Ambos cuerpos de trabajos evidencian cómo el cuerpo es "vulnerable a los cambios ideológicos, los procesos discursivos y las luchas de poder" (Lupton, 2012, p. 22), y dan cuenta de la manera en que las concepciones culturales del género permean los marcos de sentido de los profesionales llamados a implementar las intervenciones.

Todos estos estudios evidencian la valencia política del cuerpo y varios se centran en indagar las implicaciones de las transformaciones corporales sobre la constitución y moldeamiento del sujeto y su subjetividad. Invitan a dirigir la mirada sobre el sistema de valores que sostiene las justificaciones que terminan por determinar, en el caso que se trabaja en esta tesis, qué intervenciones se construyen como “necesarias” y cuáles deben ser financiadas por el sistema público de salud. Por este motivo, analizar los discursos de los cirujanos y cirujanas que intervienen estos cuerpos es uno de los objetivos de este trabajo, en particular porque tales diferencias valorativas entre lo que es justificable o no, llevan en la práctica a la exclusión de ciertas mujeres de recibir intervenciones sobre sus cicatrices. Lo que permite el análisis en el campo de la reconstrucción tras un ataque con químicos, es también complejizar estos debates, en los que la desfiguración permanente causada por el ataque introduce una serie de cuestiones que llevan a que los discursos sobre lo estético y lo reconstructivo sean menos definidos y cerrados.

4. Metodología

En lo que sigue en este apartado, describiré los principios epistemológicos y éticos en los que se sitúa esta investigación. Posteriormente, luego de describir los objetivos, el general y los específicos, me centraré en dar cuenta de los instrumentos y las técnicas de recolección de datos que, en el marco de la etnografía multisituada, incluyen la observación participante, complementada por entrevistas en profundidad y por el análisis de documentos públicos, material fotográfico y video. Si bien los intereses de esta investigación giran específicamente en torno a los itinerarios de reconstrucción de los cuerpos de mujeres atacadas por agentes químicos en Bogotá, se da un espacio en este apartado a la presentación de elementos de carácter autoetnográfico, en los que mi propio cuerpo, al ser objeto de reflexión, permite una comprensión situada de los marcos interpretativos que guían lo que escribo a partir de lo que observo y escucho.

También se hablará sobre los primeros acercamientos al campo, sobre quiénes son las personas que hacen parte de este trabajo y porqué hacen parte de él y sobre la manera en la que el tiempo transcurrido desde unos primeros encuentros hace seis años, han incidido profundamente en el tipo de relación instaurada, incidiendo en la calidad de la información recolectada y en mí misma, lo que ha implicado un moldeamiento de los marcos de interpretación de lo escuchado y de lo observado, así como de los significados atribuidos a las formas y marcas en el cuerpo y a lo que acojo en el proceso de análisis de resultados y escritura del texto.

Aun cuando la metodología privilegiada en esta investigación es netamente cualitativa y por lo tanto las fases de recolección, análisis y escritura del texto no son cerradas, sino que se entremezclan, se superponen y se enredan, en este apartado se dividen para dar cuenta de manera esquemática de la metodología utilizada.

Posicionamiento epistemológico: epistemologías feministas y conocimientos situados

A lo largo de esta investigación, me he preguntado múltiples veces sobre la pertinencia de lo que presento, de lo que observo, sobre el sentido de hablar sobre lo que quiero hablar, sobre las implicaciones políticas y relacionales de lo que escribo y sobre las

posibilidades de dar cuenta de manera atinada de las violencias institucionales y simbólicas insertas en las experiencias de reconstrucción de los cuerpos de mujeres que han sido atacadas con agentes químicos, así como de su potencia individual y colectiva para hacerle frente, resistir o rebelarse. Viéndolo en retrospectiva, estas reflexiones me han llevado a reconocerme y situarme en diversas posturas frente al quehacer investigativo. A pesar de los tránsitos por posicionamientos diversos, los principios de las epistemologías feministas, especialmente aquellas inscritas en el postestructuralismo, han estado presentes de manera transversal durante toda la investigación.

Las epistemologías feministas estudian las formas en que el género influye sobre nuestras concepciones del conocimiento, del sujeto que conoce y de las prácticas de indagación y justificación que subyacen a la producción y reproducción de conocimientos. Les es adjudicable un “extendido desencanto hacia las abstracciones y las ilusiones positivistas, así como los dualismos sujetos/objeto, pensamiento/sentimiento, sujeto conocedor/objeto de conocimiento, personal/político” (Gregorio Gil, 2014, p. 299).

Las tres posiciones clásicas de las epistemologías feministas (Harding, 2004), enriquecidas en los últimos años por una proliferación de múltiples posiciones teóricas y por el reconocimiento de los entrecruces de sus postulados han sido, de acuerdo con Anderson (2020), el *empirismo feminista contextual*, la *teoría del punto de vista feminista* y las epistemologías feministas *postestructuralistas* o *postmodernas*. Todas estas confluyen en criticar los postulados positivistas acerca de una ciencia neutral y libre de valores, a la vez que rechazan el relativismo epistemológico¹⁹; la apuesta se dirige a generar “nuevas formas de objetividad que han de ser situadas, parciales y políticamente comprometidas” (Pérez Sedeño y Ortega Arjonilla, 2014, p. 25).

¹⁹ En cierta medida, estos planteamientos hacen eco con Bourdieu (1999), quien afirma que "el sueño positivista de una perfecta inocencia epistemológica enmascara, en efecto, el hecho de que la diferencia no es entre la ciencia que efectúa una construcción y la que no lo hace, sino entre la que lo hace sin saberlo y la que, sabiéndolo, se esfuerza por conocer y dominar lo mas completamente posible sus actos, inevitables, de construcción y los efectos que, de manera igualmente inevitable, estos producen" (p. 528). El autor recuerda que los objetos de conocimiento son construidos, no registrados como el representacionismo inscrito en el positivismo materialista sugiere. Esto supone, tal como lo defiende en *El sentido práctico* (2007), que cualquier avance de conocimiento en las ciencias sociales requiere necesariamente de una reflexión sobre las condiciones a partir de las cuales surge (y en las cuales se inscribe) ese mismo conocimiento.

Como práctica politizada, comprometida y reconocedora de su intrínseca e inevitable parcialidad, la investigación inscrita en los feminismos identifica las formas en que las concepciones y prácticas dominantes de la atribución, adquisición y justificación del conocimiento, perjudican sistemáticamente a las mujeres y otros grupos subordinados, por lo que se esfuerza por reformarlas para que sirvan a sus intereses. Para esto se develan, por ejemplo, las prácticas de *injusticia epistémica* (Fricker, 2017), o aquellas concepciones hegemónicas de *conocimiento, conocedores, objetividad o metodología científica* que excluyen a estos grupos de la investigación o producen teorías y conocimientos no útiles para ellos, a la vez que omiten el análisis sobre las relaciones de poder inscritas en los fenómenos a conocer y refuerzan las jerarquías sociales (Anderson, 2020).

Un concepto central dentro de las epistemologías feministas, que resuena con lo anterior y marca el posicionamiento por mí adoptado durante la investigación, es el de los *conocimientos situados*. Antes de que Donna Haraway (1991) lo acuñara en esos términos en *Ciencia, ciborgs y mujeres*, algunos de sus principios podían encontrarse descritos en el trabajo de diferentes autoras feministas. A principios de los años 80, Adrienne Rich (1986) aboga desde la poesía por una práctica de *the politics of locations*, a través de lo que hace un llamado a lo particular y a evidenciar la historia, el lugar y las vivencias específicas detrás de quien habla: “Begin with the material. Pick up again the long struggle against lofty and privileged abstraction”; o Gloria Anzaldúa (1999), quien desde el complejo e inacabado lugar de la *mestiza*, expone los riesgos de la visión positivista de la ciencia, en la que se defiende una absoluta separabilidad entre investigador/a (neutral, objetivo/a, ahistórico/a, sin género, ni raza, ni clase) y objeto de análisis:

In trying to become "objective", Western culture made "objects" of things and people when it distanced itself from them, thereby losing "touch" with them. This dichotomy is the root of all violence. Not only was the brain split into two functions but so was reality (p.59).

Los debates epistemológicos inscritos en los *conocimientos situados*, bien acogidos por los feminismos decoloniales, postmodernos, *queers* y *crips*, no solo denuncian el poder de invisibilización y las violencias implícitas en los universalismos y exigen hablar en

plurales²⁰ -the danger of a *single story*, como diría Ngodzi Adiche -, sino que también advierten sobre la importancia de observar, analizar y develar el lugar y las posibilidades de enunciación de quien está detrás del lente, observando y describiendo una supuesta realidad externa y objetivable. Estos planteamientos enfatizan que el conocimiento refleja perspectivas particulares del mundo y de los sujetos que lo conocen, de manera que la producción de un *conocimiento situado* abandona el “afán representacionista de una realidad externa y ajena a quien investiga” (Balasch y Montenegro, 2003) a favor de crear condiciones para articular al sujeto investigador con aquello investigado, lo que problematiza la idea de un/a investigador/a incorpóreo/a, neutral, objetivo/a y a-contextualizado/a.

Desde los *conocimientos situados*, el ejercicio reflexivo²¹ no se queda dentro de la piel del sujeto que investiga o en los debates sostenidos en encuentros con colegas. Como práctica de generación de conocimiento crítica y contestataria, al reconocimiento de un sujeto encarnado, generizado, enclasado y racializado que observa, se suma la práctica de develar en el texto la posición desde dónde se habla, para evitar precisamente “la falacia de hablar desde ningún lugar” (Balasch, & Montenegro, 2003).

²⁰ En este sentido, las bases epistemológicas y metodológicas de la antropología representan una ruptura en contraposición a otras disciplinas, en las que dominan lógicas nomotéticas. En el trabajo de Mary Jo del Vecchio Good (1995), anclado a los estudios culturales de la biomedicina contemporánea, se propone que el foco de interés de los estudios sobre sucesos/temas que implican a la comunidad global y políticas económicas transnacionales (como lo es la biomedicina), deben centrarse en las dinámicas, tensiones e intercambios entre los mundos locales y globales del conocimiento, tecnología y práctica. Con *mundos locales*, subraya la pluralidad de formas de entender y organizar el cuerpo de conocimiento y práctica sobre un fenómeno, y la dimensión social y cultural que los sitúa.

²¹ Bourdieu (2003) afirma que la reflexividad “no sólo es la única manera de salir de la contradicción que consiste en reivindicar la crítica relativizante y el relativismo en el caso de las restantes ciencias, sin dejar de permanecer vinculado a una epistemología realista. Entendida como el trabajo mediante el cual la ciencia social, tomándose a sí misma como objeto, se sirve de sus propias armas para entenderse y controlarse, es un medio especialmente eficaz de reforzar las posibilidades de acceder a la verdad reforzando las censuras mutuas y ofreciendo los principios de una crítica técnica, que permite controlar con mayor efectividad los factores adecuados para facilitar la investigación. No se trata de perseguir una nueva forma de saber absoluto, sino de ejercer una forma específica de la vigilancia epistemológica, exactamente, la que debe asumir dicha vigilancia en un terreno en el que los obstáculos epistemológicos son, de manera primordial, obstáculos sociales” (p. 154 y 155).

El *testigo modesto*²², popular figura entre los estudios feministas que Haraway (1997) desarrolla a partir de una crítica sobre la construcción moderna de la figura del científico - para el cual la *modestia* en el ejercicio científico se relaciona con la capacidad de borrar la propia subjetividad/corporalidad del panorama de lo investigado- cuestiona la idea de una objetividad garantizada mediante un tipo de retórica en la que el testimonio de los eventos narrados se auto-invisibiliza.

No negar mi influencia en la investigación y asumirme como *conocedora situada*, tuvo repercusiones directas sobre el método y cómo explicaré en detalle en el apartado que sigue, implicó mirar mi propio cuerpo y no solo los cuerpos que me rodearon: la dimensión de lo corporal, desde todo su ser semiótico-material, fue el punto de anclaje para situarme en la práctica investigativa, lo que llevé a cabo a través de la recogida y sistematización de las experiencias sensoriales y perceptivas desde dentro (desde una piel que siente, desde un cuerpo que reacciona fisiológicamente al encuentro con otros y otras, que experimenta y se asume como objeto de experimentación) y desde afuera (la revelación explícita y el análisis reflexivo sobre las construcciones de clase, raza y género que conforman mi cuerpo y que moldean mi corporalidad).

Estas experiencias encuentran cabida en algunos apartados del escrito. Permiten dar cuenta de la manera como mis propias marcas corporales juegan un rol en mi posicionamiento frente a las personas con las que interactúo, lo cual modela la manera como conozco y lo que conozco. Me jugué como sujeto de análisis, especialmente objetivando mis

²² Sobre el *testigo modesto*, Montenegro, Pujol y Vargas Monroy (2015), hacen una descripción esclarecedora: “Discutiendo la figura de Robert Boyle, Schapin y Schaffer (1985) deconstruyen este tipo de conocimiento para proponer que los “hechos científicos” son ante todo “producidos” a través de tres tecnologías: una tecnología material, que en vuelve el andamiaje del laboratorio, una tecnología escritural que produce el efecto de “objetividad” a través del ocultamiento, (la modestia), de aquel que da su testimonio y una tecnología social, que hace que el hecho científico sólo pueda ser “validado” a partir del testimonio de una comunidad de testigos (modestos). Retomando estadiscusión Haraway propone que la virtud del Testigo modesto es, ante todo, la de ser un “ventrílocuo” legítimo y autorizado del mundo de los objetos al desaparecer interpretativa y corporalmente del proceso de atestiguar, al describir y difundir el conocimiento producido desde una posición invisibilizada (Haraway, 1997)” (p. 1841 y 1842). Estas mismas tecnologías son también abordadas por Bourdieu (2003), en *El oficio del científico*, quien analiza las reglas y regularidades de los campos de producción del conocimiento científico.

propias marcas corporales de género, raza, clase, capital social y cultural, etc, así como mi propio lugar como habitante de espacios específicos de una ciudad fuertemente marcada por barreras invisibles asociadas a la clase.

La auto-explicitación social, cultural y política a través de la puesta en escena del cuerpo del sujeto cognoscente, supone una “reflexividad fuerte” (Harding, 2004). En esta, se elimina la invisibilización aséptica de quien conoce: sus creencias, deseos, intereses y prácticas culturales, sumadas a las marcas que se cargan en el cuerpo, son “dato”, hacen parte de la evidencia empírica. Esto supone un gesto crítico que da paso a una responsabilización del acto de conocer a través del cual “no eliminamos así jerarquías (la del propio conocimiento científico, por ejemplo) sin embargo las dejamos al descubierto obturando la operación ideológica que sellaría con la “verdad” nuestro decir” (Figari, 2010, p. 5).

Este ejercicio reflexivo se nutrió también de observaciones y reflexiones que partieron desde lo que las mujeres con quien interactué me hicieron saber sobre cómo, a partir de mi propio cuerpo y símbolos de privilegio, me situaban (desde rasgos como la piel blanca y los ojos y pelo claros, hasta mi forma de comer, vestir y moverme; mi profesión; las posibilidades materiales que me permitieron, por ejemplo, llegar puntualmente a las zonas de encuentro, etc). En este sentido, nació un interés por realizar meta-observaciones sobre cómo interpreto que me ven las mujeres con las que trabajo para aproximarme reflexivamente a esa *doble conciencia* que Maria Mies (citada por Rose, 2001, traducción propia) describe como “la capacidad de observarse a sí misma desde afuera para comprender cómo aquellos que provienen de backgrounds radicalmente diferentes ven al(la) investigador(a), y ser capaz de examinar los propios prejuicios históricos y culturales”.

Discutir la posición asumidamente autoevidente de objetividad de las aproximaciones positivistas que aún hoy dominan gran parte de los escenarios de producción del conocimiento científico a partir de debates en los que el propio cuerpo de la investigadora queda expuesto, invita a una práctica mediante la cual “lo que se pretende objetivar no es la especificidad vivida del sujeto conocedor, sino sus condiciones sociales de posibilidad y, por tanto, los efectos y los límites de esa experiencia y, entre otras cosas, del acto de la objetivación” (Bourdieu, 2003, p. 162 y 163). A través del dar cuenta de estos ejercicios reflexivos y del reconocimiento y la explicitación narrativa del cuerpo de quien realiza la observación, se construye de manera crítica y comprometida un relato que visibiliza el

carácter contingente de las posibilidades de observar y narrar de maneras determinadas cicatrices y sufrimientos reales.

Objetivos:

“No creas en el papel, pero en tus entrañas, en tus tripas y del tejido vivo-*escritura orgánica* le llamo yo. Un poema trabaja para mí *no* cuando dice lo que quiero que diga y *no* cuando evoca lo que quiero. Trabaja cuando el tema con el que empecé se metamorfosea alquímicamente en otro distinto, uno que se ha descubierto, o destapado, por el poema mismo. Trabaja cuando me sorprende, cuando dice algo que he reprimido o he fingido no saber. El sentido y el valor de mi escritura se miden por el riesgo que corro yo y la desnudez que logro” (Anzaldúa, 1988, p. 226)

Metamorfosis. Al igual que los cuerpos, los temas de trabajo y los objetivos planteados. Patricia Hill Collins (2012), eminente representante del feminismo negro norteamericano afirma que “un objetivo en movimiento es más difícil de golpear” (p.131). Tanto el trabajo de campo como el discurso mismo que elaboro para dar cuenta del proceso de reconstrucción de los cuerpos de las víctimas, se funda en lógicas que dan como resultado procesos de conocimiento “conectados, rizomáticos y víricos (...) conexiones y relaciones de ideas y mapas o topologías que no están dadas, sino que son encontradas” (Marcus, 2008, p.33); el problema que aborda este texto y la manera como se adentra hacia la comprensión de la reconstrucción del cuerpo, parten con un mapa parcial en mano, pero a la vez van a la deriva, dibujando y desdibujando cartografías capaces de retar los márgenes preestablecidos.

Mi intención inicial era comprender la manera en que el orden discursivo biomédico incide en la manera en que se reconstruyen los cuerpos de mujeres víctimas de crímenes con agentes químicos en Colombia. Partí a recorrer con este mapa en mano y de entrada me salí de sus márgenes. En campo, me topé ante la fuerza con la que la formulación de políticas públicas entra a dictar lo posible y deseable en la reconstrucción de los cuerpos, cómo se nutre *de* y a la vez nutre *a* la voz biomédica (ambos, protagonistas del régimen biopolítico, con técnicas y dispositivos de gobierno hermandados y con aparatos de verificación que se validan mutuamente); esta es la primera línea de fuga que surgió, espontánea e inesperada,

rica de significados para comprender qué significa reconstruir cuerpos derretidos de mujeres que han sido víctimas de ataques con agentes químicos en Colombia.

Por otra parte, las vidas e historias de un grupo de mujeres que pusieron en evidencia los recorridos muy diversos para reconstruir un cuerpo fueron moldeando paulatinamente el punto de foco de esta investigación: conocer los complejos y distópicos vericuetos entre medicina y burocracia a los que se debe enfrentar quien vive tal experiencia para poder reconstruir fue solo una parte. La otra, inicialmente no contemplada como objetivo, incluyó indagar las prácticas, los deseos y posibilidades en el proyecto de reconstrucción de un cuerpo, pues como dice Vaggione (2009) “la cicatriz en el cuerpo aparece como marca de lo que ya no está y a la vez como génesis de un nuevo proceso; un lugar desde donde imaginar un devenir” (p.124).

La exploración de todos estos campos o *topoi* geográficos y discursivos que el cuerpo en reconstrucción atraviesa se plantearon como necesarios, pues difícilmente se puede hablar de cuerpos sin hablar de los contextos en los que están inmersos, de “los entornos, las máquinas y los sistemas sociales de interdependencia que necesitan, y que constituyen las condiciones de su existencia y supervivencia” (Butler, 2012, p.21), de los discursos que dictaminan recorridos, de elementos estructurales que entorpecen esos recorridos previamente imaginados y delimitados. Serían entonces estos los eslabones semióticos a explorar, pues dictaminan el trayecto y a la vez se vuelven cuerpo.

El objetivo general de esta tesis es comprender el proceso de reconstrucción de cuerpos de mujeres atacadas con agentes químicos en Bogotá, Colombia. A partir de lo ya relatado, a lo largo del trabajo de campo inicial se fueron delineando los objetivos específicos. Estos, al final, incluyeron:

1. Describir cómo se construye discursivamente el cuerpo quemado con agentes químicos como objeto digno de atención por parte de la salud pública en Colombia.
2. Explorar la manera en que el capital social, económico y cultural de mujeres sobrevivientes moldea el proceso de materialización de los postulados y discursos de la política pública y de la biomedicina en la ciudad de Bogotá.

3. Indagar los discursos de la biomedicina acerca de la reconstrucción que guían las prácticas de intervención sobre el cuerpo de mujeres sobrevivientes de ataques con agentes químicos.
4. Analizar las prácticas no hegemónicas de reapropiación y reconstrucción del cuerpo que las sobrevivientes de los ataques con agentes químicos en Bogotá ponen en marcha para reconstruir sus cuerpos.

El objetivo es, entonces, explorar el poder generador/reconstructor de cuerpos de los discursos hegemónicos -discursos en tanto que prácticas que no sólo designan los objetos de los que habla, sino que los constituyen-, y las tensiones entre acoplamiento y resistencia que las mujeres que son confrontadas con estos discursos ponen en marcha para modelar sus propios cuerpos.

Algunas de las preguntas planteadas para acercarme a responder estos objetivos incluyeron: ¿Es inefectiva la implementación total y totalizadora de los discursos dominantes de la ley y de la ciencia *solo* en cuerpos particularmente precarios?; ¿Acaso es la condición de precariedad que hace que unos cuerpos no sean *dignos de duelo* (Butler) lo que resulta en una búsqueda de reconstrucción que se aleja de las rutas establecidas, de los nuevos cuerpos posibles de acuerdo con los discursos hegemónicos y mutuamente potencializados de la ley y de la cirugía plástica reconstructiva?; ¿Qué aspectos estructurales llevan a que en algunos de estos cuerpos precarios la cicatriz, en oposición a lo establecido por el discurso médico-legal dominante, deje de ser único objeto de intervención quirúrgica y el modelado de zonas corporales no afectadas por los químicos tome un lugar de importancia?; ¿Qué diferencia los discursos de los profesionales que trabajan en la cirugía plástica reconstructiva de aquellos que trabajan en la cirugía plástica estética?; ¿Es la fisura en la aplicación efectiva de los discursos dominantes de la ley y de la plástica reconstructiva lo que fomenta prácticas de resistencia a la normalización de los cuerpos?

Aspectos éticos:

Situated perspectives lay the preconditions for ethical accountability for one's own implications with the very structures one is analyzing and opposing politically.

Braidotti, 2012, p. 22

Todas las personas que participaron en la investigación respondiendo a entrevistas, firmaron un consentimiento informado en el que se explicaba el objetivo de la investigación y el uso que se realizaría de los datos obtenidos. Para garantizar el anonimato, a lo largo de estas páginas sus nombres no serán expuestos.

Es importante anotar que por razones éticas y metodológicas no se incluyó información recolectada durante mis primeros acercamientos al campo. Previo a la formulación de este proyecto de investigación, estuve expuesta a un abundante cuerpo de información obtenido durante la realización de otros trabajos a lo largo de más de dos años, tiempo en el que acompañé: 5 sesiones de grupos focales con médicos, médicas y burócratas; 5 sesiones de grupos focales con varias mujeres atacadas, algunos y algunas de sus familiares, profesionales del ámbito sanitario; 4 entrevistas a profundidad a sobrevivientes; y la participación en diversos espacios de interacción informal con miembros de tres importantes fundaciones que se ocupan del tema en el país.

Durante este tiempo, fui recolectando apuntes, reflexiones y observaciones, de manera sistemática pero ciertamente no focalizada hacia el problema que se plantea como central en esta investigación. Esta información previa direccionó mi mirada hacia problemáticas específicas, pero el intento de dar sentido a este abundante corpus de información se limitó a la formulación de varias preguntas que guiaron el planteamiento de los objetivos específicos de la investigación cuyos resultados se presentan en esta tesis.

Estas preguntas iniciales, al surgir de fuentes, momentos, espacios e interlocutores/as diversos, se caracterizaron por la heterogeneidad en el nivel del sistema observado: preguntas que hacían referencia a cuestiones estructurales y globales, se encontraron con otras que me aproximaban al terreno de lo íntimo, de los significados y las vivencias de cuerpos situados, lo que encontré cabida en la metodología feminista implementada, por la aproximación transdisciplinar y no departamentalizada que la caracteriza.

Varias preguntas de carácter ético guiaron la toma de decisiones a partir de reflexiones que respondieron de manera mecánica (quizá por el disciplinamiento en una psicología medicalizada) a ecuaciones que ponían sobre la balanza los principios de la ética principalista (justicia, autonomía, beneficencia y no-maleficencia), pero que también pusieron en juego los afectos y las emociones.

Sobre el intento de una práctica investigativa no violenta

Si bien no tuve la experiencia de la intensa y prolongada inmersión en una cultura ajena, a la que se llega después de un viaje más o menos largo por aire, agua y tierra y de la que no se sale sino después de varios días o meses de convivencia prolongada, tiempo durante el cual se comparten experiencias cotidianas que en ocasiones propician la construcción de relaciones significativas que podrían parecerse a las de la amistad o la familia y que desestabilizan de manera profunda la posición de la investigadora (Gregorio Gil, 2014), los años que han pasado desde que conocí al grupo de mujeres con el que trabajé en esta investigación, las dinámicas que se establecieron y que dieron pie a largas conversaciones en las que se verbalizaron deseos, intimidades, penas y dolores, propició la emergencia de un tipo de relación en el que el cuidado hacia la otra caracterizó muchos de los movimientos y las decisiones tomadas sobre cómo explorar el proceso de reconstrucción de sus cuerpos.

En el trabajo con las mujeres surgieron diferentes preguntas: ¿Existe una forma no violenta de explorar el campo de las vivencias íntimas, los sufrimientos, los dolores y las experiencias de injusticia? ¿Acaso la única manera de no generar daño es no trabajar con ellas directamente... o es violento hablar sobre sus cuerpos sin escucharlas a ellas? ¿Para qué, y sobre todo para quiénes serviría esta investigación?²³.

En el año 2017 asistí a un evento en Bogotá. En este espacio, una sobreviviente reafirmaría la pertinencia de estos cuestionamientos:

bueno yo también quiero hacer una intervención y la verdad es que (...) con lo que nos hemos encontrado ya con los diferentes escenarios en los que hemos participado y con las diferentes herramientas como las leyes, rutas y protocolos, y como bien lo

²³ Esta pregunta es constante en los estudios feministas. Por ejemplo, Wincup (2000) plantea: Asking myself the question of who benefits I felt that ultimately I was the one to benefit from the research (..) being sensitive to my own emotions encouraged me to reflect on the ethical dimensions of researching woman in crisis.

decías, la preocupación es: “listo, ya está” sí? Ahora cómo lo vamos a implementar y cómo realmente esto va a tener un impacto positivo sobre la población a la que va dirigido (...) (Nota de campo, 31 de octubre de 2017)

Haber visto y vivido de cerca los procesos en las que ellas son llamadas a participar, así como el haber asistido a espacios en los que se denuncian los dobles juegos y las ambivalencias inscritas en estos llamados a ser oídas, me alejó de la voluntad de escucha de sus voces por la potencial dinámica *extractivista*²⁴ implícita en el trabajo con vidas puestas en situación de particular vulnerabilidad y exposición a violencias físicas y simbólicas y me llevó a centrarme en primera instancia en explorar únicamente las prácticas del poder y las maneras en que los discursos hegemónicos de la ley y de la ciencia mantienen y reproducen condiciones propiciadoras de íntimos sufrimientos.

Animada por mis tutores, tras años de reflexión sobre las implicaciones de presentar en este texto las voces de las mujeres directamente implicadas en los itinerarios de reconstrucción, y reconociendo que estos titubeos y las preguntas planteadas al inicio me fueron útiles para hacer una constante *vigilancia* ética, encontré en el invitarlas a participar una posibilidad de generar espacios de escucha para quien quiere hablar y deconstruí una visión a través de la cual las confirmaba en el lugar de la “víctima” y reproducía la criticada relación de investigador activo/participante pasivo.

En la aproximación al campo, privilegié la observación participante en escenarios asociados a la agenda laboral y organizativa de las mujeres, dando apoyo a necesidades inmediatas y con la disposición de intercambiar conocimientos. En este acercamiento a ellas encontré, por un lado, las vivencias de sufrimiento y las maneras como los discursos hegemónicos se imponen para “hacerse carne” y por otro, las prácticas de resistencia, los significados y deseos que moldean ese proyecto de generar nuevas formas y texturas en el

²⁴ En el marco de las discusiones decoloniales, Grusfoguel (2016) define el *extractivismo cognitivo, intelectual o epistémico* como “una mentalidad que no busca el diálogo que conlleva la conversación horizontal, de igual a igual entre los pueblos ni el entender los conocimientos indígenas en sus propios términos, sino que busca extraer ideas como se extraen materias primas para colonizarlas por medio de subsumirlas al interior de los parámetros de la cultura y la episteme occidental”(p. 132). Este concepto y las reflexiones en torno a la horizontalidad en la investigación acompañaron de manera cercana las reflexiones en este periodo que comprendió los primeros tres años de esta investigación, llegando en ocasiones a paralizar del todo el proceso de recolección, análisis y escritura del texto.

cuerpo. Frente a esto último, fue necesaria una aproximación cautelosa en dos momentos diferentes: por una parte, en el proceso de recolección de información observacional y discursiva, para no caer en lógicas violentamente jerarquizadas de relación, pues la distribución de poder y la mutualidad de interacción en el trabajo de campo hacen parte de los principales valores de la investigación feminista (Pérez Sedeño y Orjuela Arjonilla, 2012); por otra, durante el proceso de análisis, a fin de posibilitar el reconocimiento de formas de resistencia sin atribuirles formas de conciencia política que no hacen necesariamente parte de sus experiencias (Abu Lughod, 1990).

El trueque y las emociones

“What makes me furious, makes me curious”, escuché decir a Johan Scott (2017) para explicar qué es lo que nutre su motivación por indagar un problema determinado. Algunos años después, escucharía a Catherine Walsh (2019) afirmar que los nudos en la garganta son los que llevan a abrir la boca para emitir esos “gritos que agrietan”.

Nudos en la garganta he sentido al escuchar historias de recrudescimiento del dolor en las experiencias de reconstrucción de los cuerpos de las sobrevivientes con las que tantos espacios he compartido a lo largo de estos años. Mis ojos no se han aguado, porque el disciplinamiento en la psicología clínica implica un saber corporeizado de modulación de las respuestas emocionales, muy a la manera de lo que dentro del régimen disciplinar que la psicología encarna y reproduce, se traduce en los llamados tratamientos de “regulación emocional”. Pero ver que hay párpados que se cierran cada día más por la retracción de las cicatrices que generan las quemaduras por ataque con agentes químicos, y que la indiferencia burocrática entorpece y dilata el proceso que llevará a que esos ojos puedan volver a ver el mundo, influye en mi propia construcción de sujeto y en el interés que guiará mi mirada en el proceso de recolección y análisis de la información.

En los campos de la antropología y de la sociología, existen numerosas publicaciones en las que se devela la emocionalidad del investigador: Claude Lévi-Strauss (1955) expone algunas de sus inquietudes emocionalmente permeadas durante su estadía en el Amazonas; en los años setenta, Peggy Golde (1970) compila el trabajo *Women in the Field: Anthropological Experiences*, en el que varios de los ensayos que se centran en el análisis de las construcciones de género en la actividad antropológica, incluyen reflexiones sobre el rol de las emociones; Lee-Treweek y Linkogle (2000) se centran en señalar cómo el acto de

reconocer y analizar las propias emociones puede generar *insights* sobre la manera en que las emociones operan en el lugar mismo que está siendo objeto de estudio; y Levy (2016) advierte la posibilidad de implementar mecanismos en el proceso de identificar y modular la manera en la que la propia subjetividad influye sobre las decisiones metodológicas y sobre el proceso de análisis e interpretación²⁵.

En el ámbito de los estudios de género, resulta interesante el trabajo compilado por Kathleen Gilbert en el año 2000 *The emotional nature of qualitative reserach*. En uno de los capítulos que compone el libro, Wincup (2000) plantea:

Although some would criticize the subjectivity that is inherent to my own work, I feel that sensitivity to my own feelings and those of the participants deepens understanding and enhances the creation of meaning. Being honest about one`s own feelings makes explicit how one`s accounts are context bound and strengthens one`s integrity as a researcher. Keeping them hidden perpetuates the myth that personal feelings do not influence the research process. As Jaggar notes, “lacking awareness of [our] emotional responses frequently results in [our] being more influenced by emotion rather than less.” Being sensitive to the impact of research on those we interview or observe encourages us to view them as participants in the research process, and not subjects or respondents or sources of data. Without them, there is no research process. This necessitates that we reflect upon the ethical dimensions of our work. Honest reflections such as these can only enhance qualitative approaches to social research.

Saberme afectada, implica sin duda una responsabilización frente al proceso de producción de conocimiento. Si las lágrimas salieran de mis ojos, serían lágrimas de rabia e impotencia. Lo he sentido muchas veces. Esta rabia ha influido en que mi atención se centre en gran medida en un intento por denunciar las inequidades y las injusticias en el medio de prácticas que, desde las relaciones entre profesionales, víctimas y burócratas, llevan a una

²⁵ “First, I propose that emotions can lead to insights and potential lines of inquiry when coupled with awareness and reflection. Second, and of equal importance, I suggest that emotions can have distorting effects on data collection, which need to be taken into account and worked with skillfully” (Levy, 2016)

distribución diferencial de las posibilidades de acceder a las medidas que se reconocen necesarias para la reconstrucción de los tejidos del cuerpo quemado por los agentes químicos.

También he sentido una mezcla entre rabia y vergüenza cuando luego del trabajo participativo con un grupo significativo de mujeres sobrevivientes, se realizaron eventos en los que se celebraba el impacto social del trabajo realizado, pero después de los festejos las víctimas preguntaban, mes tras mes, año tras año, cuándo “se irían a implementar de verdad” todas las herramientas y estrategias desarrolladas conjuntamente.

Pero estas emociones no deben quedarse en una mera conciencia sobre su existencia. Es requisito y obligación atender a los influjos de estas sobre la propia visión, los propios intereses y las propias posibilidades de análisis. Para este trabajo en particular, incidir sobre los sentimientos viscerales que guían búsquedas e intereses no ha sido tarea fácil. Scheper-Hughes (1992) afirma que frente a situaciones de dolor y violencia:

the ethnographer has a professional and a moral obligation to get the `facts` as accurately as possible. This is not even debatable. But all facts are necessarily selected and interpreted from the moment we decide to count one thing and ignore another, so that anthropological understanding is necessarily partial and is always hermeneutic. Nevertheless, though empirical, our work need not be empiricist. It need not entail a philosophical commitment to Enlightenment notions of reason and truth (p. 23).

Un poco de cabida a una autoetnografía del cuerpo

Este trabajo no es una autoetnografía²⁶. Pero dar espacio al propio cuerpo en el marco de una agenda investigativa (aunque sin pretender otorgarle protagonismo) parte de un posicionamiento político, corporal, sensorial y emocional que conlleva una serie de implicaciones en estos mismos niveles. Y tiene especial cabida porque situarlo como parte

²⁶ Sobre la autoetnografía como método señala Esteban (2004^a) "Como señala Donna Haraway (1995), toda observación, todo análisis está situado y es subjetivo, parcial, incompleto en sí mismo; pero al mismo tiempo real, privilegiado y necesario. Los relatos autoetnográficos tienen las mismas dosis de parcialidad que el resto, pero son absolutamente privilegiados e imprescindibles. Cuentan además con una ventaja que caracteriza a toda la autoantropología: por las condiciones adversas en las que surge y se desarrolla, y por las dificultades de legitimación de las que parte, suele ser más consciente de sus propias limitaciones que la disciplina en su conjunto. No se trata, sin embargo, de una mera reivindicación de la conveniencia del abordaje de la experiencia, sino de utilizar la propia experiencia como una forma de llegar a la dimensión cultural, pero también a la política y a la económica de los fenómenos estudiados, yendo y viniendo de lo local a lo global, de lo individual a lo colectivo" (p. 18)

del contexto de estudio, obliga a una cuidadosa y juiciosa práctica reflexiva, anclada en el cuerpo como superficie material en la que se inscriben significados culturales que en lo sitúan de maneras específicas dentro de dinámicas de poder.

Existen varias críticas ante el hecho que se da cabida a la exposición y descripción detallada del propio ser del investigador/a. Hage (2009), asevera que el giro reflexivo ha generado problemas en la medida en que la reflexividad “has become a substitute rather than a complement to what is by far the discipline’s most important achievement: instilling in ourselves and in our readers the desire and the capacity to know otherness seriously” (p. 61).

También se ha puesto en discusión en la medida en que la autoetnografía tiene el riesgo de la “vanidad, el narcisismo implícito y explícito, tanto por parte de la/el investigadora/dos como por parte de las personas entrevistadas, que refleja de alguna manera el narcisismo general de nuestra propia cultura” (Esteban, 2004).

Estaban, como médica y antropóloga que pone en práctica este método, y que debe socializar sus experiencias y reflexiones como investigadora en espacios de apropiación del conocimiento, advierte que los ejercicios de autoetnografía no son bien recibidos en el ámbito académico tradicional, y menos aun cuando las experiencias de las que se habla no están ligadas a vivencias trágicas asociadas al dolor y el sufrimiento producido por pérdida o por enfermedad, como por ejemplo, la tesis doctoral de Laia Ventura (2018), o la experiencia como paciente oncológica de Victoria Fernández (2019) o la de Marta Allué (2013), luego de *Perder la piel*.

No por esto, sino por los objetivos mismos de esta tesis, esto no es una auto etnografía. De mi hablo, sin embargo, en la medida en que mi propio cuerpo inmerso en el campo y en contacto con esas pieles quemadas, me permite acercarme a la comprensión situada de las dinámicas sociales que envuelven los sucesos que quiero comprender, de manera que la reflexión sobre las emociones en el campo, por ejemplo, no tienen mas cabida que la que ya le he dado en este aparatado. Me daré cabida en otros apartados en la clave de las propuestas del giro reflexivo entorno a la presencia del/la investigador/a como *sujeto situado* de análisis: el foco pasa de lo que se siente o percibe, a lo que el propio cuerpo puede decir acerca de las dinámicas sociales en las que se enmarca el fenómeno a comprender.

Sobre esto, quiero compartir una memoria a cerca de un suceso en el año 2016, una especie de “bautizo” en la reflexividad y en la toma de conciencia encarnada sobre las

relaciones de poder en el campo, en el que desde las tripas sentí un malestar que había surgido por mi “asumirme invisible”, como si solo yo como profesional pudiese observar sin ser observada, como si solo yo pudiese posicionar a “los sujetos” de la investigación, y con esto como premisa, como si la información a la que yo accedería no estuviese moldeada por lo que “esos sujetos de investigación” fuesen a decirme con base en cómo ellas me posicionaran a mí. También fue un llamado a la responsabilización, como ser ya no invisible, a observar en mí las marcas asociadas a capital material y simbólico, a raza y clase, que me interesaba ver en las mujeres con quienes trabajaba, y a la búsqueda de visibilizar y responsabilizarme por cualquier violencia ejercida en el marco de las relaciones en campo.

Estaba junto a 8 mujeres, luego de realizar unos grupos focales en un barrio del suroccidente de Bogotá, y me ofrecí a llevar en coche a quienes tuviesen que acercarse a la calle 80. Alguna de ellas preguntó hasta donde iba a ir, para conocer qué tanto podía servirle la ruta. Dije entonces el nombre de un conocido lugar de *tierra caliente*²⁷, no muy lejos de Bogotá, pues me iba a pasar allí el fin de semana porque “tenía que descansar porque estaba muy estresada con tanto trabajo”, les dije. Inmediatamente todas las mujeres voltearon a mirarme y comenzaron a hacer bromas a cerca de mi “gomelería” (o sobre cuán *pija* soy).

Las presentes, casi todas madres cabezas de familia, vivían en las posibilidades del “rebusque para el diario”: una de ellas, por ejemplo, con tres hijos a su cargo, en ese entonces y también ahora se para en buses de servicio público a vender dulces a cambio de un valor sin precio fijo: “lo que su corazón le indique”; otras, no tienen un empleo fijo a causa no solo de la condición de madres cabeza de familia, o del bajo nivel de escolaridad, sino de todos los permisos necesarios para asistir a las varias citas requeridas para acceder a las medidas de reparación desde los sectores de salud, justicia y protección. Ese año, este grupo se reunían en una fundación para hacer muñecos de *fomi* para decorar fiestas de quince y otros eventos, o cocer batas desechables para médicos, o cualquier otra actividad manual, que permitiese procurar algunos recursos para costear los gastos de la vida cotidiana.

Este trabajo, que comenzó algunos semestres después de este “bautizo”, se planteó desde un inicio consciente de querer habitar la etnografía, de querer hacer investigación con

²⁷ En Bogotá la temperatura promedio es de 14 grados pocas horas de salir de la ciudad, hay lugares de menor altura sobre el nivel del mar, en donde la temperatura asciende hasta llegar a los 25 o 30 grados. Estos se denominan *tierra caliente*

y desde el cuerpo, asumiéndolo como herramienta protagonista de recolección de datos y como objeto de análisis allá en donde mi propia experiencia o la propia materialidad de mi cuerpo pusiera en evidencia los temas a abordar en este trabajo, lo que incluyó un ojo atento a las dinámicas de clase encarnadas. *El cuerpo* me permitió entonces una aproximación etnográfica que da cuenta de “las prácticas, materialidades, sensibilidades y formas en que estas coconstruyen el mundo” (Pérez Bustos, Tobar Roa, Márquez Gutierrez, 2016, p. 49).

Mari Luz Esteban (2004), con el fin de dar cuenta y hacer consiente y explícito “el entrelazamiento entre la experiencia corporal propia y la investigación”, plantea el concepto de *antropología encarnada* para

reivindicar un ejercicio antropológico que tenga en cuenta la doble dimensión, la de la auto (observación de una/o misma/o, autoanálisis) (Hernández, 1999), la pertinencia de partir de una misma para entender a los/as otros/as, sobre todo cuando "se ha pasado por las mismas cosas", y , en segundo lugar, la que se refiere al hecho mismo de la encarnación conflictiva, interactiva y resistente de los ideales sociales y culturales, basándose en el concepto de embodiment, que, como ya he explicado, pretende integrar la tensión entre el cuerpo individual, social y político" (p. 46 y 47)

Esos compromisos personales que surgen en las relaciones en el campo (el cuidado, los afectos, las emociones, las relaciones de reconocimiento); la conciencia sobre la movilidad de las identidades y posiciones en él; el objetivar como investigadora el propio cuerpo, los propios privilegios, negociar y deconstruir modos de hacer, pensar y sentir, hacen parte del llamado de las epistemologías feministas. En lo práctico de la investigación y en el trabajo de campo, son principios acogidos por la etnografía multisituada (Marcus, 2001), en la que también se invita a acoger los conflictos entre posiciones y en el medio de las relaciones y se hace un llamado a deconstruir las formas tradicionales y hegemónicas de producir conocimientos:

Estos conflictos se resuelven, tal vez de manera ambivalente, no al refugiarse en ser un antropólogo académico distanciado, sino en ser una especie de etnógrafo- activista, renegociando identidades en diferentes lugares mientras uno aprende más sobre una parte del sistema mundo (...) En ciertos lugares, parece que uno está trabajando con, y en otros parece que está trabajando contra conjuntos de sujetos cambiantes. Esta condición de posiciones personales cambiantes, en relación con los sujetos y otros

discursos activos en el campo que se traslapan con los propios, genera una sensación de hacer más que sólo etnografía, y es esta cualidad lo que produce la impresión de ser activista para y en contra del posicionamiento, incluso en todo trabajador de campo que se considere a sí mismo como apolítico (2001, p.123).

La etnografía multisituada y la etnografía feminista

Indagar las posibilidades de reconstrucción del cuerpo requiere entrar a explorar varios lugares. El punto de partida es un cuerpo marcado por cicatrices que recuerdan la violencia vivida; un cuerpo con un sexo que lo hizo más vulnerable a sufrir el violento ataque que lo transformaría; con una raza que en ocasiones hará emerger y agudizar procesos de discriminación y marginalización (Viveros-Vigoya, 2007; Viveros-Vigoya y Hernández-Gil, 2010); situado en una clase social que no es solo habitada a través de la relación con los objetos del mundo que lo rodean, sino que se vuelve carne (Mauss 1936; Bourdieu 1979)

De este punto de partida, de esta superficie material que es la carne, en la que se inscriben significados y desde la que se habla de experiencias de reconocimiento o de invisibilización a partir de la calidad de las cicatrices y de la cualidad de las prótesis que lo componen, se cartografía el proceso de reconstrucción entretejiendo los varios discursos protagónicos de los lugares diversos por los que el cuerpo pasa. Con la intención de visitarlos y explorarlos para construir a partir de ello una cartografía, entendida como una lectura teóricamente basada y políticamente informada, de los itinerarios de reconstrucción de los cuerpos quemados de mujeres en Bogotá, esta investigación se sirve de una metodología en la que las técnicas de recolección de la información típicas de la etnografía, se permean de formas de sentir, hacer y pensar en clave feminista (Abu-Lughod, 1990; Esguerra Muelle, 2019; Gregorio Gil, 2014, 2019; Esteban, 2004).

Para el proceso de recolección de información, la etnografía multisituada (Marcus, 2001) es el anclaje metodológico que permite la puesta en práctica de las formas de hacer investigación feminista por diversos motivos.

En primer lugar, por el marcado interés por explorar las “visiones y esquemas expertos” (Marcus, 2008, p. 40) a través de la incursión en las *esferas tecnocráticas, expertas o de elite*, mediante una aproximación que no quiere limitarse a generar descripciones sobre

lo que allí sucede, sino que busca dar cuenta, desde una perspectiva crítica, de lo que el autor llama *esquemas*

schèmes-, como lo denomino, genera un trabajo de campo de hallazgos analíticos, que está profundamente incrustado en la política y en argumentos de lugares de producción de conocimiento experto y cotidiano que son graduales y se entretajan formando redes.

De hecho, es este el foco de la primera parte de esta tesis, compuesta por el análisis de los discursos de las esferas tecnocráticas y biomédicas. Desde una perspectiva crítica, los análisis realizados sobre los discursos de la Ley hacen eco con planteamientos feministas al incluir una aproximación a temas como el acceso diferencial a las medidas y derechos que la ley estipula según la manera en la que diferentes características diferenciales intersectan en las vidas de la mujer quemada.

Este interés por “estudiar hacia arriba”, resuena con los objetivos de la *teoría del punto de vista* (Harstock, 1983; Hill-Collins, 1986). Esta teoría, que surge en los años setenta en el marco de los feminismos negros y radicales y se consolida en los años 80, intenta trazar el mapa de las prácticas del poder y las dinámicas mediante las cuales las instituciones dominantes y sus marcos conceptuales crean y mantienen relaciones sociales opresivas a través de la producción de conocimientos (Hardig, 2004).

Una de sus características es el interés por explicar las formas en que operan las instituciones sociales dominantes y sus respectivas ideologías, en lugar de reproducir las investigaciones tradicionalmente acogidas por las ciencias sociales, en las que se busca “estudiar hacia abajo” para tratar de visibilizar situaciones de injusticia o explicar la vida de los grupos marginados.

Estudiar hacia arriba es tratar de explicar cómo funciona la estructura social en una sociedad, en lugar de tratar de explicar el comportamiento y las creencias de sus integrantes con menos poder, como lo han hecho habitualmente las ciencias sociales convencionales. Esos proyectos tienden a ser críticos y prodemocráticos porque los poderosos generalmente piensan que su acumulación de placeres, privilegios y riquezas económicas, sociales y políticas no requieren de ninguna explicación por parte de las ciencias sociales y, ciertamente, ninguna crítica (Harding, 2010, p. 47 y 48).

En segundo lugar, la etnografía multisituada es un ejercicio de mapeo en el cual se busca *explorar múltiples sitios en un mismo contexto para postular su relación* (Marcus, 2018). Los ámbitos que harán parte de este mapeo responden a formas politizadas en las que es conceptualizado el objeto de la investigación; en este caso son explorados discursos, modos de pensar y decir, pero también prácticas en las que circulan signos y símbolos que se entrelazan y asocian para guiar el diseño mismo de la etnografía y los contenidos que a través de esta se explorarán.

Se trata entonces de tejer las relaciones que existen entre esos varios lugares, de manera que la finalidad no es generar un retrato etnográfico de un lugar explorado a profundidad, sino que lo que se busca es “unir locaciones de producción cultural que no han sido conectadas de manera evidente y, por tanto, para crear nuevas visiones, empíricamente argumentadas, de panoramas sociales” (Marcus, 2001) para construir un relato polifónico en el que los itinerarios de reconstrucción, conformados por discursos e historias de sujetos situados, permiten establecer características de esos panoramas sociales a través de las asociaciones y conexiones entre los distintos lugares. En este sentido, se entretujan y relacionan los lugares que componen el itinerario: las posibilidades inscritas en las leyes y los espacios burocráticos, van a nutrirse de discursos biomédicos, y la experiencia situada y encarnada de quienes se ponen al frente para acceder a sus medidas o encontrarse frente a las barreras que impiden el acceso, crean caminos en los que se multiplican las posibilidades de moldear la carne, de minimizar o incrementar el número y la calidad de las cicatrices en la piel. A manera de *rizoma*, en un camino imposible de predecir sin antes recorrerlo, se van formando bifurcaciones impensadas y diferentes para cada una de las mujeres.

Para hacer estas conexiones en el medio de este “*mapeo itinerante de nuevos mundos*” (p. 124), postula el autor, el investigador o investigadora pueden seguir tramas, historias, alegorías, o metáforas. Acá la metáfora es el cuerpo: partiendo de su materialidad y viendo cómo se moldea y metamorfosea constantemente la carne misma, se suscitan discusiones que sirven de guía para indagar etnográficamente fenómenos culturales a través de cuerpos situados. El cuerpo en proceso de reconstrucción es el nodo en un sistema de saber distribuido del que hacen parte, por un lado, los discursos de la ley y de la ciencia; por otro, esas prácticas no-hegemónicas que se rebelan ante las limitaciones de esos saberes y que denuncian a la vez las inequidades inscritas en esos sistemas. Cada uno de los cuerpos está

enredado en un conjunto particular de fuerzas. Esas fuerzas, que se encuentran en ese nodo que es el cuerpo, son las conexiones que se encuentran en la práctica multisituada y que dan cuenta del enredo de lo discursivo, lo político-económico y lo cultural.

Un tercer punto en el que la etnografía multisituada se ancla con los postulados de las epistemologías feministas en las que se propende por la deconstrucción de ese *testigo modesto*, es que uno de esos sitios de exploración involucra a mi propio cuerpo situado. Al trabajo cinematográfico de Ziga Vertov en “El hombre detrás de la cámara”, alude Marcus (2001) afirmando que es una “excelente fuente de inspiración para la etnografía multilocal” (p. 118). Este trabajo experimental realizado en 1929 fue tomado en esta tesis como fuente de inspiración para encontrar una forma de dar cuenta de mi estar en el campo en la escritura del texto. En el trabajo de Vertov, el hombre detrás de la cámara aparece brevemente y a momentos, cargando el trípode que elegirá poner en lugares específicos y mostrando la cámara mediante la cual captará imágenes que se calcarán, ya sin todo su color, en el papel fotosensible. Igualmente, breves son los momentos a lo largo de la película en la que aparece un primer plano de un ojo tras el lente de la cámara, recordando y explicitando que hay un ojo que ve tras un lente que establece los límites sobre el campo visual. El lente detrás de ese ojo limita lo que se capta y restringe el contenido que se mostrará. Utilizado como metáfora, el lente corresponde en este texto a los marcos de lectura que me preceden, y se explicitan al igual que lo hace Vertov, porque tal y como lo dice Strathern y lo repite Haraway, “It matters what ideas we use to think other ideas with”.

Pero no solo aparece de repente y brevemente el ojo y el lente, develando y denunciando al observador tras de todo y las posibilidades restringidas de la imagen que se da a conocer. Aparece también su cuerpo entero, que es instrumento mismo que recolecta datos a través de sí mismo y sus prótesis (Cámara). El cuerpo que aparece en su totalidad da cuenta de quién observa. Vestido de una manera, con una gestualidad específica, con su *hexis corporal*, se pone en escena situando a través de su cuerpo mismo a esa que es quien observa y quien decide qué mostrar.

El cuarto y último punto, hace referencia a las formas de relación con las personas que participan en la investigación. Dado que fue abarcado en profundidad en el apartado anterior, basta decir que la constante búsqueda de la horizontalidad transforma las

tradicionales posiciones y jerarquías inscritas en las relaciones en campo. Quienes participan, son considerados/as en la etnografía multisituada

potenciales “paraetnógrafos” de sus propias condiciones, y cuando se los encuentra, son los socios intelectuales de los etnógrafos, contrapartes y no tanto la representación de la alteridad. Tales sujetos son claves para la naturaleza distintiva de la investigación multi-situada. En ámbitos contemporáneos, lo que es compartido es la percepción de que las realidades locales son producidas en otro lugar, a través de relaciones y agencias dispersas, generando un imaginario multi-situado, práctico para el sujeto, que constituye un acabado diseño de una etnografía móvil para el antropólogo (Marcus, 2018, p.182).

Técnicas de recolección de información y participantes

Las técnicas se encuentran siempre dentro de un método y si éste es feminista, la manera en que se lee, escucha, observa o pregunta, ya tiene un enfoque distinto, un carácter no androcéntrico y no sexista. Sandra Harding opina que las técnicas no son feministas sino que únicamente puede serlo la manera de usarlas
(Eli Bartra, 2002, p. 72)

Los múltiples sitios de los que se da cuenta a lo largo de estas páginas fueron explorados mediante diversas técnicas de recolección de información, cuya elección y puesta en práctica respondió solo en parte a los requerimientos que surgieron de la interacción con el campo mismo, ya que los objetivos específicos y el posicionamiento epistemológico sugirieron de entrada privilegiar unas técnicas sobre otras.

Revisión documental

Para tener un acercamiento a los discursos de la Ley en la materia, se realizó una recopilación de informes epidemiológicos, circulares, leyes, resoluciones y decretos publicados en ámbito nacional hasta el año 2019, y de artículos científicos y artículos periodísticos desde el año 1995 (fecha del primer ataque registrado en el país) hasta el año 2017 (año en el que se finalizó la revisión para desarrollar el estado del arte en la materia en este trabajo).

Las publicaciones académicas hasta el 2017 sobre este fenómeno en Colombia no eran abundantes, y casi todas se restringían a la producción en ámbito biomédico o jurídico,

o a trabajos de grado universitarios; por el contrario, se encontró un abundante corpus de artículos y reportajes periodísticos, la gran mayoría publicados a partir del 2012²⁸.

La información producida desde el ámbito académico fue recolectada a través de una búsqueda en Web of Science, Proquest y GoogleScholar, en la que se incluyeron publicaciones hasta diciembre de 2017 para indagar los discursos y mecanismos de reconstrucción desde la biomedicina, utilizando las palabras clave “ataques con ácidos” OR “ataques con agentes químicos” AND Colombia y en inglés “acid attacks” AND “gender violence”. En cuanto a la información periodística y gubernamental se realizó la búsqueda en Google utilizando las mismas palabras clave en español, y las fechas se extendieron hasta el 2020.

La información fue sistematizada según cuál fuese el tipo de publicación (informe epidemiológico, artículo periodístico, etc.), el año de publicación (con el fin de poder generar una genealogía sobre cómo fueron apareciendo los discursos en torno al tema) y el contenido abordado fue organizado según el documento diese cuenta de:

- la incidencia y el perfil epidemiológico de los ataques con agentes químicos
- las causas de los ataques
- las consecuencias físicas, psíquicas o sociales de los ataques
- las medidas diseñadas por el Estado para dar respuesta a nivel de prevención y de intervención sobre estos hechos.

El resultado del análisis de los documentos es el capítulo que abre esta tesis y el que le sigue al capítulo actual.

²⁸ En una búsqueda realizada en el mes de octubre del 2017 en el buscador “Google”, al inserir las palabras clave “ataques con ácidos” OR “ataques con agentes químicos” AND Colombia, aparecen 10.600 resultados. Restringiendo la búsqueda a documentos publicados antes del 20 de junio de 2012, fecha de publicación de un artículo en *feminicidios.net* en el que se denunciaba la alta incidencia de estos ataques en el país, los resultados encontrados se reducen a 25, y casi la totalidad de los documentos mostrados hacen referencia a los ataques con armas químicas y biológicas en el marco del conflicto armado interno del país y del denominado Plan Colombia en particular. De estas 25, solo 2 noticias están claramente vinculadas al tema que acá compete: la primera es una cartilla que aparece publicada con fecha del 21 de marzo de 2007; en realidad esta fue publicada en el año 2017 y se trata de un error de digitación; la otra es un video en youtube del 15 de agosto de 2011, en el que se muestran dos casos de víctimas mujeres, una de ellas candidata a un concurso de belleza, la otra atacada por un exnovio que ya le había advertido “Si no eres para mí, no serás para nadie”.

Esferas tecnocráticas y biomédicas

La aproximación a los discursos de las esferas tecnocráticas fue realizada mediante observación participante en diversos espacios que incluyeron: Casas de igualdad para la mujer; Ministerio de salud y protección social; Secretaría distrital de la mujer; hospitales y fundaciones médicas. Accedí a información también a través almuerzos casuales y trayectos en carro con personas que trabajan en esferas burócraticas y académicas sobre este tema; también, participé en encuentros formales, como los convocados por la Secretaría Distrital de la Mujer en el segundo semestre de 2017, en el que participaríamos varias profesionales con el fin de discutir las barreras de acceso de estas mujeres a los derechos a la salud, justicia y protección. Estas repetidas interacciones me permitieron sumergirme en las lógicas y temporalidades que allí operan. En todos estos espacios me sentí como una *insider/espía*. Al explorarlos, también me exploré a mi misma. Al criticarlos, también me critiqué a mi misma. Al conocerlos, me conocí un poco más.

Para acercarme a los discursos biomédicos sobre la reconstrucción, también me sentí parte, también me sentí espía. La entrada a campo fue fácil. Fui una “incompetente aceptable” (Sanders, citado por Taylor y Bogdan, 1986) tanto en la apertura y como en el desarrollo de las entrevistas. Creo que esta actitud ingenua fue imprescindible para el establecimiento de una relación cordial, que dio espacio incluso a que fuese invitada a ulteriores espacios de discusión, así como para la posibilidad de ampliar la muestra de participantes, pues ambos profesionales se mostraron animados a apoyarme en mi investigación dándome el nombre y número de contacto de colegas.

Realicé mis exploraciones, sin embargo, exclusivamente con un cirujano y una cirujana con más de 20 años de experiencia en el tema. Me acerqué a ellos/as por su representatividad y reconocimiento en el campo. Los/las profesionales entrevistados/as hacen parte del grupo convocado por las instituciones gubernamentales para establecer los procedimientos adoptados en las resoluciones que guían las intervenciones desde el sector salud sobre los cuerpos quemados con agentes químicos. Son cirujano/as plástico/as reconstructivo/as especializado/as en quemaduras, con capital social y cultural acumulado, pues han publicado artículos científicos sobre el tema, participado en congresos nacionales e internacionales y han sido entrevistado/as por múltiples medios de comunicación. Para conocer sus discursos me valí fundamentalmente de una entrevista semiestructurada que

buscaba comprender cuáles son las ideas de salud, recuperación y reconstrucción que operan y guían las prácticas y procedimientos que implementan. También visité sus espacios de trabajo en reconocidas instituciones.

Por último, con relación al trabajo de campo junto a las sobrevivientes, mi cuerpo estuvo ahí por años, adentro, recorriendo las calles antes desconocidas y llenas de smog de mi propia ciudad, exponiéndome “a entornos simbólicos y culturales que afectan la propia materialidad y significado del cuerpo” (Esguerra-Muelle, 2019, p. 104). Me valí principalmente de técnicas de recolección de información de orden observacional y discursivo, aunque las unas y las otras se mezclan en el campo y resulta no del todo precisa una diferenciación tajante y excluyente. Linda, Rosa y Karen fueron las mujeres con quienes más compartí.

La primera visita y mi relación con las participantes

A Linda la vi primera vez el 4 de marzo de 2016. Para llegar a verla tuve que “atravesar” la ciudad, atravesar la frontera: al otro lado, en el sur, no me siento como una más. Una extranjera en mi propia ciudad. Ya en el suroccidente de la ciudad, luego de un puente, hay que tomar a mano derecha. El panorama cambia radicalmente. De una gran avenida llena de camiones y nubes de smog se pasa a una zona de calles en un solo sentido, que entre los huecos, carros parqueados y policías acostados (así se llama en Colombia a los badenes) no permiten aumentar la velocidad a más de 20KmH. Un barrio aparentemente tranquilo y familiar, de estrato tal vez tres, con algunos parques cerca, tiendas de barrio a manera de mini supers, carnicerías, fruterías y misceláneas (así llaman los negocios que además de artículos de farmacia y parafarmacia venden chocolates, esmaltes, flores de plástico o muñecos de peluche, entre otras). Ninguna casa de la zona pasa los tres pisos; son muestra de las casas familiares tradicionales de la ciudad: amplias y construidas pensando más en la funcionalidad que en la estética. El timbre de su casa está al lado de dos puertas que dan a un garaje. Como en una institución de alta seguridad, vidrios polarizados entre rejas metálicas no permiten ver lo que hay adentro ni quién se acerca para abrir. Sumado a esto, un hombre alto y fornido que se encontraba parado al lado de una camioneta blindada en la esquina camina hacia nosotras sin apartar la mirada. Nos pregunta hacia dónde nos dirigimos, es su escolta. Le han sido garantizadas medidas de protección. Además del él, los ladridos de un perro señalan que nuestra llegada ha sido anunciada. Abre, una mujer alta,

morena y voluptuosa, quien nos saluda afectuosamente: aunque nunca la había visto antes me llama “preciosa”, me abraza y besa mi mejilla.

Pienso ahora en un día que un grupo de psicólogas en formación iban a conocer a mujeres víctimas y me preguntaron cómo debían mirarlas, hablarles y qué debían hacer si se impresionaban por el aspecto físico de las mujeres, si ver la piel quemada hacía evidente un lenguaje no verbal de rechazo. Yo no me había preguntado lo mismo antes del encuentro, tal vez con la seguridad consiente de reconocer y saber controlar mis eventuales respuestas emocionales, producto de una formación clínica que las somete a un constante análisis, sumado a un no consciente “proceso de desensibilización sistemática” que había vivido por la exposición a imágenes de mujeres quemadas, presentes en artículos científicos.

Luego del saludo de bienvenida, atravesamos el garaje. En este, un sedán negro con vidrios polarizados está parqueado. En la parte trasera del auto, stickers blancos representan a cada uno de los miembros de la familia: ella, sus dos hijos, su hija y la perra que ya había anunciado mi entrada y que me olfatea mientras avanzo.

No estoy acostumbrada al exceso de superficies polarizadas. Todo refleja, no se puede ver qué hay adentro. ¿Qué representa? ¿Una coraza, una armadura que refleja para que el observador externo no pueda ver hacia dentro? ¿O es en realidad un suceso que responde a la real-material-objetiva necesidad de protegerse, pues el miedo y la advertencia de peligro siguen presentes en el día a día de esta mujer? Lo mas curioso es que en el baño no hay espejo.

Se abre entonces una de las dos puertas interiores sobre las que desemboca el espacio del garaje. Un estrecho pasillo blanco de cuatro o cinco metros da a dos espacios: una puerta al iniciar el pasillo a mano derecha, que da a la oficina, y una al fondo a mano izquierda, que da al lugar donde se realizan actividades grupales con otras sobrevivientes, pues su casa era, en ese entonces, lugar de reunión, trabajo y baile. El pasillo blanco está decorado por tres o cuatro cuadros de fotografías de algunas sobrevivientes de alrededor de 60x100 cm. El cuarto del fondo, de unos diez metros cuadrados, parece más bien una limpia bodega: algunas sillas Rimax de plástico blanco y varias cajas amontonadas son los únicos objetos. Explica que las cajas tienen varios objetos para las Rodriguez, una familia compuesta por una madre cabeza de familia y sus dos hijas (la madre fue quemada cuando a sus 16 años amamantaba a su hija. Ambas quedaron desfiguradas), quienes habían migrado recientemente a Bogotá debido a

una situación de desplazamiento forzado. La situación de las Rodríguez, a quienes luego conocí, me introdujo a realidades de violencia extrema inimaginables para mí con anterioridad. Solo la madre ha vivido, además del ataque, 6 de los 11 hechos victimizantes en el marco del conflicto armado descritos en la Ley 1448 de 2011, sin contar otras muchas violencias de género no contempladas por esta Ley: desplazamiento forzado, violencias sexuales, violencia física y psicológica en el marco de las relaciones de pareja, prostitución forzada, son algunas de las categorías que resumen en lenguaje técnico las desgarradoras experiencias que en una ocasión la mujer contó en un grupo de discusión frente a otras mujeres, sin derramar una lágrima ni dejar temblar su voz.

Llegamos al despacho: un espacio más o menos del mismo metraje que el anterior, con fotos similares a las del pasillo en las paredes, dos armarios metálicos, un escritorio con un ordenador, una impresora, y un libro de fotos de mujeres pakistaníes o de India o Bangladesh víctimas de ataques, regalo que le había dado un periodista europeo en una visita a Colombia y frente al que nos dice “a mi esto de que se retrate la miseria no me gusta, por eso en las fotos que hacemos nosotras salimos todas bonitas, arregladas”. Todo “conseguido con las uñas” como ella lo afirmaría para hacer notar el gran esfuerzo que le ha costado tener esas cosas, varias donadas. Y por supuesto, en esa habitación una pequeña puerta al famoso baño sin espejo. Ahí nacería nuestra relación, caracterizada por la disposición mutua a intercambiar.

Rosa y Karen comparten varias características con Linda, lo que me permitió indagar la manera en que el capital social, económico y cultural moldea el proceso de materialización de los discursos de la política pública y de la cirugía plástica, así como para analizar las prácticas no hegemónicas de reapropiación y reconstrucción del cuerpo que lassobrevivientes de los ataques ponen en marcha luego de los intrincados itinerarios burocráticos para el acceso a las medidas formales de reconstrucción. Todas fueron quemadas hace más de diez años, lo que incrementa la cantidad de experiencias en el sector salud para reconstruir sus cuerpos; llevan un largo trayecto en la participación activa en espacios políticos, de manera que conocen en profundidad las leyes y los espacios a disposición en logubernamental y no gubernamental; con participación activa en fundaciones: una de ellas creó la primera fundación del país, las otras dos, que participaron de manera activa en esta, en años recientes crearían su propia fundación; con proyectos emprenditoriales y acceso a

trabajos formales por periodos que, junto a sólidas redes familiares y sociales de apoyo, las alejan de condiciones de pobreza extrema que vi en otras mujeres en los años de este trabajo; con un nivel educativo de bachiller; madres; con más de diez años desde el ataque (lo que implica decenas de procedimientos quirúrgicos); todas se sometieron a intervenciones por los mismos/as cirujanos/as que hacen parte de la muestra de profesionales entrevistados/as, así como a intervenciones estéticas a manos de privados; han vivenciado de manera reiterada barreras de acceso a las medidas en salud, a pesar de conocer a profundidad sus derechos. Todas fueron atacadas por personas desconocidas y sus casos han quedado en la impunidad.

Además de ellas, con quienes hablé largas horas a lo largo de cinco años, tuve la oportunidad de conocer en diversos espacios a otras más de diez mujeres, con quienes comparten historias de precariedad y violencias de género reiteradas: violencias sexuales, físicas, económicas y psicológicas. Pero también, siguiendo a Esteban (2004), son agentes en búsqueda constante de la transformación de las condiciones de violencia y de sus propios cuerpos. Sin embargo, el trabajo con ellas tres en particular respondió no solo a la riqueza en sus experiencias y a la disposición a encontrarme en todos los diversos espacios, sino que también existió la posibilidad de contribuir mutuamente a nuestras agendas e intereses. En este sentido, su apertura a contar sus historias y el haber vivido dentro de los espacios de sus cotidianeidades me permitió conocer los recursos que se ponen en juego desde lo individual y lo colectivo para poder reconstruir la piel.

Con ellas mantuve largas conversaciones en sus casas, lugares de trabajo y espacios públicos de la ciudad. Además, estuve presente en diversos espacios de especial importancia para explorar las prácticas grupales de reapropiación del cuerpo: un evento de modelaje en el 2016, en el que cubrieron sus cuerpos con prendas de alta costura y recorrieron la pasarela antes cientos de ojos y lentes de cámaras; una sesión en el año 2017, en el que dos de ellas me invitaron a una reunión que tendrían con un médico con poderes telepáticos a través de los cuales planteaba disminuir sus cicatrices en un 80% a través de una práctica en la que él las visualizaba a distancia en la mitad de la noche; una “tatuación” en el 2019, en la que un grupo de 8 mujeres realizaron tatuajes para tapar sus cicatrices; tres espacios, en los años 2016, 2018 y 2019, en los que a través del baile y el canto manifestaban sus deseos y vivencias en lugares abiertos al público.

En el año 2018 interactué con algunas de ellas en proyectos que respondieron a obligaciones adquiridas en años anteriores, siempre en espacios grupales y con otras profesionales, pero el tipo de conversación íntima e informal que habían tenido lugar en el 2016, la gran mayoría de las veces acompañadas de risas y café, fueron retomadas desde inicios del 2019 y se mantienen hasta el momento; estas rupturas en el modo de hacer responden a un viaje que realicé al exterior por un periodo que se extendió por más de un año. Recobrar y restablecer la relación que había ya existido fue una tarea ardua, que requirió mostrar mi compromiso e intención de mantener un trabajo sostenido en el tiempo que apuntara a dar respuesta a las necesidades manifestadas en el medio de un trueque de bienes inmateriales, emociones y afectos.

La periodicidad de los encuentros fue siempre variable, pero durante el 2019 y principios del 2020 realizamos más de 50 encuentros, en ocasiones grupales y en ocasiones individuales. En estos, las conversaciones que se sostuvieron mientras uno se acompaña en la realización de otras actividades, y habla de cosas varias de la vida, de los hijos, los proyectos, el trabajo o la falta de trabajo, se tomaron casi siempre toda una mañana o toda una tarde. En esos mismos espacios realicé también entrevistas a profundidad con el fin de indagar los significados otorgados a las estrategias no hegemónicas puestas en marcha por las sobrevivientes y para conocer en detalle los itinerarios de reconstrucción realizados. Nuestros cuerpos en co-presencia se experienciaron en el estar ahí, comunicaron afectos y participaron siendo y exponiendo vivencias y emociones a través de la palabra y del cuerpo (Csordas, 2013). Todo esto influyó en que ninguna de las entrevistas se acercase a indagar en profundidad experiencias de dolor y sufrimiento, por las implicaciones éticas y las posibles consecuencias que esto puede traer a nivel del bienestar emocional de las sobrevivientes (incluso también del mío). Esta decisión sobre limitar así el contenido de lo explorado responde a principios de una praxis investigativa ética, de cuidado, respeto y acción sin daño,

Dado mi particular interés sobre el proceso de materialización de sus cuerpos, la información observacional no fue solo recolectada mediante encuentros presenciales. A través de la etnografía virtual, realicé una búsqueda sistemática de imágenes publicadas en redes sociales (especialmente Facebook e Instagram, pero también en los perfiles o estados

de whatsapp de quienes tengo como contacto), y en publicidades, páginas de fundaciones, o exposiciones fotográficas en las que sus cuerpos fueron protagonistas.

Las imágenes recolectadas en las que ellas o partes de sus cuerpos “modelan”²⁹ ascienden a más de 80. Estas fueron codificadas y sistematizadas según si las cicatrices son “expuestas o escondidas”, según los tipos de prótesis visibles en las imágenes, y de acuerdo a la fecha y la protagonista, lo cual me permitió observar las formas en las que muestran sus cuerpos y los cambios en su forma y a través de pesquisas que a veces implicaron preguntas a médicos/as o a ellas mismas, me llevó a poder identificar las técnicas y estrategias implementadas para generar los cambios materiales en las formas del cuerpo (por ejemplo, sobre la intensidad de la retracción de algunas cicatrices, la disminución del grosor de colgajos, la aparición de nuevas cicatrices, entre otras).

Estos datos fueron analizados y triangulados con otras fuentes de información primaria y secundaria para nutrir, por un lado, las descripciones sobre el contexto social y geográfico en el que los cuerpos habitan y transitan; por otro, para incorporar a la lectura discursiva un componente que desde la materialidad del cuerpo mismo, permite hacer lecturas en las que clase, la raza y el sexo intersectan para moldearlo: se analizan en este sentido la *hexis corporal*, por un lado, y las diversas *protesis* que conforman las nuevas pieles y formas de cuerpo.

El diario de campo fue una herramienta que, además de permitir el registro de este tipo de datos observacionales, sirvió para desarrollar una fenomenología generizada, enclasada y racializada de mi propia corporalidad. Esto nutrió mis ejercicios reflexivos y me permitió situarme en los diferentes escenarios del campo de manera más responsable y ética.

Por último, quiero detenerme en dos sobrevivientes con quienes, si bien me crucé en un par de ocasiones, no establecí contacto directo y permanente. Ellas son Natalia Ponce de León y Consuelo del Socorro Córdoba. Ambas mujeres fueron atacadas por hombres y sus caras fueron marcadamente desfiguradas por la acción del químico. Ambas mujeres han protagonizado a lo largo de los años de desarrollo de esta tesis historias en múltiples escenarios socializados a través de medios de comunicación masiva impresos, digitales y

²⁹ No hacen parte de este grupo de imágenes las fotografías de reportajes periodísticos o fotografías médicas. Los criterios para incluirlas es que fuesen tomadas por ellas mismas o por fotógrafos/as contratados/as para recabar imágenes tipo “revista de modas” (Ver anexo 2).

audiovisuales. Ambos nombres aparecieron desde un inicio en casi todas las discusiones sostenidas en los espacios burocráticos o en los espacios de discusión con personal sanitario. Ambos nombres representaban, en estos espacios, casos “emblemáticos” y opuestos, sobre los que se sostenían discursos sobre lo que en los procesos de reconstrucción representan intervenciones de “buena praxis” y de “mala praxis” respectivamente, así como figuras “empoderadas” o “no empoderadas”, o “comprometidas” o no con los planes de tratamiento propuestos desde las esferas biomédicas.

Mientras Natalia es una mujer blanca, capitalina, con alto nivel educativo y con gran capital social y económico, Consuelo es una mujer negra, proveniente de regiones pobres y apartadas, con baja escolaridad y con una vida caracterizada por la precariedad económica. Las imágenes e historias sobre ellas captadas a través de los discursos de quienes enunciaron sus nombres durante el trabajo de campo, así como de información de diversa índole recogida a través de publicaciones de naturaleza diferente en páginas web, hacen parte de esta tesis ya que, como casos emblemáticos, ayudan a identificar información y analizar las maneras en las que el cuerpo que se tiene previo a la entrada a los itinerarios de reconstrucción, moldea de entrada las posibilidades, recursos y experiencias durante los trayectos emprendidos para reconstruir las pieles. A Consuelo y a Natalia pido disculpas por no haberlas escuchado de manera directa, y agradezco por ayudar a comprender la manera en la que, en Colombia, *la clase se hace carne*.

Plan de análisis de datos y exposición de los resultados

Cuando se procede a comunicar el resultado de una investigación se han realizado esfuerzos por romper con las formas tradicionales del discurso masculino que, por ejemplo, antes usaba siempre el plural mayestático. Para éste, la exposición de resultados debe ser objetiva, seria, impersonal, fría, distante. Para cierto Punto de vista feminista lo objetivo no está divorciado de lo subjetivo y lo personal; el discurso puede ser claro, sencillo, directo, personal y objetivo al mismo tiempo

(Eli Bartra, 2002, p. 72)

El plan de análisis de datos obtenidos de fuentes documentales mediante la compilación de leyes, decretos, resoluciones, artículos científicos e informes técnicos; de las voces de burócratas y de personas pertenecientes a fundaciones en los espacios de la

Secretaría Distrital de la Mujer; y aquellos recolectados mediante entrevistas a médicos y médicas, se apoya en técnicas de análisis crítico del discurso³⁰ (Iñiguez-Rueda, 2003; Martín Rojo, 2006).

Desde este modelo de análisis, el *discurso* es entendido como una práctica social, que no solo “habla de”, sino que constituye y conforma identidades, prácticas y relaciones³¹. Para Lupton (2012), quien se interesa por indagar la cultura médica desde una perspectiva de género,

el concepto postestructuralista de *discurso* une los intereses de la semiótica estructuralista con la forma y estructura del lenguaje y las maneras en que se establece el significado, bajo la premisa de que el lenguaje no existe en un vacío social, sino que se inserta en contextos sociales y políticos y se usa para determinados propósitos (p.19).

En este marco, el lenguaje puede ser entendido simultáneamente como indicador de una realidad social y como una forma de crear esa realidad: el lenguaje es *acción performativa*, de manera que cuando hablamos no estamos expresando un significado (visión propia de una visión representacionista del lenguaje), sino que estamos haciendo, creando una cosa (Iñiguez Rueda, 2003).

La teoría de los actos del habla (Austin, 1962) y en general los planteamientos y teorizaciones que se enmarcan dentro del denominado “giro lingüístico”, han tenido gran acogida en los planteamientos de autoras feministas que desde el postestructuralismo

³⁰ Si bien en un apartado posterior se hablará de la conceptualización de “cuerpo” que se acoge en esta tesis, basta anotar acá que la perspectiva de análisis de datos adoptada responde a una visión sobre el cuerpo nutrida por postulados teóricos feministas postestructuralistas en los que los interjuegos de las estructuras de saber/poder en el proceso siempre múltiple e inacabado de conformación del cuerpo, operan a través de los discursos autorizados (en este caso, sobre aquellos de la ley y la ciencia biomédica), reproduciendo dinámicas de control, desigualdad o exclusión. Esta propuesta de asumir el cuerpo como superficie de inscripción de significados es acogida solo parcialmente, pues se quiere también rescatar una visión neomaterialista (Braidotti) que permita acoger la “carne”, así como los procesos de agenciamiento.

³¹ En l’archéologie du savoir, Foucault (2008) señala que en analizar el discurso es una tarea que “consiste à en pas –à en plus traiter les discours comme des ensembles de signes (d’éléments significants renvoyants à des contenues ou à des representations) mais comme des pratiques qui forment systématiquement les objets dont ils parlent. Certes, les discours sont fais des signes ; mais ce qu’ils font, c’est plus que d’utiliser ces signes pour désigner des choses. C’est plus, que les rend irréductibles à la langue et à la parole. C’est plus qu’il faut faire apparaître et qu’il faut décrire” (66-67).

analizan el carácter constitutivo del lenguaje para explorar la construcción social del género y del sexo, así como para sentar las discusiones sobre la justicia social en las que se aborda el *reconocimiento* y la asignación diferencial del valor de unas vidas sobre otras (Butler, 2004, 2010).

La razón que dota al *análisis crítico del discurso*³² de pertinencia cuando se quiere indagar cómo a través de los discursos se generan dinámicas de control social, dominación, desigualdades sociales o la marginación y la exclusión social (Iñíguez, Rueda, 2004), es que a través de este método de análisis se implementan estrategias específicas para aproximarse a los discursos desde una postura problematizadora (Martín-Rojo y Whittaker, 1998). De acuerdo con Ibáñez (citado por Iñíguez-Rueda, 2004),

problematizar es también, y sobre todo, lograr entender el cómo y el por qué algo ha adquirido un estatus de evidencia incuestionable, cómo es que algo ha conseguido instalarse, instaurarse, como aporoblemático. Lo fundamental de la problematización consiste en desvelar el proceso a través del cual algo se ha constituido como obvio, evidente, seguro (s.p).

El componente crítico del análisis nace a partir de la triangulación de la información consignada en los documentos académicos, legales y técnicos identificados, con el contexto sociocultural precarizado puesto en evidencia a través de las experiencias sobre las barreras de acceso denunciadas en múltiples espacios por las mujeres atacadas con agentes químicos: se pretende discutir sobre cómo estas ideas de cuerpo consignadas en los discursos de la política pública y de la biomedicina, pueden incidir en la reproducción de las estructuras y mecanismos de exclusión y dominación que sitúan algunos cuerpos en posiciones particularmente vulnerables.

³² El análisis crítico del discurso no equivale al análisis del discurso. Devorah Schiffrin (citada por Iñíguez Rueda, 2003) sostiene que hay diferentes tradiciones básicas en el Análisis del Discurso: la teoría de los actos del habla, la sociolingüística interaccional, la etnografía de la comunicación, la pragmática, el análisis conversacional y el análisis de la variación. Iñíguez Rueda añade a estos el análisis crítico del discurso y la psicología discursiva. Si bien hay un núcleo común, ya que todas se enmarcan en el denominado “giro lingüístico” y asumen el lenguaje como una práctica social (ya que no es visto como una representación de los procesos sociales, sino que se resalta el carácter *constitutivo* de estos procesos sociales a través del lenguaje, cada una difiere en las técnicas empleadas y en los objetivos del análisis.

En este marco del análisis crítico del discurso, se da especial cabida también a discutir las maneras en las que se legitiman estos discursos y a través de la presentación de fragmentos de fuentes primarias, se analizan las tensiones entre los procesos de pasivización de la "víctima" -tendencia dominante en los discursos del estado cuando hablan desde el marco de la oficialidad- y de responsabilización de las mismas frente a lo que les sucede –o no les sucede- en el proceso de reconstrucción del cuerpo. Para complementar estos análisis se acude a los planteamientos desarrollados en el marco de la psicología discursiva por Bronwyn Davis y Rom Harré (1990), quienes a través del análisis de la *posición* y el *posicionamiento*³³ en el análisis del discurso, intentan hacer visible y analizar los procesos dinámicos y las relaciones de poder inscritas en las maneras como se nombra y como se sitúa al otro/ la otra. En cuando a los contenidos de las pocas entrevistas realizadas, se privilegió un análisis inductivo. Las entrevistas realizadas tanto a médicos y médicas como asobrevivientes fueron transcritas en su totalidad, y con la asistencia del programa Atlas.ti se realizó un análisis línea a línea que permitió la identificación de categorías inductivas para nutrir la comprensión del fenómeno indagado.

Lo recolectado fue triangulado con fuentes teóricas que desde el feminismo permiten la construcción de un relato que da cuenta de las tensiones entre la reproducción y la resistencia de los discursos hegemónicos, ya no solo aquellos inscritos en el ámbito biomédico, sino también en los mandatos de la cultura colombiana sobre los cuerpos y las corporalidades femeninas. Estas entrevistas, sumadas a los datos observacionales, permiten que el análisis trascienda una visión centrada en la manera en la que la biomedicina actúa sobre los cuerpos, para analizar las interacciones entre el cuerpo y los diferentes actores sociales involucrados en el proceso de reconstrucción, de manera que la visión del cuerpo no queda restringida a un ente pasivo y receptor o un producto acabado y cerrado de los discursos biomédicos, sino que tiene un papel activo sobre esas mismas prácticas, dialoga con ellas, las resiste en ocasiones, las desea en otras.

³³ En particular, mientras se habla de posición para “hablar de la producción discursiva inmersa en una diversidad de identidades” (Davis y Harré, 1990, 245), el posicionamiento se define como el proceso discursivo donde las identidades se localizan en conversaciones en las que participantes, observable y subjetivamente coherentes, conjuntamente producen argumentos. Puede haber posicionamiento interactivo cuando lo dicho por una persona posiciona a otra. Y puede haber posicionamiento reflexivo cuando uno se posiciona a sí mismo.

Analizar los datos observacionales obtenidos del trabajo de campo con sobrevivientes, requirió hacer atención a no caer en lecturas tendencialmente románticas e idealizadoras de las luchas cotidianas de quienes se encuentran en posiciones de precariedad. Sobre esto, Abu Lughod (1990) argumenta que existe una considerable cantidad de trabajos realizados desde los estudios feministas en los que se denota un interés por “explicar resistencias y buscar personas que resisten”, y que las abordan como fenómenos que surgen allá donde los mecanismos de poder se agrietan y fallan:

In some of my earlier work, in that of others, there is perhaps a tendency to romanticize resistance, to read all forms of resistance as signs of ineffectiveness of systems of power and of the resilience and creativity of the human spirit in its refusal to be dominated. By reading resistance in this way, we collapse distinctions between forms of resistance and foreclose certain questions about the workings of power (p. 43).

Con esto, la autora no rechaza la validez de objetivos de investigación que apunten a reconocer y comprender la manera en que grupos de mujeres resisten, pero señala la necesidad de asumir teóricamente la resistencia desde marcos de comprensión del poder en términos dinámicos y abiertos:

we should learn to read in various local and everyday resistances the existence of a range of specific strategies and structures of power. Attention to the forms of resistance in particular societies can help us become critical of partial or reductionist theories of power. The problem has been that those of us who have sensed that there is something admirable about resistance have tended to look to it for hopeful confirmations of the failure-or partial failure-of systems of oppression. Yet it seems to me that we respect everyday resistance not just by arguing for the dignity or heroism of the resisters but by letting their practices teach us about complex interworkings of historically changing structures of power.

Los planteamientos de esta autora nutren la aproximación al análisis de datos realizado en el último capítulo de esta tesis, en el que los datos obtenidos en campo son discutidos con postulados teóricos que enfatizan el carácter político de los cuerpos precarios que se alían para aparecer en el espacio público (Butler, 2016), sin desconocer la manera en que la estructura y los mandatos de género se reproducen.

Limitaciones

Identifico dos limitaciones principales a este trabajo. Por una parte, no hubo espacios de acompañamiento físico constante a las sobrevivientes durante los itinerarios de acceso a los espacios de intervención biomédica; la mayor parte de experiencias en este sector, fueron recolectadas a través de narraciones que las mujeres presentaron en conversaciones entre ellas que yo escuché, o en conversaciones conmigo. Si bien se intentó establecer contacto con cirujanos estéticos que trabajan con las sobrevivientes desde el sector privado, con la intención de acompañar las consultas para poder observar las prácticas y relaciones, la entrada a campo fue difícil desde un inicio y se vio mayormente impedida por la llegada de la pandemia. Tras varios intentos por ser invitada a través de correos electrónicos explicando las intenciones de la investigación y no recibir respuesta, desistí.

Por otra parte, en el sector público del campo de la biomedicina fue posible establecer contacto con profesionales y visitar las instalaciones en múltiples ocasiones, así como realizar diversas entrevistas y sostener algunas conversaciones de orden informal, tal y como se describió anteriormente. Sin embargo, nunca pude asistir a estos espacios junto a las sobrevivientes, lo que limitó sin duda las posibilidades de aprehender de manera directa los eventos, las emociones y las relaciones que allí se instauran; esto se debió a que las necesidades relacionadas con consultas de seguimiento o intervenciones quirúrgicas desde el sector público biomédico hacia las sobrevivientes con quienes trabajé mas de cerca, no fueron necesarias en los años que duró el trabajo de campo.

Además, aunque participé en diversos espacios burocráticos, lo que me permitió conocer las lógicas y discursos de quienes conforman ese ámbito, solo escuché narraciones diferidas en el tiempo sobre cómo fueron las experiencias en estos espacios para las sobrevivientes con quienes trabajé de manera cercana. Conocer a profundidad las experiencias requería sin duda un acompañamiento en sus trayectos, en las idas y venidas en bus desde el hospital hasta la EPS y de ahí hasta sus casas o a poner tutelas. El itinerario más cercano que conocí de manera diferida se relacionó con la operación de los párpados de Rosa, pero en el momento en el que conocí su negada necesidad de intervención, ya había pasado una semana desde que ella había culminado todos los procesos burocráticos para exigir la garantía de su derecho al acceso a la intervención. Durante todo el tiempo de trabajo de

campo posterior a ese evento, no se presentaron más requerimientos de intervención por parte de las mujeres que mejor conocí.

Estas dos limitaciones dan como resultado que mis descripciones sobre los *itinerarios terapéuticos* (específicamente en el marco del ámbito biomédico) y sobre los *itinerarios burocráticos*, sean parciales y carezcan del dato empírico que solo emerge del estar ahí, transitando y viviendo junto a ellas los acontecimientos en estos espacios; son limitaciones que surgen de la ausencia de la co-presencia, que a través de los cuerpos que comparten, permite participar y comprender el mundo (Csordas, 2013) en el marco del trabajo de campo; surgen de la ausencia de una *antropología encarnada* (Esteban, 2004), que hace explícito “el entrelazamiento entre la experiencia corporal propia y la investigación” (p. 50).

SEGUNDA PARTE

RESULTADOS

5. Preámbulo e inicio del itinerario: Políticas, leyes y discursos del Estado para la reconstrucción de cuerpos atacados con agentes químicos en Colombia y barreras de acceso

Esa mirada es la del extranjero, que desde la novedad puede captar lo que para los sujetos ya es parte del paisaje de fondo de lo cotidiano. Y esa mirada puede dirigirse a las políticas públicas como espacio privilegiado dentro del universo de sentidos en que habitamos
(Alu, 2014)

Entro al campo por primera vez bajo la identidad de joven profesional. Entro junto a quienes desde el sector salud, discuten rutas de atención y protocolos de intervención. Aquí, conozco sus lógicas.

Hay que hacer, hacer, hacer. Lógicas de la inmediatez: a problemas urgentes, soluciones urgentes. No hay tiempo para los diagnósticos, toca intervenir. Hacer, hacer, hacer. Si funciona o no, ya se verá después, las cosas pueden modificarse. O tal vez mejor no modificarlas, o incluso no ver que no funcionan. Pero si se modifica, que no sea lo ya hecho, pues esto implicaría haber perdido tiempo. Y que no sean las lógicas de la inmediatez que subyacen a la forma en la que las cosas se hacen. Mejor poner parches que coser. Se hizo la Ley que pretendía garantizar el acceso a la salud inmediato, gratuito y sin barreras a las víctimas; un decreto por acá, una resolución por allá, un par de sentencias, programas de acompañamiento, protocolos, rutas, más programas de acompañamiento, de empoderamiento, de desarrollo de capacidades, otro par de leyes. Y se hace más y más, porque si no se hace, siguen las barreras, se perpetúa el daño, el cuerpo no se reconstruye y se pierde el puesto. Y si se critican las lógicas, también se pierde el puesto.

Esas lógicas también me dominan a mí. Me paro ante lo ya escrito y no entiendo el porqué de la forma como está escrito... ni el para qué, ni el para quién. El *habitus* disciplinar domina lo que se hace y difícilmente es sometido a cuestionamiento. Ahí siguen burócratas,

tecnócratas y funcionarias de varias instituciones todavía, ahí sigo yo: corriendo, sudadas, cansadas, sin suficientes horas de sueño y sin suficientes horas para preguntarse qué se hace, para qué se hace y para beneficio de quién se hace. Los nudos en la garganta, sin embrago, los tenemos varias: hay violencias silenciadas de las que no solo yo quiero hablar en voz alta; también susurran descontento las voces de las “expertas” en las reuniones a las que he asistido... pero hay que acumular capital académico, económico y social, para lo cual es más útil hacer -no importa bien qué- que discutir fallas o evidenciar problemas. Hay que dar cuenta ante los/las jefes del trabajo realizado, y hay que pagar la salud, la pensión, la hipoteca de la casa o el arriendo, la educación de los y las hijas y los impuestos; todo sin olvidar que también hay que acumular prestigio, ser objeto de admiración, ser la “mujer excepcional” de la master narrative postfeminista del neoliberalismo (Braidotti, 2005). En el imperio de Cronos no hay que parar, hay que alcanzar siempre los pequeños e infinitos objetivos. Uno tras otro, siguen apareciendo en el horizonte. Entonces, no queda más que seguir corriendo, sudadas, cansadas, durmiendo poco y no preguntándose qué se hace, para qué se hace y para beneficio de quién se hace.

A partir de estas lógicas y dinámicas, en relación con las políticas públicas sobre los ataques con agentes químicos en Colombia, se han sentado y se siguen sentando las bases para lo que se cree será un futuro más prometedor. Pero las leyes generadas, que para algunos/as son un compromiso, para otros/as un fin político y finalmente para otros/as un sueño, terminan siendo un reenvío a una fecha indeterminada para la implementación de las medidas estipuladas para la restitución de derechos y la intervención biomédica para la reconstrucción de un cuerpo.

Para comprender cómo surge y se sustenta el marco normativo para la reparación integral de las víctimas de ataques con agentes químicos en Colombia, y en específico aquellas medidas para la reparación que implican al sector salud, realizaré en el primer apartado una breve descripción sobre la configuración del *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS) en Colombia, ya que en este se enmarcan las acciones que se estipulan en los discursos y leyes que indican las acciones a implementar para la garantía de lo que, desde una visión amparada en un enfoque biomédico, será la reconstrucción del cuerpo de las víctimas. En el segundo apartado expondré el marco legislativo desarrollado específicamente para establecer las vías para la reparación integral de las víctimas de ataques

con agentes químicos. Posteriormente, nutriéndome de datos empíricos recolectados en campo de 2016 a 2019, en diversos espacios³⁴ en los que profesionales de diversos ámbitos del conocimiento (médicos y médicas, psicólogas, trabajadoras sociales, abogadas, administradoras y personas que participan en la formulación e implementación de políticas públicas) hablan sobre temas relacionados a los ataques con agentes químicos, se discute en la última sección del presente capítulo cómo se regulan disposiciones afectivas y éticas y cómo se estructuran discursos desde las esferas expertas para explicar las dificultades del acceso a las medidas que se encuentran ya escritas sobre el papel. Estos fragmentos etnográficos, que evidencian posibilidades diferentes de reconstrucción según cómo aparezcan más o menos barreras de acceso a las medidas que la Ley estipula, permiten abonar el terreno para adelantar la pregunta que será abordada en el siguiente capítulo y que cuestiona cómo la clase social en relación a la distribución diferencial del acceso a los servicios es uno de los factores que entra a modelar la materialización del cuerpo.

Sobre el derecho a la salud en Colombia.

Junio de 2017. Faltan 7 minutos para la hora de inicio. Como es costumbre, llego con algunos minutos de antelación al lugar de la reunión a la que solicité asistir y en la que se discutirá el tema de las barreras de acceso a las víctimas de ataques con agentes químicos. Es la Casa de igualdad para las mujeres de Chapinero. La reunión fue convocada por la Secretaría Distrital de la Mujer, entidad que desde hacía algunos meses había iniciado un proceso de identificación de barreras de acceso mediante diversos ejercicios participativos con las 36 mujeres atacadas que hasta la fecha hacían parte de las personas acompañadas por la institución; a esta reunión, sin embargo, ellas no asistirán; están invitadas representantes de algunas fundaciones y unas pocas profesionales que trabajan en el tema desde el ámbito

³⁴ Estos incluyen: dos conferencias en dos universidades de Bogotá, llevadas a cabo en el año 2017; un encuentro con tres investigadoras en derechos humanos de una universidad de la misma ciudad; un encuentro con profesionales adscritas a diversas fundaciones e instituciones; diversos encuentros con burócratas y profesionales que trabajan en el tema y que se realizaron en los años 2016, 2017 y 2018; y encuentros con mujeres que han sido agredidas con agentes químicos, específicamente en los años 2016, 2017 y 2019.

jurídico y psicosocial; todas hacen parte de un pequeño grupo de personas que participan de manera activa en diversos espacios de discusión sobre el tema.

Entro a una casa típica de esta zona de la ciudad y pido información a la guardiana del lugar, quien hace las veces de secretaria recepcionista. Mira el ordenador y confirma que en efecto hay una reunión convocada a las 2.00 pm. Me señala que soy la primera en llegar y sugiere que inicie el proceso de registro. Pide mi nombre, apellidos y documento de identidad, me toma una foto con una *web cam* y me indica que puedo pasar a la sala de espera, espacio frente a la recepción con algunas sillas dispuestas en semicírculo, de manera que es fácil ver a todas las personas que esperan y a quienes se acercan a la recepción. No hay nadie, aún no ha iniciado el horario de atención de la tarde.

Varios carteles coloridos con mensajes de rechazo hacia la violencia contra las mujeres e información divulgativa sobre derechos y servicios estatales para las víctimas tapizan las paredes de la sala. Tras unos pocos minutos, noto que llega una persona. Es una mujer de mi edad, vestida a la moda, gomela (pija), alta, delgada y de tez blanca. Se registra como si ya conociese el procedimiento y se dirige en silencio hacia la silla opuesta a la mía, por lo tanto, queda justo enfrente. Sin mirarme se sienta, saca su iPhone y dirige su mirada hacia la pantalla. Un minuto más. Una nueva llegada se acerca a la recepción. Infra peso evidente, facie caquética, se muestra agitada, los dedos de sus manos se mueven incansablemente, como tocando un piano invisible. Pregunta con acento extranjero a la guardiana si ya ha llegado la psicóloga. Esta le dice que aún no ha llegado, ante lo cual la nueva llegada se agita aún más y pregunta insistentemente el “por qué, si la cita era a las 2 y ya son las 2”. La guardiana le dice que la psicóloga usualmente llega unos minutos tarde, “por los trancones, ya sabe usted” y la invita a iniciar el proceso de registro.

Pregunta su nombre y apellido y solicita “la cédula en físico” y la mujer, aún más agitada y mirando a su alrededor con cara de miedo, le dice que no quiere dar la información, que por ninguna razón le va a dar su nombre y mucho menos su cédula. Inicia un juego de justificaciones del por qué sí (guardiana) o por qué no (mujer) entregar la cédula o dar el nombre, mientras se observa un *in crescendo* de la ansiedad de la mujer y del desconcierto de la guardiana. Quiero intervenir, pues siento que la mujer está en riesgo de un ataque de pánico ante la negativa de la guardiana, que explica que “ese es el procedimiento para todo el mundo”... y ni siquiera le ha informado aún que le tomará una foto con su *web cam*,

pienso. Noto que la joven sentada en frente ha dejado su móvil y observa curiosamente la situación. La mujer dice a la guardiana: “no importa, mejor me voy y espero afuera a que llegue la psicóloga”; se dirige hacia la salida. Reflexiono sobre la protocolización en los espacios de ayuda. ¿Qué idea de mujer subyace a las rígidas rutas establecidas con voluntad de ayuda? ¿Cómo generar acciones sin daño ante subjetividades y cuerpos tan diversos, que han sido sometidos a violencias repetidamente, pero dando a la vez respuestas concretas para guiar las acciones de funcionarias y profesionales? Una idea de mujer (“capaz”, “equilibrada”, “empoderada”, saludable física y psicológicamente) subyace a la implementación de estos procedimientos de seguridad en un lugar pensado, justamente, para proteger a quien ha vivido la violencia.

En tanto, la joven que está en frente mío se para y solicita a la guardiana información sobre la reunión convocada por la Secretaría de la Mujer, pues ya son las 2.10pm. Vuelve a su silla.

- “¿Vas a la reunión de la Secretaría?” pregunto.

- “Sí”, responde

- “Yo también”, le digo.

Me presento. Iniciamos una conversación cordial, nosotras, dos profesionales jóvenes entorno a los 30 años, “de buena familia”, vestidas “a la moda” y de estatus socioeconómico alto. Me comenta que es abogada de la Fundación Natalia Ponce de León, realizó sus estudios en la misma universidad que yo (Universidad que está dentro de las tres privadas más costosas y reconocidas del país). Comenzamos a hablar sobre temas que nada tienen que ver con el motivo que nos convoca, pero que atraen la atención en salud: tiene dolor de espalda, que atribuye al estrés laboral. En este caso hablamos sobre “nuestra” atención en salud:

- Me tocó llamar hoy a pedir cita al médico, mañana voy, mi espalda me tiene súper mal (me comenta)

-Yo también tengo unos problemas de espalda terribles. ¿Has probado con terapias alternativas?

-He probado un montón de cosas.

-Yo voy donde un osteópata súper bueno, si quieres te paso el número. También hay gente que dice que la acupuntura está bien, y Yoga, eso también me ha servido un montón, le comento.

-Si, yo hago Pilates y eso sirve. E ir al spa, nadar...

Esta es la experiencia en salud de nosotras, que estamos ahí para hablar sobre barreras de acceso que nunca hemos vivido. Yo llamo a pedir cita médica el día antes de asistir y la obtengo; mi carne no ha sido expuesta a ninguna barrera. Al igual que Rich (1984), mi piel blanca y mis ojos claros (lo que en Colombia tiene implicaciones particulares y me confirma en un lugar de privilegio), han visto al dentista dos veces al año desde la más temprana edad. Además, si el sistema llegase a demorar, están los recursos para asistir a médico/as privados/as. Si en Colombia uno llama un día a pedir cita con un especialista y la cita la tiene para el día siguiente, quiere decir que, o va al médico y paga una costosa cita privada, o tiene “prepagada”, es decir, un seguro de salud privado que genera beneficios y pocas esperas en comparación con los servicios que ofrecen las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud (EPS). Para tener prepagada, también hay que tener EPS, de manera que la prepagada implica comprar planes “extra”. Y, además, hacemos Yoga, Pilates y terapias alternativas, es decir que contamos, además de las prepagadas, con la posibilidad de recurrir a servicios privados no son cubiertos por estas. Esa es nuestra experiencia, que permea los discursos e imaginarios que generamos desde nuestro privilegiado lugar de enunciación.

En Colombia, el derecho a la salud se constitucionalizó de forma expresa en los artículos 44 y 49 de la Constitución Política de 1991 como un derecho inherente a la persona. En el año 1993, a través de la Ley 100, se reforma el sistema de salud con la intención de lograr una cobertura universal en la prestación de los servicios. A través de esta, se instauró un modelo de aseguramiento y de prestación de servicios individuales con el objetivo de garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y de promover la equidad, entendida como la “provisión gradual de servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes sin importar su capacidad de pago”. En el año 2015, mediante la promulgación de la Ley 1751 (Ley Estatutaria de Salud), se regula y se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) instaurado a partir de la Ley 100, se concibe la salud como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo (ya la mediante la Sentencia T-760 de 2008, la corte constitucional había otorgado a la salud el estatus de derecho fundamental autónomo, de manera que dejaría de ser necesario argumentar la conexidad de la salud con otro derechos

fundamentales, como a la vida) y se adopta un modelo basado en los determinantes sociales de salud³⁵.

La estructura del sistema de salud en el país es, a grandes rasgos, el siguiente (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2011):

Los integrantes incluyen: 1) organismos de dirección, vigilancia y control (IVC) que se encargan, entre otras, de realizar la regulación del SGSSS, la vigilancia en salud pública y la vigilancia sanitaria; 2) los organismos de administración y financiación, que incluyen: a. las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado (comúnmente conocidas como EPS pero técnicamente llamadas desde hace pocos años EAPB) y que son entidades públicas o privadas que funcionan como aseguradoras y administradores; b. las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud; c. y el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA); 3) los prestadores de servicios de Salud, que pueden ser públicos (Empresas Sociales del Estado – ESE), privados (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS) o mixtos, proveen los servicios de atención a los afiliados de acuerdo al Plan Obligatorio de Salud (POS); y 4) Prestadores de salud adscritos al Ministerio de Salud y Protección Social.

El sistema de financiación para garantizar el acceso a los servicios de salud se basa en las cotizaciones de trabajadores y trabajadoras, empleadores y empleadoras y en recursos fiscales.

Los regímenes de afiliación al sistema son el contributivo, que se basa en el pago voluntario u obligatorio de una cuota mensual cuya cuantía depende de los ingresos y condiciones de trabajo de la persona afiliada; el subsidiado, pago que realiza el Estado para personas identificadas en los niveles 1, 2 y 3 del llamado SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios para programas sociales), que es un sistema diseñado para identificar y clasificar a personas que debido a sus escasos recursos no contribuyen económicamente al

³⁵ Este modelo ya había sido implementado en el Plan Nacional de Salud 2007-2010 y en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021). Mediante la asunción de este modelo se dispone que es “deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud” (Congreso de Colombia, 2015, p. 5).

sistema; y por último, los regímenes de excepción, que cubren a personas pertenecientes a las fuerzas militares o de policía y a trabajadores/as de Ecopetrol (empresa colombiana de petróleos), entre otras. También están las “prepagadas”, que no hacen parte del sistema público, y permiten acceder más fácilmente a servicios de calidad a personas como la chica de la sala de espera y yo. Para tenerlo, además de ser contribuyentes, lo que implica pagar una cifra con base a los ingresos, hemos de pagar cuotas mensuales cuyo valor depende de la empresa de afiliación. En mi caso, alrededor de 100 euros, lo que en un país en el que el salario mínimo por trabajo a tiempo completo (48 horas semanales) es de 216 euros al mes (cambio al 01 de enero de 2022), da cuenta del elevado costo.

Los afiliados al régimen contributivo tendrían acceso a las actividades, procedimientos e intervenciones en salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Contributivo (POS-C), así como a los medicamentos, insumos y demás beneficios incluidos en el plan, que representa el marco general de cobertura para el sistema de salud; los afiliados al subsidiado, tendrían acceso a aquellos beneficios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) para población afiliada con subsidios totales y el POS para los afiliados con subsidios parciales. Son las empresas prestadoras de los servicios de salud (EPS) las encargadas de gestionar y proveer los servicios contemplados en estos planes³⁶.

³⁶ El MSPS (2020a) indica que para el año 2020, se ha alcanzado una cobertura en salud del 95.07% de la población, lo que corresponde a 47.675.878 de ciudadanos y ciudadanas afiliadas. De estos, el “47.89% corresponden a afiliados en el régimen subsidiado, 47.58% al régimen contributivo y 4.52% a los regímenes especiales o de excepción”. Con la promulgación de la Ley 100 en 1993, se había definido la meta para que en el año 2000 toda la población estuviese afiliada, a partir de lo cual se iría progresivamente unificando los planes de los regímenes contributivo y subsidiado. Restrepo-Zea, Casas-Bustamante y Espinal-Piedrahita (2018), describen cómo esta meta no solo no fue cumplida, sino que, en la actualidad, a pesar de los avances en cobertura, persisten “hondas preocupaciones en cuanto al acceso y la equidad en la atención” (p. 676). Frente a esto, Bran, Valencia, Palacios, Gómez, Acevedo y Arias (2020) señalan la especialmente preocupante situación de personas del régimen subsidiado en zonas rurales a quienes aquejan barreras de orden administrativo, geográfico y económico. Gava (2016) indica que los principales desafíos se relacionan con la inequidad en el acceso, con la regulación del Estado frente a iniciativas privadas, el escaso financiamiento, la corrupción de las EPS, la fragmentación y la cobertura universal mediante paquetes de servicios mínimos que no corresponden a las necesidades en salud de los ciudadanos.

También se encuentran los servicios y prestaciones NO-POS, que incluyen las actividades, procedimientos e intervenciones no cubiertas en los Planes Obligatorios de Salud. Estas deben ser cubiertas mediante la aplicación de otros recursos del sistema, tales como los del FOSYGA, para el régimen contributivo, o los de los Fondos Territoriales de Salud (FTS), para el subsidiado.

Lo que entra y lo que no entra en estos planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado se define a través de “principios rectores y criterios de interpretación” (MSPS, 2011, p. 217). Dentro de los *principios rectores*, se encuentra el de integralidad y el de complementariedad, en virtud de los cuales “...*los medicamentos esenciales, suministros y tecnología en salud, en los diferentes niveles de complejidad y en los diferentes ámbitos de atención, necesarios para ejecutar una actividad, procedimiento o intervención de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la enfermedad (...) hacen parte y en consecuencia constituyen la integralidad del POS o del POS-S según el caso*”. También hace parte todo lo estipulado en las listas de medicamentos o procedimientos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los *criterios de interpretación*, por otra parte, dependen de factores específicos que incluyen la fase de la enfermedad, el grupo de edad a la que pertenece la persona que busca acceder a un servicio específico, el costo de los insumos, la condición del paciente (si es o no “recuperable”), la finalidad de la atención (diagnóstica, tratamiento o rehabilitación y no cosmética), la relación costo-efectividad en el manejo (enfermedades catastróficas), la denominación del tipo de tecnología (tomográfica, endoscópica, ecográfica, etc.), el que las actividades, procedimientos e intervenciones (API) simultáneamente estén contenidas en las normas técnicas para el desarrollo de las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en Salud Pública, entre otros (MSPS, 2011).

Así se estructuran entonces las bases de las posibilidades de reconstrucción del cuerpo de las mujeres que han sido atacadas con agentes químicos: por un lado, teóricamente, ya sea por contributivo o por subsidiado, el acceso a “la salud” estaría garantizado. Esa “salud” que se garantiza, es una clara y delimitada construcción establecida de antemano, erigida desde hace pocos años en el modelo de determinantes sociales en salud, y se estipula que existen tecnologías, medicamentos e insumos necesarios para llevar a cabo las API específicas para intervenir sobre esos estados que la ponen en riesgo. Las condiciones para la reconstrucción

biomédica de los cuerpos están dadas. El discurso sobre el derecho a la salud, entendido como un derecho fundamental, estructura el sistema para que todos y todas tengamos cobertura.

También existen los señalados *criterios de interpretación*, de los que depende que se garantice o no el acceso a las API. Entre profesionales de la salud y las EPS, se construye la viabilidad y garantía del acceso dependiendo de:

- si, según ellos, es un cuerpo que vale la pena intervenir o salvar, dependiendo de “la fase de la enfermedad”, “del grupo de edad”, o de la “condición de recuperabilidad”.
- cuestiones económicas, como el costo de los insumos, la relación costo-efectividad en el manejo, la denominación del tipo de tecnología (tomográfica, endoscópica, ecográfica, etc.)
- los criterios de *racionalidad*, de *proporcionalidad* y *pertinencia*, de *necesidad* y de *compensación*, que hacen igualmente parte de los elementos a evaluar a la hora de identificar los procedimientos y servicios a cubrir.
- y, de especial interés cuando de reconstrucción del cuerpo de mujeres atacadas con agentes químicos se habla, la *finalidad* de la atención, en donde se excluye, de entrada, aquello considerado del orden de lo “cosmético”:

El criterio de finalidad implica el que los servicios de salud no puedan tener otro fin que el de contribuir de manera efectiva al mantenimiento o recuperación de la salud, a través de la prevención y el tratamiento de la enfermedad o la rehabilitación de la discapacidad. Este criterio respalda toda la cobertura en los planes de beneficios, particularmente en situaciones que pudieran generar controversia, como aquellas relacionadas con la atención por cirugía plástica con finés funcionales: reconstrucción mamaria post mastectomía³⁷, reducción mamaria por dorsopatías y otras alteraciones, corrección de labio y paladar hendido, por ejemplo (MSPS, 2011, p. 217).

³⁷ Muy discutible resulta la catalogación de la reconstrucción mamaria post-mastectomía como una intervención funcional. Sobre el tema de la cirugía de reconstrucción mamaria post-mastectomía resulta interesante el trabajo de Coll-Planas, Cruells y Alfama (2013; 2017), en el que el que se considera la distinción entre lo cosmético y lo reconstructivo en los discursos de cirujano/as plásticos/as en tres casos: reconstrucción postmastectomía, implantes mamaros a mujeres transexuales e intervenciones de aumento. En estos trabajos, que buscan explorar el impacto de los mandatos de género en la construcción social del cuerpo femenino en el contexto biomédico, se explora también la manera en que estas intervenciones son diversamente justificadas, financiadas y legitimizadas.

Es a través de estos criterios, sumados a las listas de condiciones de salud incluidas o excluidas en las dimensiones prioritarias de salud pública de los planes decenales de los gobiernos de turno, que se entrevé qué idea de salud es la que constituye un derecho. Asimismo, queda expuesta la manera en la que, a través de estas políticas en salud, se legitima el saber de los discursos biomédicos, a los que se les otorga el poder de decisión, a través de los criterios de interpretación, de construir los argumentos para determinar la *necesidad* de las API (acciones, procedimientos e intervenciones) y, de la mano con las empresas financiadoras y administradoras, de controlar los recursos para invertir solo sobre los cuerpos que se considere válido y justificable intervenir. Esta limitación da pie a la necesaria discusión sobre cómo estas medidas generan marcos capaces de reconocer la valía de solo unas vidas (dependiendo de la edad, la recuperabilidad, etc), poniendo en evidencia el ejercicio de un saber/poder que se hace carne y que permite la vida. La legislación y política pública ligada a temas del cuerpo ha sido, de hecho, sujeto de un profundo análisis sobre la capacidad de los individuos a decidir sobre su propio cuerpo y en el caso de las mujeres, desde perspectivas críticas ancladas al feminismo se ha discutido de manera particular cómo el discurso legal ha reducido la autonomía de las mujeres (Muñiz, 2007).

Pero no solo son estos criterios los que se ponen en juego: el acceso efectivo a los “inalienables derechos para todos” y todas está moldeado por factores de orden económico, político y social que potencian o reducen la puesta en práctica de los procedimientos y la implementación de las tecnologías necesarias para las intervenciones formales en salud sobre los cuerpos. Aún con una estructuración del sistema de salud que presenta las bases para que las mujeres atacadas puedan acceder a las API necesarias para la reconstrucción de los tejidos, ante la inevitable evidencia sobre las inequidades en el acceso y las limitaciones en la cobertura frente a procedimientos e insumos necesarios para recuperar los tejidos dañados por los químicos, Colombia ha generado en los últimos siete años un marco normativo específico para las víctimas de estos ataques, con el fin de definir y garantizar las medidas para su reparación integral.

Desarrollo del marco legislativo para la atención integral de las víctimas de ataques con agentes químicos.

Los datos epidemiológicos manejados por las fuentes oficiales expuestos en el estado del arte de esta tesis, aunque representan cifras sin cara, sin carne, sin historia y sin voz, ponen en evidencia un panorama que ha de ser objeto de atención. La dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección Social proclama que su función es orientar “la Política Pública en Salud y gestión de Entidades Territoriales e Instituciones, mediante la generación de inteligencia epidemiológica que permite planear en salud y responder de manera efectiva ante riesgos contingentes” (Ministerio de Salud, 2018), de manera que la magnitud y visibilización de las cifras presentadas a partir del 2012, han servido de fundamento para el desarrollo de un copioso marco legislativo en relación a estos crímenes en Colombia que tienen como objetivo hacer efectivo el acceso a los derechos, y entre estos, el derecho a la salud.

Entonces, se comienza a hacer. Acciones del Estado, que hace presencia a través de la formulación de leyes, decretos, resoluciones, rutas, protocolos. ¿Para qué, para quién, cómo, y por qué? ¿A qué cuerpo se hace referencia cuando se plantean las posibilidades de intervenir desde el sector salud?

Si bien en septiembre de 2011 inició “el curso legislativo del Proyecto de Ley 091 en la Cámara de Representantes, el cual se convirtió, a la postre, en la Ley 1639 de 2013” (Díaz Granados, 2014, p. 7), una primera ley se formula en el año 2013: la Ley 1639, busca *fortalecer las medidas de prevención, protección y atención integral a las víctimas de crímenes con ácido, álcalis o sustancias similares o corrosivas*. Esta ley establece la necesidad de generar mecanismos para un control riguroso sobre la venta de las sustancias químicas mayormente utilizadas por los victimarios; adiciona a la Ley 599 de 2000 el artículo 113, que aumenta la pena prevista originalmente frente a delitos de lesiones personales que deriven en deformidad, e introduce como agravante que conlleva a un incremento en la sanción, la afectación de la zona facial y el uso de ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas como agentes del daño; dispone que ha de crearse una ruta para la atención integral de las víctimas, que pretende asegurar el acceso a la información y la orientación acerca de los derechos, medidas y recursos con los que cuentan, los medios judiciales, administrativos y de atención en salud disponibles para el restablecimiento de sus derechos, así como

mecanismos para proporcionar ocupación o continuidad laboral a las víctimas; adicionalmente, en su Artículo 5°, que dispone la creación del artículo 53A en la Ley 1438 de 2011, se plantea que

cuando las lesiones personales sean causadas por el uso de cualquier tipo de ácidos o sustancia similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad, *los servicios, tratamientos médicos y psicológicos, procedimientos e intervenciones necesarias para restituir la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas, no tendrán costo alguno y serán a cargo del Estado* (p. 33).

También determina la obligatoriedad de los prestadores de servicios de salud de registrar y reportar los casos.

Posterior a la Ley 1639, en el año 2014 el Ministerio de Salud y Protección Social generó tres actos de carácter administrativo: primero, la Resolución 2715, que establece cuáles sustancias deben ser objeto de registro de control de venta al menudeo, incluyendo diversos tipos de ácidos y sustancias corrosivas; en segundo lugar, la Resolución 4568, mediante la cual se adopta el Protocolo de atención de urgencias a las víctimas de ataques con agentes químicos; por último el Decreto 1033, que reglamenta el funcionamiento del régimen de regulación de venta de estas sustancias, la ruta de atención integral para las víctimas y refuerza la garantía de la atención integral en salud para las víctimas al establecer la ruta intersectorial para su atención integral. Se suma a esto la circular 016 de 2014, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la cual se insta a las EPS para que exceptúen del pago de cuotas moderadoras y copago a las víctimas de violencias por ataques con agentes químicos.

En el año 2016 se genera la Ley 1773, que lleva el nombre de una víctima emblemática de estos ataques en Colombia (Natalia Ponce de León). Esta ley prevé una nueva formulación de los artículos 68A, 104, 113, 359, y 374 de la Ley 599 de 2000 y del artículo 351 de la Ley 906 de 2004, con el fin de incrementar la pena de los agresores³⁸ y de cualquiera

³⁸ Sotomayor Acosta (2007) presenta un análisis sobre la ineficacia del sistema penal colombiano. Citando a Rubio, afirma que en Colombia “la probabilidad de que un homicidio sea condenado, del 11% en los sesentas apenas sobrepasa en la actualidad el 4%”. Como es de suponer, la situación no

que trafique, posea o manufacture sustancias químicas o radioactivas, eliminando la posibilidad de reducir la sentencia de condena a los agresores, e introduciendo los ataques que deformen el rostro como circunstancia agravante de la pena.

A través de la circular externa 0008 del 24 de agosto de 2017, de la Superintendencia Nacional de Salud, se indica a las EAPB, IPS y Entidades Territoriales la implementación de la Ruta de Atención Integral para las víctimas. Esta ruta pretende garantizar el acceso prioritario de estas víctimas a la atención integral. Es una de las dos únicas rutas en violencias de género que ha sido desarrollada en el marco de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, creada para “definir las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención por parte de los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f); la otra ruta desarrollada es en violencias sexuales, y su priorización responde a la incidencia de estos crímenes, que ascienden a más de 20.000 por año –contando solo aquellos casos denunciados y en los que se practicó examen médico-legal-.

Por último, el 12 de julio de 2019 se expide la Ley 1971, que “busca priorizar los derechos de atención en salud y promover el acceso al trabajo de las personas víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel”. En esta se vuelve a enfatizar que las intervenciones para la restitución de la fisionomía y funcionalidad de las zonas afectadas serán a cargo del Estado y se expresa que ningún gasto ni erogación económica quedará a cargo de la víctima o sus familiares. Se agrega que “el Ministerio de Salud garantizará el acceso a los insumos, procedimientos y tecnologías que el médico tratante o especialista requiera para atender oportunamente a una víctima de ataque con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel”, se establecen tiempos de respuesta y se dictamina que

es más alentadora cuando se mira hacia el secuestro, la desaparición forzada y otros hechos de similar gravedad. Lo anterior ha derivado en una profunda crisis del sistema de justicia penal en Colombia, que por tal motivo se ha visto sometido en los últimos años a permanentes reformas de muy diferentes signos, como se refleja con claridad en la profusa producción legislativa de carácter penal (p.23)”. En efecto, como se comentó en el apartado anterior, de cientos de denuncias recibidas por la fiscalía sobre los crímenes con agentes químicos, solo ha habido tres condenas. No se desconoce que como acción preventiva pueda ser de utilidad para disminuir la incidencia de los ataques.

no se podrá negar la continuidad del tratamiento, independientemente a la fase del proceso de reconstrucción en la que el paciente se encuentra³⁹.

En este copioso marco normativo se entrevé como el sistema no desconoce los problemas de acceso a las medidas, a la vez que presupone una capacidad de respuesta integral, adecuada y suficiente para la prevención y el restablecimiento de los derechos a la salud, a la justicia y a la protección. De hecho, la política pública se define de entrada como el conjunto de acciones que los gobiernos han de implementar apuntando a objetivos de interés público, y que se ven sustentadas tanto en un proceso de diagnóstico como en un análisis de factibilidad para la atención de los problemas diagnosticados (Franco Corzo, 2014). ¿Para quién se hacen? Para víctimas, sin cara y sin contexto. El cuerpo al que hacen referencia sigue siendo el mismo que presentan las cifras. Un cuerpo informe, sin cara, sin nombre, sin historia. Pero no es el cuerpo de cualquiera, es el cuerpo de una *víctima*⁴⁰.

La connotación del término está directamente vinculada con la pérdida y el daño provocado en un hecho violento y con el derecho a ser reparado/a: un/a ciudadano/a que sufrió *lesiones personales a causa del uso de cualquier tipo de ácidos o sustancias similar o corrosiva que generen daño o destrucción al entrar en contacto con el tejido humano y*

³⁹ Todas estas leyes han dado cabida a múltiples opiniones, especialmente desde el sector jurídico, en el que se ha discutido la mediatización de los ataques enfatizando cómo intereses políticos, económicos y mediáticos han servido de sustento para promover las leyes en la materia. Con respecto a la Ley 1639, Acosta Zárate y Medina Rico (2014) enfatizan cómo algunos de los proyectos de ley que llevaron a la creación del marco legislativo expuesto “responden al clamor de un populismo punitivo desesperado, y no a la certeza de un derecho” (p.74). Por otra parte, con respecto a la Ley 1773 de 2016, Tobar Salazar y Pimienta Tabares (2016) se dan a la tarea de hacer el análisis prelegislativo que sustentó la Ley y manifiestan que la falta de respuesta institucional para la adecuada atención de los casos, el malestar social, fomentado por noticias que “permiten levantar sentimientos viscerales en el ciudadano, el cual siente que la intervención punitiva es necesaria para cambiar la realidad social” (p. 49) y la opinión pública, que “se encarga de reforzar la visibilidad de la disfunción para que se convierta en un verdadero problema social”, fueron elementos clave para sustentar la radicación del proyecto de ley.

⁴⁰ En Colombia la noción de víctima ha sido ampliamente discutida, dado que casi un cuarto de la población del país ha sido registrada como víctima del conflicto armado interno (al 2021, se registran en el RUV más de 9 millones de víctimas del conflicto armado en el territorio nacional). El Grupo de Memoria Histórica (2013) propone una definición del concepto que sobrepasa la connotación jurídica propia del gerencialismo estatal: “Es la víctima el rostro sufriente y de cuerpo lacerado que revela la crueldad de los perpetradores y devela el mal y los quiebres éticos de esta sociedad, incluidos sus gobernantes y ciudadanos” (p. 25). Esta definición, invita a traer a la discusión a más de los dos actores típicamente implicados en las definiciones más tradicionales. Estos otros actores y las lógicas que se reproducen en el orden estructural serán abordadas más adelante.

generen algún tipo de deformidad o disfuncionalidad. Específicamente desde el ámbito sanitario, es un cuerpo con deformidad o disfuncionalidad el que será objeto de las intervenciones biomédicas necesarias para restituir la funcionalidad perdida, desde las medidas que presupone el sistema.

En el acto mismo de nombrar y describir los “términos y condiciones” que construirán esa definición de víctima, se delimita el campo de inclusión de los cuerpos que gozarán de las medidas estipuladas; no lo serán en este caso, por ejemplo, aquellos de las mujeres que han sido quemadas con gasolina y que, como se mostró en las cifras del apartado anterior, corresponden a muchos más y generan más muertes. Además de marcar el campo de inclusión, “este acto de nombrar y de clasificar jurídicamente es clave en los procesos de subjetivación política que también parten, se alimentan y se configuran con las apropiaciones y resignificaciones de la noción de víctima” (Delgado Barón, 2015, p. 126).

La noción de víctima usada en estas y otras políticas está cargada de una doble valencia: situadas bajo la *potestas* de los programas biopolíticos diseñados para hacerse cargo, cuidar y recomponer los cuerpos, se sitúa al sujeto en el lugar de la asistencia y se le reconoce como un “sujeto fragilizado, carente, sufriente, cuyo derecho es un servicio, una prestación, una gestión” (Daza Navarrete, 2006). Por otro lado, la posibilidad de agrietamiento (Walsh, 2019) de los marcos jurídicos, permite una resignificación colectiva del daño en términos políticos. Como argumenta Delgado Barón (2015) acogiendo las ideas de Rancière,

el proceso de subjetivación política es un “proceso de desidentificación o de desclasificación”, cuya lógica obedece a una heterología; es la lógica del otro la que opera según dinámicas de alteridad, en donde la subjetivación “nunca es la afirmación simple de una identidad, sino que siempre es a la vez una negación de una identidad impuesta por otro” (134).

Esto último introduce al campo de la *potentia*. El rechazo por parte de ellas de la categoría de víctima, “porque somos sobrevivientes”, lleva a una construcción identitaria colectiva con una valencia política cargada de resistencia: sujetas activas con capacidad de transformación de la propia vida, del propio cuerpo, y de las categorías identitarias que quieren imponerse desde arriba. Entre lo uno y lo otro se está constantemente, pues el proceso de reconstrucción biomédica del cuerpo, tal como lo denomina una mujer entrevistada, es

una “rueda sin fin”, lo que abre la posibilidad de una concepción del ser víctima que no se encuentra en una “condición”, o en una “situación transitoria” (Delgado Barón, 2015), sino que transita en y entre ambos espacios de manera constante.

Por fuera de esos términos y condiciones que constituyen el *ser víctima* de acuerdo con lo designado por la esfera tecnocrática, y que se basan en la idea de la pérdida y el daño provocado por un acto de violencia en el que agentes químicos hacen contacto con sus tejidos, la experiencia encarnada de las sujetas a estos discursos muestra otra valencia de esta categoría, que queda expuesta cuando los cuerpos entran a los fracturados y fracturantes procesos burocráticos necesarios para acceder a la materialización de lo que en el papel está consignado: la violencia institucional. A pesar de todos los avances en materia legislativa, la experiencia de varias mujeres en Bogotá que buscan acceder a los servicios pone en evidencia dificultades que exacerban sus condiciones de vulnerabilidad y sufrimiento, lo que conlleva nuevas revictimizaciones.

Las racionalidades sobre el “progreso”, la distancia social entre las experiencias de legisladores y víctimas y la tentación de crear futuros imaginados seguros para las generaciones venideras (Haraway, 2017), guían la escritura de estas políticas en medio de “un arsenal enorme de retórica autojustificatoria para las decisiones y prácticas burocráticas más inconsistentes” (Herzfeld, citado por Franco Gamboa, 2016). Se abren entonces varias preguntas: ¿De qué manera los procedimientos que están a la base de los discursos de estas políticas en salud intensifican las experiencias de daño y sufrimiento de estas mujeres? ¿De qué manera las lógicas que subyacen a las cifras sin cara y a la formulación de estas políticas, que son también hechas para un cuerpo irrecognoscible, posicionan a los sujetos implicados en la implementación de las medidas de reconstrucción en un lugar que desconoce las posibilidades de solidaridad? ¿Y de qué manera restringen las posibilidades de reconocimiento de la alteridad por parte de los y las profesionales que trabajamos en ámbito sanitario?

Barreras de acceso y lenguaje “experto”

El itinerario para el acceso a los derechos estipulados en el marco normativo presentado es difícil: los largos tránsitos por la ciudad para asistir a las diversas entidades responsables de la atención intersectorial terminan en ocasiones llevando a inútiles resultados

por las barreras de acceso y en no pocas ocasiones, la indiferencia burocrática y los eventos revictimizadores aumentan las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres⁴¹, como se entrevé en este fragmento:

Digamos que, yo era nadie, ¿sí? Digamos ósea era la del común, la que le toca coger el bus para ir a hacerse la curación o la que no tenía trabajo, la que no tiene un montón de oportunidades, y yo me acuerdo tanto... donde vivía era para mí un lugar hostil: mucha gente, mucho mugre, mucha violencia, muy lejos... entonces todo lo que me representaba el subirme a buses... y con los niños (...) y luego Filas y filas... Y filas y filas de personas con la cabeza así, con la nariz así, con el ojo por acá. ¡Uy! Yo decía; "¿Qué es eso? (entrevista a sobreviviente, marzo de 2019).

Estas filas, estos tránsitos y estas experiencias no son necesarias únicamente para acceder a grandes cirugías, hacen parte de la cotidianidad para los más mínimos cuidados del cuerpo quemado:

Ellos (los pacientes) necesitan llevar a la EPS todos los meses un resumen de la historia, unas justificaciones, una cantidad de papeles (...) uno sabe que el que se quemó y las víctimas, pues necesitan protector solar e hidratantes por el resto de su vida. ¡Hombre! uno lo escribe en la historia clínica desde el principio, ¿por qué se debe justificar todos los meses? (entrevista a cirujano, octubre de 2018).

¿Qué implica pagar varios pasajes de bus y transitar la ciudad, por varias horas, con el cuerpo herido, con una cara que llama la atención de quienes están alrededor y comentan, para ir a solicitar al médico cada mes los certificados para acceder a insumos necesarios para el proceso de recuperación y de allí, pasar a otro bus, perder otro día de trabajo, porque hay que poner una tutela por que la EPS ha negado los insumos? Ya de entrada es difícil: los

⁴¹ El estudio nacional sobre la tolerancia institucional hacia las violencias contra las mujeres, realizado en el 2009 y en el 2015, indaga el “conjunto de actitudes, percepciones y prácticas de las/os funcionarios públicos que favorecen y perpetúan la violencia contra las mujeres, incluyendo la omisión de los deberes estatales de restitución de derechos, protección, prevención y erradicación, así como la perpetración directa de actos de violencia por parte de actores institucionales” (p. 25). Los resultados ponen en evidencia que, en el país, varias de las funcionarias y funcionarios públicos que trabajan en las instituciones de salud, justicia, protección, educación, y mecanismos de control, toleran y reproducen las violencias, pues creencias y actitudes responsabilizan a las víctimas de lo que les sucede. Por ejemplo, frente a la afirmación de que a “las mujeres que se visten de manera provocativa se exponen a que las violen” el 23% de las servidoras y servidores públicos afirmó estar de acuerdo con esta justificación en casos de violación en la medición de 2015.

largos tránsitos por la ciudad, la asistencia a las citas médicas, a la fiscalía, a la policía, las incapacidades postoperatorias. Pero la ineficacia y las barreras llevan a que el trayecto al médico no sea uno cuando está estipulado, sino que se multiplique porque se negó un servicio, porque debe apelar, porque debe ir a interponer tutela, porque antes debe ir por x o y documento hasta el otro lado de la ciudad, o por que algún documento faltó y el guardia del hospital no permitió la entrada para llegar puntualmente a la cita. Y mientras tanto: ¿Quién va a cuidar a los/las hijos/as mientras se realizan todos los trámites administrativos necesarios para apelar las negaciones a los servicios que aparecen una vez tras otra? ¿Quién va a pedir otro permiso en el trabajo, si es que se tiene un trabajo?

Las barreras en la falta de atención oportuna, en la falta de medicamentos, en la respuesta tardía a la asignación de una cita médica, cuando llegamos a la clínica o al hospital después de una larga jornada para poder pedir una cita médica y llegar allá y que nos miren y nos digan “no, es que eso no lo cubre el POS, es que eso no está catalogado como cirugía reconstructiva si no como estética” digamos que la identificación de todas esas barreras... esas barreras que hemos manifestado las mujeres, contando nuestras historias... que de alguna manera se entrelazan no por el químico, no por la agresión, no solamente por eso si no también por la falta de respuesta institucional que se ha ejercido en este tema con nosotras (evento de socialización de libro en salud mental para sobrevivientes de ataques con agentes químicos, octubre de 2017)

Sobre esas barreras que entrelazan las historias de las sobrevivientes tratamos de hablar en la reunión la chica gomela, yo -sin duda catalogada por otros y por las sobrevivientes mismas como igualmente gomela- y las otras funcionarias de diversas instituciones; además de enlistar las barreras de acceso, hablamos de las experiencias de mala praxis. La lista es larga y desoladora. Todas socializamos lo visto, lo escuchado en reuniones con profesionales y en el acompañamiento a víctimas. Y acá estamos, cinco “expertas” cuyas carnes no han vivido las implicaciones de la indiferencia y del no reconocimiento, generando a través del lenguaje sistematizaciones sobre las experiencias de daño infligidas por el sistema. Así como en el lenguaje utilizado por los mecanismos de registro sobre la incidencia de estos crímenes, que al exponer en números reducen la posibilidad de que quien las lee se vea interpelado, movido, enfurecido, así nosotras narramos hechos que no gritan dolor, que

no dan cuenta del desespero, del desamparo o de la frustración a la que se ven sometidas, día tras día, estas mujeres en busca de nuevos cuerpos, de nuevas pieles.

El informe que saldría de la reunión (diario de campo, 3 de mayo de 2017) incluiría la identificación de diversos aspectos como: la atención tardía de urgencias, no solo por aspectos geográficos ligados a la localización de los servicios disponibles, sino porque una vez en estos, se antepone trámites administrativos a la atención (esto incluye la verificación del tipo de aseguramiento en salud de la víctima); la carencia de insumos y dotación necesaria para la atención de las personas atacadas con agentes químicos⁴² o la carencia de capacidades y conocimientos sobre las acciones a emprender por parte del personal sanitario; durante el seguimiento, la ausencia de consideración sobre las necesidades que la discapacidad conlleva (hay quienes esos mismos tránsitos en bus los debe realizar con ceguera producida por el ataque); se suma a esto la negativa de las empresas administradoras a financiar los insumos -que incluyen medicamentos, protectores solares, máscaras de silicona, entre otras-, las intervenciones quirúrgicas o los cuidados postoperatorios.

En este informe, como en muchos otros, la enorme experticia en la profilaxis a través de la escritura anuló el dolor y el sufrimiento de las experiencias de vida que nutren sus páginas. Las historias sobre los largos trayectos y las implicaciones que estos tiempos y recorridos tienen sobre la cantidad de mercado del mes, sobre la salud de los hijos e hijas, no tienen cabida en un modelo que asume a todos los seres como capaces, competentes, saludables, con suficientes recursos, sin hambre. Por eso, mejor exponer cifras sin cara, mejor atender cuerpos que seres humanos. Así es el leguaje. La precaridad y la revictimización quedan al descubierto solo al oír historias completas, silenciadas en los discursos técnicos, artículos o documentos científicos que las conciben y catalogan como innecesarias, o inútiles. Esas no queremos oírlas: no hay tiempo que perder, hay que hacer, hacer, hacer.

Toda estructura se resiste al cambio y como afirmaba Foucault (1971), dentro de los procesos de control y delimitación del discurso, además del sistema de selección de los sujetos hablantes y de los sistemas de limitación y dominación del acontecimiento y el azar,

⁴² En otro espacio un cirujano afirma que es común “no contar con los insumos necesarios. Por ejemplo, no todo el año tenemos piel de cadáver, no todo el año tenemos placenta amniótica (...) No aprueban las férulas, no aprueban las máscaras o autorizan muy tardíamente y no hay oportunidades inmediatas, a veces se demoran muchísimo tiempo” (entrevista a cirujano, 2018).

existen sistemas de exclusión que funcionan a través de la *parole interdit*. Así como se rechaza la voz del loco, se rechazan las pequeñas historias, las descripciones de los itinerarios y las emociones que los acompañan; las historias de dolor se conciben como inútiles e innecesarias.

El control de los poderes de los discursos tiene lugar mediante la neutralización del mismo, ya sea deslegitimando la fuente que los ha producido (cuestionando su autoridad y legitimidad, por ejemplo), ya sea deslegitimando las representaciones e ideologías que en ellos se transmiten (cuestionando su veracidad y objetividad, por ejemplo), ya sea deslegitimando la forma y la adecuación de los discursos (presentándolos como vulgares e inapropiados) (Martín Rojo, 2006, P. 170)

No solo quienes contamos somos nosotras y estamos en el acto de contar traduciendo, sino que además no hablamos sobre las experiencias y sensaciones de estar en la fila, de que una de las mayores angustias en la sala de urgencias es, como tuve la oportunidad de oír discutir a un grupo de sobrevivientes, que no se haya cumplido con la tarea cotidiana que se estaba realizando al momento del ataque -como pagar un recibo, llegar a una reunión o ir al colegio por los hijos- o que les rasuren el pelo para entrar al quirófano, o de los largos trayectos en bus y las implicaciones que estos tiempos y recorridos tienen sobre la economía doméstica. Nada de esto tiene cabida porque, por una parte, no hay tiempo que perder -el tiempo ha de invertirse en lo que se considera “necesario” en un modelo que asume a todos los seres como capaces, competentes, saludables, con suficientes recursos, y sin hambre-, pero tampoco tiene cabida porque a través de estos relatos se expone una vulneración de la vida que se recrudece ante las experiencias que surgen de las estructuras que se reproducen a través de los postulados y lógicas que se encuentran a la base misma de los discursos estatales. Las palabras de una sobreviviente reflejan la conciencia sobre esta condición:

Desafortunadamente la violencia que ejerce el agresor contra las víctimas, no es tan grande como la violencia que ejerce el Estado o la Institución contra las víctimas, o sobrevivientes, que es como nos llamamos (...) las barreras han sido esa... esa... esa enorme pared fría que nos ha impedido tener un vivir digno, un vivir oportuno, y las barreras no solamente desde la parte de la salud, también en justicia, en el acceso a un empleo, a un mejor vivir (...) Aún así seguimos encontrando todas las barreras, a pesar de que todo eso esté plasmado en un papel y se supone que tiene que ser efectivo

para la atención a las mujeres. Las barreras siguen siendo enormes y generan una afectación tan grande, pero de verdad, tan grande. Y a veces no lo identificábamos, ó sea, era simplemente nuestra realidad (evento de socialización de libro en salud mental para sobrevivientes de ataques con agentes químicos, octubre de 2017).

De esta manera, lo que en la actualidad se plantea como posibilidad de reconstruir el cuerpo según la programación biopolítica del Estado, se encuentra ante un sinfín de obstáculos que moldean las experiencias, los sentires y los itinerarios de las sobrevivientes: lo que algunas consideran un sueño -el soporte del Estado que está escrito en el papel- se hace pesadilla cuando inicia la turbia travesía para reconstruir el cuerpo. Entre la inoperancia de algunos/as funcionarios/as, burócratas y profesionales para garantizar la implementación efectiva de las medidas que estas leyes prometen, el proceso de reconstrucción del cuerpo de las víctimas las somete a nuevas violencias, algunas más explícitas (barreras de acceso, malos tratos, etc.), otras de orden más simbólico (ligadas a la imposición de los discursos hegemónicos en relación al cuerpo). En esto queda evidenciada la forma en la que los programas legislativos son contingentes a las capacidades institucionales de proveer lo que en el papel se estipula⁴³ y a circunstancias políticas discretas. La inhabilidad de las instituciones involucradas para garantizar la materialización de las reconstrucciones paradójicamente convierte estas leyes hechas para proteger en pedazos de papel con su propio potencial victimizador.

Discursos de responsabilización y empoderamiento e indiferencia

Ante la denuncia de organizaciones de víctimas y el acompañamiento a mujeres que evidencian las dificultades en el acceso a los derechos, se han creado espacios para el debate y búsqueda de solución desde las esferas “expertas”, como lo es la reunión a la que asistí. Los discursos que surgen desde estas esferas cuando se tratan las problemáticas que nacen de las tensiones entre el marco de posibilidad determinado desde la normatividad y las barreras de acceso expuestas por la población, posicionan a las mujeres en espacios semióticos que se construyen en el difícil punto de encuentro entre la idea de víctima objeto

⁴³ Esto incluye, incluso, los insumos necesarios para poder prestar las atenciones: en ámbito hospitalario “no contar con los insumos necesarios, por ejemplo, no todo el año tenemos piel de cadáver, no todo el año tenemos placenta amniótica (...) No aprueban las férulas, no aprueban las máscaras o autorizan muy tardíamente y no hay oportunidades inmediatas a veces se demoran muchísimo tiempo” (entrevista a cirujano, 2018).

de atención y mujer empoderada sujeto de acción. Aunque estos posicionamientos en lo imposible son móviles y ante ellos existen actos de resistencia, este análisis resulta de interés porque constituye y da cuenta de los cimientos sobre los que se sitúan los eventos, acontecimientos y relaciones de poder que moldean de manera explícita y material la reconstrucción de los cuerpos de las mujeres.

Partiendo de la premisa que la comprensión y la experiencia de los actores se construye discursivamente (Davies y Harré, 1990), este análisis se centra en dos aspectos principales: en primer lugar, teniendo en cuenta que la manera en que los discursos que se constituyen y operan a través del lenguaje y otros sistemas simbólicos no solo inciden en la manera en que se experimenta el mundo subjetivo (Burr, 2002), si no que la exploración de la manera como operan a través de la posición y el posicionamiento⁴⁴ (Davies y Harré, 2007) permite poner en evidencia las relaciones de poder que finalmente moldearán la posibilidad de la materialización de cuerpos específicos, se explora específicamente la agentividad otorgada a quienes, en toda la estructura legislativa presentada anteriormente, se pasiviza, pues la "víctima", tendencia dominante en los discursos de los responsables gubernamentales

⁴⁴ Aunque más específicamente situado en el ámbito del análisis de la conversación, el posicionamiento, tal y como lo definen Davies y Harré (2007), “es el proceso discursivo donde las identidades se localizan en conversaciones en las que participantes, observable y subjetivamente coherentes, conjuntamente producen argumentos. Puede haber posicionamiento interactivo cuando lo dicho por una persona posiciona a otra. Y puede haber posicionamiento reflexivo cuando uno se posiciona a sí mismo. Sin embargo, sería un error asumir que, en cualquier caso, el posicionamiento sea necesariamente intencional. Uno vive su vida en términos de su individualidad personal, independientemente de quién se la haya creado” (246).

Es Smith en 1988 quien introduce el concepto de posicionamiento mediante “la distinción entre “una persona” como agente individual y “el sujeto”. Con la segunda expresión se refiere a “la serie o conglomerado de posiciones, de posiciones de sujeto, provisionales y no necesariamente indesarmables, en que una persona es momentáneamente puesta por los discursos y el mundo donde habita”. Al hablar y actuar desde una posición, la gente trae a ese contexto particular su historia como un ser subjetivo; esa historia es la de alguien que ha estado en posiciones múltiples y ha participado en diferentes formas de discurso (Davies y Harré, 2007, p. 246).

En cuanto a la posición, estos autores la definen como “la expresión apropiada para hablar de la producción discursiva inmersa en una diversidad de identidades que la perspectiva efímera de George Herbert Mead solemnemente llamó “mis” al referirse a las interacciones conversacionales (...) una posición del sujeto incorpora un repertorio conceptual y la correspondiente ubicación en las estructuras de derechos para quienes usan ese repertorio. Una vez que se hace propia una posición particular, una persona inevitablemente percibe el mundo desde el punto de vista de esa posición privilegiada y en términos de imágenes particulares, metáforas, argumentos y conceptos relevantes dentro de la misma (Davies y Harré, 2007, p. 245).

cuando hablan desde el marco de la oficialidad, se transforma en agente en los contextos de análisis y búsqueda de soluciones ante la evidencia de las barreras de acceso.

En segundo lugar, las construcciones discursivas que se expondrán a continuación, son el punto de entrada para la exploración de los marcos de sentido y acción de quienes, detrás de los escritorios de los consultorios o de aquellos en los que se escriben los proyectos destinados a salvaguardar las vidas de las mujeres agredidas, viabilizarán las intervenciones sobre los cuerpos; en este sentido, el análisis se realiza a partir de la propuesta de Hertzfeld (1992) sobre la *indiferencia burocrática*.

Responsabilización y empoderamiento.

En relación con el primer punto, aunque los discursos y posiciones no son siempre idénticos, ya que varían en virtud de los interlocutores y de otros factores vinculados al contexto, se encuentra una tendencia, especialmente en quienes carecen de formación específica en el enfoque de género y derechos, de asignar la responsabilidad de las fallas en la implementación de las medidas estipuladas, a las sobrevivientes. Frente al acceso a la salud, pero también a la justicia, se crean lecturas individualistas y voluntaristas de la acción, que además posicionan a las mujeres como seres frágiles y dependientes emocionalmente, como en los casos en los que se alega que la falta de denuncias se debe a los vínculos emocionales con los victimizadores:

The victim often abstained herself intentionally from providing evidence to the authorities due to her emotional, romantic or sexual ties with the attacker, and the guilt derived from accusing him. In addition, the fear of subsequent threats or further attacks prevents legal action from evolving (Guerrero, 2013, 1021).

Estas interpretaciones no tienen en cuenta la percepción de las mujeres sobre la ineficacia del sistema judicial, las experiencias de revictimización en los escenarios de reparación estatal destinados a atender a víctimas de violencias de género⁴⁵, o los gastos

⁴⁵ El *Estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres* (Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, ONU Mujeres y AECID, 2015), llevado a cabo en 2009 y 2015, arroja resultados sobre percepciones, actitudes y prácticas de más de 1000 servidores y servidoras públicas a cerca de las violencias hacia las mujeres. Frente a afirmaciones como “las mujeres que se visten de manera provocativa se exponen a que las violen”, por ejemplo, “el 23% de las servidoras y servidores públicos afirmó estar de acuerdo con esta justificación en casos de violación” (p. 71). Tales actitudes “favorecen y perpetúan la violencia contra las mujeres, incluyendo

económicos o sociales asociados al proceso de acceso⁴⁶. Más bien, sostienen que la fallida puesta en práctica de los mecanismos de atención en salud, justicia y protección son debidos a características de las víctimas y en esto las construcciones culturales sobre lo femenino⁴⁷ - ideas preconcebidas que responden a estereotipos de género sobre la mujer como un ser *naturalmente* emocional y dócil, que no denuncia por sus “vínculos emocionales con el agresor”- son utilizadas también para explicar las experiencias de barreras de acceso en salud socializadas por las sobrevivientes y puestas en discusión entre grupos “expertos”, como durante la reunión descrita anteriormente.

Seguramente uno de los eventos a los que pude asistir durante el trabajo de campo en el que quedaron mayormente expuestas las repercusiones de lecturas limitadas de las experiencias del cuerpo (Esteban, 2004) y en el que predomina la idea sobre la norma legal como elemento suficiente para garantizar el acceso a los derechos en el contexto local (sin tener en cuenta características particulares de las entidades implicadas o de las personas que buscan acceder), fue la reunión con burócratas con la que se abrió este apartado. Aquí una mujer de clase privilegiada, que trabaja en ámbito administrativo en una de las fundaciones convocadas a la reunión (participante 1), blanca y estilizada, con su pelo enlacado y sus buenos modales, afirmó:

la omisión de los deberes estatales de restitución de derechos, protección, prevención y erradicación así como la perpetración directa de actos de violencia por parte de actores institucionales” (p. 25).

⁴⁶ En otros escenarios varios de estos factores si han sido tenidos en cuenta: "Those who have studied burns resulting from assaults by men against women in South Africa note that women are reluctant to report the identity of the assailant [14]. The victims' reluctance is due in part to their resignation regarding their perception of the inevitability of inaction on the part of the legal system. They, and others associated with the pursuit of justice, also dread the expenses associated with the process. In Bangladesh, for example, physicians have been reluctant to offer medical testimony during court trials because of the associated loss of income while away from work. In low-income countries, the only financial relief for victims and their families may be found in non-governmental organizations" (Peck, 2012, p. 633).

⁴⁷ La diferencia sexual, como afirma Csordas, (2013), complica y refracta las formas y los vectores de la agencia. Estas construcciones locales sobre la feminidad participan en la formulación de interpretaciones en las que las que se asume que las mujeres, por su propia “voluntad”, dejan de acceder a su derecho a la justicia. Esa “voluntad”, sin embargo, estaría estrechamente limitada y determinada, según estas interpretaciones, por características o predisposiciones “naturales” relacionadas con el hecho de ser mujer. Las razones que subyacen a la ausencia de denuncias según lo que varias mujeres me contaron, se relacionan, muy por el contrario, con la desconfianza en el sistema judicial o la ausencia de pruebas suficientes para identificar al agresor (en algunas ocasiones el autor intelectual no es el autor material de los hechos, lo que complica su identificación).

Participante 1: La Ley ya existe, los derechos en salud están. Que ellas no tengan información sobre sus derechos no las exime de sus responsabilidades. O sea, si no acceden a los derechos en salud es también culpa de ellas mismas (...) Todas tienen la posibilidad de acceder, todas tienen aseguramiento. O están en contributivo o están en subsidiado⁴⁸. Eso garantiza que puedan acceder a los servicios en salud.

Participante 2: no, no todas tienen aseguramiento.

Participante 1: Si no están en subsidiado es porque tienen una casa a su nombre. Pues que vendan la casa para pagar la planilla⁴⁹.

Participante 2: Pero si es una madre cabeza de familia, con 5 niños a su cargo y no puede acceder a un trabajo fijo por las implicaciones de la quemadura, vende la casa ¿y qué?

Participante 1: Se paga un arriendo y se paga la planilla. La ley está, los derechos están y son igual para todos. Si hay trámites, pues esos se tienen que hacer.

Esta cita da pie para hablar de los dos puntos a tratar en este apartado (responsabilización e indiferencia). Por ahora me detendré en el primero, la responsabilización de las víctimas. En el fragmento expuesto se ponen en evidencia los preceptos y las consecuencias de las construcciones de cuerpo limitadas al “cuerpo individual” que por legado cartesiano caracterizan las aproximaciones al cuerpo en occidente; estas tienden a limitar las posibilidades de aprehender las interconexiones entre mente-cuerpo-sociedad, dando lugar a lecturas que no solo desfragmentan la experiencia humana, sino que además despolitizan las experiencias relacionadas con la enfermedad y con la búsqueda de soluciones para atender las dolencias (Scheper-Hughes y Lock, 1987). Las

⁴⁸ En la creencia sobre la efectiva cobertura universal se basan este tipo de comentarios. Sin embargo, como se mostró al iniciar este capítulo, existe una población no cubierta. Además, en el caso de las mujeres participantes en esta investigación, se observa que varias no cumplen los criterios para ser cobijadas por el régimen subsidiado pero a la vez, al no contar con trabajos estables o recursos suficientes que les permitan cotizar mensualmente de manera continua al sistema contributivo, frecuentemente quedan desprovistas de cobertura en salud por varios meses al año, lo que genera discontinuidad en los tratamientos de orientación biomédica, retrasando o imposibilitando la recuperación desde el sistema formal de salud.

⁴⁹ La planilla integrada de liquidación de aportes es aquella mediante la cual los y las colombianas realizan el pago de aportes obligatorios en Salud y Pensión para poder recibir la cobertura en salud como cotizantes en las EPS.

consecuencias adversas de estas aproximaciones y formas de comprender el cuerpo repercuten sobre la experiencia dentro de los itinerarios de búsqueda para atender la salud. Entender el cuerpo como entidad orgánica limitada por la piel que lo recubre, desligado de las relaciones con otros y de los contextos sociopolíticos, económicos y geográficos que habitan, da pie para que todo lo que acaece al cuerpo individual sea leído como consecuencia de decisiones individuales y, por lo tanto, todo lo que a este sucede o no sucede, es responsabilidad del sujeto detrás de esa piel que marca los límites entre lo interno y lo externo.

En los entornos de trabajo entre actores burocráticos o de manera directa con las sobrevivientes, el lenguaje juega un rol esencial en consolidar esta visión del mundo y del cuerpo. “Al hablar, es posible resaltar la responsabilidad de un participante sobre la acción, o bien atenuar o, incluso, eliminar tal responsabilidad”, afirma Iñíguez Rueda (2003). En el caso expuesto, señalando que las mujeres son las únicas responsables de la acción (o de la inacción), se resalta la idea de que las dificultades de acceso a la atención sanitaria recaen únicamente en la voluntad de un ser que es visto como un/a ciudadano/a para quien los derechos ya están escritos y el acceso depende únicamente de su voluntad, lo que desconoce de entrada las condiciones de precarización de la existencia de quienes se tiene enfrente, de aquellas mujeres en cuyos cuerpos la distribución diferencial de la precariedad queda expuesta material y perceptualmente.

A partir de estas interpretaciones, la respuesta desde diversos sectores se centra en generar programas de empoderamiento, afianzando una mirada individualista que resta valor a las condiciones estructurales a la base de las fallas en la implementación de las acciones intersectoriales:

Es, o sea... como que su tema de agenciamiento y de afrontamiento se vuelve es un tema de convertirse en víctimas, de pedir ¿sí? Entonces, pues ahí si no sabría... lo que hay que hacer con ellas es un ejercicio que uno pudiera decirles ese tipo de cosas, teniendo en cuenta que es importante identificar que el acceso de esta población a ciertos espacios como la educación y el trabajo se les complica... (...) piden y exigen de todo... hay que empoderarlas (nota del diario de campo en reunión con profesionales, noviembre de 2018).

Así, entonces, en los escenarios de reparación se tiende a asumir de entrada que se reconoce a los y las ciudadanos/as y que la norma es condición suficiente de garantía para el acceso; además, estos son considerados/as competentes y capaces, con ojos que ven, cuerpos que se mueven y bocas que saben articular las palabras en los mismos términos que las leyes mismas las articula. Sin embargo, la realidad diversa de quienes habitamos este accidentado país pluriétnico y multicultural, los términos complejos y en ocasiones ambiguos en que las medidas se describen, las experiencias de victimización secundaria, así como las condiciones particulares y las limitaciones físicas que estos químicos dejan sobre el cuerpo, repercuten sobre las posibilidades efectivas del acceso.

Las condiciones extralegales implícitas en esas normas que asumen reconocer, no se cuestionan. El resultado de las fallas sería entonces de los sujetos, no del modelo ni de los marcos. Y como responsable de los sujetos que lo conforma, a través de sus dispositivos, el Estado genera las medidas para solucionar ese problema: si el problema es que no se accede por que no se quiere o porque no se conocen los medios para acceder, es sobre la responsabilización de individuos particulares que se debe intervenir. Así, aparece la fórmula para solucionar el acceso a los derechos: “esas dificultades no tienen porque pasar, no tienen que pagar cuotas moderadoras, para eso está la circular 016 (...) tenemos que empoderarlas” (diario de campo, habla burócrata, 2017); la solución está en que las sobrevivientes las conozcan para exigir las. Pero varias de las sobrevivientes las conocen a profundidad, pues incluso han participado activamente en los espacios políticos para su creación y, sin embargo, siguen recibiendo recibos para cobrar copagos de las intervenciones y transitando la ciudad de un lado para el otro para explicar al funcionario de turno los motivos por los cuales no tendrían porque haber recibido el recibo de pago.

A través de un ejercicio de “retórica de la denigración”⁵⁰ (Le Breton, 2017), se lleva entonces a culpabilizar moralmente a las mujeres de la falta de acceso, lo que es explicado

⁵⁰ Para Le Breton (2017), la retórica de la denigración “recalca la deficiencia, la ausencia, la menor humanidad, a la vez que subraya la buena voluntad de los que ‘ayudan’. El momento de la imposición de un estatus, traduce la pérdida de autonomía de un actor cuya existencia es entonces dirigida por los otros (Strauss, 1992, 80). Cualquier interacción implica para él el riesgo de verse condenado a un papel que no domina, por lo bajo a través de la humillación, el envilecimiento, la denigración, la estigmatización, o por arriba a través de la idealización, la exaltación, la elevación al rango de héroe, etc.” (p. 28)

por características características, ya que se les califica de “perezosas”, personas con “poco compromiso” o con falta de “juicio” (estos términos fueron utilizados en una entrevista por parte del personal de la salud para describir las razones a la base de la discontinuidad en la atención sanitaria, febrero de 2019) o como se mencionó anteriormente, se crean argumentaciones sustentadas en ideas esencialistas y psicologistas sobre la feminidad. Todo esto refuerza “el valor de la autonomía y de la autosuficiencia personal que son uno de los mitos fundacionales de nuestro tiempo” (Comas D’Argemir, 2015, p. 377) cuando mas bien, dadas las complejidades de este precario contexto deberíamos, siguiendo a Bourgois, Holmes, Sue y Quesada (2017), promover una conciencia empática por parte de los equipos profesionales, que tenga en cuenta los marcadores visibles en los cuerpos y las fuerzas contextuales que crean vulnerabilidades estructurales diferenciales para grupos poblacionales determinados. Esta conciencia empática llevaría a dejar de culpar moralmente a las víctimas por su estado de salud.

Varias de ellas también, a pesar de condiciones de extrema exposición a la violencia y a la precariedad, se aceptan como absolutas y únicas responsables de sus propios destinos y de su proceso de reconstrucción. En una conversación informal en octubre de 2016 con una sobreviviente no solo de esta violencia sino de varios hechos victimizantes del conflicto armado interno colombiano, se da cuenta de ello: “Y hago lo que sea si me toca. Y a mí me ha tocado hacer muchas cosas por un bocado de comida, porque tengo hijos. Irme al monte a trabajar como un machito, prostituirme, de todo, porque tenemos que comer”. Luego de narrar una larguísima lista de acontecimientos violentos que incluyeron violencias físicas y sexuales, económicas y psicológicas que iniciaron en su infancia y siguen siendo parte de su cotidianidad, termina con una reflexión propia en la que manifiesta: “nosotras mismas somos las que no avanzamos. El único obstáculo para no seguir adelante somos nosotras mismas”. Así los discursos de responsabilización se introyectan y se hacen propios, evidenciando lo que Davis y Harré (2007), desde el análisis crítico del discurso, afirman:

también nos producimos a nosotros mismos de manera discursiva, separados del mundo social. Y por ello no somos conscientes de la manera en una u otra práctica discursiva (originada fuera de nosotros) forme nuestro conocer o decir. Experimentamos estas identidades como si fueran enteramente nuestra creación. Tomamos las prácticas discursivas y los argumentos considerándolos nuestros y los

entendemos en términos de nuestras propias experiencias particulares. El sentido de continuidad que tenemos en relación a ser una persona particular se compone por una corporeidad continúa impregnada de continuidad espaciotemporal y de interpretaciones compartidas de las posiciones del sujeto y de argumentos disponibles. A través de narrativas textuales y vividas se aprende, dentro de una trama consistente, a ser una persona particular, no contradictoria (p. 255).

En estos contextos hay que ser sobrevivientes, no víctimas. Hay que seguir luchando, corriendo, cansadas y con pocas horas de sueño para ser ellas, también, las mujeres empoderadas que el sistema necesita.

Indiferencia.

De la mano con la asignación de la responsabilidad del acceso a las sobrevivientes, se encuentra una indiferencia frente a estas tortuosas experiencias de vida y de aquellas que se enmarcan en la búsqueda del acceso que tienen algunas de las mujeres. No preguntarse para qué, ni para quién; hacer, hacer, hacer. No involucrarse ni salirse de las acciones rigurosamente distanciadas afectivamente: la solidaridad va contra la norma, contra la objetividad, contra la buena praxis. No sentir. No sumar el propio cuerpo a los actos de denuncia y resistencia: eso no es profesional. “Even the most basic social democratic principle of solidarity is misconstrued as old-fashioned welfare support and dismissed accordingly” escribe Braidotti (2005, p. 171): “que vendan la casa para pagar la planilla”.

Desde una antropología del estado, Michael Herzfeld (1992), en *The Social Production of Indifference: Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy*, busca explorar “la administración burocrática (bureaucratic management) de la identidad -personal, social y nacional-” (p. 3). Dentro de las preguntas que guían sus reflexiones, el autor se cuestiona sobre el “cómo y por qué las entidades políticas que celebran los derechos de individuos y pequeños grupos, parecen con frecuencia cruelmente selectivos en la aplicación de esos derechos” (p.1, traducción propia) y asevera que en las culturas en las que se valora el individualismo y el espíritu empresarial, las fallas en lograr lo que se quiere, en este caso el acceso a los derechos para reconstruir un cuerpo quemado mediante un acto de violencia, sugiere deficiencias morales y exige justificaciones.

Mediante el concepto de *indiferencia burocrática*, el autor refiere un “rechazo de una humanidad común” (p. 1), la negación de la identidad y del ser del otro, o lo que, en palabras

de Butler, es la incapacidad de reconocimiento. Quien está en ese lugar pierde su identidad humana y rechaza la humanidad de quienes no es capaz de reconocer. “Bureaucracies were installed to establish accountability, but the numerous cases presented in this book show how, in practice, they actually mystify accountability and enable functionaries at all levels to remain indifferent to the specific needs of individuals” (p. 62).

En el caso de tecnócratas y profesionales que trabajan en ámbito sanitario, ¿cómo no resultar indiferente cuando debemos aprender a registrar “fenómenos poblacionales” y “eventos de salud pública” mediante esas cifras sin cara incapaces de conmover? ¿Cuándo tenemos que producir para seguir en el camino del progreso, sin tiempo para pensar en para qué, por qué y para quién? ¿Cuándo la tecnologización y cientifización en el manejo médico y burocrático nos conducen a reforzar la idea que la relación no es con la persona sino con la quemadura?

“Que vendan su casa para pagar la planilla”, esa es la respuesta posible en una relación que se establece con el número, con la víctima sin cara ni historia, con Otro/a que no soy yo, que no es humano: “la relación es con el objeto y no con el otro presente ni con quien interactuamos construyendo relaciones” (Aguilar Ros y Morfin Otero, 2007, p.15). Como afirma Scheper-Hughes (1996), haciendo referencia al trabajo de Basaglia en el maco del régimen hospitalario, la indiferencia está institucionalizada: existen culturas en las que es nota la disposición de los/las funcionario/as para tolerar y hacer cumplir “prácticas genocidas”, dirigidas específicamente contra categorías, clases y tipos de personas consideradas como “deficientes en su humanidad y personalidad”: no los Mismos, los Otros.

Hertzfeld (1992) propone que las bases de la burocracia moderna están imbuidas de metáforas populares sobre la sangre y la patria, que son luego utilizadas para agudizar la diferenciación entre un “nosotros” y un “ellos”, entre los insiders y los outsiders; según el autor, esto refuerza las bases de la indiferencia. Lejos de una diferenciación basada en la pertenencia a un estado-nación, en este contexto esta clasificación opera por el hecho de compartir una misma sangre, una sangre blanqueda que estimula las células en espejo ante la imagen de Mismos/as con sangre blanqueda. “The apparent indifference of bureaucrats to their clients derives not from organizational constraints, as they themselves would argue, but from the way they construct social boundaries of the person who is and who is not worthy of

help”. Worthy of help, worthy of duelo, serán solo los que son como quien carga el escalpelo en mano o quien sostiene la pluma para escribir la ley.

Estas pocas que han sido quemadas, son justamente los casos de “éxito”, que se utilizan como argumento a favor de la viabilidad del acceso a las medidas de reparación integral y como medio para justificar la indiferencia frente al sufrimiento que conllevan las dificultades:

Yo creo que Natalia⁵¹ es el ejemplo para que las demás actúen igual. Qué ha pasado con ella: las EPS autorizan casi que inmediatamente, ella pasa la hoja por fax y se demoran máximo 2 horas en autorizar, no le niegan ningún insumo, no entran en ningún comité, eso permite la continuidad en todo: en la parte física en la parte mental y en rehabilitación, todo lo aprueban (Nota de campo, habla cirujan@ en espacio de discusión junto a otros profesionales, octubre de 2016).

Pero como Kimberle Crenshaw (citada por Hill Collins, 2012) señala, “es bastante obvio que tratar cosas diferentes por igual puede generar tanta desigualdad como tratar cosas iguales de forma diferente” (p.103). Y es que no todas tienen fax, o computador o e-mail; no todas tienen los párpados lo suficientemente bien reconstruidos para poder ver las letras en la pantalla del computador o del papel; no todas saben leer y escribir. Tal vez por eso se permiten escribir medidas adoptables por todos los cuerpos por igual, porque en las cabezas de quienes las escriben, todas son igualmente capaces, alfabetizadas, todas poseen las mismas redes humanas y tecnológicas necesarias para soportar y favorecer el acceso sin barreras a los servicios de salud. Sin embargo, los niveles de discapacidad, las condiciones materiales que moldean las posibilidades de acceso a los servicios y el trato recibido por el personal con quien se interactúa es en todos los casos particular.

Esto muestra la necesidad de que en el panorama de la elaboración de las políticas públicas en salud y en la organización de las instituciones que prestan servicios para la restitución de los derechos de mujeres víctimas de violencias de género, se tenga en cuenta la manera en que estas mismas impactan sobre el estado de salud de las personas y de las

⁵¹ De Natalia Ponce de León, a quien se hace referencia en esta cita, se hablará posteriormente en extenso. Basta aquí decir que es una reconocida víctima de ataques con agentes químicos y que, a diferencia de la mayor parte de víctimas que son mujeres con bajo nivel educativo y económico, ella pertenece a las minorías privilegiadas de la capital del país.

poblaciones. Las *vulnerabilidades estructurales* (Bourgois, Holmes, Sue, Quesada, 2017) de estas mujeres, entendidas como el resultado de la combinación de aspectos socioeconómicos y demográficos (género, raza, clase social, etc.) sumado al estatus atribuido a sus personas por parte del personal con quienes interactuarán en los escenarios de reparación (por ejemplo, que tanto se asumen como personas inteligentes, honestas, normales o merecedoras de recibir la atención), participan en la exacerbación de sus problemas de salud.

Las instituciones y funcionarios/as llamadas a implementar las políticas públicas para reparar los cuerpos no son neutrales ante las relaciones de poder y las jerarquizaciones locales que llevan a que estas vulnerabilidades estructurales terminen por moldear los itinerarios de reconstrucción y las formas del cuerpo de estas mujeres (como se verá a lo largo de esta tesis), pero también las experiencias mismas dentro de estos escenarios y los resultados sobre su salud física y mental. Estas jerarquías y relaciones de poder limitan el acceso a los recursos de las personas con mayores niveles de pobreza y moldean la toma de decisión y el comportamiento de maneras que están fuera de sus voluntades, de su control o de su nivel de “empoderamiento” individual y la capacidad de maniobrar depende siempre de apoyo y soporte externo. Este soporte requiere una *competencia estructural* (Bourgois, Holmes, Sue, Quesada, 2017), lo que implica el necesario reconocimiento por parte de quienes abandonan experticias específicas en estos escenarios (ya sea personal de salud o quienes se encuentran con diferentes roles en los trayectos para que las mujeres puedan acceder a los servicios necesarios para la reparación) de que las vulnerabilidades estructurales se producen y exacerbaban dependiendo de los lugares que las personas ocupan en un orden social y que entre sus efectos está la posibilidad de acceso y la atención que reciben. Asumir que depende únicamente de voluntades individuales o de niveles de empoderamiento, responsabilizar al individuo, no solo crea un interjuego con la *indiferencia* que exagera las condiciones de marginalización y revictimización de las mujeres, sino que es reflejo de una *incompetencia estructural* que repercute sobre el estado de salud de las poblaciones, especialmente de aquellas con mayores niveles de pobreza.

Chela Sandoval (2004) argumenta que las diferencias “deberían verse como ejemplos de «especificidad elaborada» y como una oportunidad para «el cuidado afectuoso que las personas deberían mostrar para aprender cómo ver fielmente desde el punto de vista del otro»” (p. 94), pero mediante estos discursos sobre el empoderamiento, tanto la

responsabilidad social como las posibilidades de solidaridad quedan en un segundo plano y las funciones del Estado de derechos se transfieren a los ciudadanos a través del lenguaje que se basa en el desarrollo de capacidades, la responsabilidad individual y el empoderamiento.

La responsabilización de su propio estado a quienes no han accedido a las medidas contempladas en el marco normativo –acorde a las lógicas neoliberales de autonomía y competencia- y a quienes sus cuerpos se deformiza cada día, por acción u omisión, fortalecen la indiferencia y ponen en evidencia la “dificultad de poner el tema de la discriminación en el debate público en un país que se supone igualitario de antemano” (Gil Hernández, 2011).

Aún con una visibilidad y atención que solo pocos eventos de violencia contra las mujeres reciben, las barreras de acceso en salud expuestas siguen haciéndose presentes de manera cotidiana, aunque solo para algunos/as (en general, aspectos como la ubicación en zonas rurales o urbanas y la clase social, serán los principales factores relacionados con las barreras). Como ya dije, yo no las conozco. Mi carne nunca ha estado expuesta. Nunca he

puesto tutelas, nunca he tenido que pelear para que se me haga un examen o alguna intervención. Claro, yo tengo prepagada, eso me pone en un lugar de privilegio significativo frente a quienes no la tienen, pues los procesos pensados y diseñados para el acceso a las intervenciones, actividades y procedimientos en salud son diferentes de entrada.

Sin embargo, no ya desde las prepagadas sino desde los servicios públicos de salud (a través de las EPS o el SISBÉN), así como mi carne no ha estado expuesta, tampoco lo ha estado la de algunas poquísimas mujeres atacadas, que si bien representan una ínfima parte de la población afectada, se muestran como estandartes de las posibilidades otorgadas por el Estado de derecho y en sus cuerpos, más que en ningún otro, queda inscrita y expuesta la materialización de los programas de reconstrucción sustentados en los discursos hegemónicos de la Ley y la ciencia, a través del acceso sin barreras a las intervenciones, actividades y procedimientos en salud otorgados por la salud pública (se enfatiza nuevamente que los casos tratados en estos capítulos no exponen diferencias según el tipo de aseguramiento a salud, pues no se tienen en cuenta los procedimientos o tecnologías a las que se accede por fuera de lo que el sistema público provee).

Esas mujeres se diferencian del resto de sobrevivientes por el barrio del que provienen, por la educación que recibieron, por el apellido, por el color de sus pieles, por su capital social, económico y cultural. Sus cuerpos habitan las zonas ricas del norte de la

capital; fueron educados en colegios bilingües⁵² y universidades privadas; son “bienhabladas”, lo que quiere decir no solo que poseen un rico léxico y un hablar fluido que refleja la calidad de la educación formal y familiar recibida, sino que además no utilizan (al menos en redes sociales o entrevistas públicas) palabras soeces o expresiones vulgares. Además, sus cuerpos más blancos, delgados y estilizados expresan en forma de capital físico el acceso a prácticas y recursos relacionados con su locación social en el lugar del estatus y la distinción (Bourdieu, 1979).

¿Cómo es que estos capitales influyen sobre la experiencia de acceso a los servicios públicos de salud y moldean los itinerarios de reconstrucción? ¿Cómo se registra esta desigualdad en los cuerpos que deben acceder a las API defendidas por las leyes? ¿Qué dinámicas participan en la asignación diferencial del acceso a los derechos? La vulnerabilidad estructural habla de las formas en que las políticas públicas y la organización de las instituciones impactan sobre el estado de salud de las poblaciones, afectando de manera desproporcionada la salud de quienes tienen menores recursos económicos (Bourgois, Holmes, Sue, Quesada, 2017). Es esta violencia institucional, especialmente cuando se omite la propia responsabilidad (de las instituciones) a través de discursos de autonomía que ponen la responsabilidad sobre los individuos y especialmente cuando hay poblaciones (quienes tienen menos recursos económicos) diferencialmente privadas de las condiciones para minimizar su precariedad (Butler, 2006).

El próximo capítulo explorará cómo la posición que la víctima ocupa en el sistema social incide sobre las posibilidades de acceso a los procedimientos, prótesis o tecnologías que la Ley estipula para los casos de ataques con agentes químicos. Rescatando nuevamente los postulados feministas en los que se sostiene que la revelación del lugar de enunciación de

⁵² En Bogotá los colegios son instituciones de educación preescolar, básica y media de carácter privado. Los costos mensuales por la educación varían ampliamente, llegando a cifras de incluso más de treinta millones de pesos al año por cada estudiante. Incluso en la edad adulta en ámbitos de clase alta y media alta, las personas preguntan a nuevos conocidos de qué colegio se graduó para tener referencia sobre el capital social y económico de la familia de procedencia. El colegio se relaciona con el capital social, pues en los más costosos no basta poder pagar el precio para que un hijo/hija pueda entrar, sino que los cuidadores/as deben pasar una rigurosa entrevista en la que se evalúa la deseabilidad de la familia para los estándares del colegio. En los colegios más costosos y conocidos, la mayor parte de estudiantes tienen la tez muy blanca y otras características físicas y de *hexis corporal* relacionadas con el tope de la pirámide de jerarquización local.

la investigadora representa un acto de posicionamiento epistémico (conocimiento situado y políticas de locación), exploro mi propio cuerpo y posición social para reflexionar sobre las construcciones discursivas que sostienen diferencias en las posibilidades de acceso a los procesos de reconstrucción de los cuerpos, ejercicio que realizo de la mano de planteamientos teóricos que orbitan entorno a los conceptos de vulnerabilidad y de precariedad como condiciones ontológicas del ser humano.

6. La clase y la carne

“To be a body, is to be exposed to socially and politically articulated forces that craft the body itself” (Butler, 2009, p. 3).

Figura 2.

Foto de barrio en el sur occidente de Bogotá



Nota: en la fotografía se observan las casas en ladrillo del sur de Bogotá acompañadas de un mural con un reclamo por la “vida digna”.

En este capítulo exploro, a partir de tres casos, cómo la posición que la víctima ocupa en el sistema social incide sobre las posibilidades de acceso a los procedimientos, prótesis o tecnologías que la Ley estipula. Lo que presento sobre la clase social en Bogotá es una lectura parcial y limitada, que no puede hacer sino una persona socialmente privilegiada desde este lugar del mundo, lleno de barreras invisibles y saturado de inequidades materiales y simbólicas. Linda, una sobreviviente a quien entrevisté en varias ocasiones, me mostró que tan parcial es mi lectura sobre Bogotá, que no se divide en Norte-Sur tan tajantemente como

mi mente acostumbrada a los binarismos quería creer, sino que está llena de “grises”. De esta manera, lo que veo y lo que no veo parte de mi experiencia encarnada.

Lo que más veo, como ciudadana nacida y crecida en Bogotá, no son los cuerpos interseccionales que la política pública quiere comenzar a “reconocer”. Lo que más veo es la clase. Consuelo es negra, pero no todas quienes encuentran barreras de acceso son negras; lo que comparten todas las personas que las encuentran, es una condición de clase social. Claro, la clase acá está ligada a la raza, pero en Colombia, “la clase social puede hacer, por ejemplo, más aceptable la diferencia sexual o, de otro lado, como lo plantea Díaz [2005] “la clase social puede diluir el color” (Gil Hernández, 2011, p. 83).

¿Qué papel juega la clase social sobre los marcos que permiten reconocer al Otro como una *vida digna de duelo*? ¿Cómo moldean e influyen las marcas enclasadas y enclasantes los procesos de la reconstrucción biomédica de los cuerpos que pretenden garantizarse a través de lo escrito? ¿De qué manera la materialización de los cuerpos a través del acceso a determinados procesos biomédicos lleva a formas diferentes dependiendo de las características que el cuerpo que se tiene en frente posee de antemano, dependiendo de qué tanta “latinidad” cargue, dependiendo de qué tanto ese cuerpo haya sido *blanqueado*⁵³ (Castro-Gómez, 2005), dependiendo de su clase, entendida como esa conjunción de capital social, académico y económico que se inscribe en el cuerpo y se construye y confirma performativamente?

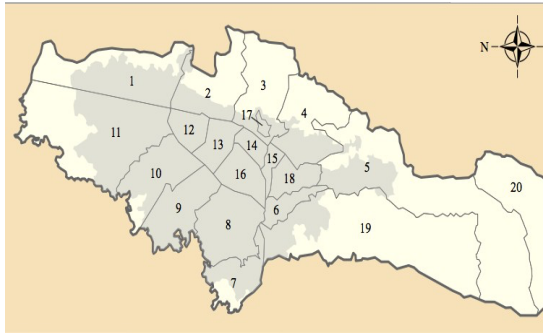
Bogotá es una ciudad habitada por más de 8 millones de personas. Está conformada por 20 localidades, de las cuales tal vez he transitado la mitad, pero en algunas de ellas he estado solo porque son lugares de tránsito obligatorio cuando quiero salir de ella. En realidad, mi vida cotidiana transcurre entre Usaquén y Chapinero. Al 5, 6, 7, 19 y 20 nunca he ido, son

⁵³ Desde la teoría decolonial, Castro-Gomez (2005) define el proceso de blanqueamiento en la Nueva Granada durante el período Borbónico como un medio de movilidad social: “La blancura se convirtió en el imaginario cultural deseado por todos los estratos sociales, en particular por los mestizos, porque apropiarse de él significaba *empoderarse* frente al estamento criollo dominante. Blanquearse equivalía, entonces, a “igualarse” con el dominador empleando las mismas prácticas que le permitieron a éste construir su hegemonía cultural, para utilizarlas como táctica de resistencia y movilización” (p. 95).

zonas prohibidas. Para mi, hay fronteras bien marcadas, muros invisibles que separan la ciudad⁵⁴.

Figura 3.

Mapa de Bogotá con división por localidades



Localidades de Bogotá, Colombia.

1 - Usaquén, 2 - Chapinero, 3 - Santafé, 4 - San Cristóbal, 5 - Usme, 6 - Tunjuelito, 7 - Bosa, 8 - Kennedy, 9 - Fontibón, 10 - Engativá, 11 - Suba, 12 - Barrios Unidos, 13 - Teusaquillo, 14 - Los Mártires, 15 - Antonio Nariño, 16 - Puente Aranda, 17 - La Candelaria, 18 - Rafael Uribe, 19 - Ciudad Bolívar, 20 - Sumapaz

Nota: Imagen tomada de: https://en.m.wikipedia.org/wiki/File:Administrative_map_of_Bogotá.svg

En esta ciudad, las calles se enumeran de norte a sur, estando la calle 1 en el centro y de allí la 2, 3, 4, (...) 127, (...) 200... hacia el norte, y la calle 2sur, 3sur, 4sur, (...), y no sé hasta qué número haya, porque esa frontera invisible está muy bien puesta, así que poco conozco. Las carreras, en cambio, de oriente a occidente. Más al oriente y cercano a los cerros, menor el número. Más al oriente, más puro el aire que se respira. El occidente, en cambio, y especialmente el suroccidente, tiene niveles de contaminación muy altos; las varias veces que se ha llegado a declarar alerta roja por toxicidad del aire, prohibiendo el tránsito de carros y motos por días enteros, las localidades más afectadas han sido las de Kennedy, Bosa y Tunjuelito, todas al suroccidente de la ciudad.

En el contexto local, la clase está relacionada con la estratificación social. Desde los años ochenta, se introdujo en Colombia una política para categorizar los grupos de las

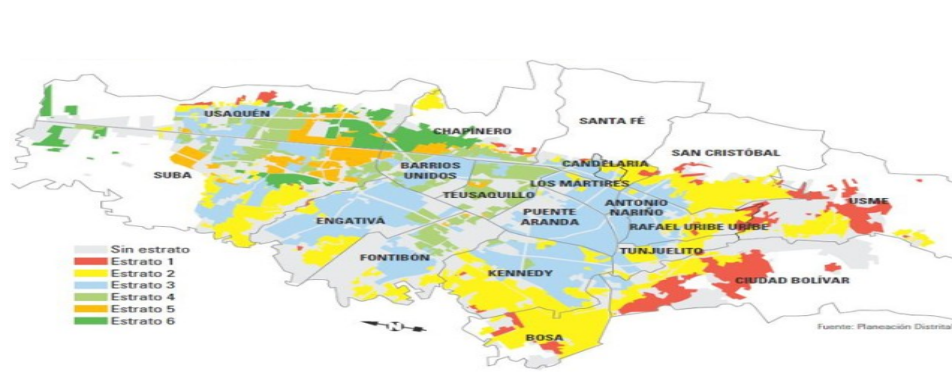
⁵⁴ Los componentes intersubjetivos de la pobreza y el enfoque multidimensional de la pobreza contribuyen con miradas participativas y autoperceptivas que complejizan las definiciones de “pobre” o “rico” basadas en la medición del ingreso, consumo de los hogares y líneas de pobreza (Uribe Mallarino y Jaramillo Marín, 2016). Uribe, Vásquez y Pardo (2006), por ejemplo, trabajan la noción de “fronteras flotantes” para dar cuenta de la manera en que los residentes de distintos estratos socioeconómicos de Bogotá trazan un límite entre las zonas pobres y no pobres, de acuerdo con la posición que ocupan en la escala social.

viviendas⁵⁵ con base en características habitacionales específicas con el objetivo de establecer tarifas diferenciales para el pago de servicios públicos. Se definieron seis estratos distintos -siendo el 1 el estrato mas bajo y 6 el estrato mas alto- que responden a un modelo de clasificación de los inmuebles residenciales que reciben “servicios públicos domiciliarios de acueducto, alcantarillado, aseo, energía eléctrica, distribución de gas combustible, telefonía...” (Ley 142 de 1994). No todas las viviendas cuentan con estos. Por las montañas de Ciudad Bolívar, Usme y otras zonas de la ciudad, por ejemplo, hay barrios enteros conformados por pequeñas casas en ladrillo, plástico o lata, con techos en la misma lata o en Eternit (prohibido desde hace más de 15 años en Europa por la toxicidad del asbesto) y tanques en este mismo material para guardar el agua-lluvia, pues no reciben servicios de agua, tampoco de luz (ver figura 3).

La estratificación es la base para cobrar de manera diferencial los servicios públicos domiciliarios, para de tal manera asignar subsidios a los estratos más bajos, cobrando contribuciones más altas a los estratos superiores (DANE, 2020).

Figura 4

Mapa de Bogotá por estratos



Nota: Tomado de: <http://www.dinero.com/actualidad/articulo/estudio-de-la-universidad-nacional-sobre-los-estratos-sociales-y-estereotipos-/218027>

⁵⁵ Aunque la estratificación fue introducida para categorizar los grupos de viviendas a partir de sus características (material de los muros o del techo -cartón, lata, ladrillo, cemento, etc.- de los pisos -tierra cemento, baldoza, etc- tipo de puerta o ventana, calidad de los servicios públicos, entre otras), en la cotidianeidad los habitantes utilizan esta clasificación para categorizar a las personas a partir de sus prácticas y actitudes. Por ejemplo, son frecuentemente utilizadas frases como “esa persona se cree de estrato 6” para describir a alguien rígido y poco empático o “parece de estrato 1” o “se le salió el estrato” para describir a alguien rudo o soez.

En el imaginario colectivo, esta política de estratificación ha generado una relación entre lugares y actividades específicas de acuerdo con el estrato al que se pertenezca (Uribe Mallarino, Vásquez Cardoso y Pardo Pérez, 2006); las zonas de la ciudad están marcadas por fronteras simbólicas, una de las más generales es la división norte/sur, que antecede a la creación de los estratos en Bogotá, pero sigue operando⁵⁶. Además, ha tenido diversas implicaciones sobre la construcción subjetiva y la habitabilidad de la ciudad para los bogotanos. La segregación espacial y relacional de los habitantes de los estratos inferiores, que es elevada y tiende a reproducirse, ha generado un fraccionamiento del tejido social (Uribe Mallarino, 2008).

Estas fronteras también quedarán inscritas en el cuerpo. En relación a la locación social del individuo, a través de la formación de los *habitus* y del desarrollo del gusto el cuerpo toma forma: como ya lo describía Bourdieu desde otros contextos, a través de las disposiciones hechas costumbre, las condiciones sociales se inscriben en el cuerpo moldeándolo: crean *hexis* (Bourdieu, 1979). Estas se transmiten por generaciones y se comparten al interior de grupos sociales (Mauss, 1936; Bourdieu, 1979): las maneras de comer, la posición de los brazos al caminar o las maneras de mirar o tocar al otro -lo que Mauss denominó *técnica corporal*-, responden a construcciones propias de la idiosincrasia social y dan cuenta de un conocimiento “socialmente aprendido, recurrente y práctico” (Sabido Ramos, 2010), y no de aspectos subjetivos o individuales; en el cuerpo, la clase opera de manera práctica a través de recursos de sentido que constituyen al cuerpo mismo en sus formas y movimientos.

En Bogotá los cuerpos de las mujeres “de clase” que habitan el norte, que provienen de los linajes de las “familias de bien”, tal y como se denominan a las familias con alto capital social y económico, son en general cuerpos contenidos. Contendidos en sus contornos, contenidos en la expresividad emocional. Cuerpos estrato seis, estilizados e inexpresivos, no manifiestan rabia, dolor ni excesiva alegría (al menos en público); estos se contraponen a los

⁵⁶ Afirma Uribe Mallarino (2008) que “aunque «objetivamente» hay áreas residenciales de distintos estratos en ambas zonas, las representaciones sociales imperantes van en el sentido en el que el norte es de estratos superiores y el sur de estratos inferiores, así como el sur es de pobres y el norte es de ricos” (p. 160).

cuerpos formosos de mestizas llenas de curvas de los estratos mas bajos, que tienen permiso de gritar si sienten rabia, de reírse a carcajadas y de alimentarse a base de arroz, yaca y plátano.

La clase hace cuerpo también a través del gusto: la elección de específicas modificaciones cosméticas menos o más efímeras –desde el maquillaje hasta las cirugías plásticas y diseños de sonrisas- y de lo que va a adornarlo desde afuera -prendas de vestir, joyas-. Las elecciones al respecto dependen, en parte, de los “medios económicos y culturales que pueden ser invertidos en ello” (p. 188) y dependen del gusto que, como lo planteó Bourdieu, también hace cuerpo desde adentro: de la selección de aquello que se ingiere, a la actitud y el porte: “la manera legítima de llevar nuestro propio cuerpo y de presentarlo, se percibe espontáneamente como un indicio de la actitud moral, y constituye un indicio de dejadez, de culpable abandono en la facilidad, el hecho de dejar al cuerpo su apariencia natural” (p.190).

En este caso, la contención y la asepsia marcan nuevamente la norma de los “cuerpos con clase”, de su actitud y de sus formas, del maquillaje, que no debe notarse y debe solo “resaltar los rasgos” de la blanquitud (unificar el matiz de la piel y tal vez afinar la nariz), de las prendas de vestir, que deben expresar la comprensión profunda de que lo sensual puede ser vulgar. La sensualidad es en cambio, en el caso de las mujeres atacadas de las clases populares, uno de los mecanismos para reivindicar aquello que de la feminidad fue puesto en riesgo. Prendas ajustadas y profundos escotes dejan a la vista las formas voluptuosas de sus cuerpos.

Cultura convertida en natura, esto es, incorporada, clase hecha cuerpo, el gusto contribuye a hacer el cuerpo de la clase: principio de enclasmiento incorporado que encabeza todas las formas de incorporación, elige y modifica todo lo que el cuerpo ingiere, digiere, asimila, fisiológica y psicológicamente (Bourdieu 1979, p. 188).

Los impactos de la estratificación sobre la habitabilidad de la ciudad, sobre la materialidad del cuerpo o sobre los modos de relacionamiento humano, está también relacionada con la desigualdad en el acceso a los servicios. Hace casi cuarenta años escribió un político colombiano algunos años antes de su asesinato en una plaza en la que daría un

discurso dentro de su campaña electoral: “aun cuando resulte doloroso decirlo, tenemos una sociedad en la cual los derechos humanos se han convertido en privilegios y tales derechos solo se obtienen, entre nosotros, si se nace en una cuna especial o dentro de una clase social alta o media alta” (Galán Sarmiento, 1981, p. 37).

Estas observaciones son válidas para Colombia, pero dan cuenta de una realidad que afecta a varios países de la región. De acuerdo con la feminista venezolana Alba Carosio (2014), si bien las políticas sociales han sido diseñadas para establecer obligaciones a los Estados de modo que estos cobijen los derechos de sus ciudadanos y ciudadanas, “en América Latina y el Caribe más de un tercio de la población no accede a ingresos suficientes para sobrevivir” (p. 89). En estas regiones, donde impera la desigualdad social y la pobreza, “los bienes sociales públicos de salud y educación no llegan a los sectores más vulnerables. Por el contrario, quienes más se han beneficiado en el pasado (por ejemplo, de la educación pública) son las capas medias y altas” (p. 89).

El caso de mujeres atacadas con químicos da cuenta de esto, tal y como lo hace notar un médico entrevistado:

En el hospital (...) llega gente de todos los estratos, y gente de todas las afiliaciones, unos ARL, otros EPS. Pero no todo el mundo tiene la misma oportunidad de tener las cosas para su tratamiento. La ARL si les colabora a los pacientes con las cremas, con las siliconas, con las mallas, con las máscaras de UVEX, con la terapia, con férulas, un montón de tratamientos complementarios que son supremamente costosos. Las EPS's no, porque eso no está incluido en el plan de beneficios o en el antiguo NO-POS, eso no está en el plan obligatorio de salud. Entonces, si la persona necesita una máscara, necesita un insumo de estos, pues si tiene plata, cómprela, y si no, se fregó (...) pero es que la oportunidad no es igual para todo el mundo, eso si no hay nada que hacer. Solo un protector solar vale \$90.000 o \$120.000. Un paciente fácilmente se puede gastar \$1'000.000 en un mes en tratamientos complementarios, a eso no va a tener acceso si no muy poquita gente y los demás que se le pigmente, que se le ponga grueso (Entrevista a cirujano, octubre de 2019).

El diferenciado acceso a bienes y servicios de salud quedará así marcado sobre la piel, en las formas y texturas de las cicatrices. Un millón de pesos (220 euros aproximadamente), es más del salario mínimo legal con el que viven al mes familias enteras. En los casos de

varias mujeres, el desempleo y el difícil acceso a espacios de inclusión social hacen que un salario mínimo sea una suma a la que difícilmente pueden acceder, por lo que pensar en invertirla en solo tratamientos complementarios y no en los insumos para mantener sus propias vidas resulta impensable. Además, las ARL son aseguradoras de riesgos laborales, por lo que cubren eventos sucedidos en ámbito laboral. De las mujeres con quienes tuve oportunidad de compartir, la mayor parte no pertenecía al mercado formal del trabajo ni antes ni después del ataque y tenían SISBEN o estaban desafiadas.

Ser mujer y pertenecer a grupos económicamente desfavorecidos, lleva a que el acceso sea más difícil y crea un intejuego que afecta el estado de salud. En la Encuesta Nacional de Salud (ENDS 2000, 2005 y 2010, citados por INS y ONS [Observatorio Nacional de Salud], 2015) se afirma, de hecho, que “la prevalencia de salud percibida regularo mala fue mayor en mujeres y personas con mayor edad, menor nivel educativo, menor índice de riqueza y procedentes del área rural del país” y que “la mayor prevalencia de salud percibida regular o mala en mujeres, fue un patrón que se repitió según otras características sociales como edad, índice de riqueza, nivel educativo, zona de residencia y pertenencia étnica, excepto población ROM” (p. 270).

En el caso específico del acceso a la salud en Colombia, mecanismos de monitorización sobre las desigualdades sociales han dado cuenta a través de informes técnicos (Instituto Nacional de Salud y el Observatorio Nacional de Salud de Colombia, 2015) de la manera en que el capital de los/as ciudadanos/as influye sobre el acceso a los derechos. El tipo de aseguramiento, como se explicó anteriormente, difiere según el capital económico de las personas. En el informe se afirma con respecto a este que un “mejor nivel de aseguramiento en salud se asoció con un mayor acceso a todos los servicios de salud mientras que la no afiliación o pertenecer al régimen subsidiado se asoció a un mayor número de barreras y consecuentemente un menor acceso” (p. 113).

Es así que las violencias estructurales no solo hacen a las mujeres más vulnerables a ser atacadas, sino que además dan lugar a una distribución diferencial del acceso a los derechos que recrudescen las experiencias de sufrimiento y perpetúan la violencia hacia sus cuerpos. Berardi (2019) habla del proceso de devenir otro; de la “futurabilidad, la multiplicidad de los futuros posibles inmanentes: un devenir otro que ya está inscrito en el presente” (p.23). En los casos de estos ataques, el futuro está inscrito en el cuerpo presente

que entra al hospital por la puerta de urgencias. Las desigualdades sociales van inscritas en el cuerpo antes de que entre por ahí. Las principales víctimas mujeres de ataques con agentes químicos son mujeres con bajo nivel educativo, que habitan zonas pobres de la ciudad, cuerpos negros o mestizos, vidas precarias. Pero también esas desigualdades que hicieron más vulnerables a las mujeres a ser víctimas de estos ataques marcan de entrada el tipo de experiencias que se tendrán durante los itinerarios de búsqueda de acceso a las medidas formales de reconstrucción del cuerpo.

Experiencias de negación de acceso y sufrimiento como la aquí narrada, se contraponen a los “casos de éxito”:

él me miró, y él dijo "no", dijo "sí, ahí se le puede hacer una microcirugía, pero, la verdad es que ahorita no hay espacio para ella"; y yo ese día, yo "pero, porfa", Entonces yo me acuerdo que yo lloraba y me dijo "no, la... el cupo para microcirugía ya está lleno' y yo, noooo, ese día yo lloré y lloré "por favor, ayúdame" y no, no, no; re sangrón, horrible ese médico. Yo lo odié ese día, yo dije... bueno, el hecho fue que me dijeron que no, que para otra oportunidad. Entonces yo me fui, yo me acuerdo que yo me fui, pero por alguna razón no me fui. Yo me bajé y me metí al baño. En el baño lloré y lloré y lloré y lloré (entrevista a sobreviviente, octubre de 2019).

Los casos presentados a continuación ejemplifican condiciones muy distantes en cuanto a la clase social y son interesantes para discutir la manera en la que esta se relaciona con el acceso a servicios de salud tras un ataque con agentes químicos en la ciudad.

Natalia

Quiero que todas las Natalias reciban el mismo apoyo y amor que yo he recibido. Que tengan fácil acceso al Glayderm, a las máscaras de Uvex, a la hidroterapia, al apoyo psicológico y psiquiátrico, a la justicia. Que estos casos no queden impunes nunca más y que el rigor de la justicia evite que sigan en aumento. También quiero visitar la cárcel donde está mi agresor, mirarlo a los ojos y decirle que no le guardo ningún rencor. Y que me mire y compruebe que aquí está Natalia Ponce de León Gutiérrez de Piñeres, viva. ¡Míreme! (Natalia Ponce de León, en Soto, 2015).

Esta cita es sacada de un libro sobre la vida de Natalia Ponce de León, quien fue atacada con agentes químicos en marzo de 2014. Su historia hace parte de la memoria

colectiva de los y las colombianas y si en cualquier conversación, con personas de ámbitos diversos, se habla de ataques con agentes químicos, su nombre siempre sale a relucir, pues como afirman Tobar Salazar y Pimienta Tobares (2016), en el momento de su ataque, “tanto la prensa escrita, como los medios radiales y televisivos acogieron el tema de ataques con ácido como punto central de sus noticias. Se generó un sentimiento colectivo de generosidad y admiración hacia Natalia Ponce de León y de odio generalizado hacia su atacante” (p. 50). Su caso recibió una tal atención que “en el 2016 fue escogida dentro de un grupo de más de 50 figuras de todo el mundo con historias catalogadas como “inspiradoras y exponentes de un gran coraje” para ser galardonada con el premio de la BBC” (p 54).

Su agresor ha sido capturado y condenado. Es uno de los pocos. Su cuerpo, desde ese entonces y hasta el momento, aparece de manera constante en portadas de revistas, protagoniza historias en periódicos, libros y tv, y es uno de los pocos nombres de mujeres agredidas, sino el único, que invariablemente la mayoría de habitantes de este país reconoce y recuerda.

Fue ver su cuerpo, en contraposición a otros igualmente quemados, lo que me llevó inicialmente a plantear esta investigación. Me preguntaba por qué razón las máscaras de UVEX, tecnología desarrollada para favorecer el proceso de cicatrización luego de las quemaduras, cubrían solo su cara (en la figura 5 se observa el uso de la máscara UVEX, tecnología difícilmente accesible para otras víctimas en ese entonces), porqué la simetría en sus facciones incrementaba año tras año a partir de las cirugías realizadas sobre su rostro y por qué implantes de silicona en senos y tatuajes o bisutería vistosa y brillante no adornaba su cuerpo, a diferencia de otros. Las máscaras nunca las había visto en ninguna otra mujer quemada. Tampoco vi jamás un proceso de reconstrucción del cuerpo que llevara a resultados como los que ella obtuvo en los años que han pasado desde su ataque.

Figura 5

Fotografía de la Portada de la revista Bocas, Edición 46, octubre de 2015



Nota: Fotografía de la portada tomada por investigadora a partir del repertorio documental recolectado en campo.

No todas las personas reciben “el mismo apoyo y amor” de parte de las personas designadas por la ley de sostenerlas, acompañarlas e intervenirlas desde el ámbito sanitario. No todas tienen puestos guardados en grandes eventos de reconocimiento hacia las víctimas de estos ataques (en una ocasión, en el Congreso de la República, en un espacio destinado a reconocerles, no dejaron entrar a dos lideresas sobrevivientes, pero a Natalia y a sus familiares les tenían reservadas sillas en primera fila, según me contó, muy indignada y rabiosa, una de las sobrevivientes que allí estaban. Tras “armar un escándalo” nutrida por la rabia, obtuvo un espacio en última fila – nota de campo, 2017).

Además de Natalia, comenta una persona con gran trayectoria en la reconstrucción plástica de los cuerpos quemados, está solo el caso de una abogada que ha accedido a las medidas en salud (aunque esta mujer, a diferencia de Natalia, tuvo que interponer tutela):

la única paciente que ha sido tratada completamente y entabló tutela⁵⁷ con su EPS y la EPS le está cumpliendo y financiando absolutamente todo, vamos inclusive en la parte final de reconstrucción de pabellón ocular, es abogada. Entonces digamos que se juntó un nivel socio económico superior, que conocía sus derechos, que no tenía miedo a enfrentar al agresor, y... pues eso también viene a enmarcar la diferencia, las otras mujeres, tú las has visto, las condiciones de dependencia socio económica, la intimidación que generan sobre ellas, y cuando lo hacen ya es traído, las secuelas son muy tardías, muy reales (Entrevista a cirujan@, marzo de 2019).

Según esta persona profesional en cirugía plástica, las inequidades en el acceso a los servicios de salud se relacionan de manera directa, entonces, con la clase social. Agrega a lo dicho:

La clase social influye muchísimo, muchísimo... ¡el solo desplazarse! Muchas de las que venían, nosotros les pagamos el transporte, porque no tenían ni siquiera cómo venir a la cita de control y tratábamos de conseguir los medicamentos y pues nosotros obtenemos muchas donaciones, entonces intentamos entregarles el vendaje, las crema, licra. Entonces si influye cantidades. La atención integral y la pensión integral, que son obligatorias, el sistema lo elude y se las ingenia para eludir, entonces le da la cita para dentro de seis meses, y a los otros seis meses una cita no tiene sentido, cuando es una paciente que necesita hacer control mensual o a veces cada quince días, para ver cómo va evolucionando. Además, muchas decían “yo quiero hacerlo, pero tengo que trabajar, porque tengo niños, y ya no estoy con el que me agredió, entonces si dejo de trabajar, ¿qué hago con mis hijos, con mi hijo?” o los que tenga, entonces dice: “¿soy yo para recuperarme físicamente o respondo por lo que es mi deber en este momento que son mis hijos?”, es que es eso lo complejo.

⁵⁷ La Constitución colombiana de 1991, introdujo por vez primera el amparo o tutela (Art. 86), definiéndola como una acción constitucional. El Decreto 2591 de 1991, que la reglamenta dispone que: “Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública o de los particulares”.

¿Es el hecho de que conocen sus derechos lo que posibilita su acceso y seguimiento?
¿Es el hecho de que saben interponer tutelas? ¿Es el hecho que no tienen tiempo para ir a los controles porque tienen que trabajar para dar de comer a sus hijos? Seguramente todos estos factores juegan un papel en el acceso a las medidas contempladas por la ley y la ciencia para reconstruir los cuerpos, pero existen también factores de orden simbólico, impalpables pero sospechados y materializantes: ¿Qué papel juega, por ejemplo, llamarse Natalia y ocupar un particular lugar en el orden social, diferente al de la mayoría de las mujeres victimizadas?

La narrativa de esta cirujana da cuenta de la problemática manera en la que se piensan los servicios en salud. Están contemplados para una idea de ser humano que no corresponde a las realidades encarnadas de la mayor parte de mujeres atacadas, en las que género y clase intersectan moldeando realidades que exceden los marcos de reconocimiento de la vida sobre los que se asenta el sistema: la experiencia no es igual para todas y las posibilidades de acceso están moldeadas por el género y por el capital económico y cultural de la persona afectada.

De esta manera, así como mi carne no ha estado expuesta a las barreras de acceso, tampoco lo ha estado la de estas poquísimas mujeres atacadas que, si bien representan una ínfima parte de la población víctima de estos ataques, se muestran como estandartes de las posibilidades otorgadas por el Estado de derecho⁵⁸.

¿Cómo la posición social impacta la manera en que operan y se conforman los sistemas de reconocimiento (Butler, 2004 y 2010), los marcos morales que posibilitan la protección de su vida y de la mía, vidas “dignas de ser lloradas”, dignas de recibir “apoyo y amor”? Porque nosotras entramos dentro del marco, pero no todas las vidas son reconocidas por este. Los marcos que nos acogen, a la vez desprotegen a Consuelo y a muchas otras y “legitiman la indiferencia, la destrucción y la crueldad de los que no han sido reconocidos como «humanos»” (Mèlich, 2014).

Consuelo y Rosa

Consuelo no es una de las mujeres con las que realicé el trabajo de campo, pero aún así, su nombre apareció de manera constante en diferentes espacios a lo largo de estos años de trabajo en el tema. A ella la vi en varias fotos y reportajes, incluyendo uno en el que se

⁵⁸ Se hablará de casos en los que las intervenciones se realizan desde el sistema público de salud, aunque los itinerarios de reconstrucción del cuerpo no se ciñen exclusivamente a la búsqueda de respuestas dentro de los sistemas formales de cuidado.

mostraba como tras un abrazo del Papa Francisco en el 2017, desistió de la idea de suicidarse y “acabar con una vida de sufrimientos”. En la figura 6 aparece Consuelo con una máscara compresiva de lycra. En esta y en comparación con la figura anterior, se aprecia tanto la diferencia en las tecnologías implementadas, como la diferente presentación pública de víctimas de diversas procedencias a través de fotografías en medios masivos de comunicación.

Figura 6.

Consuelo



Nota: Imagen tomada de: <http://diarionoticias24horas.blogspot.com/2014/01/la-mujer-quemada-con-acido-que-denuncia.html>

De ella se afirma que:

“es un caso emblemático. A ella le limpiaron la cara (recién roseada con ácido) con pañitos húmedos cuando llegó a urgencias” (nota de campo, 2017)

Es un caso “emblemático” de la mala praxis médica, de las barreras de acceso y de la ineficacia del sistema judicial. Su cuerpo, que encarna la otredad subyugada (negra, estrato 1, procedencia rural, analfabeta), ejemplifica lo que Crenshaw (2012) puso en evidencia hace ya más de tres decenios en el caso de mujeres víctimas de violencias en un contexto tan lejano al colombiano:

La identidad cultural y la clase correlacionan con la probabilidad de que una mujer maltratada pueda acceder a las medidas concretas que articula la ley en casos de violencia doméstica. Aunque estas medidas están formalmente al alcance de todas las

mujeres, los términos en los que se establecen hacen que sean de hecho inaccesibles para algunas mujeres (p.96).

A diferencia de los pocos casos de “éxito”, ella no tuvo máscaras de UVEX; no tuvo injertos de piel sintética importada de los mejores laboratorios de Europa; no tuvo acceso al personal que le diera una primera respuesta adecuada para neutralizar el efecto del químico, de manera que este siguió por horas quemando todas las capas de su piel. Con gestos y palabras, otra sobreviviente me explica en detalle las prótesis que sí hacen parte del cuerpo de Consuelo: tubos de plástico rígido, partidos para obtener fragmentos de alrededor de 2 centímetros, que son entonces introducidos por sus fosas nasales para de esa manera dejar pasar el aire de una forma más eficaz, pues el ácido afectó su nariz disminuyendo la posibilidad de inhalar por esta vía.

La experiencia de negación reiterada de las intervenciones no es la excepción. La evidencia del desamparo que queda resaltada en la carne misma de Consuelo, en las formas y las prótesis que la componen, también es visible en el cuerpo de Rosa y de muchas otras mujeres.

Con Rosa, a diferencia de Consuelo, compartí diversos momentos. Es una mujer que ha participado activamente en espacios institucionales y no institucionales destinados a prevenir las violencias contra las mujeres; en muchos de estos la encontré y trabajamos de la mano, pero también tuve la oportunidad de establecer largas conversaciones informales con ella y de ser invitada en calidad de observadora a eventos de diversa índole en los que fue protagonista, como bailes o ferias en las que se comercializaban objetos artesanales de su creación. Su rostro está marcadamente desfigurado por los efectos del ataque y el autoinjerto utilizado para recomponer su mandíbula era tan grueso y poco armónico que la escuché junto a otras víctimas describirlo entre risas como una “nalga pegada en su cara”. De su agresor, así como del de Consuelo, no se sabe el paradero. Linda, otra sobreviviente, me habló de ella para exponer con detalle la manera en que las diferencias en el acceso a las tecnologías en salud se hacen cuerpo:

Mira: a Natalia le traen la piel de Holanda, perdió toda su carita tristemente, todo el tema, pero a ella le traen su piel de Holanda. Ella todavía está en terapia ¡Todos los días le hacían terapia! A ella le trajeron la máscara siliconada, a ella le hacían masaje, a ella le garantizaban las terapias, a ella le hacían las infiltraciones. Y tú mírala hoy:

¿Que es terrible? ¿Que se nota? Sí. Pero mírala a ella y mira a Rosa: ¿Si vez la diferencia? A ella tú la ves y ella tiene sus ojitos, tiene sus cejas, tiene su naricita; mira a Rosa, le pasó exactamente lo mismo, pero una tuvo la garantía de y la otra no. Entrevistadora: y las dos fueron atendidas en el mismo hospital y por los mismos médicos.

Linda: si, las dos fueron atendidas en el mismo hospital y por los mismos médicos. Míralas a las dos ¡Y no solo a las dos! Mira a Natalia y mira al resto: de ahí pa' bajo ¿Qué pasó? (Entrevista, abril de 2019).

Miro a Rosa. En el año 2016, me encontraba sentada su lado mientras ella le contaba a Linda que nuevamente le habían negado la cirugía del párpado. Sus ojos solo le permitían ver un pequeño porcentaje de lo que tenía en frente, por que la retracción de las cicatrices se los cerraba, y se los cerraba. Las pocas veces que le vi los ojos, porque casi siempre lleva gafas de lentes oscuros como prótesis para atender la exposición de sus ojos al sol y a la mirada pública, constaté con mis propios ojos que es una pequeña ranura la que le permite ver: “quién sabe cómo verá el mundo, quién sabe qué angustia siente al saber que cada día se cierran más los párpados y tener ese cúmulo de experiencias que permiten prever que no será fácil que el sistema acepte cubrir la cirugía”, escribía yo después de estar ahí (nota de diario de campo, 2016). Ni Linda ni Rosa pertenecen a los grupos poblacionales más precarizados, pero se autodefinen como “personas del común”. Rosa pertenece a un estrato medio-bajo, escolarizada hasta el bachillerato, madre a temprana edad y aun siendo activa defensora de los derechos de las mujeres, el acceso a los servicios le es reiteradamente negado: “tú vas al hospital, citas los artículos de las leyes que te deberían garantizar el acceso, y de nada sirve” (nota de campo, 2019).

Mientras a unas se les intervienen los párpados de los ojos para que puedan ver, y para que, al mirarlas desde el exterior, se vean “bonitos”⁵⁹, a otras, en cambio, se las observa desde el exterior y no importa que ellas no puedan observarnos: la retracción de las cicatrices en los párpados les va cerrando los ojos y deformando la cara, pero las empresas que deben

⁵⁹ Hablando de las intervenciones realizadas a una reconocida víctima de estrato alto, me afirmaría una de las personas entrevistadas que a ella le realizaron múltiples intervenciones sobre los párpados para obtener las características estéticas deseadas, aún cuando la función se había recuperado hacía ya mucho tiempo.

gestionar los recursos para garantizar el acceso niegan las intervenciones. No todas las vidas son igualmente dignas de duelo (Butler, 2006), no todos los cuerpos son dignos de inversión.

Son por tanto evidencia del desamparo y de la inequidad, las deformidades que nunca fueron objeto de intervención por barreras de acceso y que agudizan las condiciones de minusvalía de ciertas vidas. Evidencia también lo son las prótesis de algunas, que son *high-tech* desarrollada en laboratorios en algún país lejano y se hacen parte del cuerpo a través de procedimientos altamente complejos en la sala de cirugía, mientras que las de Consuelo o Rosa responden a la búsqueda autónoma de suplir necesidades que no encontraron respuesta en el sistema formal de salud. Estas experiencias situadas, al visibilizar condiciones de marginación y de exclusión, visibilizan también la existencia de posiciones sociales que, al representar la norma (blanquitud, clases sociales privilegiadas, etc), no la viven (Viveros-Vigoya, 2016). Tal y como ha sido discutido en diversos estudios sobre la corporización de inequidades sociales en grupos e individuos racializados o enclasados (Gravlee, 2009, Kuzawa y Sweet, 2009; Fausto-Sterling, 2008; Wemrell, Merlo, Mulinari y Hornborg, 2016), sobre la piel misma queda la marca de estas experiencias tan heterogéneas en el acceso a la salud. Los procesos de transformación del cuerpo de estas tres mujeres dan cuenta de la manera en que los contextos sociales y políticos en los que el cuerpo está inmerso provoca desigualdades sociales de diferente tipo que van inscritas en el cuerpo (Esteban, 2004; 2008).

Es así que la idea de mujer en la cabeza de quienes participan en la formulación de las políticas e intervienen en los cuerpos (me refiero en este sentido no solo a burócratas o tecnócratas sino a todos aquellos/as profesionales de diversos ámbitos que, con diversos niveles de implicación y poder, participan de las discusiones en el tema) colisiona ante un panorama saturado de precariedad y de vidas diferencialmente reconocidas como merecedoras de protección. Es *the problem of a single story* (Ngozi Adiche, 2017), la single story de un cuerpo capaz, competente e igual al de quien se encuentra al otro lado del papel, escribiendo estas medidas. Por supuesto, no todos los tecnócratas, burócratas y profesionales pertenecen a los mismos grupos sociales, pero independiente a sus propias posiciones en el orden de clase, la respuesta que han dado a Consuelo no es la misma que darán a Natalia, porque para que un cuerpo sea digno de recibir cuidado no debe ser necesariamente igual al de quien define desde arriba las medidas o implementa las acciones de cuidado y

acompañamiento: ha de ser, simplemente, un cuerpo que esté posicionado dentro del orden social como uno digno de duelo.

Si ciertas vidas se consideran merecedoras de vivir, de protección y de ser lloradas, y otras no, entonces esta manera de diferenciar las vidas no puede entenderse como un problema de identidad, ni siquiera de sujeto. La cuestión es más bien cómo el poder forma el campo en el que los sujetos se vuelven posibles o cómo se vuelven imposibles. Lo cual implica una práctica de pensamiento crítico que se niegue a dar por sentado ese marco de lucha identitaria que presupone que dichos sujetos ya existen, que ocupan un espacio público común y que sus diferencias podrían reconciliarse disponiendo, simplemente, de las herramientas adecuadas para unirlos. La cuestión es, en mi opinión, más peliaguda y exige un tipo de análisis capaz de cuestionar el marco que silencia la pregunta de quién cuenta como «quién»; en otras palabras, la acción forzosa de la norma en cuanto a circunscribir a una vida digna de ser llorada (Butler, 2010, p. 224 y 225).

El reconocimiento y la asignación diferencial del valor de las vidas

Nancy Fraser (1996), filósofa feminista estadounidense cuyo trabajo gira en torno a la justicia, plantea una extensa discusión alrededor de las políticas de redistribución y las políticas de reconocimiento y se refiere a las *bivalent collectivities* como aquellos grupos a la vez oprimidos y subordinados, para quienes no son suficientes las medidas adoptadas desde las políticas de la redistribución o del reconocimiento, porque requieren de ambas. En relación específica con el reconocimiento, plantea que su falta debe ser vista como un problema que se encuentra en las relaciones sociales, no en la psicología individual:

To be misrecognized, on this view, is not simply to be thought ill of, looked down on, or devalued in others' conscious attitudes or mental beliefs. It is rather to be denied the status of a full partner in social interaction and prevented from participating as a peer in social life as a consequence of institutionalized patterns of interpretation and evaluation that constitute one as comparatively unworthy of respect or esteem (p. 15)

De acuerdo con estas lógicas para lo que respecta el reconocimiento, en el caso de los ataques en Colombia, no solo con las leyes se pretende garantizarlo. A través de proyectos basados en la investigación-acción participativa y del involucramiento de Fundaciones de

sobrevivientes en los espacios de decisión del Estado, se argumenta la pretensión de generar un marco de acción inclusivo y basado en las necesidades reales de cuerpos reales, capaz de reconocer. Desde hace ya algunos años, para la formulación de las políticas públicas, incluso para los protocolos de atención en salud, se realizan actividades en las que a víctimas y sobrevivientes “se les da voz”, participando tanto en los procesos de desarrollo como de validación de los productos. De esta manera, el Estado se define y se muestra como incuestionablemente democrático, reconocedor, tal y como la constitución lo indica, de la multiculturalidad y pluriétnicidad, con una escucha capaz de captar voces diversas, “del lado del pueblo”, construyendo para sí un nuevo marco de legitimidad de su actuar basado en la inclusión, el reconocimiento y la democracia. Sin embargo, tal y como lo expone una sobreviviente en un evento de socialización de uno de los varios productos generados en los que hubo participación de un significativo grupo de mujeres atacadas:

la verdad es que, aunque hicimos parte en la construcción de este instrumento, lo que nos hemos encontrado con los diferentes escenarios en los que hemos participado y con las diferentes herramientas que hemos ayudado a construir como las leyes, rutas y protocolos... es que siempre vuelve la preocupación de: “listo, ya está” ¿sí? Ahora: ¿cómo lo vamos a implementar? Y cómo realmente esto va a tener un impacto positivo sobre la población a la que va dirigido (Octubre de 2017).

Fraser (1996) argumenta que en el caso de las *colectividades bivalentes*, que sufren tanto de injusticias a nivel de la redistribución socioeconómica como del reconocimiento cultural, tales injusticias no son la una efecto directo de la otra, sino que se co-originan. De entrada, los problemas en las inequidades en el acceso a la salud dependiendo del tipo de aseguramiento y la clase social expuestos más arriba evidencian problemas redistributivos frente a los que el marco del sistema de seguridad social en salud se plantea como un mecanismo para solventarlos (frente a esto, como expuesto más arriba, no se han logrado condiciones equitativas). Frente al reconocimiento, como lo expone la sobreviviente en la cita anterior, este no está asegurado ni por el marco jurídico ni por estos programas de investigación participativa.

Se parte de la asunción errónea de que existe el marco capaz de reconocer a quienes participan, que son vistas como mónadas autosuficientes, resilientes, capaces y empoderadas, de manera que las consecuencias de nuestra existencia encarnada, vulnerable por definición,

necesitada de redes de apoyo, de otras y de otros que en red amortigüen la caída libre, queda en el olvido en las discusiones que se plantean en estos espacios. Cada quien es capaz de lograr lo que se propone, esta es la asunción de base en los discursos sobre el empoderamiento y las capacidades individuales. El acceso a las medidas e intervenciones para reconstruir el cuerpo, según se asume en el papel, es posible. Esto no se cuestiona. Hay que hacer rápido, generar respuestas, plantear soluciones, no hacer preguntas.

Frente a las políticas de reconocimiento, en lo que respecta a lo propiamente normativo, Butler (2010) afirma que, si bien existe la necesidad de políticas sociales concretas capaces de reconocer de manera más incluyente e igualitaria la precariedad, esta no puede ser propiamente reconocida. Aunque la precariedad puede ser presupuesta o rechazada por normas de reconocimiento, y aunque las normas del reconocimiento deberían basarse en una aprehensión de la precariedad, ésta no es una función o un efecto del reconocimiento y el reconocimiento no es la única forma de registrar la precariedad.

La respuesta y el reconocimiento hacia todas aquellas mujeres que han sufrido esta violencia no está asegurada por una serie de leyes cuya aplicabilidad, como lo hace notar la exposición sobre las barreras de acceso a las que han tenido que confrontarse, se complejiza de entrada para algunas más que para otras. Las acciones para hacer frente a esta situación haciendo más leyes, más circulares y decretos para “garantizar” el acceso a los derechos en salud, parecen no ser suficientes. Es necesario, de antemano, problematizar cómo en la sociedad colombiana los marcos morales de inteligibilidad entran a configurar la capacidad de reconocimiento de las vidas. Cómo a partir de las categorías que dividen el “nosotros” del “ellos”, materializadas en la carne, en los hábitos, y en las imágenes que se muestran -o no se muestran- en los medios de comunicación y en los espacios de visibilidad y participación, se generan respuestas de indignación o indiferencia, de compasión o de indiferencia, de rabia o de indiferencia.

La indiferencia social y burocrática coloreada con un clasismo, racismo o sexismo ya discutido por diversas teóricas colombianas (Franco Gamboa, 2013, 2016; Viveros Vigoya, 2007, 2010; entre otras), las precarias condiciones materiales en hospitales sin la dotación suficiente para realizar las intervenciones presupuestadas y la omisión del campo visual de nuestra propia imposibilidad de identificación que perpetúa la percepción arrogante (Lugones, 1987) y una relacionalidad que deja expuesto que no damos a todas las vidas el

mismo valor, siguen operando, incrementan el potencial victimizador de las medidas legislativas y entran a ser parte de la materialidad del cuerpo.

No es posible seguir apoyando lo que afirman algunos: que si las medidas están y hay casos de “éxito”, estos son evidencia y garantía de la eficacia de las medidas existentes. De Natalia, por ejemplo, se afirmó en una entrevista que siendo ella

una niña de buenas posibilidades y de buena familia y no le importó estar en un hospital público y entrar a la sala de cirugía. Y la anestesió el mismo anestesiólogo de todos los pacientes. Fíjate que ella no ha hecho nada raro, va al mismo cuartico incómodo donde la terapeuta ocupacional le hace la terapia a ella y a otros pacientes, a ella no se le da un lugar preferencial. Ella ha sido una paciente como cualquiera (entrevista a cirujan@, febrero de 2019).

Se da por sentado que el reconocimiento de las vidas que se tienen en frente ya existe, que todas tienen el acceso igual a las mismas oportunidades desde el sector salud. Pero hay una diferencia entre aprehender una vida y reconocer una vida. La distribución del duelo público y indiferencia o indignación que surgen en quienes se encuentran en frente a Natalia o a Rosa y deben acompañar sus procesos de reconstrucción, es diferente: a unas se les dan autorizaciones, a las otras se les niegan los mismos procedimientos; a unas, a lo largo de los años, se les da voz directa en medios masivos de comunicación mientras que de otras, como en el caso de Consuelo, periodistas narran su historia sin que las palabras que ella articula sean escuchadas previo a las traducciones que hace quien investiga su historia.

Aprehender una vida no implica reconocerla; se puede conocer, registrar en números los cuerpos agredidos, traducir historias de dolor, pero eso no implica reconocerlos; se pueden plantear protocolos para los cuerpos quemados, pero esto no implica que todos los cuerpos puedan atravesar de la misma manera los ítems presupuestados en el protocolo. Según Butler (2010), la inteligibilidad establece el ámbito de lo cognoscible y la reconocibilidad precede al reconocimiento: los cuerpos son inteligibles: como evento de salud pública, se conocen y se cuentan, como quemaduras, se intervienen. Pero el reconocimiento, es una acción recíproca. ¿Qué se excluye de los esquemas de inteligibilidad de quienes formulan las políticas y atienden estos cuerpos? Que hay vidas que no son vidas, que “ella [no] ha sido una paciente como cualquiera”.

La evidencia de las vidas desamparadas deja al descubierto que unas vidas valen más que otras. Que a unas si y que a otras no, deja al descubierto las falacias que subyacen a los discursos basados en un humanismo universalizante que está detrás de la formulación de las leyes. ¿Por qué solo algunas puedan acceder, desde un sistema público basado en la idea de igualdad? ¿Qué es lo que hace que algunos cuerpos que se acercan a los hospitales reciban todas las medidas previstas y otros, como el de Consuelo, no?

Pero no hay tiempo para formular preguntas o hacer críticas a las normas, marcos y cimientos que posibilitan o reducen la posibilidad de reconocer propiamente la existencia de las vidas que se ven diferencialmente expuestas a las violencias, incluyendo las estatales; marcos y cimientos entendidos como “modos de inteligibilidad que fomentan los funcionamientos del Estado y, como tales, ellos mismos son ejercicios de poder al tiempo que exceden el ámbito específico del poder estatal (Butler, 2010, p. 207)”. En un sistema que se supone igualitario de antemano, estas preguntas no tienen cabida. El problema radica en cómo en la puesta en práctica de un marco normativo que de entrada asume reconocer de manera igualitaria a personas que han estado expuestas a una misma situación de daño, queda evidenciada esa asignación diferencial del reconocimiento y la miopía ante la precariedad. Y es que falta, de entrada, la pregunta sobre qué estamos reconociendo, qué entendemos por vida, y qué marcos hacen posible que una vida sea inteligible como vida.

No, no hay tiempo. Hay que hacer, seguir corriendo, sudadas, cansadas, sin suficientes horas de sueño y sin suficientes horas para preguntarse por qué se hace, para qué se hace y para beneficio de quién se hace. Como no hay tiempo suficiente para escuchar la respuesta a la pregunta sobre quién eres, la pregunta ni siquiera se plantea. No solo por el tiempo a disposición para oír una respuesta, también porque de entrada se asume como una pregunta innecesaria, porque se cree que los marcos de reconocimiento ya operan de manera efectiva, garantizando la igualdad, y las fallas son entonces atribuibles a sujetos “desempoderados” o “perezosos”.

Pero si las diferencias no se ven, porque de entrada son negadas por un sistema que se asume igualitario, menos aún se verá con el punto de vista del otro. Las ideas que aquí operan son ideas de mujer que recrudescen la precariedad. Los discursos sobre el afecto y la solidaridad, no tienen cabida dentro de un lenguaje sometido al dominio de la técnica,

especialmente en un periodo en el que “el automatismo tecnolingüístico se adueñó de las relaciones sociales” (Berdardi, 2019, p. 53). Someterse a estas lógicas anafectivas y a-empáticas es el precio que se paga para escalar profesionalmente en este ámbito, donde la búsqueda de asepsia y pulcritud queda evidenciada en los informes técnicos o en el tratamiento de problemáticas a través de cifras sin cara. Como si fuese Clorox, este lenguaje limpia y desinfecta lo que está afuera, a la vez que se introduce por los poros de la piel y recorre el torrente sanguíneo para blanquear a quien lo domina.

¿Se responde a la apelación de todas las mujeres que han sido atacadas? No. Y es que la respuesta no nace como resultado del cumplimiento de una ley, sino como respuesta a la interpelación. Para responder no es necesario únicamente el arsenal jurídico ya existe, es necesario reconocer a quien se tiene en frente y conocer y desnaturalizar las categorías y los marcos que operan reiterativamente manteniendo la negación de algunas vidas (Mélich, 2014); es necesario “cesar de legislar para todas estas vidas lo que es habitable sólo para algunos y, de forma similar, abstenerse de proscribir para todas las vidas lo que es invivible para algunos. Las diferencias en la posición y el deseo marcan los límites de la universalidad como reflejo ético” (Butler, 2006, p. 69). Es necesario conmoverse, sentir indignación o compasión, comprender que estas son respuestas afectivas que están “sumamente reguladas por regímenes de poder y, a veces, sometidas a censura explícita” (p. 66). Esos regímenes de poder que determinan las vidas llorables, qué vidas se reconocen como vidas, qué vidas han de acceder sin barreras a los derechos, se materializan en los afectos que se experimentan en quienes se las encuentran al frente. Y en el contexto local, la clase social es uno de los factores que marca las fronteras de lo posible en cuanto a afecto y proximidad. Maria Lugones (1987), a partir de una narración en primera persona da cuenta de ello en su experiencia

It is clear to me that I was not supposed to love servants: I could abuse them without identifying with them, without seeing myself in them. When I came to the U.S. I learned that part of racism is the internalization of the propriety of abuse without identification: I learned that I could be seen as a being to be used by White/Anglo men and women without the possibility of identification, i.e. without their act of

attempting to graft my substance onto theirs, rubbing off on them at all. They could remain untouched, without any sense of loss (p.5).

La “percepción arrogante” de Lugones, en su experiencia ligada a jerarquías de clase, aproxima al por qué el afecto se experimenta de manera diferencial. Butler (2010), a partir de un análisis que se confronta a postulados Klenianos sobre una culpa como consecuencia instrumental del deseo de conservación del sujeto, lo explica al postular que

nuestro afecto nunca es solamente nuestro: desde el principio, el afecto nos viene comunicado desde otra parte. Nos dispone para percibir el mundo de cierta manera, para dejar entrar ciertas dimensiones del mundo y oponer resistencia a otras (...) El afecto depende de apoyos sociales para sentir: llegamos a sentir sólo con relación a una pérdida perceptible, la cual depende de estructuras de percepción sociales; y sólo podemos sentir afecto, y reivindicarlo como propio, a condición de estar ya inscritos en un circuito de afecto social (p. 79 y 80).

La respuesta, entonces, no está tal vez en generar mas leyes, decretos y resoluciones, sino en cuestionar y revertir el orden que otorga valía a unas vidas por encima de otras, y que moldea las sensibilidades y la posibilidad de ser afectados por la apelación del otro. Esto no quiere decir que no se deba luchar por formas de apoyo estatal o institucional que se dirijan hacia la protección de beneficios, bienes sociales y derechos y aboguen por la lucha contra la precaridad, pero la contingencia radical de los sujetos a su medio social y la valencia relacional de la vida misma, enfatiza que “somos seres interdependientes cuyo placer y sufrimiento depende desde el inicio de un mundo sostenido socialmente” y que es justamente esa interdependencia la que “establece nuestra vulnerabilidad hacia formas sociales de privación” (Butler y Athanasiou, 2013, p. 5, traducción propia), de manera que si, es necesaria la pregunta sobre quién eres. Los tubos de boli en las narices, las siliconas y los injertos que dan como resultado caras más parecidas a nalgas que a caras, ponen en tela de juicio esa realidad dada por descontada. En este caso, la norma como condición sostenedora de la vida no es suficiente. Su aplicación antes de preguntar si se reconocen o no ciertas vidas, abre el marco para la reproducción de violencias institucionales que exceden y aplastan la

posibilidad de materializar las medidas de los programas de reparación de los cuerpos vulnerados y precarizados.

Antes de iniciar el itinerario, los cuerpos sin clase, los cuerpos “del común”, se dividen de los cuerpos “con clase”, de esos cuerpos que, en un país como Colombia, son la excepción, porque son menos esos cuerpos que “desde la cuna”, están menos expuestos a la violencia con ácidos. El itinerario se bifurca de entrada: por un sendero, los cuerpos dignos de duelo serán reconstruidos para poder ver, para ser lisos, para tener prótesis ultratecnológicas; por el otro, los cuerpos de vidas “no dignas de duelo”, serán reconstruidos “a medias”. Expuestos a más violencias, como ya lo eran antes, lo seguirán siendo y en las formas que toma la carne después de la posibilidad de acceder o no acceder a las medidas, queda evidenciado, justamente, ese mayor sometimiento a las violencias a las que el cuerpo fue sometido durante el itinerario para reconstruirse, pues barrera tras barrera, la textura de la piel difícilmente será tan lisa como la que se obtiene después del uso prolongado de máscaras de silicona –UVEX- o del acceso continuo y de calidad a procedimientos de microcirugía, a láser, a masajes y a terapias postoperatorias. Así la clase se hace carne.

7. Discursos biomédicos sobre la reconstrucción del cuerpo

Luego de parar ante barreras o poder saltarlas, luego de víricamente moldear la propia subjetividad a través del contagio de discursos sobre empoderamiento y competencias, luego de situar las propias caras ante otras que no se afectan, luego de los a veces muy tortuosos itinerarios burocráticos, se puede llegar a la camilla de las salas de cirugía. Es en este lugar en el que se materializan en la carne estas respuestas iniciales que se reciben según se conmueva a quien se tiene en frente o no, según si se obtuvo o no el aval para acciones, procedimientos e intervenciones específicas. Es así que una vez discutido el tema del acceso diferencial a los servicios del sistema de salud y explorada la manera en la que las inequidades se “hacen carne” a partir de las violencias institucionales marcadas por las experiencias inmersas en la búsqueda de avales para el acceso a los servicios de salud, a continuación se abordarán los discursos y recursos que se ponen a disposición de aquellos cuerpos que logran acceden a las medidas formales de reconstrucción del cuerpo, enmarcadas estas en el dominio de los saberes biomédicos.

El hospital

Por la puerta de urgencias de este hospital al norte de Bogotá, entran quemaduras. No llevan nombre, ni historia, ni emociones. La única identidad que se les asigna y que denota algo más que lo que será el objeto de la intervención quirúrgica, es la de *paciente*. La subjetividad queda borrada, al igual que los rasgos de la cara por el efecto del ácido. Entra entonces un paciente quemado. El uso del masculino como representación del grupo humano se da por descontado en el ámbito médico.

Por esa misma puerta de urgencias entraría la primera mujer atacada con agentes químicos registrada en el país en un día de octubre de 1996 y a partir de ahí hasta el momento, decenas de mujeres más. Esa no es la única puerta de este hospital que atraviesan quienes han sido atacadas. Después de esa primera no planeada visita a estas instalaciones, la mayoría de mujeres atravesará varias veces y durante muchos años la puerta contigua, que lleva a la zona de consultorios y a los pisos de hospitalización, pues el trabajo de reconstrucción

requiere un sinnúmero de intervenciones: aquellas destinadas a intervenir las secuelas directas del ácido, a devolver la función de las áreas afectadas, a intervenir las complicaciones que surgen sobre las intervenciones quirúrgicas o a mejorar la forma en zonas que ya han recuperado la función.

Visito el hospital en una fría mañana bogotana para hablar con uno de los cirujanos que atienden este tipo de quemadura. Entrar al área de consultorios no es fácil. En la puerta se encuentra un guardia, con su piernas semiabiertas y brazos en cruz para no dejar pasar a nadie. Sin moverse, dice a las tres personas que se encuentran afuera que deben tener la orden médica impresa y documento de identidad en mano para poder ingresar. Se toma su trabajo con toda la seriedad del caso. Revisa minuciosamente los documentos que dos de las personas le entregan; la tercera no tiene la orden impresa, yo tampoco. Le explicamos nuestros motivos. La tercera persona tendrá que salir de las instalaciones para buscar los documentos solicitados. ¿Cuántas veces las sobrevivientes deberán dar la vuelta, devolverse para buscar los permisos con la apremiante angustia de perder esa cita para la cual, a veces, tuvieron que esperar mas de seis meses, poner tutelas, girar la ciudad en busca del apoyo de las instituciones que harían posible el aval de su entrada? Yo tendré que buscar otra estrategia para poder ingresar. Está convencido que soy una visitadora médica: “No se permite el ingreso a visitantes médicos”, “No soy visitadora, vengo a hacerle una entrevista al doctor”, le digo. Continúan sus sospechas y su cuerpo no se aparta para cederme el paso.

El Hospital, muy al norte, queda cerca de los cerros. Pero desde acá no se ve el verde que los caracteriza en otras zonas de la ciudad. Tan al norte, los cerros están cubiertos de casas de ladrillo que en algún momento fueron o aún son “de invasión”. La altura de las construcciones es variable, se acostumbra construir más pisos a medida que va creciendo la familia, cuando los hijos tienen sus propios hijos. De ladrillo también es este hospital, que es centro de referencia a nivel nacional en temas relacionados con quemaduras, aunque sus cimientos no son tan enclenques como los de las casas que cubren los cerros. Tras la llegada fortuita del médico, quien con un gesto me ayuda a superar, no sin dificultad, la barrera inicial de la entrada (el cuerpo del guardia), ingreso a un espacio amplio. “Recuerde, doctor, que no se permite el ingreso a visitadoras médicas”, escucho ya detrás mío.

Sigo la bata blanca, que se encuentra pocos metros adelante y que me dirige hacia el mismo consultorio que tantas veces ha recibido a estas mujeres que allí son “pacientes

quemados”. Entro a un espacio de alrededor de 30m², viejo, con paredes entre blancas y color crema y con una división central que delimita claramente dos espacios. En el primero, se apoya a la pared de la izquierda un estante metálico que guarda instrumentación quirúrgica. Debe ser de los años setentas u ochentas, tiene la pintura corroída; contra la pared del fondo, una camilla metálica. Esas camillas solo las he visto en la morgue de la universidad en la que estudié, cuando en las clases de neuroanatomía nos tocaba bajar a identificar surcos, circunvoluciones o estructuras subcorticales en cerebros de NNs (nomen nescio – persona desconocida) en formol. En esas mismas estructuras frías y asépticas en que se apoyan los cadáveres, se recuestan también las víctimas quemadas cuando están en urgencias. No sé por qué esa camilla está ahí. Sin duda alguna en este consultorio no se recuestan los cuerpos recién quemados para recibir el lavado inicial. Ni siquiera hay mangueras. Recuerdo hace varios años que una sobreviviente me habló sobre estas camillas, sobre la experiencia de estar acostada en esta superficie metálica, desnuda y adolorida, recibiendo el lavado durante minutos que parecían eternos.

La otra parte del espacio me genera la misma sensación de viejo y abandonado que la primera. Solo hay dos mesas, sobre una de las cuales se apoya un computador. Cada una tiene dos sillas, una delante y una atrás: las sillas del médico (las que están detrás de los escritorios) son igual de viejas e incómodas que las destinadas a los pacientes.

Cerrar la puerta de entrada al espacio destinado a la consulta entre médico y paciente no garantiza la privacidad. Durante los pocos minutos que dura mi visita, entran y salen sin previo aviso una enfermera, luego una señora del aseo, finalmente, entra para quedarse un residente. La idea de lo íntimo, de la vergüenza o de la privacidad, tiene connotaciones diferentes cuando se está en ámbito hospitalario. Pero esto que para mi representa una violación a la privacidad, se aleja de las preocupaciones que he escuchado de quienes cuyas pieles si están en juego. El momento en el que la entrada y salida de personas se hace intolerable, no es durante la consulta ambulatoria que se hace en este consultorio: escuché a Rosa hablar sobre la experiencia vivida en la fase de hospitalización. Con su cara totalmente vendada, pues el ácido había sido arrojado directamente allí, acostada en la camilla y sin posibilidad de moverse, no sabía quiénes eran esos cuerpos que entraban y salían y se acercaban sin presentarse, mientras su corazón latía fuerte avisando el peligro potencial de

que quien se acerca bien podría ser quien la atacó. La cuestión no gira en torno a la privacidad sino a la supervivencia.

Alguna vez visité el pabellón en el que ella vivió esta experiencia, en donde se encuentran estos cuerpos vendados. La posibilidad de infección es alta, de manera que la tecnología y la asepsia de este espacio da una sensación muy diferente a la de los consultorios de cuidado ambulatorio que se encuentran en el primer piso. Todo parece nuevo y cuidado; de hecho, el pabellón de quemaduras pediátricas tiene espacios de juego en los que todo parece haber sido adquirido muy recientemente y dibujos coloridos en las paredes. El alegre espacio que crearon los diseñadores de interiores contrasta con el dolor de quienes allí se encuentran.

Pues bien, la reconstrucción de un cuerpo quemado con agentes químicos en Bogotá implica en la mayor parte de los casos habitar y transitar por años los muy diferentes espacios de este hospital ya que acá –o en cualquier hospital de alta complejidad, especialmente si cuenta con unidad de quemados- tiene lugar la atención de urgencias, hospitalización y atención ambulatoria⁶⁰. La primera acción sobre el cuerpo sucede, sin embargo, en el lugar mismo del ataque, en donde quien se encuentre cerca, o la víctima misma, debería iniciar esfuerzos por neutralizar la acción del químico con irrigación continua de agua. Luego de esta denominada “atención en el lugar de los hechos”, viene la atención pre-hospitalaria (APH), en la que la persona es trasladada por el equipo de primeros respondedores hacia el servicio de urgencias. Claro está, no todas son llevadas en ambulancias, o por los bomberos o policías. Hay quien llega a pie, hay quien llega en bus. El grado y la extensión de la quemadura va a ser una de las variables que entran a determinar la posibilidad de llegar con unos u otros medios; pero los casos en los que se centrará este capítulo no son aquellos de quienes fueron “salpicadas” en zonas restringidas y pudieron llegar por sus propios medios

⁶⁰ Las acciones a emprender fueron minuciosamente descritas en la *Guía de manejo inicial para primera o primer respondedor en caso de ataques con agentes químicos* (Secretaría Distrital de la Mujer, 2015). Esta guía, realizada con la intención de dar a conocer a la población general las acciones a emprender frente a estos casos y de la que fueron impresas algunas copias, es de difícil acceso. En este caso específico, los procedimientos burocráticos que retrasan la publicación de materiales en la red, sumado a los cambios de personal en las transiciones de las administraciones públicas, dejan en el olvido un material potencialmente útil.

al hospital, sino los que, al entrar por la puerta de urgencias, tenían debajo de sus pieles extensamente quemadas órganos tratando de resistir el impacto.

La finalidad en urgencias es neutralizar con lavado la acción del ácido y estabilizar el funcionamiento de los órganos internos, salvar una vida biológica, restaurar procedimientos de la máquina-cuerpo: “lavado de las lesiones con ringer lactato y jabón de clorhexidina, con el fin de neutralizar el pH de la superficie corporal y en varios ciclos hasta normalizar el pH de la piel. Las lesiones oculares se abordaron mediante irrigación continua con ringer hasta lograr un pH de 7 del fondo de saco” (Gaviria-Castellanos, Gómez Ortega y Gutiérrez, 2015, p.75). A esto le sigue la eliminación del tejido ya inerte y “cubrir todo lo que esté lesionado para que no quede ninguna herida abierta, ya que es eso lo que produce infección, dolor, todo el deterioro” (entrevista a cirujana, marzo 2019).

A estos procesos en fase de urgencias y durante la hospitalización subsecuente, que han sido recogidos y sistematizados en el *Protocolo de atención de Urgencias* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) adoptado mediante la Resolución 4568 de 2014, se someten los cuerpos de las mujeres quemadas que llegan no solo a este, sino a cualquiera de los 13 pabellones de quemados del país. Pero en un territorio extenso, diverso, con pocas vías y con casi 50 millones de habitantes, el acceso rápido y oportuno a estas tecnologías no está garantizado por la existencia del documento. Si bien las acciones deberían ser ejecutadas en cualquier servicio de urgencias del territorio nacional, y según la Ruta de Atención Integral los casos de quemaduras con agentes químicos deben acceder a procesos de evaluación y atención especializada, algunos cuerpos no serán lavados con lactato de ringer y jabón de clorhexidina, sino con pañitos húmedos⁶¹.

Después del alta hospitalaria, inicia la atención ambulatoria. Según una cirujana entrevistada es en este momento en el que inicia la fase reconstructiva: “como estas son quemaduras tan severas, de tercer grado, todo lo que sea quemaduras de tercer grado te deja una cicatriz, entonces ahí es donde viene toda la parte reconstructiva, del crónico que es lo

⁶¹ Aunque la ya comentada experiencia de Consuelo en el servicio de urgencias fue antes de la adopción del protocolo, existen factores materiales que tanto antes como ahora, dificultan la efectiva implementación de las medidas (desconocimiento del personal sanitario, falta de insumos médicos en los servicios de urgencias, dificultades para asistir a un servicio médico de manera oportuna, entre otros).

que sale del paciente desde la hospitalización”; crónico porque las acciones, procedimientos e intervenciones en esta fase, pueden prolongarse tanto como la vida misma. En este momento también es donde las mujeres encuentran una mayor cantidad de barreras de acceso, que favorecen las experiencias de actualización del sufrimiento descritas en el capítulo anterior. Como lo afirma esta misma cirujana:

es ahí donde el sistema es perverso ¿por qué?, por que si es una EPS envía la paciente donde un cirujano plástico que no le interesa, que no tiene experiencia y le hace cualquier cosita por solo decir que lo hizo cada seis meses. Le hacen la cirugía y no la llevan a fisioterapia y la fisioterapia es muy importante porque es la que guía el proceso de cicatrización, evita que se vuelvan a reproducir la misma secuela. No la envían a psicología y cuando ella vuelve, ella vuelve con más problemas, si es que vuelve. Además, muchas EPS consideran que cualquier intervención en la cara es cirugía estética y la cirugía estética no la aprueban, entonces los pacientes se pierden dentro del sistema” (entrevista a cirujana, marzo de 2019).

Este momento es, por último, aquel en el que los discursos, entornos y dispositivos que utilizan los y las cirujanxs plásticxs reconstructivxs que trabajan en la reparación de los tejidos encuentran mayor heterogeneidad, contribuyendo con esto a la diversidad de experiencias en el marco de las atenciones desde el sistema formal de salud. Los argumentos “expertos”, sustentados en el conocimiento técnico y amparados por la Ley, participan en crear el rango de la posibilidad de reconstrucción desde el sistema formal de atención en salud, dado que es sobre el “criterio del profesional en salud tratante” (MSPS, 2020b) que se sustentarán las justificaciones de las acciones, procedimientos e intervenciones a ser financiadas desde el sistema público.

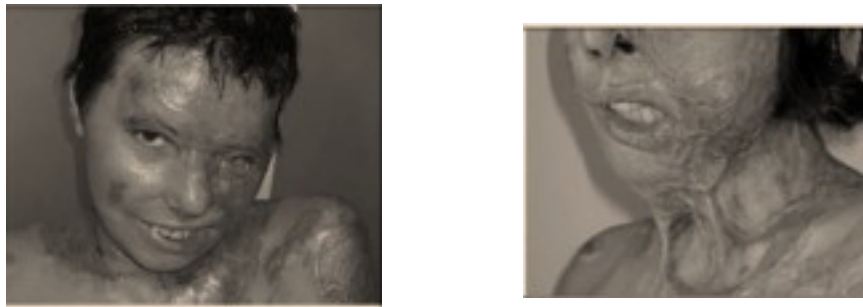
Si bien la heterogeneidad de los resultados de reconstrucción en algunos casos pueden ser atribuibles a naturales procesos de cicatrización, a las diferentes posibilidades de acceso a tecnologías o a competencias profesionales, las ideas sobre qué constituye una necesidad en salud, así como las construcciones discursivas acerca de la normalidad, son factores que cimientan el terreno para la elaboración de las justificaciones que acompañarán el tránsito de las mujeres para el acceso a las medidas de intervención desde la biomedicina, moldeando tanto las experiencias asociadas a los itinerarios burocráticos, como la propia carne. El porqué

de la heterogeneidad en estos trayectos y en los resultados del proceso de reconstrucción, es lo que se explorará a continuación.

Definiciones y límites entre la estética y funcionalidad en el itinerario de reconstrucción

En los casos de quemaduras con agentes químicos, las cicatrices resultan un fenómeno sobre el que se concentran aspectos ligados tanto a la estética como a la función de las partes del cuerpo. Estas no corresponden únicamente a tejidos lisos sobre la superficie corporal, a manera de un telo de piel de textura o color diferente. En varios casos producen deformidad por la acción de contracción, alterando estructuras anatómicas: el cuello se pega al pecho; la boca puede quedar deformada afectando el habla y la masticación; los dedos de las manos pueden quedar pegados entre sí; las cicatrices en los párpados, como en el caso de Rosa, pueden contraerse afectando la posibilidad de abrir los ojos o de parpadear; por último, puede haber pérdida total o parcial de orejas, nariz y ojos (ver figura 7).

Figura 7. Cicatrices



Nota. Imagen de cicatriz que genera problemas funcionales, incluida la limitada movilidad en cuello y problemas de masticación, así como estéticos. Tomada y modificada de: Gaviria-Castellanos, Gómez-Ortega, Gutiérrez, 2015.

La doble valencia de la cicatriz como fenómeno sobre el que confluyen aspectos ligados tanto a la estética como a la funcionalidad invita a revisar los límites de las definiciones entre lo estético y lo reconstructivo, pues estas tienen efectos directos sobre la experiencia de reconstrucción.

Estas diferencias son claras para las víctimas:

cómo así que yo voy al médico y me dicen que esto es una cirugía estética, si una cirugía estética es póngase un culo, póngase unas tetas, hágase una lipo, ósea no sé, no es lo mismo una persona que no tiene cara, que no tiene ojos, que no tiene nariz, que le toca... en ese tiempo Consuelito cogía dos esferos los abría y se ponía los esferos hacia adentro, no es lo mismo una cirugía estética que esto. Entonces ahí, digamos que todo fue desde mi propio entender, desde mi propia vida, desde mi propia historia (Entrevista a sobreviviente, octubre de 2019).

Desde la propia historia y desde la propia carne se obtiene un saber que no da pie a argumentaciones que difuminen los límites entre las intervenciones estéticas y reconstructivas. Sin embargo, la delimitación desde marcos médico-jurídicos no reconoce este saber experiencial.

La resolución 2481 de 2020 (MSPS, 2020b), que establece los procedimientos que serán financiados desde el sistema público, define la *cirugía plástica estética, cosmética o de embellecimiento* como un “procedimiento quirúrgico que se realiza con el fin de mejorar o modificar la apariencia o el aspecto del paciente, sin efectos funcionales u orgánicos”, diferenciándola así de la *cirugía plástica reparadora o funcional*, que se entiende como un “procedimiento quirúrgico que se practica sobre órganos o tejidos con la finalidad de mejorar, restaurar o restablecer la función de los mismos, o para evitar alteraciones orgánicas o funcionales”.

En el documento se establece que los servicios y tecnologías de salud necesarios para los tratamientos *reconstructivos* deben ser financiados con recursos públicos (en esto se incluyen los injertos -autoinjertos, aloinjertos o injertos heterólogos u homólogos- y los procedimientos necesarios para la toma de tejido del mismo paciente o de un donante) (Cap. III, Artículo 32, p. 13), mientras que quedarán excluidos aquellos con fines estéticos, lo que da cuenta que, como lo ha planteado Coll-Planas, Alfama y Cruells (2013), las intervenciones quirúrgicas realizadas desde la cirugía plástica estética y aquellas de la plástica reconstructiva “difieren en la forma en que se construyen discursivamente, se viven, se justifica su necesidad, se regulan y se financian (pública o privadamente)” (p. 124).

En el caso de las quemaduras con agentes químicos, sin embargo, la legislación estipula la garantía de las intervenciones destinadas a “restituir la *fisionomía*⁶² y la *funcionalidad* de las zonas afectadas” y se expresa que ningún gasto ni erogación económica quedará a cargo de la víctima o de sus familiares. Además, se establecen tiempos de respuesta y se dictamina que no se podrá negar la continuidad del tratamiento, independientemente a la fase del proceso de reconstrucción en la que la persona se encuentra.

A pesar de estas normativas, los significados atribuidos por las esferas médicas sobre qué tanto las intervenciones miradas a lo *estético* o lo *reconstrutivo* son o no “necesarias” y están asociadas con las condiciones de “salud”, se relacionan con las posibilidades de acceso a los tratamientos durante la fase ambulatoria⁶³. La recuperación de la *funcionalidad* se considera invariablemente prioritaria y en ocasiones, se excluye la recuperación de la fisionomía y de la estética como algo genuinamente necesario: “cuando hay una alteración funcional todos los cirujanos van a decir ‘hay que operarla’ (...) cuando no hay alteración funcional, muchos creen que intervenir es una pérdida de tiempo” (entrevista a cirujano, marzo de 2019).

Es incluso tan secundaria en la jerarquía de prioridades la cuestión estética para los médicos/as, que en ocasiones las intervenciones miradas a la recuperación de la función dejan graves secuelas a nivel estético (tanto sobre la parte intervenida como en las zonas del cuerpo de las que se toma la piel para realizar los autoinjertos), lo que es vivido por las sobrevivientes como una prolongación del daño y una reactualización del sufrimiento:

Cómo es posible que un cirujano reconstructivo, por salir del paso, le ponga una nalga en la cara a la persona y la mantenga todavía peor, con una baja autoestima (...) Dañan mi identidad con el ácido y en el momento en que llego al hospital... ¡me dañan todavía mucho peor! ... y reconocirme ya es un camello (difícil, arduo), que yo creo que eso nunca lo tienen en cuenta; luego me hacen cirugías y quedo peor. Entonces,

⁶² Definida en la RAE (2021) como el “Aspecto particular del rostro de una persona”.

⁶³ Si bien las leyes específicas para los casos de ataques con agentes químicos defienden el acceso a intervenciones tanto estéticas como funcionales, “el sistema elude” en palabras de una cirujana. Todos los lineamientos gubernamentales (excluyendo los casos de ataques), indican que las intervenciones de la cirugía plástica “se financian con recursos de la UPC en tanto tengan una finalidad funcional, de conformidad con el criterio del profesional en salud tratante” (Resolución 3512 de 2019, Artículo 36, p. 14).

pasar de este estado peor a este mucho peor, ¡pues a ver!, ¿sí?, y fuera de eso, más cicatrices. Entonces eso no lo veían (...) y era absurdo lo que hacían, era absurdo, absurdo, era hem... victimizante, era como otra agresión, pero esa si era permitida porque era el cirujano (entrevista a sobreviviente, octubre de 2019).

En el fragmento que sigue, una sobreviviente habla mas en extenso de cómo las nuevas experiencias y marcas sobre la piel relacionadas con intervenciones que se desprecupan por las características estéticas son vividas como nuevos daños sobre el cuerpo y sobre la identidad frente a los cuales la institucionalidad no puede dar respuesta, pues es verdugo. En particular, en este caso la intervención fue sobre el rostro, que es eje de la identidad personal en las sociedades occidentales y las consecuencias de la desfiguración en la identidad del individuo fisuran de manera profunda el sentimiento de identidad (Le Breton, 2009).

-Sobreviviente: Yo llegaba a cirugía, me decía “te vamos a hacer esto” y pues... digamos que yo sabía y ya. Pero nunca me decían “esto te va a quedar así te va a quedar así, te van a quedar esta cicatrices”, pasaban los días y te encontrabas con una realidad que no sabías (...) (Una vez) Me dijo que me iba a hacer como un adelgazamiento acá, entonces lo que ella hizo fue como deshuesar acá y esto... horrible, horrible, y aparte de eso, a ella se le ocurrió, yo tenía esta parte lo... o sea, no era bonita pero por lo menos era... me daba el... (Silencio)... si ves que yo tengo como así derecho, no tengo la forma que tú tienes, que es como hacia atrás y eso... yo lo tenía así, aunque era con cicatriz, yo lo tenía así... pero, no sé qué pasó en cirugía, dijo “¡Ay!, quitémosle esto”... yo entré a que me adelgazaran esto y tomó la decisión de quitarme esto y hacerme una cosa que se llama... Mmm... Ehhh, Mmm... se me olvida el nombre, pero es quitar la piel y poner una, una... como una piel sintética (...) y entonces listo... ella... cuando yo me levanté, yo “¿qué tengo ahí?”, me dijo “no, es que te pusimos una piel sintética para que.... No sé qué”, después de 20 días la idea es que eso pegara, que esa piel la absorbiera por mi cuerpo y después me quitaban como una... haz de cuenta como una telita, como un plastiquito y después quitaban parte de la pierna, otra vez un injerto y te lo ponían ahí y entonces... eso fue terrible, ¡No!, eso a mí me quedo.... No, eso fue terrible; me dañó y además sin consentimiento. Yo mantenía el tapabocas ahí puesto,

porque me daba... Era terrible, o sea, me dejó una cosa así terrible, como haz de cuenta todos estos dedos así... fue horrible; y yo le decía “pero ¿por qué, si yo estaba bien?”. A mí me dolió mucho porque yo tenía bien el cuello... De hecho, después de eso fue que me empezó a generar toda esta retracción y eso... no tenía que haberlo hecho =
Entrevistadora: = ¿Y qué te dijo?

Sobreviviente: No... que no, pues que era por mejorar, que esas cosas pasaban... Yo le decía “pero es que primero, o sea, usted me iba era a hacer otra cosa que además tampoco hizo”... Eso fue terrible, eso fue terrible, para mí fue como el retroceder.
(Entrevista a sobreviviente, octubre de 2019)

La recuperación de la función será entonces para algunas de las mujeres el fin de su camino de reconstrucción, incluso a costa de más experiencias traumáticas de modificación de la estética corporal, pues los criterios dictaminados por las voces legitimadas para construir las justificaciones de las intervenciones sostienen en algunos casos la condición innecesaria de intervenir las cicatrices cuando no hay afectación de la funcionalidad⁶⁴.

Si bien se ha teorizado que el *sufrimiento* de quienes padecen una deformidad y en especial si esta se sitúa en el rostro⁶⁵, es juzgado como éticamente genuino, digno de compasión y suficiente para justificar una intervención quirúrgica mirada a intervenir sobre la estética (Córdoba, 2019) en la práctica, “lo que distingue la forma de abordar los casos no está tan relacionada con la distinción entre reconstrucción y estética, o con el nivel de

⁶⁴ La Corte Constitucional de Colombia establece que: “Habrá de tenerse en cuenta que una cirugía será considerada como estética o funcional a partir de una valoración o dictamen científico debidamente soportado, y no en consideraciones administrativas o financieras de las EPS o las subjetivas del paciente que reclama la atención. Queda claro entonces, que las cirugías estéticas se encuentran expresamente excluidas del PBS, mientras que las reconstructivas o funcionales si entienden incluidas y a cargo de las EPS” (Sentencia T - 579 de 2017).

⁶⁵ Le Breton (2009) plantea argumentos para sustentar esta relación entre sufrimiento y desfiguración en el rostro, al explicitar la función del rostro en la constitución de la identidad personal, que se ve desfragmentada cuando esta zona corporal se ve desfigurada: “en nuestras sociedades, el rostro y los atributos sexuales son social y culturalmente las partes más importantes del cuerpo, las que causan más perturbaciones si son afectadas por una herida o por otra afección, aunque sea benigna, las que generan una atención más cuidadosa. Son los polos del sentimiento de identidad personal. Así el rostro aparece como un capital (*capita*) del cuerpo, una sutil hierofanía cuya pérdida (la desfiguración) priva con frecuencia de toda razón de vivir fisurando profundamente el sentimiento de identidad” (p. 141).

sufrimiento de la paciente, sino que tiene que ver con qué cuerpos son apropiados para someterse a esta intervención, y con qué voces son legitimadas para establecer la demanda” (Coll Planas, 2013, p.132). En los discursos que sustentan y justifican las prácticas destinadas a restituir la función, se excluyen factores como la experiencia subjetiva, el deseo o el sufrimiento de las mujeres, lo que deja en evidencia los preceptos capacitistas que operan en los discursos biomédicos (García-Santesmases Fernández y Centeno Ortiz, 2015).

Sin embargo, la cicatriz que es producto directo del químico (o de las intervenciones inicialmente miradas a intervenir las secuelas directas del químico), pero que no produce alteraciones funcionales, es zona borrosa y los criterios de justificación sobre su intervención no encuentran consenso (a diferencia del tipo de cicatriz que genera alteraciones funcionales), de manera que por los pasillos de fundaciones, por las calles, en las diversas reuniones y eventos a las que asisten las sobrevivientes, en fotos posteadas en las redes sociales o en revistas, se ven pasar cuerpos cuyos cambios en el tiempo difieren notablemente de unos a otros. Mientras en algunos se ve, a lo largo de los años, el moldeamiento de las facciones, el desengrosamiento de las cicatrices y la homogeneización progresiva del color de la piel, algunos retratan vivamente la inmovilidad de las formas amorfas, que jamás serán intervenidas.

¿Cómo los discursos y las prácticas de médicos/as influyen sobre estas diferencias? En las entrevistas realizadas al personal sanitario, a partir de un análisis inductivo, se identificaron dos aspectos principales: por una parte, la *precarización de la labor médica*; por otra parte, en palabras de uno de los profesionales entrevistados y estrechamente ligado al primero, es la *sensibilidad del especialista* la que determinará los tipos de intervenciones a realizar.

La precarización de la labor médica y la sensibilidad del especialista en las formas del cuerpo

En cuanto institución y proceso social, la biomedicina no es estática. No solo existen transformaciones tecnocientíficas que conllevan una modificación en las prácticas, sino que diversos factores económicos, sociales y profesionales generan cambios en las formas de organizarse e intervenir sobre los padecimientos (Menéndez, 2005). En el último decenio en el país han aparecido nuevas posibilidades en el marco de la reconstrucción tras quemaduras,

dadas por los desarrollos tecnocientíficos, como las máscaras de UVEX, pieles sintéticas y tratamientos de diversa índole que miran a disminuir las características indeseadas de las cicatrices. Estos recursos son en parte responsables de los diferentes resultados de las intervenciones sobre unos y otros cuerpos atacados: quienes han sido atacadas recientemente, acceden a tecnologías antes impensadas que mejoran significativamente la apariencia de la cicatriz. Sin embargo, las diferencias existen también sobre cuerpos quemados en un mismo momento histórico, en el que las tecnologías a disposición son iguales, lo que trae a la discusión cómo no son solo los desarrollos tecnológicos los responsables de los resultados de reconstrucción.

Los médicos entrevistados asignan inicialmente las diferencias en los resultados de las intervenciones a los naturales procesos de cicatrización, o en cualquier caso, a factores reducibles a biológico:

No es como decir, por ejemplo: le voy a poner los labios gruesos, los labios delgados, no. Es lo que uno pueda como cirujano, porque es que uno hace una cirugía, pero la cicatrización le cambia el resultado. Entonces una cirugía que yo pueda terminarla y decir “oiga me quedó muy chévere, me quedo bonita, me quedo muy, muy bien”. Resulta que se contrae, se retrae, se deforma o se infecta, entonces mi resultado no fue lo que yo quería (entrevista a cirujano, octubre de 2018).

Pero más allá de la impredecibilidad de las formas que el cuerpo toma paulatinamente durante el proceso de cicatrización, contorsionándose, retrayéndose o deformándose, también se ponen en juego factores extra biológicos para contribuir a moldeamientos específicos del cuerpo y de la cicatriz. Hay mujeres a quienes se les niega intervenciones quirúrgicas de tipo estético una vez se ha recuperado la función. La figura 8 retrata este proceso lleno de bifurcaciones, en el que se evidencia que, aún accediendo a las medidas formales una vez superadas las barreras de acceso administrativas, las experiencias y los resultados físicos del proceso de reconstrucción pueden ser diversos y no son solo factores biológicos los responsables.

Después de la quemadura y de las primeras atenciones en urgencias y la posterior hospitalización, puede accederse a medidas formales (atención ambulatoria) o no formales para la reconstrucción. Dentro de las medidas formales -las no formales se abordarán en el último capítulo-, las mujeres se encuentran frente a propuestas de intervención por parte del

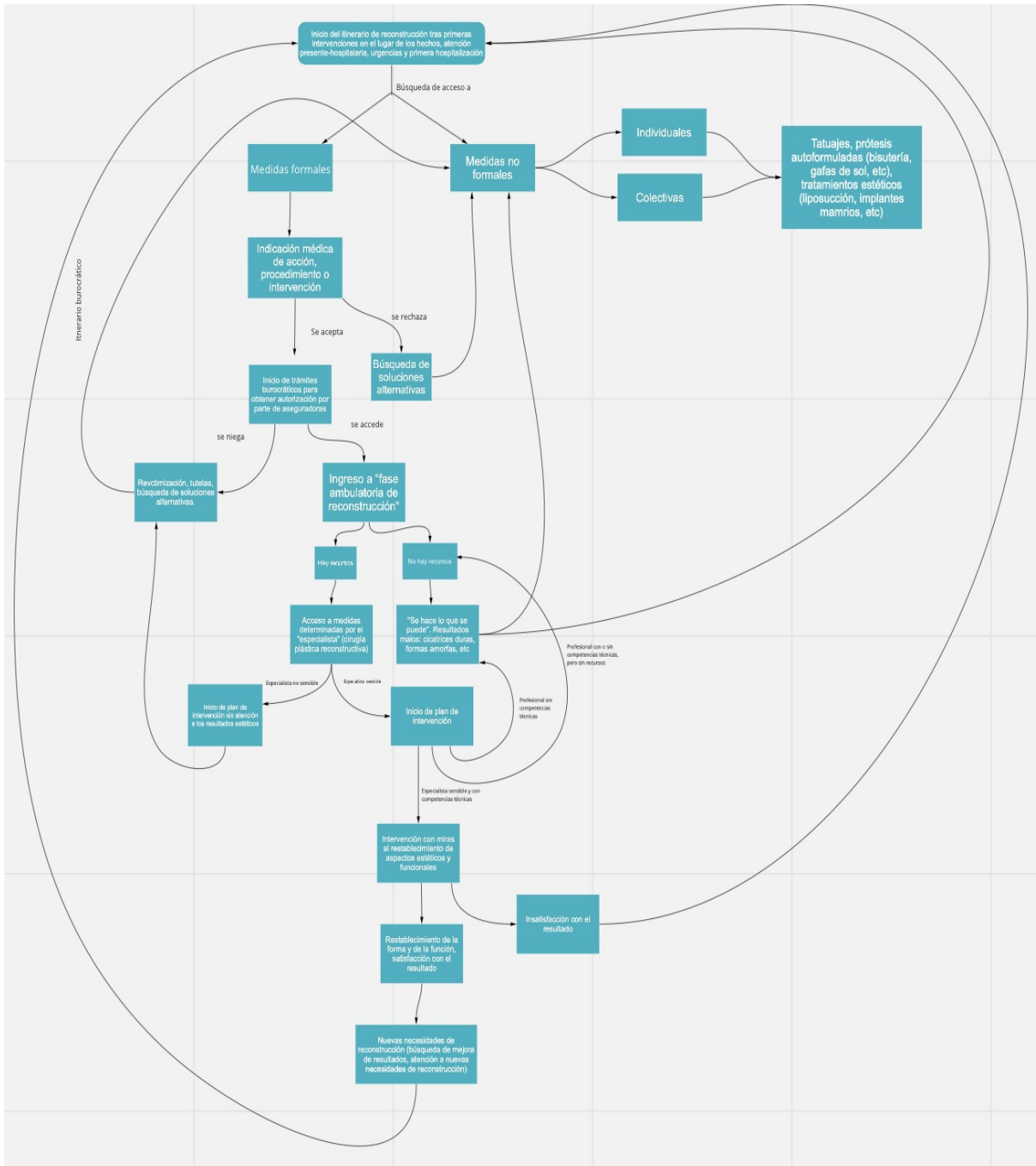
equipo médico. Ante una propuesta, siempre puede haber rechazo o aceptación. Cuando hay rechazo, usualmente se inicia la búsqueda de soluciones alternativas en los sistemas no formales. En caso de que se acepte la propuesta de intervención, se deben iniciar los trámites necesarios para acceder a lo que el sistema médico propone. Si se niega el servicio, como se vio anteriormente, se inician complejos itinerarios burocráticos que en varios casos conllevan experiencias de revictimización en el marco del intento de llevar a buen término la petición, o se abandona el proceso, ante lo que hay nuevamente búsqueda de soluciones alternativas en el sistema no formal.

En el marco de las propuestas dentro del sistema biomédico, se evidencia también que estas pueden estar limitadas a intervenir factores funcionales. En ese caso, cuando hay un efectivo acceso a las intervenciones, quedan en todo caso los factores estéticos “a la espera” de una intervención, que muchas veces, por los criterios de justificación y pertinencia que dominan los discursos biomédicos, no serán atendidos desde el sistema formal de salud, pero que al ser prioritario dentro de la experiencia del vivirse en el cuerpo, llevará al inicio de incansables búsquedas dentro de los saberes y prácticas que proveen otros sistemas de cuidado de la salud (Kleinman, 1987).

Estas bifurcaciones en el itinerario muestran que para comprender la agencia en la relación cuerpo-mundo, como lo plantea Csordas (2013), intención, práctica y discurso, relaciones de poder, *habitus* y la existencia encarnada se entremezclan para conformar el cuerpo y la corporalidad y así mismo, dan cuenta que si bien los procesos de materialización de la carne son individuales, remiten siempre a un colectivo en el que los contextos sociales y políticos moldean las formas del cuerpo y las maneras de estar en el mundo (Esteban, 2004), ¿De qué manera son los factores económicos, sociales y profesionales parte del proceso y responsables del resultado?

Figura 8.

Tránsitos y posibilidades en el itinerario de reconstrucción



Nota: diagrama que evidencia las bifurcaciones en el itinerario.

La sensibilidad del especialista

Al indagar el porqué no a todas las mujeres se les garantiza el acceso a intervenciones miradas a restituir la forma del rostro, su simetría o características estéticas específicas (por ejemplo, lineamientos específicos en labios, nariz u ojos), y luego de escuchar justificaciones, en primer lugar de orden médico (por ejemplo, el riesgo vital que implica el ser sometido a complejas cirugías -entre esto se encuentra el riesgo de la anestesia, de infección o de complicaciones postoperatorias de diversa índole-) y en segundo lugar atribuibles a las barreras de acceso (mencionan en este caso la dificultad de las mujeres en lograr el aval de las EPS para acceder a las intervenciones), uno de los profesionales entrevistados inicia una narración en la que las formas de relación humana y las creencias de los y las médicas toman protagonismo. Refiriéndose a las diferentes aproximaciones e ideas de los/las especialistas acerca de lo que es válido, necesario o apropiado realizar, afirma que no hay unanimidad frente la decisión de intervenir sobre aquello que no genera problemas funcionales:

Ella quedó fea, la verdad que quedó fea. Entonces ella me dijo: “será que podemos hacer algo?” entonces yo le dije: “sí, podemos hacer algo. Podemos raspar todo eso y poner otro injerto, como quien resana una pared, y esto... no se le va a borrar, pero le va a quedar mucho más estético”. Eso que yo le voy a hacer a ella, tengo la seguridad, estoy completamente seguro de que de los 10 cirujanos que estamos en el hospital solo lo haríamos tres. Los otros 7 dirán: “pero cómo va a perder usted el tiempo haciendo eso cuando hay otros pacientes que necesitan cosas mas urgentes”. Pero eso para el paciente puede ser una mortificación. Entonces depende de uno como cirujano, de la sensibilidad que tenga uno y de ponerse en los zapatos del paciente. Eso no lo hace todo el mundo, o lo ven diferente: “yo prefiero hacer hasta acá y seguir con otro que está recién quemado”. (...) dirá, “en lugar de estar perdiendo el tiempo con una cosa que ya está, que la persona ya tiene su cicatriz, pues hombre, este acabó de quemarse, más bien dedíquese a este que está recién quemado” (...). Todo depende también de esa sensibilidad del especialista, de que el especialista... no se... eso no se enseña en la universidad, eso es un criterio que uno va teniendo por todo lo que da

la vida, por el hecho de haberse relacionado con estas personas más allá de la sala de cirugía o de la consulta (entrevista a cirujano, octubre de 2018).

Es así que, al poner en lente en la labor médica, habilidad, destreza y experiencia, el conocer las técnicas, procesos y posibilidades, no es lo único que determina las formas y objetivos de intervención sobre la cicatriz. La *sensibilidad del especialista*, que es capital incorporado que va mas allá de la competencia del médico (Bourdieu, 2001), determinará la aproximación del profesional al caso, así como los objetivos de tratamiento. Para pertenecer al gremio o ser reconocido/a como profesional competente, no es necesaria esa *sensibilidad*; se requiere poseer la destreza para poder restaurar “la salud”, entendida como restauración de la función, de manera que muchos/as profesionales reconocidos como competentes, si bien poseen el dominio de la técnica, pueden carecer de esa *sensibilidad* que toma forma en la relación médico-paciente y se traduce, entre otras cosas, en la atención a aspectos de la quemadura que sobrepasan lo puramente funcional.

Es ese el caso de los primeros profesionales que atendieron a Linda. Competentes y reconocidos en el gremio, poseían conocimientos técnicos suficientes para lograr restablecer la función de movilidad en el cuello que se había visto afectada por el ataque, pero una vez recuperado este aspecto funcional, le manifestaron que ya “no había nada más que hacer”. Frente a la negativa, Linda (así como muchas otras sobrevivientes) desplegó recursos para obtener espacios de escucha y comprensión de *sus* necesidades, que la llevaron a identificar diversas fundaciones y profesionales por fuera del sistema⁶⁶, en las que encontró figuras a quienes describe como “eminencias” y “ángeles”:

si no hubiera sido por la doctora X que me acogió en la fundación X, si no hubiera sido por el doctor X que años después lo conocí en X, si no hubiera sido incluso por el doctor X que hace muy poco me operó esta parte, porque esto era gordo, o sea esto era una cosa gorda horrible, entonces yo nunca hubiera tenido una oportunidad de nada, ¡nada! Sería entonces literal, como dicen por ahí, un monstruo andante (entrevista a Linda, octubre de 2018).

⁶⁶ Algunos profesionales en cirugía plástica, optometría y odontología han generado espacios de atención e intervención gratuita para las mujeres atacadas con agentes químicos. Según los profesionales del sistema, estos otros “utilizan a las víctimas para hacerse propaganda”.

Es así como el encuentro con profesionales que hagan atención a los aspectos estéticos de la recuperación depende en ocasiones de la búsqueda autónoma de las mujeres y no solo de las posibilidades de encuentro fortuito con *profesionales sensibles* tras la aleatoria asignación del médico tratante en el hospital al que se llegó. Pero si bien el encuentro fortuito o buscado con profesionales *sensibles* es prerequisite para que la cicatriz que no genera problemas funcionales sea objeto de intervención, la *sensibilidad* no es una “esencia” encarnada en el cuerpo tras la bata blanca, y no todos los cuerpos a reconstruir que se encuentran ante un/a *especialista* que haya mostrado *sensibilidad* recibirán intervenciones sobre la cicatriz que produce alteraciones estéticas. Esta *sensibilidad* se despierta, aparece y desaparece, incrementa y disminuye dependiendo de variables que entran en juego tanto afuera como adentro de la sala de consulta y que se enmarcan mayoritariamente al interior de la *relación terapéutica*. ¿Qué aspectos contribuyen a modular la sensibilidad del especialista?

La precarización de la labor médica: cuando el que se quema es el médico

El primer factor que modula la sensibilidad es “*el sistema, que con las solicitudes y negación de servicios sobrecargan al médico*” (entrevista a profesional, octubre de 2018).

El Hospital descrito al inicio del capítulo, es un referente a nivel nacional en temas de quemados. Pero la disponibilidad de los recursos necesarios para hacer las intervenciones no está siempre garantizada. La posibilidad de que una mujer quemada acceda a ciertas tecnologías depende en ocasiones del momento del año en el que es quemada: “en el hospital... resulta que ya estamos, estamos hasta ahora en el primer trimestre del año, entonces hay recursos” (entrevista a cirujana, marzo de 2019). Si una mujer llega a ser operada en el primer trimestre del año, su cuerpo no será igual que si llega en el último; la disposición de tejidos en los bancos de piel o la accesibilidad a costosas tecnologías de vanguardia son diferentes dependiendo del hospital al que accede y del momento del año en el que lo hace:

Ósea que si uno tuvo la fortuna de, entre comillas, de haber estado quemado, porque no es una fortuna, antes de los primeros 9 meses, pues tuvo a disposición ese material, y si se quemó entre los últimos 3 meses, ya quedó como era antes porque no tuvo el insumo (entrevista a cirujano, octubre de 2018).

La limitación de recursos en este país del trópico lleva así a que los diferentes resultados en el cuerpo tras las intervenciones se multipliquen, potenciando la aparición de cicatrices gruesas y duras, las formas amorfas y las “recuperaciones” que excluyen la estética.

La ley dice que las víctimas de ataques con ácido deben disponer de todos los recursos que el médico necesite para su recuperación completa, desde el punto de vista físico, psicológico... pero además de la limitación de recursos las EPS's truncan, dicen que no (...) siempre está el riesgo que haya plata para tener en disposición, porque si se cayó el presupuesto del año, ya no hubo, hasta ahí llegó.

Es así que el no acceso a los recursos que la ley considera necesarios para la reconstrucción depende tanto de la inicial negación del acceso por parte de aseguradoras durante los itinerarios burocráticos, como también de la disponibilidad de recursos en las instituciones prestadoras de los servicios de salud. Tal disponibilidad de recursos y el aval de las aseguradoras están en parte supeditadas a labores administrativas que han de realizar, entre otras personas, los profesionales, y que se suman a sus labores propiamente disciplinarias, pues es el saber biomédico, encarnado en los médicos y médicas y los discursos que enuncian, determinará y justificará ante el sistema la “necesidad” de realizar los diversos tipos de intervenciones o de cubrir los gastos necesarios para garantizar la disponibilidad de los insumos.

Ellos (los pacientes) necesitan llevar a la EPS todos los meses un resumen de la historia, unas justificaciones, una cantidad de papeles (...) uno sabe que el que se quemó y las víctimas, pues necesitan protector solar e hidratantes por el resto de su vida. ¡Hombre! Uno lo escribe en la historia clínica desde el principio, ¿por qué se debe justificar todos los meses? Llega un momento que el médico dice, pero ¿por qué otra vez? Si yo tengo aquí 100 pacientes más que tengo que atender y usted está acá quitándome 1 hora de, de, lo que está haciendo su papel es quitarme tiempo. Llegan a exigirte todos los meses y todos los meses y tu no tienes tiempo porque tienes 100 pacientes y al final... Le huyo a los pacientes (entrevista a profesional, octubre de 2018).

La estructura del sistema obliga a los profesionales a generar soportes que deberán ser entregados a las EPS para gestionar el acceso a insumos y procedimientos de diversa índole. Estas obligaciones burocráticas se suman a muchas otras de las exigencias hacia los médicos indicadas por organismos de administración o control de la salud pública o internas de las instituciones prestadoras de los servicios de salud (IPS). Si bien de acuerdo con el médico entrevistado la causa de las dificultades es atribuible “al sistema” y a la organización burocrática que exige procedimientos extenuantes para quienes dan y reciben los servicios de salud, no es sin embargo hacia “el sistema” que se expresa el hastío o la inconformidad: es en la relación con el paciente que se materializa la inconformidad, generando tensión y evitación de las interacciones, lo que pone en riesgo la continuidad del tratamiento.

La *sensibilidad* del profesional, entendida como la suma del trato empático⁶⁷, la disposición a la escucha de las necesidades de las víctimas desde un posicionamiento que las reconoce como personas con agencia (que dará pie a la intervención de caracteres estéticos más allá de la recuperación de la función) y la movilización del propio cuerpo para apoyar la superación de las barreras de acceso que las sobrevivientes encuentran durante sus itinerarios, se ve mermada por un sistema que quema. Como lo explica Martínez Hernández (s.f) en otros contextos, aunque existan profesionales con disposición a la escucha de las necesidades y expectativas de los pacientes, ciertos contextos pueden exceder los recursos personales a disposición para atender las demandas de atención en salud, lo que se materializa en resultados clínicos que poco cumplen con las expectativas de médicos y pacientes. Además, si bien diversos profesionales comprenden que estos resultados están relacionados con factores políticos y económicos que exceden los muros de los hospitales y sus propias voluntades, la cotidiana sobrecarga de pacientes, el tiempo insuficiente y acceso inadecuado a los recursos los quema (Bourgois, Holmes, Sue, Quesada, 2017): la precarización del sistema y de la labor médica excede al/la profesional, lo/la obliga a generar, al igual que la piel herida, capas cicatriciales que no sienten de la misma manera.

⁶⁷ Leal Rubio (citado por Martínez Hernández et Al, 2020), explica las diferencias entre las palabras “trato” y “tratamiento”: el trato presupone una ética del cuidado en la que hay una relación entre dos personas que se reconocen como sujetos de un acuerdo; el tratamiento se centra en la gestión de la enfermedad. La sensibilidad implica una postura en la que la relación menos jerarquizada y la ética del cuidado tengan cabida.

Jerarquía, imposición de significados y apertura a la escucha

Un segundo factor que caracteriza la *sensibilidad del especialista* se relaciona con las construcciones propias del médico o la médica sobre lo que es válido, necesario y justificable en relación con la salud y con qué voces deben participar en estas definiciones.

Los criterios de justificación de las intervenciones concebidas como estéticas difieren profundamente de aquellos donde la funcionalidad está en juego, como se ha discutido más arriba en este texto. Para varios profesionales no se justifica “tomarme tiempo extra o dedicarme más tiempo a este paciente para mejorar la parte estética, sabiendo que tengo dos pacientes que están en la fase funcional, que necesito rescatarlos de la fase porque tienen trastornos funcionales” (entrevista a profesional, octubre de 2018).

Los significados asociados a la cirugía reconstructiva se limitan en varios casos a la restitución de la funcionalidad, dejando expuesta una visión biologista y una concepción capacitista a la base de la idea de salud, que excluye cualquier necesidad más allá de la de mantener las funciones esenciales para que el organismo pueda masticar, parpadear, respirar o mover el cuello, entre otras. Recuperar estas funciones implica en ocasiones empeorar aspectos estéticos, como lo explica Linda al hablar del autoinjerto en su mentón: “yo tenía esto acá gordo, para mí era terrible, me habían dejado horrible y yo sufría con esa cosa, porque yo digo, si van a arreglar las cosas arréglenlas bien”. Los significados sobre lo “necesario” en salud excluyen así la vivencia subjetiva de malestar, el sufrimiento, los deseos de las mujeres quemadas o el impacto de la apariencia sobre su mundo relacional; nada de esto hace parte de la idea de “salud” que domina las construcciones de un sinnúmero de profesionales en este ámbito.

La relación marcadamente jerarquizada entre médico y paciente contribuye a la imposición de los significados de salud de las esferas “expertas” y a los oídos sordos ante las necesidades y significados de quienes han sido quemados. La *sensibilidad*, en cambio, incluye de entrada la escucha de la voz sufriente tras la cicatriz. Al respecto, desde la sociología y la antropología médica, se han planteado algunos conceptos que ayudan a repensar las definiciones universalizantes y capacitistas sobre la salud que dominan el ámbito biomédico. Leon Eisenberg (1977), por ejemplo, propone la distinción entre *disease* e *ilness*. Mientras la primera hace referencia a las anormalidades en la estructura o en la función de sistemas u órganos, la segunda se

refiere a la experiencia subjetiva de malestar de la persona. La escucha de las voces de las mujeres en relación con sus cuerpos y su salud tras el ataque invitaría a fracturar la concepción unívoca y “objetiva” de salud y enfermedad para dar lugar al “impulso de lo que podemos denominar una política para la vida, o centrada en las necesidades de los afectados, y no simplemente de la vida o de gestión de los trastornos y los tratamientos” (Martínez Hernández, s. f. p. 85).

El problema es que no hay tiempo para oírlas. Al igual que en las esferas burocráticas, los/las profesionales del sistema deben andar corriendo, sudados/as, cansados/as, sin suficientes horas de sueño y sin suficientes horas para preguntarse qué se hace, para qué se hace y para beneficio de quién se hace, entre otras cosas, porque están “quemados/as” por la precarización que rodea su labor.

Características del paciente

Por último, de acuerdo con uno de los profesionales entrevistados, la *sensibilidad* (entendida en este caso en relación con la intención de intervenir una cicatriz cuando esta no genera problemas funcionales), depende en parte de *características propias de la persona quemada*.

En esto se incluyen características tanto físicas, como caracteriales. Las primeras incluyen, según los/las profesionales, que la persona sea “muy sintomática desde el punto de vista del dolor”; el sexo: “hay cirujanos que le dan más prioridad si es mujer, y aún más si son mujeres jóvenes y si son en sitios visibles como la cara, las manos, el cuello, pero que no les ponen atención si son sitios ocultos por la ropa” además, agrega, “muchas veces el sitio del que uno saca los injertos depende del cirujano. Porque uno dice `es una mujer joven, y es de tierra caliente, entonces como que mejor no le saquemos el injerto de la pierna porque entonces nunca mas va a poder ponerse una minifalda`; y la edad: “si los pacientes ya son ancianos y se quemaron, la tendencia de uno como cirujano es decir: si no tiene ninguna limitación funcional, quédese así, no se haga nada más porque tenemos el riesgo de la anestesia, otro tipo de riesgo que no vale la pena asumir (...) nadie le está diciendo que es que solo le quedan 10 o 12 años de vida, pero es muy diferente si es una niña de 7 u 8 años”.

Pero más allá de estas cuestiones, se encuentran las características caracteriales de la paciente, que se relacionan de manera directa con su docilidad en el trato y el nivel de compromiso que demuestre frente al plan de tratamiento propuesto desde el sistema formal

de salud. Frente al primer punto, se describe la manera en que una “empatía” que se relaciona con la aceptación agradecida de aquello que el/la cirujano/a puede ofrecer, lleva a que haya un mayor deseo por parte del personal de salud de continuar el proceso de reconstrucción una vez la funcionalidad se ha recuperado:

el que se quema por accidente o por haber cometido un error no es tan exigente como el agredido. El agredido dice “usted me tiene que borrar esto porque la ley dice, me tiene que dejar perfecta”. Pero como la medicina no funciona así... porque cuando los pacientes se vuelven muy exigentes y muy demandantes, la gente de salud los rechaza y terminan ocasionando lo contrario: rechazo, no querer atenderla, `vea esta paciente tan conflictiva, si yo le hago esto o aquello me va a poner demandas, me va a empapelar, no, yo mejor no me meto con esta paciente`. Toman esa posición demandante, se vuelven agresivas, entonces el funcionario de salud rechaza, como cualquier persona lo haría. Si llega un paciente completamente empático, querido, agradable, a ese paciente por la forma de ser, por la empatía, de pronto el médico le hace más a esa persona que si fuera la misma lesión en otra persona (entrevista a cirujano, octubre de 2018).

Es difícil ser “empática, querida y agradable” cuando se es una víctima de graves formas de violencias de género, en escenarios de precariedad exacerbada y en los que se es constantemente expuesta a formas de violencia institucional mientras se lucha por acceder a los derechos.

La última característica descrita que contribuirá a modular las intenciones de intervenir las secuelas estéticas de la quemadura por parte del profesional tratante se relaciona al “compromiso” mostrado por parte del paciente. Por una parte, intervienen sobre este las múltiples barreras de acceso: “Al punto de que ya no hay nada más que hacer, no llegan todas por no la continuidad por el mismo sistema (que dificulta el acceso)”. Por otra parte, se afirma, el compromiso que muestra la paciente también depende de su propia capacidad de toma de decisión:

Trabajar con ellas es decepcionante por la no continuidad (...) la única juiciosa ha sido ella, es con la que me siento satisfecha; las demás pues uno les hizo una cirugía, pero ni vuelven por aquí, es que ni volvieron a controles. Eso no tiene sentido porque

no hay seguimiento y debe tener seguimiento... muy frustrante (...) a veces uno les formula la lycra, la consiguen, se la financian y no la usan, porque pues la lycra es una máscara y a nadie le gusta usarla (entrevista a profesional, febrero de 2019).

En este caso, el profesional narra cómo desde algunas fundaciones se ofrecen servicios para garantizar el acceso a medidas y procedimientos que el sistema público en ocasiones no garantiza; cómo se les da el dinero para que puedan pagar los pasajes de bus para ir a todas las citas médicas, de rehabilitación o de salud mental: en donde el sistema falla, según el profesional, diversas fundaciones proveen, remiendan los huecos y errores del sistema y proveen los saberes necesarios y válidos para atender las consecuencias de la quemadura. Estos discursos parecen sugerir, sin embargo, una omisión de las condiciones estructurales de desigualdad analizadas en los capítulos previos. También se omite la experiencia de sufrimiento de las mujeres implícita en una cotidianeidad en la que se hace frente a un azar que expone a la revictimización, o su voluntaria resistencia a las propuestas de intervención que nacen desde estos discursos dominantes. Estas explicaciones propuestas por los especialistas contribuyen a consolidar las pretensiones de neutralidad política de los discursos biomédicos dominantes a cerca de la salud y la enfermedad, que se blindan al omitir de la lectura sobre el acceso a las medidas formales de reconstrucción los procesos macropolíticos implicados en la atención en salud (Lupton, 2012).

Se reproduce también en este escenario la práctica de responsabilizar a la persona agredida o de atribuir a la *insensibilidad* de ciertos especialistas las ineficacias del proceso de reconstrucción, mediante lógicas individualistas y voluntaristas de la acción que no tienen en cuenta la imbricación de diversos fenómenos macrosociales en la construcción de los padecimientos y su cuidado. Por otra parte, aunque en estos relatos se rescata una conciencia de cómo la relación que se instituye entre médico y paciente interfiere sobre la atención prestada, introduciendo componentes de la subjetividad en una práctica que se asume en las leyes y protocolos médicos como objetiva, los cirujanos minimizan los efectos culturales de sus prácticas que, a partir del rechazo hacia ciertas mujeres, contribuyen a rectificar sus condiciones de exclusión social. Y es que la *sensibilidad* en los casos revisados se ha despertado de manera especial cuando quien se tuvo al frente fue, por ejemplo, “una niña de

buenas posibilidades a quien no le importó acostarse en la misma camilla en la que se atienden a las otras” (entrevista a profesional, febrero de 2019).

Sobre sensibilidades y reconocimiento

Cuando Linda me habla de la diferencia entre Natalia y Rosa, o entre Natalia y Consuelo, no me está hablando únicamente de tipos diferentes de intervención o de prótesis. Me está hablando de una asignación diferente del valor de la vida de la una y de las otras, que queda en evidencia en la carne. Los injertos de Rosa o de Linda, a quienes le quedó una “cara de culo” (nota de campo, octubre de 2016, Rosa utiliza estas palabras para describir el resultado tras una cirugía en la que se tomó un autoinjerto obtenido de su glúteo para cubrir su mejilla y mandíbula; Linda lo utiliza para describir los resultados en su cara tras un injerto en su mentón en una entrevista realizada en 2019), dejan en evidencia la precaridad a la que está expuesta su carne no digna de inversión, ni de tiempo, ni de dinero, ni de *sensibilidades* particulares, ni de miradas que no sean aquellas que desde arriba miran con lástima, asco o impresión un cuerpo deformado no solo por la sustancia química sino por no poseer las cualidades que despiertan la *sensibilidad* de quien ha sido asignado para intervenirla.

De Natalia, por el contrario, no se puede decir lo mismo. Su cuerpo, sus cicatrices, su piel derretida, afecta a quien le observa, a quien le acompaña y a quien le interviene; su cuerpo, que habita el norte de Bogotá, parece afectar a todos/as. Sale en medios de comunicación impresos y audiovisuales con nombre propio, con historia y con familiares adoloridos por la violencia que ha sufrido. No es un número más. Tiene cara. El tipo de afecto que se le tiene hace que quien se para frente a ella se conmueva, se mueva con ella, junto a ella, por ella; apoya su propio cuerpo a las barreras para hacerlas mover y desaparecer del panorama, si es que eventualmente las hay, porque en realidad hay un movimiento previo, que no las deja ni siquiera aparecer.

Por el contrario, Linda no conmueve igual. Ella lo sabe y lo verbaliza: “yo era nadie, ¿sí? Digamos ósea era la del común, la que le toca coger el bus para ir a hacerse la curación o la que no tenía trabajo, la que no tiene un montón de oportunidades” (Nota de conversación con Linda, marzo de 2019). No era nadie, no existía. La violencia que sufrió no fue llorada de la misma manera. Morena voluptuosa “del común”, que coge el bus para atravesar las barreras que dividen el sur del norte y para intentar hacer frente a las barreras que la dividen

de los cuerpos que por *hexis corporal* y capital social y económico no las conocen, es consciente de que la distribución diferencial de la precariedad moldea la piel derretida por el ácido durante el proceso de reconstrucción, y de que la “población” de la que hace parte “no constituye una pérdida como tal al no ser objeto de duelo” (Butler, 2010). “A Natalia le traen la piel de Holanda” (entrevista a sobreviviente); a ellas no.

Linda, ya me había hablado de esto en una conversación informal junto a Liliana en el 2016, de cómo el acceso a las tecnologías dependía de quién era la víctima de entrada, y de cómo las formas que tomaba el cuerpo reconstruido eran diferentes dependiendo de si se accedía a unas tecnologías o no. Unos años después, me lo volvería a exponer más detalladamente (Entrevista, abril de 2019):

Linda: pero cuando yo digo: “no, es que resulta que hay un láser, y resulta que hay peeling, y resulta que hay despigmentante, y resulta que todo eso te pone la piel más bonita”, yo ahí es cuando digo que eso también tiene que ir dentro del POS, que resulta que hay licras, siliconas que te ayudan cuando a ti te hacen una cicatriz, acá entonces te ponen una silicona, te ponen una mentonera para que esa... eso lo que hace es que no permita que la cicatriz se extienda, ¿sí? Que no se haga queloide, que contenga ahí. Para eso te hacen unas infiltraciones, pero resulta que después resultaste con una liniecita. Pero hay unas a las que no les garantizan eso, que son las que quedan con la cicatriz peor de lo que estaban, no es justo.

Desde las ciencias sociales se ha documentado ampliamente la forma en la que la *hexis corporal* se relaciona con categorías demográficas como la raza, el género y la clase social para crear juicios jerarquizadores que promueven la inequidad social y que limitan las oportunidades de las personas (Bourgois, Holmes, Sue, Quesada, 2017). Esas “a las que no les garantizan eso, que son las que quedan con la cicatriz peor de lo que estaban”, son justamente las mujeres con menores capitales económicos y sociales: con pieles más oscuras, con gestos, formas corporales y maneras de hablar no tan “contenidas” como las que caracterizan a las mujeres de la alta sociedad bogotana. La etiqueta y otras reglas que marcan la manera de interaccionar de las clases altas son contrarias a lo que el médico describe como agresividad, exigencia y sobredemanda; no hay contención emocional, la frustración se expresa en público. Las jerarquías que sobreponen la contención de formas y gestos de las clases altas a lo “desbordado” de las clases bajas, forman parte de las demarcaciones

simbólicas sutiles que influyen sobre las percepciones de los proveedores de servicios de salud y de la sociedad en general “sobre el tipo de atención considerada apropiada para un individuo o grupo social, creando un potencial estigma de ‘atención meritoria de salud’ diferente” (Bourgois, Holmes, Sue, Quesada, 2017, p. 3, traducción propia).

¿Qué respuesta se da a la apelación de otras que no se parecen a quien escribe las leyes con sus manos bien hidratadas, o corta la carne humana con el bisturí? ¿A otras cuyas experiencias de vida, cuerpos y modelos estéticos son tan distantes de los propios como sus lugares de residencia? ¿Cómo esos afectos, esas respuestas diferentes, quedan inscritas en la carne haciendo que los cuerpos se reconstruyan de manera diferente?

Al explorar cómo aplica el acceso a los derechos de modo diferencial, al indagar por “los modos culturales de regular disposiciones afectivas y éticas a través de un encuadre de la violencia selectivo y diferencial” (Butler, 2006, p. 13), y me refiero en específico a esa violencia institucional detrás de la negación selectiva de las medidas que estipula la ley a unos cuerpos específicos, se exploran también los mecanismos de poder a través de los cuales se produce la vida. Estos mecanismos de producción de la vida incluyen las normas, las organizaciones sociales y políticas que se han desarrollado históricamente y que maximizan la precaridad de unos y minimizan la de otros. Las *sensibilidades* de los/las especialistas hacen parte de esto; contribuyen a su reproducción: las diferentes texturas de la piel quemada que dependen del acceso a tecnologías láser, a tipo de pieles específicas usadas en los injertos, a prótesis tan diversas que van desde las auto recetadas -tubos de bolis en la nariz- a máscaras de silicona ultra tecnológicas y hechas a la medida de una cara que si se ha reconocido, dejan al descubierto que no todas las vidas son reconocidas como vidas en el marco de un sistema (biomédico) que, al igual que el legislativo, se promulga como invariablemente democrático.

Entre otras cosas, hace falta también la escucha. Hace falta saber qué se siente y experimenta estando bajo la piel de cada una de las mujeres que asisten al hospital:

yo decía es que esto no puede ser como trasquilando vacas, o bueno no sé cómo es el dicho, sino que tiene que tener cuidado porque cualquier parte de mi cuerpo que me dañen, nosotras que nos gusta ponernos el vestido de baño, lo que sea, ósea es normal que una pantaloneta, que una blusa, no me la puedo poner porque tengo una cicatriz, ósea nadie nunca pensó en cómo dañaban otras partes del cuerpo, para arreglar otras ¡que arreglarlas!, arreglarlas no iba a ser posible... entonces reconstruirse implica

muchos años, yo creo que implica toda la vida, realmente, yo de hecho la otra semana el 3 tengo una cita donde me van a hacer una quemadura, un poco profunda con un láser y en ese laser me aplican muchas inyecciones, para aplicarme plasma, para que la piel como qué sé, yo tengo mucha retracción, si tú ves aquí cuando yo estiro yo tengo retracción, entonces tratar de mejorar esa retracción después de 22 años pues imagínate es toda una vida y seguramente así continuaré, por el resto (entrevista a sobreviviente, 2019).

Hace falta saber qué significa para cada una lo estético y lo funcional; qué significa pasar por el quirófano; que siente el cuerpo atacado, inscrito por el dolor y la deformidad en una situación de vulnerabilidad y de estigmatización que se revive en cada episodio en el que la víctima se enfrenta con barreras de acceso a la salud, o a espacios de atención desde el sistema formal que omiten el interés por explorar los significados que las personas dan a su condición. Hace falta atender el sufrimiento. Como nos recuerda Martínez Hernández y Correa Urquiza (2017) “quizá deberíamos recordar que lo que realmente es evidente en el campo de la atención en salud es el sufrimiento, y que dar cuenta de él o dialogar con él es también restituir la condición humana, social y subjetiva de la enfermedad, es ser más vínculo que certeza” (p 269). Pero la experiencia de escucha de los significados, sentires, deseos, experiencias o necesidades en esa sala del hospital a la que entré y de muchas otras, es en ocasiones nula.

El sufrimiento no se restringe a los malestares provenientes de los trastornos (Martínez Hernández et Al, 2020), que en caso corresponden al dolor físico o al aspecto que genera la quemadura y sus implicaciones sobre la identidad y el reconocimiento. A estos se suma, aspectos relacionados a los efectos adversos de las intervenciones (como “las cicatrices que nadie ve”, los resultados indeseados y no planificados, o incluso los efectos inmediatos de las cirugías “yo salí de cirugía y salí súper hinchada, súper negro, yo lloraba”) y a aspectos que provienen de las reiteradas negaciones de las esferas burocráticas durante los itinerarios de acceso a las medidas formales en el sistema de salud; no menos importante y estrechamente relacionado con el peso de lo estético como parte imprescindible en la definición de recuperación de las sobrevivientes, también se suma el estigma y la marginalización que acompaña el vivir con un rostro desfigurado.

Pero solo el sufrimiento de unas pocas es escuchado, en otras, se trata solo de quemaduras que afectan la función. En este último caso, estas mujeres desubjetivizadas más allá de su condición de víctimas en el ámbito burocrático y de pacientes en el ámbito hospitalario, luego de las experiencias de actualización del sufrimiento durante los itinerarios de búsqueda de cuidado desde la biomedicina en la fase de atención ambulatoria, pondrán en juego un set de posibilidades alternativas que abren paso a la ideación y puesta en práctica de intervenciones que apelan a la creatividad y a la co-construcción de alternativas de tratamiento. Como lo explica Coll-Planas (2014), los sujetos tienen diferentes márgenes de intervención y existen diferentes formas de ejercer los roles de profesional o paciente, entre las que son observables el cuestionamiento de la autoridad científica, la crítica al sistema de salud y el reclamo de una posición activa en aceptación o rechazo de los consejos médicos.

Así, cuando las redes formales de cuidado de la salud no responden a las necesidades de tratamiento de los sujetos, se movilizan recursos que exceden las propuestas de cuidado formal basados en modelos biomédicos. Lo que se explorará en el próximo capítulo es la manera en que las redes informales de apoyo proveen espacios de encuentro entre mujeres en las que se comparten significados sobre el cuerpo, la salud y las diferentes posibilidades dentro del proceso de reconstrucción. En estos espacios se encuentran lógicas y significados diversos que, a través del compartir experiencias, amplían los mecanismos de intervención sobre el cuerpo y proveen nuevos rumbos en los itinerarios terapéuticos: tales espacios no solo proveen mecanismos para reconstruir y transformar las cicatrices, sino para atender los componentes subjetivos asociados al sufrimiento que resulta de la transformación corporal no deseada generada por el ataque mismo o por las experiencias durante el proceso formal de reconstrucción.

8. La reinención de un cuerpo: estrategias no hegemónicas en el proceso de reconstrucción

Figura 9.

Fotografías de sobrevivientes



Nota: estas imágenes han sido captadas de una libreta vendida por la Fundación Reconstruyendo Rostros en el año 2016. En estas fotos posan Nubia Patricia Espitia y Gina Potes, dos sobrevivientes de ataques que en ese año lideraban la fundación. Fotografías realizadas por Andrés Reina, 2015.

Es absurda la idea que sostiene que el punto de vista que tiene de la situación el agente no es pertinente a dicha explicación. Sin la visión del agente estudiado, es, sencillamente, inconcebible obtener un conocimiento válido de la situación del agente... Cualquier otra cosa equivale a cometer un crimen de ciencias sociales a espaldas de los protagonistas de la historia.
Scott (2013)

There are too many pieces of missing bone to set them just as they were (...) people still yearn for completion ... through figuring and refiguring, they reaccomplish new, prosthetic wholes.
(Diane Nelson, 2015, 117–118)

“El espectro de posibilidades se ve simultáneamente limitado por el poder y abierto por la subjetividad emergente. Si la subjetividad emergente tiene potencia (consistencia interna y energía proyectual), puede traer al espacio de la visibilidad una posibilidad invisible y abrir el camino hacia la realización de dicha posibilidad”
Berardi, 2019, p.22

*Los silencios del lenguaje se manifiestan en el modo que re-habítamos el espacio de devastación. Se puede, por ejemplo, usar las palabras congeladas como gestos; se puede ocupar, habitar las marcas de la agresión para elaborar significados no narrativos de duelo. En todos estos casos, el testimonio se entiende mejor a “través de [las] complejas transacciones entre el cuerpo y el lenguaje” porque en esa relación suplementaria se encuentran los recursos para “a la vez, decir y mostrar el dolor que se les infligió y, así mismo, ofrecer testimonio al daño infligido a la totalidad del tejido social” (AW, 205-206).
“Hay saberes que solo pueden comunicarse con silencios, porque es el cuerpo mismo el que está ofreciendo testimonio”
(Ortega, 2008, p.47).*

Las ideas de reconstrucción que apoyan las instituciones formales y que fueron revisadas en el capítulo anterior, se sitúan dentro de los itinerarios de estas mujeres en interacción permanente con los conocimientos, valores y prácticas de sistemas no formales (populares o *folk*⁶⁸). Estos encuentran espacio no sólo por los límites o barreras de acceso a los servicios ofrecidos desde los sistemas formales que afectan a grupos históricamente excluidos, sino como manifestación de procesos indispensables para la diversificación de la cultura dominante. A partir de la búsqueda de atender las consecuencias de la quemadura en sus múltiples dimensiones, en estos itinerarios se resalta que, en el intento por modificar las cicatrices, no son solo los saberes formales a los que recurren las mujeres.

Dentro de las estrategias que surgen al margen de los discursos biomédicos avalados por la Ley y cubiertos por el SGSSS, se encuentran prácticas propias del sistema *folk*, en las que a través de médicos-curanderos se busca eliminar la cicatriz; se incluye también la intervención material sobre el cuerpo, con implantes de siliconas y tatuajes sobre las cicatrices producidas tanto por los ácidos como por los rastros de la toma de los autoinjertos que dejan cicatrices en zonas de piel no afectadas por los químicos; y por último, se encuentran prácticas que aún sin transformar la carne, tienen similar potencia para transformarlas maneras de sentirse y andar por el mundo, como lo son el uso de vistosa bisutería que funciona como prótesis de piel para cubrir las cicatrices y que en la reiteración de su uso se hace carne y eventos de exposición colectiva de los cuerpos en escenarios de baile y modelaje. Estos mecanismos hacen parte del *kit* de prótesis para la construcción de un nuevo cuerpo y de una nueva corporalidad, en la que se inscribe un reclamo por la “estética” y la “sensualidad” perdida por los efectos de la violencia y representan prácticas de reapropiación del cuerpo que desestabilizan lo normativo.

Todas estas posibilidades “al margen” son exploradas y creadas de manera privilegiada en espacios colectivos. En el mundo de la atención a mujeres atacadas con agentes químicos en Bogotá, estos se encuentran favorecidos por la labor de diversas fundaciones lideradas por sobrevivientes: la Fundación Reconstruyendo Rostros, la posteriormente conformada Fundación Natalia Ponce de León y la recientemente conformada

⁶⁸ Kleinman (1980), define el sistema *folk* como aquel constituido por sujetos no profesionales que atienden la enfermedad a través de curas no avaladas por los sistemas medicolegales dominantes, mientras que por sistema *popular* incluye los contextos familiares asociados a la enfermedad y su cuidado, así como las redes sociales y las actividades comunitarias.

Colectiva Kinsugi, son fundaciones que no solo participan en diferentes escenarios institucionales que pretenden incidir sobre la política pública, sino que a partir de alianzas móviles crean espacios alternativos que se constituyen como lugar de denuncia, lugar donde se atienden las vivencias y el sufrimiento derivado de la discapacidad, de la revictimización o del aspecto que el cuerpo va tomando y lugar de búsqueda conjunta de soluciones a los más cotidianos problemas de la vida diaria⁶⁹ o a necesidades ligadas a la reconstrucción.

En estos espacios de las fundaciones se co-crean posibilidades de intervención que exceden las ideas de reconstrucción propuestas desde cualquier visión biomédica. Aquí esos cuerpos modificados por otros, por esos otros que tiraron los ácidos o que decidieron qué y cómo realizar las intervenciones quirúrgicas para la recuperación de la función, son ahora, mediante estas prácticas, alterados según acciones guiadas por el propio deseo, por las propias ideas de cuerpo, recuperación y reconstrucción.

Con el ánimo de explorar estos mecanismos auto gestionados y luego de haber presentado en capítulos anteriores experiencias situadas dentro de los campos de atención formal sobre el cuerpo, a continuación se describen cuatro de las prácticas que, haciendo parte del itinerario de reconstrucción, exceden las posibilidades que brinda la atención biomédica en salud: la apelación a intervenciones no formales con médicos-curanderos, la construcción de cuerpos seducientes con implantes de silicona y bisutería, la exposición colectiva de los cuerpos y el tatuaje.

Los datos recolectados para elaborar estas descripciones son principalmente de carácter observacional. Las observaciones se realizaron en espacios diversos con niveles de formalidad muy variados, desde un día de piscina en *tierra caliente*, a conferencias y noches

⁶⁹ Ante las dificultades de integración laboral de algunas mujeres, en la Fundación Reconstruyendo Rostros se reunían varias sobrevivientes para producir adornos en fomi para adornar fiestas de quinceañeras, tejer o producir manualidades varias para vender a privados y así asegurar un mínimo ingreso para atender los requerimientos económicos de ellas y sus familias (notas de campo, 2015). Así mismo, se realizaron en diversos años eventos para la recolección de fondos. Como afirma Engel Gerhardt (2006), “é indispensável levar em conta as respostas sociais que são dadas aos problemas que se apresentam, sob a forma de gestão social, não exclusivamente da saúde e da doença, mas também da vida cotidiana como um todo. Isto implica um esforço de compreensão dos problemas ligados à saúde e a capacidade de mobilização de “recursos sociais”, capazes de dar um tipo de resposta aos problemas encontrados, e das trajetórias sociais que levam os indivíduos a se encontrarem em tal situação, que vão muito além do modelo biomédico” (p. 2462).

de gala, pero siempre en espacios colectivos, en los que se congregaron de dos a más de diez mujeres pertenecientes a fundaciones.

También, a través de entrevistas en profundidad, se indagó las interpretaciones y sentidos que las propias agentes dan a los actos puestos en práctica para modificar sus propios cuerpos y corporalidades. Las experiencias, las intenciones que les subyacen, los deseos y los significados a cerca de la belleza y la recuperación, fueron explorados en diversos espacios individuales en sus casas o lugares de trabajo, de manera que se mezclan narrativas espontáneas que surgen en contextos informales, entre café y risas, con respuestas a preguntas puntuales dirigidas a indagar específicamente los sentidos y significados de estas prácticas, esto último específicamente a partir de las narrativas de tres sobrevivientes.

El médico curandero y la esperanza de eliminar la cicatriz

Desde las esferas biomédicas el mensaje es contundente:

a mí nunca se me va a olvidar un día que yo estaba en el hospital recién quemada y yo voy vuelta nada en esa tristeza, en ese desconocimiento porque no sabía qué me estaba pasando, entonces obviamente yo me acerco a uno de los médicos con la foto de cómo yo era antes y yo le digo: ‘yo quiero que me deje así otra vez’ y él me dice: ‘ay tan ridícula’... me dijo el médico, me dijo ‘olvídese porque usted ya nunca va a volver a ser la misma’ (entrevista a sobreviviente, abril de 2019)

La aceptación radical de este mensaje por parte de las víctimas no tiene igual contundencia. El deseo de la piel sin marca, de la eliminación del estigma, aunque decrece con el pasar de los años, pervive.

Digamos que ya uno entiende, cuando inicias todo el proceso si guardas de alguna manera la emoción o el... se me va la palabra... si la emoción de que puedas recuperarte. Hay una película que se llama, la de John Travolta, doble cara contra cara con John Travolta y Nicolás Cage. ¡¡¡Ellos hacen un trasplante de cara y es espectacular, ósea es espectacular!!! No se ve ninguna clase de cicatriz ni nada. Y de repente uno se va hasta esos puntos en la imaginación en donde yo vi que esto podía ser así, a mí me pasaba mucho, pero bueno con el tiempo entiendes que ese ideal no va a llegar nunca, pero por lo menos si esperas que no tengas que entrar mucho al

quirófano. Pero entras una, entonces para mejorar esa luego te tienen que hacer una zetaplastia y luego resulta que esa no sirvió entonces te tienen que hacer unas infiltraciones; luego tocó retirar la cicatriz porque se puso queloide, digamos que es como una rueda sin fin, como si, que nunca parara y que siempre tienes que estar ahí (entrevista a sobreviviente, octubre de 2019)

El deseo se deja también ver en sueños continuos: ‘soñé que volvía a ser como antes... pero luego desperté’ (sobreviviente, nota de campo, 2016). Luego despertó y lejos del mundo onírico vuelve el mensaje sobre la imposibilidad de la eliminación de las cicatrices, de tener una piel lisa y de borrar definitivamente y para siempre el rastro de la violencia vivida a través de técnicas y procedimientos desde la biomedicina.

Esta lucha entre imposibilidad y deseo, abre sin embargo el espacio para exploraciones en el marco del sistema *folk*, donde se gestionan mecanismos para atender las necesidades de recuperación física a través de estrategias que distan ampliamente de las lógicas “basadas en la evidencia” encontradas en el ámbito hospitalario.

Tuve la oportunidad de asistir en el año 2016 a la explicación sobre la propuesta de intervención de un médico/curandero que, a través de técnicas de visualización a distancia de las afecciones del cuerpo, buscaba sanarlas. En el caso de las cicatrices, comentó que esta técnica permitiría “disminuir hasta en un 80% la extensión de la cicatriz” (nota diario de campo, 2016). El evento introductorio a la práctica ocurrió en la sala principal de una fundación de mujeres quemadas. Se encontraban dispuestas en medialuna 10 sillas de plástico, mirando en dirección a una única silla en el centro del espacio. Las diez sillas las ocupábamos 2 sobrevivientes, 3 personas con diferentes enfermedades terminales, sus familiares y yo. El médico, en la silla central, era un hombre de mediana edad de la Costa Caribe colombiana quien, tras escuchar las narraciones de los participantes, dio una charla de un par de horas en la que explicó con detalle y con uso sinuoso de vocablos altamente especializados el procedimiento de visualización para intervenir a distancia y con el poder de su mente sobre cicatrices, tumores o demás afecciones físicas.

El médico costeño era un José Gregorio Hernández⁷⁰, vivo y al frente nuestro. Sus largas y complejas explicaciones daban cuenta, al igual que lo que sucede alrededor de aquellas que giran en torno a la práctica del finado médico venezolano, de la “hibridación entre terapéuticas y representaciones bio-médicas y místicas, en el centro de todo un flujo de transacciones entre formas hegemónicas y subalternas de definir y tratar la enfermedad” (Ferrándiz, 2004, p. 156). Aún con un lexicón similar al de una enciclopedia médica, la magia y mística de su práctica telepática distaba ampliamente de las prácticas basadas en la racionalidad científica de las esferas biomédicas.

La terapia se realizaría a distancia. A diferencia de las prácticas de José Gregorio, en la que se planifica el día de la intervención y hay que disponer al menos un algodón y alcohol (en algunos casos se habla de la necesidad de dejar al médico todo un set de instrumentos quirúrgicos) para que el santo pueda realizar la operación, en este caso bastaba con pagar el precio de la intervención y la persona no debía realizar nada más, tan solo esperar a que su afección fuese disminuyendo. A la mitad de alguna noche, cuál no se podía predecir con antelación, el hombre interrumpiría su sueño tras sentir un fuerte “llamado” para iniciar la terapia. Esta se realizaría a través de la visualización por parte de él, ya despierto, del tumor o cicatriz de manera reiterada pero discontinua, varias noches a lo largo de diversos meses. No bastaba entonces una sola sesión, la cicatriz iría atenuándose con el pasar del tiempo; el hombre habría de despertarse múltiples noches para realizar este procedimiento y poder efectivamente incidir sobre el mal.

En su discurso daba evidencia hablada de los casos de éxito, que no solo incluían la completa eliminación de graves tumores en pacientes que ya habían sido dados por terminales por la alopátia, sino que incluían casos de cambio de conducta en personas con alcoholismo o drogodependencia. Si bien no dio cuenta de experiencias previas de intervención sobre

⁷⁰ José Gregorio Hernández fue un médico nacido en Venezuela en 1864, reconocido como *venerable* en los años 80's. En los sectores populares en Venezuela y Colombia, se ha establecido un culto alrededor se figura. Se dice que realiza visitas y operaciones durante el sueño de los pacientes. En su caso, “su universo terapéutico y sus milagros se organizan ya desde esta época en torno a la transferencia de prácticas y rutinas biomédicas al ámbito de la cura mística (...) José Gregorio deja tras de sí, según incontables testimonios (...) restos muy tangibles de su presencia, como pueden ser recetas médicas con su puño y letra, vasos con líquidos de colores, instrumentos quirúrgicos usados, o cicatrices prodigiosas” (Ferrándiz, 2004, p. 159).

cicatrices de quemaduras, se aseguraba que el principio de funcionamiento era el mismo de la intervención sobre tumores. Las dos sobrevivientes, que no eran solo asistentes, sino que habían organizado el evento convocando a las personas enfermas, contactando al médico y gestionado su transporte hasta el lugar, una vez finalizada la charla discutieron apartadas del grupo la pertinencia y viabilidad de acceder al servicio.

Me acerqué mientras discutían en voz baja. Me preguntaron qué pensaba, como si buscaran razones que como profesional de la salud pudiesen apoyar las aseveraciones que el médico planteaba. Me abstuve de opinar, intuyendo a partir de las pocas palabras que alcancé a escuchar mientras me acercaba a ellas, que los motivos que las alejaron del grupo para discutir la pertinencia de acceder o no al servicio, estaban más ligados a cuestiones económicas que a la búsqueda de razones que desde “la ciencia” pudiesen apoyar la veracidad de lo apenas escuchado. Las dos mujeres, que ya habían estado expuestas por años a anestésicos y bisturís para atenuar las cicatrices, que una vez tras otra habían escuchado el mensaje desde la cirugía plástica estética y reconstructiva sobre la imposibilidad de eliminarlas, estaban dispuestas a acceder a esta nueva terapéutica⁷¹, a creer en este médico que prometía resultados nunca vistos, que prometía por fin resultados afines a sus mayores deseos.

Las tensiones y contradicciones a nivel epistemológico y práctico entre los discursos de este médico y los de los médicos tras la bata blanca en el hospital, parecieron no tener importancia y no quitar del espacio de lo posible para reconstruir la piel quemada por el químico a esta nueva terapéutica. Esto da cuenta que, en los itinerarios de búsqueda de cuidados, los diversos subsistemas no establecen fronteras excluyentes entre sí, sino que por el contrario pueden coexistir sin necesariamente encuadrarse en un modelo integrado y coherente (Alves y Sousa, 1999).

⁷¹ Los recursos que se piensan posibles en los itinerarios de búsqueda de atención no son aceptados a priori: tanto aquellos que hacen parte de los saberes hegemónicos como aquellos que hacen parte de saberes subordinados, son aceptados o rechazados tras evaluaciones que ponen en la balanza no solo la relación entre costo y beneficio, sino todo el sistema de creencias de las sobrevivientes, permeados por experiencias previas y por los discursos a los que se han enfrentado durante los itinerarios de búsqueda de atención a sus padecimientos.

La reivindicación de la seducción

La primera vez que me encontré con un grupo de sobrevivientes fue en el año 2015. Viajé dentro de la ciudad para llegar a lugares nunca visitados y encontrarme frente a mujeres que rompieron los imaginarios que tenía sobre el cuerpo de las víctimas de estos ataques. Ya me había expuesto a varias fotografías y videos previamente, sobretodo de Natalia, porque en ese entonces aparecía de manera constante en medios, pero a ella, mujer contenida, delgada, cubierta con prendas holgadas, que veía en ese entonces como pequeña y frágil, no la encontraría. Me encontraría en cambio con mujeres grandes, voluptuosas, vestidas con prendas ceñidas y escotadas que se mostraban tan seguras de sí mismas en su tono y su manera de relacionarse, que todas mis hipótesis sobre encontrar cuerpos pequeños, dolidos y tímidos quedaron desmentidas al instante. Sin conocerme, me recibieron con abrazos (no con un formal apretón de manos) y conversaron sin tapujos, expresando vivamente sus experiencias, incluso algunas que por pertenecer a la esfera de lo íntimo no habría esperado conocer, mucho menos en un primer encuentro. Hablaron de su sexualidad, de su vida amorosa, de sus deseos de cuerpo, de su sufrimiento. En sus cuerpos, en sus movimientos y en sus palabras, quedó -esta vez y todas las posteriores- expresada la sentida necesidad de sentirse y vivirse como cuerpos con capacidad de seducir.

El reclamo de lo estético es por esto continuo, no basta la función. Frente al mensaje dado por cirujano/as plástico/as sobre que ‘no hay nada más que hacer’, se hace entonces resistencia. Para muchas de ellas, a pesar del cansancio, siempre hay algo más que hacer. De hecho, una de las fundaciones ha encontrado dentro de sus principales intereses establecer mecanismos y relaciones tanto con fundaciones que hacen cirugías reconstructivas gratuitas a personas de escasos recursos, como con profesionales privados del ámbito sanitario para favorecer el acceso gratuito a servicios mirados hacia intervenciones destinadas a atender aspectos estéticos.

En esto se incluyen tratamientos de orden biomédico que el SSSG no cubre o considera improcedentes para restablecer las cicatrices producidas por la quemadura como “plasma, láser, luz punzada, un montón de güevonadas, que uno dice ‘todo eso me mejora a mí, porque todo esto no está dentro del post’, ¿sí?” (entrevista a sobreviviente, octubre de 2019). Sin embargo, la búsqueda y gestión de intervenciones por parte de cirujanos/as

plásticos/as estéticos/as u odontólogos/as privados/as no se ciñe únicamente a la búsqueda de mejorar el aspecto de las zonas afectadas por los químicos. En ocasiones atienden y apuntan a necesidades y deseos de reconstrucción que miran hacia la creación plástica de un cuerpo con marcas seducientes, lo que incluye aumento de senos y liposucciones o diseños de sonrisa.

Las limitaciones técnicas para restituir al cuerpo las características previas a la quemadura desde los sistemas formales amparados por la ley y el marcado acceso diferencial a los derechos, abre un campo para situar el foco de la “reconstrucción” más allá de la quemadura: los esfuerzos se dirigirán a construir un cuerpo que busca ser deseable, seductivo, capaz de subvertir los ideales de belleza “normal”:

si no hubiera sido por [lista de médicos y médicas privadas que realizan intervenciones sin costo sobre las sobrevivientes], entonces yo nunca hubiera tenido una oportunidad de ¡nada!, nada... sería entonces literal, como dicen por ahí, un monstruo andante (...) Con el doctor X me he hecho una liposucción, alguna vez yo le dije “¿Me puedes poner grasita aquí? Y me dijo “Te voy a quitar grasita de aquí” entonces yo de una vez le dije “Ay ya que me va a quitar grasita, pues quíteme de tal lado”. Entonces Linda con su carita y toda su tragedia, pero ella no tenía senos entonces ella decía “Ay yo me quiero poner”. Es que ella soñaba con ponerse senos, entonces yo hablé con el doctor y le dije “Ay doctor venga, es que ella no tiene carita” y pues ya el doctor vio esa necesidad y dijo “Bueno, si eso le va a ayudar a subir su autoestima, yo se las pongo” y le puso los senos. Eso también hace parte de la reconstrucción (entrevista a sobreviviente, marzo de 2019).

Por eso andan por ahí cuerpos contradictorios, con tan evidentes siliconas como injertos, que a la vez cumplen y a la vez no los mandatos de belleza del contexto latino.

Los cirujanos *estéticos* privados que realizan estas intervenciones, amparan sus prácticas en justificaciones que se distancian de las ideas capacitistas de salud propias de los discursos dominantes avalados por la ley, ya que estos proponen incluir en las ideas de reconstrucción factores relacionados a la salud mental como la *autoestima* o los *deseos* de las mujeres (estas palabras no solo está presente en las narraciones de sobrevivientes que acceden a estas prácticas, sino de los mismos profesionales en entrevistas publicadas en MMC).

La relación entre cirugía estética y salud encuentra en la *autoestima* su máxima justificación (esto ha sido ampliamente discutido en varios trabajos sobre cirugía estética desde los feminismos. El trabajo de Kathy Davis (1995), por ejemplo, asume como central la noción de autoestima para la justificación de este tipo de intervenciones desde el sistema público de salud en Holanda. Estas justificaciones sobre “necesidades” apoyadas en ideas relacionadas con la salud mental, alientan intervenciones destinadas a la construcción de un cuerpo a partir de la escucha de los deseos de las sobrevivientes, que en ocasiones apuntan animosamente a crear un cuerpo “deseable”, híper adaptado en sus contornos a los cánones estéticos del cuerpo de la mujer latina que se reproducen en escenarios mediáticos: cuerpos formosos y abundantes en sus pechos y caderas. Así la intervención no sea sobre la cicatriz, para las mujeres estas intervenciones hacen parte de sus itinerarios e ideas de reconstrucción:

es que la reconstrucción de cómo te ves, es la reconstrucción de la autoestima y listo.

A mí nunca se va a olvidar un día que Rosa dijo... bueno ella tenía blusitas muy divinas con los hombros destapados, a mí me encantaban, entonces alguna vez yo le dije “¿Por qué?” y ella me decía “No tengo cara, pero tengo hombros ¿Por qué no los voy a mostrar?”, me pareció eso tan bonito. Entonces yo decía eso, si me siento mejor con mis senos, me siento más esto y si me hacen una lipo y tengo un cuerpo más... pues por qué no, eso también hace parte de la reconstrucción. Cómo los médicos pueden ayudar a esa mujer que perdió tanto... se lo pueden devolver así sea por otros medios, eso hace parte también de la reconstrucción de la carne... aprender a reconocermé con las marcas que quedé, pero sin dejar de lado que sigo siendo mujer, sigo siendo vanidosa y puedo obtener una cantidad de cosas (entrevista a sobreviviente, agosto de 2019)

Si bien en estos casos hay una ampliación de los significados sobre la salud que no se restringen a la definición de reconstrucción asociada a la capacidad o funcionalidad, en estas resistencias y reconfiguraciones de sentido, juegan también estructuras de poder específicas: aunque se agrietan y rechazan los significados sobre salud y necesidad estipulados en la Ley y en los discursos de las esferas biomédicas del ámbito reconstructivo, lo que representa un acto subversivo, operan otros sistemas de opresión, pues la sensualización del cuerpo es reflejo de la interiorización de mandatos de una cultura machista, en la que el cuerpo de la

mujer es cosificado. Aún siendo resistencia, da cuenta de los engranajes de las cambiantes estructuras de poder (Abu-Lughod, 1997).

La exposición colectiva de los cuerpos

Una sublevación colectiva es, sobre todo, un fenómeno físico, afectivo, erótico
(Franco Berardi, Citado por Esteban, 2020)

El martes 15 de diciembre de 2015, un grupo de ocho mujeres que hacían parte en ese entonces de la Fundación Reconstruyendo Rostros, habrían sido *modelos por un día* (ver figura 9). En la noche, sus cuerpos vestidos con prendas de reconocidos diseñadores, entrenados para moverse adecuadamente por las pasarelas y maquillados para resaltar sus rasgos y camuflar sus cicatrices, serían el foco de atención de las cámaras de shows de TV y noticieros y de los ojos de cientos de asistentes de organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y personas de la sociedad civil. Entre los asistentes al evento, ex reinas de belleza, modelos, diseñadores, reconocidos fotógrafos y personalidades del mundo de la farándula local, pasearían por el espacio predispuesto al evento, esperando la inauguración de la pasarela y la posterior subasta de las prendas modeladas.

Figura 10. *Modelos por un día*



Nota: Evento "modelos por un día", Fundación Reconstruyendo Rostros. Imagen tomada de: https://www.canarias7.es/hemeroteca/modelos_por_un_dia-HDCSF17077

El evento se realizó en la terraza del hotel Best Western del parque de la 93, zona reconocidamente “pija” del norte de Bogotá. Fue organizado por el mismo grupo de sobrevivientes de la Fundación Reconstruyendo Rostros que desfilaría por la pasarela esa noche. El motivo que congregó al evento fue la recaudación de fondos para ellas y sus familias: para las cirugías y tratamientos que se sitúan al otro lado de unas barreras difícilmente superables, para el pago de sus pasajes de bus o para el pago del arriendo de algunas, tal vez de las que tuvieron que “vender su casa para pagar la planilla”, o de las que nunca tuvieron casa. Pero también este evento, al igual que otros en los que los cuerpos de las sobrevivientes se toman el escenario, se presentó como posibilidad de conquista de un espacio de aparición, de visibilidad y de atención a la reconstrucción de la subjetividad.

Con una copa de vino en mano, atravesé una larga terraza muy llena de gente y tomé asiento en la segunda fila frente a la pasarela. Antes del inicio del desfile, hablé con personas a mi alrededor, en su mayoría gente de la clase alta bogotana, quienes comentaron con orgullo la intención de realizar donaciones para “contribuir a esta buena causa”. Luego de un silencio, todas las miradas se dirigieron a la pasarela. Una presentadora de TV nacional ahí parada encendió el micrófono, que iría rotando de mano en mano entre ella y varias personas que han realizado trabajos voluntarios en la fundación, entre los cuales una policía que se paró de la silla justo de enfrente mío para subir a hablar y varios profesionales del sector salud que han realizado intervenciones de manera gratuita sobre los cuerpos de algunas de las mujeres que desfilaban esa noche. Todos realizaron breves discursos en los que resaltaron la valentía de las sobrevivientes.

Posteriormente, comienzan a transitar una a una las mujeres en los trajes de alta costura. Los movimientos de estos cuerpos voluptuosos, la decisión con la que cada paso es tomado, las sonrisas y los saludos al público, no dejan olvidar las cicatrices, las limitaciones visuales⁷², o cualquier recuerdo materializado en la piel del acto de violencia vivida. En la pasarela, varias de ellas reclaman la visibilidad, expresan el deseo de ser deseables, se resisten a ser excluidas de una categoría local de “mujer” que se asocia con una construcción acerca de la belleza y de la feminidad estrechamente relacionada con la potencia de seducción,

⁷² Como consecuencia del ataque, Amanda perdió totalmente la vista, Liliana perdió un ojo, y Rosa, un significativo porcentaje de su campo visual por la contracción de las cicatrices. Las tres modelan, Amanda con la guía de un hombre que le presta el brazo para indicarle por dónde ir.

aspecto que para muchas se relaciona con la idea de recuperación. De hecho, no solo este espacio de modelaje, sino también otros a lo largo de los años se han dispuesto para perseguir el objetivo de vivirse en el propio cuerpo de manera diferente a la que implica la categoría de “víctima” o de “quemada”. *Sensualidad* es la palabra que repite una y otra vez una sobreviviente en el performance del 2019 *la oscuridad te muestra las estrellas*, del Grupo de Danza Furiosa de la Colectiva Kinsugi, en la que cinco mujeres hablan de sus deseos y experiencias de vida mientras danzan en tarimas dispuestas por el Distrito para eventos contra las violencias contra la mujer en el espacio público de la ciudad. *Sensualidad* es lo que irradian sus cuerpos en movimiento cubiertos de prendas lycradas sobre las tarimas durante las *zumbatones* frente a cientos de policías, que siguen los movimientos de las sobrevivientes bailando zumba en 2014. *Sensualidad* es lo que busca recuperarse con prendas apretadas o siliconas que, a diferencia de las de las máscaras UVEX, se encuentran por debajo de la piel.

Es así que este desfile es solo uno de decenas de eventos que han llevado a cabo estos cuerpos congregados que demandan ser observados y admirados: los bailes en tarimas frente a cientos de observadores, el modelaje para fotos en las que “tratamos de resaltar nuestra belleza, no como hacen otras personas que quieren resaltar la miseria” (comentario de sobreviviente, diario de campo, 2016), los desfiles, o en general todas estas iniciativas en las que el cuerpo se vuelve protagonista de la mirada pública, son espacios en los que se disloca el lugar de la víctima y se reivindican esos aspectos de la identidad femenina que buscaron ser aniquilados en algún momento por otro sujeto que con voluntad expresa y violencia quiso dejar una marca imborrable.

Varias ambivalencias quedan reflejadas en estos espacios: en las pasarelas se responde y se resiste a la exclusión de la mirada pública de cuerpos que no obedecen a la norma, pero a la vez estos cuerpos intentan responder a los mandatos de belleza propios de las construcciones hegemónicas sobre la feminidad latina. Por otra parte, se refleja en la piel la vulnerabilidad inexorable de ser cuerpo, pero se presentan cuerpos analgésicos soportados por discursos sobre el empoderamiento y la autonomía. Por último, se conquista un espacio de reconocimiento, a la vez que en los cuerpos ve el registro del olvido y de que no todos esos cuerpos que allí aparecen fueron alguna vez *dignos de ser llorados* (Butler, 2006), pues aparecen en la pasarela, esta vez bajo prendas de alta costura, a quienes el acceso a los

servicios fue negado reiteradas veces y quienes tuvieron que luchar y buscar por fuera del sistema mecanismos de sostén de sus vidas y de sus pieles.

En la pasarela se exponen secuelas estéticas que no han sido objeto de atención, cuerpos que por sus marcas recuerdan que la exposición a este tipo de violencia depende de quién eres (aquí todas son mujeres, con bajo nivel educativo y escasos recursos económicos), cuerpos con necesidades básicas irresueltas (el motivo del evento es, se ha explicitado, recaudar fondos para cubrir las necesidades básicas de las mujeres de la fundación y sus hijos). Si no es este un reclamo a través del cuerpo por condiciones de vida más dignas, este evento es como mínimo, denuncia ante los ojos de los privilegiados que llevamos la copa de vino en mano mientras las miramos modelar, de las condiciones de precariedad y de las violencias a los que estos cuerpos, no los nuestros, están expuestos. De manera indirecta, allí congregadas, “están ejercitando un derecho plural y performativo a la aparición (...) reclaman para el cuerpo condiciones económicas, sociales y políticas que hagan la vida mas digna, más vivible, de manera que esta ya no se vea afectada por las formas de precariedad impuestas” (Butler, 2017, p. 18).

Además de la potencia política de estos actos, estos espacios auto gestionados en los que se congregan los cuerpos en acciones de conquista de visibilidad (y también los tatuajes, que trataremos a continuación), resultan ser terapéuticamente eficaces⁷³: los tatuajes son mecanismos para intervenir sobre la carne generando resultados impensados desde la biomedicina; los espacios grupales de aparición del cuerpo son los mas sensibles a atender los aspectos subjetivos que trae la lesión, ya que permiten contestar posicionamientos (de víctima, de discapacitada, de “monstruo”) y reconstruir nuevas formas de estar en el mundo. Las identidades que se construyen grupalmente a través de la puesta en acción de estos mecanismos cuestionan y transgreden la norma cultural y médica de género y de

⁷³ El concepto de terapéutico, siguiendo a Tavares (2017), no se restringe al conjunto de mediaciones técnicas implicados en el proceso de curación (sean estas de cualquier sistema de cuidado de la salud – Kleinman-), sino que pueden ser terapéuticos los efectos de prácticas en los que se transforman los afectos y las experiencias.

discapacidad, creando nuevos espacios de subjetividad en los que se reivindica la posibilidad de conquistar el espacio social de reconocimiento.

Así, a través de estas prácticas, se evidencia la capacidad de incidir sobre el propio proceso de reconstrucción física e identitaria de manera creativa, se subvierten expectativas y se generan dislocaciones de significados (Tavares, 2017) sobre, por ejemplo, la discapacidad o la belleza, entra otras. Como prácticas de autocuidado y de autoatención, resultan “un mecanismo potencial de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de la validez de sus propios saberes” (Menéndez, 2005, p. 63).

El tatuaje como mecanismo reparador de la “cicatriz que nadie ve”

El objetivo indiscutido de restituir la función, como se discutió en el capítulo anterior, llevará en algunos casos a que el precio que se pague por su restauración, sea el registro de más cicatrices sobre el cuerpo, estas ya no sobre zonas de piel quemadas por los químicos, sino sobre zonas “sanas”, de piel lisa, elástica y no afectada por el ácido, de manera que, además de estas cicatrices producto del ácido, que en ocasiones comprometen tanto el aspecto como la funcionalidad y en otras solo el aspecto, las sobrevivientes relatan la existencia de la “cicatriz que nadie ve”: es la marca en el cuerpo de algo que en una conversación Rosa denomina como una “nueva serie de agresiones”.

Esa cicatriz marca muchos de los cuerpos quemados con agentes químicos. Las he visto en el antebrazo, en los muslos o en el pecho. En el muslo, esta cicatriz a forma de óvalo es mucho más grande que en el antebrazo, alcanzando en los casos observados hasta casi quince centímetros de largo por ocho de ancho. Estas son el resultado de un complejo procedimiento quirúrgico por el cual los/las cirujanos/as retiran piel sana de zonas del cuerpo no afectadas con el fin de obtener autoingertos para reconstruir las zonas quemadas, especialmente de la cara o cuello, lugares mas visibles que aquellos de los que toman los pedazos de piel. Estas cicatrices, tal y como lo apuntó Rosa, son “la cicatriz que nadie ve”; producto del escalpelo y no del ácido, no hace parte de la idea de cicatriz o de secuela objeto de atención o intervención médica. Es el daño colateral del que para algunos resulta innecesario hablar.

De todas las personas con las que hablé durante el trabajo de campo, solo las mujeres que las tienen las nombraron. Solo ellas las conciben como secuelas del ataque, aunque esta

marca en sus cuerpos llegue tiempo después. Linda, hablando de la experiencia de una de sus compañeras en la fundación, comenta:

lo contradictorio acá es que te van a mejorar algo, pero obligatoriamente te tienen que dañar otra parte del cuerpo, y eso nadie lo ve, esas cicatrices nadie las ve, nadie las contempla como agresión y yo creo que hacen parte de la agresión, ósea la agresión se perpetúa a lo largo del tiempo (...) Sin importarles le hacen esa cirugía y le dejan esas cosas, sin tener en cuenta que esta mujer se puede poner una pantaloneta, la mujer puede ir en vestido de baño. Nunca se tuvo en cuenta nada de eso, yo decía “pero cómo es posible que te sigan agrediendo” (...) Dañan mi identidad con el ataque y en el momento en que llego al hospital, me dañan todavía mucho peor... Porque primero yo era esta, luego era yo con cicatrices, entonces pasar de ese estado a este estado... y reconocerse ya es un camello (expresión que se refiere a algo particularmente difícil) que yo creo que eso nunca se termina. Luego me hacen cirugías y quedo peor (se refiere a las cirugías para recuperar la función, que dejan complicaciones a nivel estético), entonces pasar de este estado peor a este mucho peor, ¡pues a ver!, ¿sí?, y fuera de eso más cicatrices, entonces eso no lo veían, entonces fue ahí cuando yo les dije que tenían que hacerse cirugías con dignidad, que no andaran *trasquilando bobos* (Entrevista, febrero de 2020).

La institución que designa la validez de las enunciaciones de burócratas y profesionales posiciona a las mujeres, en tanto que víctimas, como sujetos vulnerados y necesitados de una atención especializada en la que hay cabida a solo una definición de salud; cómo entienden y viven ellas las prácticas que aquí se gestan no tiene importancia. Se ve a las mujeres-pacientes como seres sin potencia, sin deseo, sin rabia, resistencia, sin significados alternativos: hay una idea de reconstruir que debe ejecutarse. Linda, sin embargo, con una idea de belleza y feminidad muy anclada a la sensualidad de los curvosos cuerpos latinos, deja en evidencia que no solo su idea de reconstrucción difiere de la del médico, sino también su idea de daño. Y es aquí que la potencia y el deseo de intervenir las secuelas que deja esta práctica que no escucha, da lugar a la más impensada intervención reparadora: el tatuaje.

Aunque el tatuaje se ve en varias de las fotos que postean algunas mujeres en sus redes, hubo dos eventos en los que tuve un acercamiento más directo hacia estas

intervenciones. Uno de ellos ocurrió en la casa de Linda, en marzo de 2019. Allí, en la sala, sentadas una frente a la otra en dos sofás separados por una mesa de centro adornada con un bonsái, la observé estirar la manga de su camisa, casi como un acto reflejo, apenas los rayos de sol que entraron por la ventana comenzaron a tocar su piel marcada por las cicatrices. El tiempo pasaba y los rayos del sol iban recorriendo su cuerpo, hasta llegar a sus piernas desnudas. Luego, nuevamente como un acto reflejo, tan pronto la luz tocó su muslo, cogió el cojín rojo del sofá y cubrió su pierna. Notó que mi mirada se dirigió a su muslo. Yo ya la había mirado con anterioridad, tratando de entender si la textura de la piel bajo el enorme tatuaje era producto del ácido o de alguna intervención quirúrgica.

-Ya habías visto mi tatuaje?

-No, le respondí.

Me paré del sofá y me senté a su lado, para poder verlo más en detalle. No recuerdo perfectamente cómo es el tatuaje. Sé que es una especie de mosaico, de más o menos 30x15cm. No lo recuerdo, porque a pesar de estar sentada y haber acercado mi mirada, estaba tratando de descifrar el motivo de la textura de la piel bajo la tinta. No se debía al ácido, luego me lo aclararía ella misma. De ahí, hacía muchos años, habían sacado un injerto para cubrir la carne de su cuello.

-A mí me encantan mucho mis piernas, y nunca las mostraba, por esa cicatriz; pero era una cosa boba y no me ponía un short, un vestido de baño y nada, porque la cicatriz... Y no era una cicatriz muy, muy vistosa... O sea, mmm... Fue como por transformar la cicatriz... yo le llamo así, transformando cicatrices.

No es su único tatuaje. En esa visita me mostraría varias zonas de su piel cubiertas por mosaicos, gorriones, amapolas y salpicaduras de tinta, casi todo en blanco y negro. Los últimos fueron realizados por un médico, cirujano estético, en una prestigiosa clínica bogotana. Del médico habla con afecto, comentando que él también ha sido víctima de violencias que han transformado su cuerpo y adjudicando a esto la escucha y empatía y su peculiar interés de intervenir con tatuajes las pieles quemadas.

Me explica las razones detrás de cada una de las cicatrices que ahora son el lienzo de los tatuajes:

-Estas son de las que me quitaron pa' arreglarme la cara, pa' arreglarme el cuello, o sea...estos son... Este es el injerto con el que al inicio te cubren cuando estas en urgencias

y después para... sobre todo para el cuello... que yo, como yo tenía el cuello pegado, entonces a mí me sacaron de aquí, me sacaron de aquí, me sacaron de aquí, me sacaron de aquí y esta cicatriz del medio es porque mi cicatriz era extensa...o sea, bajaba todo esto, bajaba todo esto, entonces lo que han hecho es irla cerrando, irla cerrando.

-Yo vi que Rosa también tiene un tatuaje muy grande en la pierna, le digo.

-Ella tiene un tatuaje en la pierna que tapa una cicatriz de una intervención que le hicieron los médicos, a ella le dejaron una cicatriz muy grande.

Sobre el tatuaje en la pierna de Rosa, si bien lo había visto con anterioridad en una piscina durante un evento en el año 2016, tendría oportunidad de adentrarme algunos meses después de esa entrevista. Con Karen hablé en varias ocasiones sobre el tatuaje de Rosa. Karen también se haría uno. Ella, que conoció a Rosa en el mismo contexto que a Linda, ahora se uniría con Rosa para conformar junto con dos mujeres que defienden y lideran programas de prevención de las violencias de género en el distrito (comprometidas trabajadoras de instituciones gubernamentales y no gubernamentales), esta vez sin Linda por discrepancias, la Colectiva *Kintsugi*, cuyo nombre responde a una técnica de restauración japonesa en la que los fragmentos de piezas rotas de cerámica son unidas con resina dorada. Cuando me lo nombraron, comencé a seguirlo en Instagram. Conmigo éramos 24 followers en esa fecha. Pero la colectiva no es solo un grupo de Instagram. *Kintsugi*, en palabras de Rosa, es “el valor y la belleza de mis cicatrices”. Así me lo explicó.

La colectiva de mujeres se estableció a finales del 2019. Una de las actividades a las que he sido invitada será el 06 de noviembre de ese mismo año: es una jornada de tatuajes para hacer sobre las cicatrices. A través de donaciones, se realizarán tatuajes a 15 mujeres atacadas con químicos. Karen es una de las beneficiadas. Me comenta emocionada que recibirá un tatuaje sobre la espalda que tiene un valor de más de 2.000.000 de pesos (unos 500 euros). Ese día llegan temprano a un local de tatuajes del norte de Bogotá y hacen un taller que tomó varias horas de la mañana, en el cual hablaron de los significados y las emociones ligadas a hacer esta intervención sobre sus pieles. Cuando yo llego, ya en horas de la tarde, encuentro en la sala de espera a 6 sobrevivientes que ocupan dos sofás color negro esperando a ser llamadas.

Frente a ellas Karen, quien se hará el tatuaje más grande de todos para tapar las cicatrices en su brazo (ya no de su espalda, me explica que no fue posible por varios motivos

pero que igual está muy emocionada porque la cicatriz de su brazo es muy grande y evidente), lee en voz alta el consentimiento informado, en el que se detallan aspectos sobre el cuidado y posibles reacciones adversas de la tinta que entra a la piel: “si no son graves y se pasan rápido da igual, yo quiero que mi tatuaje sea súper rojo!” ríe.

Además de estas siete sobrevivientes que leen y escuchan en los sofás, frente a la recepción está Rosa, que ha convocado el evento. Ella se encuentra acompañada de dos funcionarias, una de las cuales viene en compañía de su madre. Su tatuaje tapaná una cicatriz ovalada de alrededor de 10 centímetros de diámetro, producto de una intervención para tomar piel y realizar un injerto en mejilla y mandíbula izquierda. Ese injerto fue tomado hace casi 10 años. Del médico que dejó esa cicatriz, me comenta:

Lo vi hace poco. Se acercó a mí y me dijo: ‘usted no debe acordarse de mí, pero yo a usted la operé hace años’. ¡Pero claro que me acuerdo! lo recuerdo todos los días de mi vida. Otros médicos me han dicho que él no debió hacerme el colgajo, que lo que debió haber hecho es estirar la piel desde detrás de la oreja para cubrir. Menos mal ya no hace lo mismo con las nuevas chicas, es que con nosotras en esa época experimentaban y no les importaba nada lo que uno sentía o cómo uno quedaba.

Pues bien, la cicatriz que tapaná con el tatuaje de una gran rosa roja es la de ese colgajo⁷⁴. Varios años antes había realizado un tatuaje con flores y mariposas alrededor de la cicatriz (imagen 1). Me explicó en esta ocasión, que solo hasta ahora podría hacerlo sobre la cicatriz porque antes su piel cicatricial no estaba lista para recibir la tinta. Algunos meses antes, Karen me hacía conocer su propia interpretación sobre este recuadro que bordeó la cicatriz por tantos años. Según ella, la intención que ella veía en el tatuaje de su amiga antes de que su centro fuese cubierto, era la de “enmarcar la cicatriz”, a manera de una exaltación de esta y corroboración de su aceptación.

⁷⁴ Aunque existen diferencias entre colgajos e injertos, me limito a utilizar las mismas palabras de las personas entrevistadas.

Figura 11.

Tatuaje sobre cicatriz “que nadie ve”



Nota. Tatuaje de rosa roja sobre tejido cicatricial producto de la toma de un colgajo. Fotografía tomada de historia del Instagram @bestialink_oficial

En la sala de espera, mientras algunas van siendo llamadas para entrar a tatuarse, las otras discuten en la sala de espera los motivos de los tatuajes. El sonido de todas las máquinas inyectando la tinta, se entremezcla con sus voces y con ritmos de *reggaetón* de fondo:

-Una Rosa roja

-Y porque mejor no te haces una orquídea? Es bonita y se abre hacia arriba

-Porque las rosas rojas tienen un significado especial para mi. Le gustaban a mi hija, la que falleció.

- Yo un lobo con flores alrededor, porque el lobo representa la lucha y él también está lleno de cicatrices, mientras que las flores representan la vida.

Figura 12.*Tatuajes en “tatuatón”*

Nota. Fragmentos de imágenes con motivos de tatuajes tomadas de la historia de Instagram en el perfil @bestialink_oficial con el hashtag #sanaremoscicatrices

Las marcas corporales autoinflingidas y en especial el tatuaje han sido leídos como mecanismos mediante los cuales las identidades sociales se construyen y expresan (Scheper-Hughes y Lock, 1987). Schildkrout (2004), afirma que la superficie del cuerpo no es solo el lugar en el que se inscribe la cultura, sino que es también el lugar a través del cual el individuo se define e inserta en el panorama cultural. Las modificaciones voluntarias y permanentes sobre la piel, según la autora, son una manera de escribir la propia autobiografía (por ejemplo, las rosas de Linda hablan de su pasado y llaman a recordar a su difunta hija) y a través de estas se funde el pasado con el presente, se expresa la pertenencia o la exclusión y se definen las formas de estar en el mundo. También, estas marcas crean los límites entre el self y la sociedad, entre los grupos y entre lo humano y lo divino.

Sin embargo, en este caso una aproximación a la comprensión del tatuaje sobre las cicatrices, tanto sobre aquellas que son producto directo del ácido como las resultantes de los procedimientos quirúrgicos, requiere la consideración de variables que exceden las propuestas en el marco de estas discusiones sobre las marcas corporales. En estos casos, el tatuaje hace posible la toma de decisión sobre cómo modificar partes del propio cuerpo, no solo para crear un *statement* sobre la propia individualidad, sino para reclamar voz en un espacio -el de la reconstrucción- en el que esta es sistemáticamente omitida. El itinerario de reconstrucción inicia con la radical transformación violenta del cuerpo por terceros y continúa con paulatinas transformaciones en las que hay poco espacio para la voz de quienes cargan las cicatrices. En este sentido, utilizando las ideas de Le Breton (2017), en el acto de

marcar la piel con el tatuaje se contesta y resignifica el sufrimiento y se atienden las consecuencias de ruptura identitaria que resultan del *dolor impuesto*⁷⁵ por el ataque o por las intervenciones quirúrgicas. El *dolor consentido*⁷⁶ de la aguja que traspasa y marca la cicatriz con la tinta, ayuda no solo a transformar la piel visualmente, sino que en el rito que rodea al tatuaje, se abre el campo para crear y confirmar un *statement* sobre el sí mismo, sobre la propia capacidad de agenciar e intervenir sobre el propio cuerpo y sobre las definiciones de lo que significa la reconstrucción. El tatuaje, en estos casos, permite “reorganizar y estabilizar el traumatismo del mundo de la víctima, proporcionándole una "voz sobre la piel" allí donde la voz real está prohibida” (p.70).

Los diversos espacios y estrategias de intervención descritos evidencian la existencia de cambios, de transacciones entre ideas y saberes propios de los sistemas formales e informales de cuidado, y muestran cómo diversos factores de tipo económico, técnico o ideológico facilitan o dificultan la materialización de deseos, intereses o ideas de reconstrucción. Todas estas experiencias permiten considerar, tal y como se ha discutido en otros trabajos en contexto latinoamericano (Engel Gerhardt, 2006; Abadía Barrero y Oviedo Manrique, 2010; Lobo Viana Cabral, Martínez-Hernández, Gurgel Andrade y Leal Cherchiglia, 2011; Lima, Baptista, Vargas, 2017), que no solo la enfermedad o la discapacidad son expresión de dinámicas sociales, sino también lo son los itinerarios de búsqueda de cuidado.

⁷⁵ El autor lo define como un tipo de dolor que implica sufrimiento, que "rompe las fronteras del individuo, lo fragmenta" (p. 19). Cuando este dolor es crónico, afecta el sentimiento de identidad, "crea una zona de turbulencia en su cuerpo por donde siente que su ser se le escapa. Si el dolor elegido ofrece una aguda conciencia de sí, un dolor impuesto por los acontecimientos deteriora el sentimiento de sí" (p.20)

⁷⁶ En contraposición al dolor impuesto, el dolor consentido permite restablecer los fragmentos dispersos de sí (p. 16), se asocia al reagrupamiento de las partes.

TERCERA PARTE

DISCUSIÓN

9. Tres escenarios para comprender los itinerarios de reconstrucción: Ley, biomedicina y creatividades al margen

En este último apartado y a manera de cierre de una tesis que buscó describir un *proceso*, siempre incompleto e inacabado, me detendré en discutir tres cuestiones principales en diálogo con los objetivos específicos descritos en el planteamiento de la investigación, para a partir de ello presentar reflexiones finales sobre los itinerarios de reconstrucción de cuerpos de mujeres atacadas con agentes químicos en Bogotá.

La primera se relaciona con los análisis presentados en los capítulos 4 y 5, que discuten cómo las racionalidades y las sensibilidades que operan en las instituciones pensadas y designadas para proteger a todas las personas, reproducen formas de violencia que atentan contra la dignidad humana. Estas formas de violencia afectan de manera diferencial a grupos específicos, y en esto la clase social juega un papel protagónico. El acceso diferencial a las medidas consignadas en las políticas públicas para proteger y restaurar los derechos de mujeres víctimas de esta violencia, marcado en particular por la clase social, queda consignado en las formas del cuerpo de las mujeres que han sido atacadas y que emprenden los itinerarios para reconstruir sus pieles. Esto invita a reconsiderar dentro de la formulación de las diversas políticas la manera como el género ha de ser considerado en su intersección con la clase y con otros marcadores que van a constituir las bases de la posibilidad de reconstruir. La segunda, se centra en plantear algunas discusiones en torno a la práctica biomédica, en donde se ponen en juego grandes discursos a cerca de la salud y de las necesidades en salud, que contribuyen a la consolidación de jerarquías que inciden sobre las posibilidades de reconstrucción, sobre el sufrimiento y sobre las formas de estar en el mundo de mujeres que han sufrido esta forma de extrema violencia, esto con base en los hallazgos presentados en el capítulo 6. La última, discute la multiplicidad de discursos y recursos que se ponen en práctica para dar respuesta de manera individual o colectiva al cuidado de las afecciones del cuerpo, al margen de los grandes discursos sobre la salud y la reconstrucción que se plantean desde el modelo hegemónico de la biomedicina, sustentado por todo el arsenal de desarrollos jurisprudenciales en materia de reparación en salud a víctimas de ataques con agentes químicos.

Cómo las racionalidades y las sensibilidades que operan en las instituciones pensadas y designadas para atender a todas las personas vulneradas en su derecho a una vida libre de violencias, participan en la reproducción de nuevas formas de violencia que atentan contra la dignidad humana y en sus prácticas reflejan la distribución diferencial del valor de las vidas, es una de las grandes preocupaciones de este trabajo, en el que se intenta explorar cómo algunos cuerpos están más expuestos a las violencias institucionales durante los itinerarios pensados para proteger y restaurar.

En el último decenio se ha desarrollado en el contexto nacional colombiano un extenso marco legislativo para la prevención y atención integral de las víctimas, que responde a las graves secuelas biopsicosociales que estos ataques dejan sobre las vidas de sobrevivientes, familiares y personas significativas de sus entornos. Sin embargo, las experiencias de los cuerpos que intentan acceder a sus derechos dan cuenta de desigualdades que se reproducen y consolidan a partir de una distribución desigual del reconocimiento del sufrimiento. La respuesta hacia todas aquellas mujeres que han sufrido esta violencia no está asegurada por una serie de leyes porque su aplicabilidad, como lo hace notar la exposición realizada sobre las barreras de acceso a las que han tenido que confrontarse la gran mayoría de sobrevivientes, se complejiza de entrada solo para algunas.

El encuentro con profesionales de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales con quienes interactué, pone de relieve panoramas bipolares: de discursos sobre la inalienabilidad de los derechos en salud, a prácticas que los garantizan solo a través de favores personales; de vocaciones de ayuda y compromiso, a indiferencias y discursos sobre el empoderamiento en los que la responsabilidad sobre el proceso de recuperación se asigna a las sobrevivientes mismas; de voluntades de escucha, a imposición de discursos. En cualquiera de los casos, las respuestas de solución pensadas desde estas esferas (esferas compuestas en su mayor parte por élites desconectadas de las realidades del país) parecen desconocer el precario contexto en el que están insertas las víctimas, así como las condiciones estructurales que reproducen formas de clasismo durante los itinerarios de acceso a los derechos, exponiendo a algunos cuerpos a mayor olvido y exclusión.

Apoyada por planteamientos de diversas autoras enmarcadas en los feminismos, se hizo un intento por analizar las condiciones que reproducen la ineficaz puesta en práctica de las lógicas dominantes en estas esferas. Como afirma Haraway (2016), a veces es necesario

“quedarse con el problema”, hacer atención a las condiciones del presente en vez de caer en las tentaciones de generar e imaginar futuros ideales. En este caso me centré en problematizar cómo en la sociedad colombiana la clase social (raza y género sin duda también, pero en esta tesis se ha problematizado de manera particular el factor de clase social) entra a configurar los marcos de reconocimiento de las vidas. Cómo esta categoría materializada en la carne y en los *habitus*, incide sobre las posibilidades de acceder a recursos materiales y afectivos durante los itinerarios de reconstrucción. Cómo la clase es una variable que frente a este fenómeno de interés público, participa en las decisiones sobre quiénes se muestran -o no se muestran- en los medios de comunicación y en los espacios de visibilidad y participación política; cómo la clase modula el tipo de respuesta (de indignación o indiferencia, de compasión o de indiferencia, de rabia o de indiferencia) en quienes, asignados por la Ley, participan como dadores de protección y cuidado en estos itinerarios; cómo a partir de esta categoría funciona la puesta en práctica de los principios del don, la deuda moral y la reciprocidad asociados al cuidado de las vidas (Comas d’Argemir, 2017).

Las experiencias presentadas sobre los *itinerarios burocráticos* de las mujeres en Bogotá dan cuenta de un clasismo instituido, que es reproducido en las prácticas de quienes han sido designados por la ley para cuidar y acompañar a las mujeres durante sus itinerarios de reconstrucción. La clase social no solo hace que unos cuerpos estén más expuestos a vivir este tipo de violencia, tal y como lo reflejan las cifras sobre la incidencia, que constatan que por mucho quienes sufren los ataques son mujeres de estratos socioeconómicos bajos y bajos niveles de escolaridad: la clase social juega en la modulación de la indiferencia burocrática y de las *sensibilidades* de los especialistas en el ámbito sanitario, incidiendo sobre el acceso efectivo al goce de derechos en materia de la reconstrucción de un cuerpo metamorfoseado por la acción del químico.

En este trabajo se muestra cómo los cuerpos mayormente sometidos a las violencias y a la precaridad, en el recorrido para reconstruirse, quedan mayormente sometidos a las violencias y a la precaridad, y en las formas que toma la carne después de la posibilidad de acceder o no acceder a las medidas de reparación del cuerpo, queda evidenciado justamente ese mayor sometimiento a las violencias a las que el cuerpo fue sometido durante el itinerario para reconstruirse. A través de un “mecanismo de reproducción de las diferencias preexistentes” (Franco, 2013, p. 123), barrera tras barrera, la textura de la piel de las mujeres

que se encuentran frente a escenarios revictimizantes y dificultades para acceder a las acciones, procedimientos e intervenciones para reparar sus cicatrices, difícilmente será tan lisa como la que obtiene quien, sin barreras, puede acceder al uso prolongado de máscaras de silicona, a procedimientos de microcirugía, a láser, a masajes y a terapias postoperatorias.

Las diferencias de clase preexistentes se van así re consolidando materialmente por acción de las violencias institucionales en las formas y contornos de los cuerpos en proceso de reconstrucción: por las prótesis y ortesis que acompañan y sostienen los límites del cuerpo; por las intervenciones a las que se tuvo o no acceso. La indiferencia burocrática y ciertos tipos de relación con los profesionales del cuidado, en una rueda de violencia machista en el marco del sistema patriarcal, recrudecen así el sufrimiento de las mujeres y conllevan a revictimizaciones que perjudican su vivir. Aquí, se confirma y explicita de manera cruda que “lo corporal no es nunca natural, sino que siempre es construido social y políticamente” (Esteban, 2004, p. 3).

Atender las construcciones culturales que moldean la capacidad individual de sentirse afectado o indignado, o por el contrario comprometerse en actos de cuidado hacia mujeres cuyos cuerpos han sido agredidos de maneras tan infames, no implica ni debe implicar asumir que estas problemáticas son atribuibles al individuo (al médico/a o al burócrata, por ejemplo). El problema es colectivo y es cultural, porque estas inequidades en el trato, en el cuidado y en el reconocimiento se reproducen de manera constante en los escenarios de atención integral a las víctimas de violencias de género en el país. “Las distintas formas de racismo, instituido y activo al nivel de la percepción, tienden a producir versiones icónicas de unas poblaciones eminentemente dignas de ser lloradas y de otras cuya pérdida no constituye una pérdida como tal al no ser objeto de duelo” (Butler, 2010, p. 44); a los cuerpos racializados y enclasadados se los trata como entidades dispensables, puesto que no se les atribuye el mismo estatuto de dignidad que a los cuerpos que escenifican y representan la blanquitud o los privilegios de clase social en el contexto explorado en este trabajo.

Al ser colectivo, cultural y al ser un problema de la distribución de la valía de las vidas, se pone en duda la idea dada por descontada de que existe un estado de derecho equitativo, justo y reconocedor, cuyos fundamentos se expresan en la Ley. Si bien “las políticas sociales son imprescindibles para hacer efectivo el derecho a ser cuidado y a cuidar” (Comas d’Argemir, 2019, p. 23), para responder al otro es necesario saber quién es: dar

cabida a marcos que reconozcan su presencia y escuchen su voz, que nos permitan sentirnos *afectados/as*. Mélich (2014), haciendo una lectura del trabajo de Lévinas, escribe que la ética “no nace como resultado del cumplimiento de una ley, sino como respuesta a la interpelación del rostro sufriente del otro” (p. 326); la ética es una respuesta a la demanda del otro, a la apelación del otro. Como afirma Comas D’Argemir (2019),

La ética del cuidado ha de ser fruto del compromiso y no de la obligación. Pasar de la obligación de cuidar al compromiso de cuidar implica una transformación social importante (...) El derecho a cuidar y a ser cuidado se sitúa así en términos de compromiso y no de obligación (...); en términos de moralidad y no de materialidad (p. 26).

Los problemas sobre el reconocimiento y la distribución diferencial de la valía de las vidas mediada por la clase social han de seguir siendo discutidos y explorados desde enfoques críticos, que se alejen y cuestionen las posturas reproducidas en ámbitos burocráticos en los que, o se responsabiliza a las propias víctimas de las dificultades de acceso a medidas de atención para el restablecimiento de derechos, o se asume que la producción de más documentos legislativos es la solución. Las posturas que problematizan las exclusiones producidas por la imbricación de relaciones de poder (género, clase, raza, pero no solo), son necesarias. Análisis en los que se examinen las múltiples experiencias de discriminación, y que a la vez visibilicen “la existencia de posiciones sociales que no padecen ni la marginación ni la discriminación, porque encarnan la norma misma” (Viveros-Vigoya, 2016, p. 8), son necesarios. Tal vez así se llegue a condiciones que nos permitan dar cabida a las preguntas sobre qué se hace, para qué se hace y para beneficio de quién se hace, y den lugar al tiempo necesario para pararse frente al/la otro/a y reconocer su rostro sufriente.

El siguiente punto por tratar en este apartado se relaciona con los discursos y prácticas en las esferas biomédicas, lo que corresponde a lo expuesto en el capítulo 6. En este trabajo se puso de relieve, por una parte, las tensiones entre lo estético y lo reconstructivo en las definiciones de salud y en las justificaciones sobre lo que es válido realizar y financiar, y por la otra, en relación con los argumentos desarrollados en el punto anterior sobre el acceso diferencial a los derechos en salud, las formas en que se responde desde el ámbito clínico a las apelaciones de quienes sufren.

El itinerario de reconstrucción de mujeres en Bogotá, cuando el ácido genera graves y extendidos daños sobre la piel, casi invariablemente implica el habitar y transitar por varios años pabellones de hospitales y consultorios médicos. Si bien la legislación estipula la garantía de las intervenciones destinadas a “restituir la *fisionomía* y la *funcionalidad* de las zonas afectadas” y se expresa que ningún gasto ni erogación económica quedará a cargo de la víctima o de sus familiares, la Ley dota a la experticia médica el rol de definir lo “necesario” en materia de intervenciones, por lo que es la voz del médico/a prerrequisito para materializar la posibilidad de acceder a intervenciones determinadas.

En los casos de quemaduras con agentes químicos, las cicatrices resultan un fenómeno sobre el que se concentran aspectos ligados tanto a la estética como a la función de las partes del cuerpo. Esta doble valencia de la cicatriz invitó a revisar los límites entre lo estético y lo reconstructivo en las definiciones de salud, pues estas tienen efectos directos sobre la experiencia de reconstrucción. Desde estos espacios, específicamente cuando hacen parte del sector público, se plantean definiciones unívocas sobre la salud y la reconstrucción, amparadas en una visión biologicista, capacitista y funcionalista, que lleva a que las intervenciones que reciben invariablemente justificación y apoyo se relacionen al restablecimiento de las funciones del cuerpo afectadas por el químico, excluyendo la atención a las necesidades de orden estético y en ocasiones, incluso a sus expensas. En este sentido, la categoría inductiva de *la cicatriz que nadie ve* (que son las cicatrices que dejan las intervenciones médicas, la mayor parte como consecuencia de la toma de autoinjertos), da cuenta de la enorme distancia entre lo que constituye la “salud” para ambas partes, pues mientras los médicos “no la ven” ni la consideran, las mujeres lo definen como “victimizante”, como “una nueva serie de agresiones (...) pero esa si era permitida porque era a manos del cirujano” (entrevista a sobreviviente, febrero de 2020).

Dentro de los criterios utilizados por el personal sanitario para excluir intervenciones destinadas a mejorar la forma o el aspecto de las quemaduras, se encuentran valoraciones sobre el costo-beneficio de las intervenciones, lo que incluye los riesgos operatorios y postoperatorios; sin embargo, en esta toma de decisión juegan también factores que exceden las razones de orden clínico. De hecho, son diversos factores económicos, sociales y profesionales los que influyen sobre las formas de organizarse e intervenir sobre los padecimientos (Menéndez, 2005). Así, si bien las explicaciones propuestas por los

especialistas contribuyen a consolidar las pretensiones de neutralidad política de los discursos biomédicos dominantes a cerca de la salud y la enfermedad, existen procesos macropolíticos implicados en la atención en salud (Lupton, 2012) que se ponen de relieve en las experiencias que las víctimas de estos ataques tienen en el marco del acceso a procedimientos de reconstrucción desde el sistema formal de salud.

Entre estos factores se encuentra la precarización del sistema de salud y de la labor médica: las valoraciones sobre la urgencia llevan a destinar los recursos materiales y humanos a los casos en los que existe riesgo vital o funcional y dado que estos recursos son reducidos (como explican los profesionales, la disposición de insumos es insuficiente, especialmente en el último trimestre del año y la disposición de tiempo de los profesionales es poca y se ve cooptada en gran parte por la ejecución de requerimientos de orden burocrático), las necesidades estéticas se ven omitidas o pospuestas indefinidamente.

Además de esto, participan de manera protagónica las construcciones discursivas dominantes acerca de lo que constituye “la salud”, “la recuperación” o lo “necesario” en salud en este ámbito, que en estos casos dan cuenta de una comprensión de vida y de sujeto en cuanto reproductor útil en el marco del sistema capitalista. Scheper Hughes y Lock (1987), al plantear la idea del cuerpo político como útil para comprender la manera en que las relaciones entre el cuerpo individual y social son relaciones sobre el control y el poder, explican como el cuerpo individual deseable, corresponde a lo que se considera deseable en términos políticos y culturales. Deseables son aquí la autonomía y la competencia, por ejemplo; su consecución se ve respaldada por todo un arsenal de prácticas y de saberes que sirven al objetivo de producir cuerpos “normales” en tanto productivos. La belleza y lo estético, es considerado superfluo. Sin embargo, al excluir lo estético, se excluye también la vivencia subjetiva de malestar, el sufrimiento, los deseos de las mujeres quemadas o el impacto de la apariencia sobre su mundo relacional: se entiende la afección únicamente como *disease*, como entidad objetivable reducible a lo biológico, se excluye el espacio cultural de la enfermedad.

Desde la antropología y la sociología médica, se ha hablado desde hace ya varios decenios de la triada *illness, sickness, disease*, como componentes interrelacionados e interdependientes necesarios para comprender las afecciones; las tensiones entre las definiciones de salud y necesidad en los casos de ataques con agentes químicos ponen de

relieve nuevamente que el diálogo entre biomedicina y ciencias humanas y sociales es necesario para fracturar la concepción unívoca y “objetiva” de salud y enfermedad dominante en los ámbitos biomédicos, para dar lugar al “impulso de lo que podemos denominar una política para la vida, o centrada en las necesidades de los afectados, y no simplemente de la vida o de gestión de los trastornos y los tratamientos” (Martínez Hernández, s. f. p. 85).

En este trabajo se puso de relieve, sin embargo, que aún cuando es dominante la definición funcionalista y capacitista de salud y recuperación, hay casos en los que médicos y médicas atienden lo estético y escuchan necesidades que sobrepasan lo funcional. Esto depende de la *sensibilidad del especialista*, que es capital incorporado que va más allá de la competencia del médico (Bourdieu, 2001), y que no es una “esencia” encarnada en el cuerpo tras la bata blanca, sino una disposición que despierta, aparece y desaparece, incrementa y disminuye dependiendo de variables que entran en juego tanto afuera como adentro de la sala de consulta y que se enmarcan mayoritariamente al interior de la relación médico-paciente.

La *sensibilidad* del profesional, entendida como la suma del trato empático, la disposición a la escucha de las necesidades de las víctimas desde un posicionamiento que las reconoce como sujetos con agencia y la movilización del propio cuerpo para apoyar la superación de las barreras de acceso que las sobrevivientes encuentran durante sus itinerarios burocráticos (autorizando y justificando tratamientos específicos ante las EPS, por ejemplo), se ve modulada por factores que incluyen, además de las concepciones de aquello que constituye “la salud” y de la precarización del sistema y de la labor médica, las *características propias de la persona quemada*. En esto se incluye la docilidad que muestre la paciente en el trato con los profesionales y el nivel de compromiso que demuestre frente al plan de tratamiento propuesto desde el sistema formal de salud, pero también, y en interrelación con lo anterior, la posición que la víctima ocupa en el orden social (en interrelación porque su posición facilitará el “compromiso” -entre otras, porque no se presentarán tantas barreras de acceso- y la aparición del “trato” dócil será facilitado tanto por los códigos de relacionamiento con base en la clase, como porque la manera de relacionarse responde en parte al trato mismo que la persona recibe de las instituciones durante sus largos y a veces muy tortuosos itinerarios).

Si bien en este sentido en las entrevistas a los/las médicos/as se rescata una conciencia de cómo la relación que se instituye entre médico y paciente interfiere sobre la atención

prestada, introduciendo componentes de la subjetividad en una práctica que se asume en las leyes y protocolos médicos como objetiva, los cirujanos minimizan los efectos culturales de sus prácticas y entienden su labor y las consecuencias de esta como circunscritas al espacio de lo *bio* dentro de la institución sanitaria. Hay una carga del legado cartesiano que caracteriza las aproximaciones al cuerpo en occidente; como lo plantean Scheper-Huges y Lock (1987) existe una limitada posibilidades de aprehender las interconexiones entre mente-cuerpo-sociedad, dando lugar a lecturas que no solo desfragmentan la experiencia humana, sino que además despolitizan las experiencias relacionadas con la enfermedad.

Sin embargo, en la labor de reconstrucción, la intervención sobre los padecimientos y la atención a las consecuencias de las quemaduras no se quedan en este espacio. Cuando las redes formales de cuidado de la salud no responden a las necesidades de tratamiento de las mujeres, que según sus propias definiciones implican invariablemente la esfera de lo estético, se movilizan recursos que exceden las propuestas de cuidado formal basados en modelos biomédicos y es este es el tercer punto de la discusión. Si el cuerpo es un lugar de discriminación, también lo es de resistencia y contestación (Esteban, 2004). Ontologías alternativas en relación al cuerpo y a las necesidades en salud, ofrecen lecturas sobre los significados culturales y sociales del ser encarnado, a la vez que los recogen para comprender las experiencias de bienestar o enfermedad. Para Scheper-Huges y Lock (1987), el cuerpo individual debe ser abordado como el lugar más inmediato a través del cual las verdades y contradicciones sociales son puestas en práctica, y también como “locus de resistencia social y personal, de creatividad y lucha” (p. 31, traducción propia).

Luego de las experiencias de actualización del sufrimiento durante los itinerarios de búsqueda de cuidado desde la biomedicina en la fase de atención ambulatoria, grupos de sobrevivientes ponen en juego un set de posibilidades alternativas que abren paso a la ideación y puesta en práctica de intervenciones que apelan a la creatividad y a la co-construcción de alternativas de tratamiento ancladas a los saberes *folk* y *populares* (Kleinman, 1980), aunque también se gestiona el acceso a tratamientos biomédicos que, al margen del sistema público a través de fundaciones o de entidades privadas que brindan atención gratuita, son capaces de dar respuestas a las necesidades ancladas a la esfera de lo estético en estas mujeres. Esto da cuenta, como lo explica Coll-Planas (2014), que los sujetos

no solo cuestionan la autoridad científica y generan críticas al sistema de salud desde sus experiencias, sino que además tienen diferentes márgenes de intervención por fuera de este.

Aunque los recursos ideados para intervenir las pieles por fuera del sistema hegemónico son desde este ignorados y marginados y solo aquellos provenientes de la biomedicina y avalados por la ley, que encuentran sustento en ideas de eficiencia y eficacia, son aceptados como útiles y justificables, las propuestas y definiciones de necesidad y los objetivos de tratamiento propuestas “desde arriba” están sujetos a negociaciones en las que los deseos, explicaciones, necesidades y prácticas de los sujetos y los grupos tienen tanta relevancia como los de los saberes expertos a la hora de reconstruir las pieles quemadas por agentes químicos y se encuentran en constante relación con las actividades biomédicas (Menéndez, 2005). Las redes informales de apoyo proveen espacios de encuentro entre mujeres en las que se comparten significados sobre el cuerpo, el sufrimiento, la salud y a través de diferentes posibilidades de intervenir la cicatriz ideadas en estos espacios, se atienden los aspectos estéticos considerados superfluos desde la esfera formal. En estos espacios se encuentran

lógicas y significados diversos que, a través del compartir experiencias, amplían los mecanismos de intervención sobre el cuerpo y proveen nuevos rumbos en los itinerarios terapéuticos. Como plantean Martínez Hernández y Correa Urquiza (2017), “ciertamente, el sufrimiento aparece como una encrucijada que mueve a la apertura de horizontes, al cuestionamiento y la desorientación” (p. 268).

Es así como las ideas de reconstrucción que apoyan las instituciones formales se sitúan dentro de los itinerarios de estas mujeres en interacciones permanentes con los conocimientos, valores y prácticas de sistemas no formales (populares o *folk*). Cada uno provee o atiende las cicatrices desde definiciones diferentes de lo que constituyen las necesidades de reconstrucción. La búsqueda de cuidados y los itinerarios que se delinean, coincidiendo con Alves y Souza (1999), no solo son diferentes de sujeto en sujeto, sino que pueden variar en un mismo individuo dependiendo del momento de la historia de su aflicción y está condicionada tanto por las actitudes, valores e ideologías, como por los requerimientos mismos que impone la sintomatología, las posibilidades económicas y la disponibilidad de tecnologías, insumos y recursos materiales y humanos en los diferentes ámbitos de cuidado de la salud.

Estrategias que surgen al margen de los discursos biomédicos incluyen prácticas de la medicina *folk* bien distantes de las racionalidades científicas dominantes en el panorama anteriormente descrito, pero también el tatuaje y bisutería que en la reiteración de su uso se hacen cuerpo. Estos mecanismos hacen parte del *kit* de prótesis para la construcción de una nueva corporalidad –entendida esta como la condición material de la subjetividad- (Grotz, 1995), en la que se inscribe un reclamo por la “estética” y la “sensualidad” perdida por los efectos de los ácidos y por los rastros de la toma de autoinjertos y otros procedimientos que desde el ámbito biomédico afectan la estética corporal. Los tatuajes, que incluyen también los de cejas, no son solo realizados de manera individual. Grupalmente y en encuentros lleno de rituales, dibujan sobre cicatrices en muslos, brazos y espaldas flores y animales para simbolizar, según el recuento de algunas de ellas, la belleza, la fuerza y la resiliencia que las caracteriza.

El uso de bisutería sobre antebrazos o cuellos quemados es práctica común, ya que collares y manillas funcionan como prótesis para esconder las cicatrices, pero a la vez son elementos que llaman la mirada de quien está enfrente. Mientras algunas de las mujeres expresan su angustia ante la ausencia de estas prótesis (o por olvido o por requerimientos de algunos lugares de trabajo), otras simbolizan el abandono de su uso como un tránsito a la aceptación del propio cuerpo y de la propia cicatriz, lo que da cuenta de la provisoriedad y transitoriedad de los mecanismos de atención que se encuentran a disposición en los diversos espacios: los trámites y las elecciones de las estrategias, reflejan a la vez tramitaciones con la propia vida, el propio dolor y el propio cuerpo.

En esta investigación se dio cuenta de una relación entre el acceso a estas prácticas y el capital económico, social y cultural de las sobrevivientes y también se evidenció que quienes acceden a estas prácticas tienen vivencias revictimizantes y dificultades de acceso a las medidas del sistema formal durante los itinerarios burocráticos. Sin embargo, esta relación no es causal o determinante: las prácticas y representaciones individuales relacionadas con el cuidado de la salud no están totalmente determinadas por el contexto material, social y cultural de los sujetos. Por el contrario, el complejo, diversificado y cambiante universo cultural de las sobrevivientes informa y moldea sus decisiones y elecciones y existe una pluralidad de factores que intervienen en sus tomas de decisión. A cada uno de los saberes, espacios o prácticas se accede con base en disponibilidades

circunstanciales y explicaciones culturalmente aceptadas por el individuo y su grupo (Engel Gerhardt, 2006).

Los espacios de reunión y exposición de cuerpos agredidos se ofrecen también como plataforma para atender, cuidar y transformar la corporalidad. A través del baile y del modelaje, las sobrevivientes de ataques con ácido exponen su cuerpo y reivindican su sensualidad. Eventos como “*Modelos por un día*”, organizada por la Fundación Reconstruyendo Rostros en 2015, el performance “*La oscuridad te muestra las estrellas*” del grupo de danza furiosa de la Colectiva Kintsugi en el 2019, “*Zumbatones*”, modelaje para fotos y eventos de menor envergadura, son evidencia de la manera en la que la unión de los cuerpos en movimiento desestructura concepciones sobre la estética o la discapacidad. Si bien la violencia sufrida representa un acto de deshumanización que busca rechazar o negar la existencia encarnada de estas mujeres e incidir sobre sus posibilidades de recibir afectos y de tomar decisiones con respecto a su propia vida, la organización de eventos y encuentros permite a estas mujeres mirarse las unas a las otras y a sí mismas en una dinámica de resistencia y complicidad por la cual intentan desprenderse de la violencia que un día marcó sus pieles.

En todos los espacios de encuentro anteriormente descritos, las mujeres logran hacer evidentes sus afectos y emprender proyectos que les permiten restituir su agencia frente a su vida y sus cuerpos. Las alternativas terapéuticas que hacen parte de estos itinerarios y que se alejan de las ofertas oficiales de la biomedicina, ponen en discusión las ideas de cuerpo “reparado”, de necesidades en salud, y de que los saberes necesarios para atender las quemaduras se ciñen únicamente los saberes médicos producidos en el marco de la racionalidad científica. Estos caminos en los itinerarios son además evidencia de que más allá de los límites de las condiciones materiales de vida, se construyen estrategias de atención a las necesidades de salud a partir de procesos creativos que surgen a partir de experiencias individuales y que luego se contagian y se hacen propios en el marco de las relaciones con otras mujeres.

Concordando con los planteamientos de Gerhardt (2006), los recorridos y recursos de estas mujeres permiten cuestionar los marcos que asumen una relación determinante y absoluta entre las condiciones de vida y el estado de salud, pues el estado de salud es también modulado por estrategias surgidas en los márgenes. Se revela que lo terapéutico en la

reconstrucción de pieles quemadas no se restringe a las posibilidades y procedimientos ofrecidos desde la biomedicina, sino que se extiende a experiencias que moldean la corporalidad y las maneras de andar por la vida (Canguilhem, 1971), a través del cuerpo.

Aún así, el caso de los itinerarios de reconstrucción de las víctimas de ataques con agentes químicos en Bogotá es un ejemplo de cómo en sociedades desiguales las diferencias de clase, raza, género y procedencia geográfica marcan una diferenciación en el acceso a los servicios básicos para atender las consecuencias de este tipo de eventos violentos y en el reconocimiento del derecho a la salud. En las experiencias y en los resultados que van materializándose en el cuerpo, se denuncia la desigualdad de un sistema que genera formas inequitativas de dignificar el cuerpo, de reconocer el sufrimiento y de brindar oportunidades para su reconstrucción.

Reflexiones finales

El cuerpo de las mujeres sobrevivientes de ataques con agentes químicos fue objeto privilegiado para comprender los itinerarios de reconstrucción. Como trama y metáfora fue útil para seguir las conexiones entre los diversos campos sociales y crear un “*mapeo itinerante*” (Marcus, 2018, p.124) del proceso de reconstrucción de las pieles quemadas. Partiendo de su materialidad y observando los entornos físicos y simbólicos que atraviesa para moldearse y metamorfosearse sin tregua, se presentó como nodo para explorar el sistema de saber distribuido en el que se enreda lo discursivo, lo político-económico y lo cultural.

Los cuerpos de las sobrevivientes y el moldeamiento paulatino de las cicatrices y las prótesis para tapanlas o para darles sostén, las formas de la materia perceptibles a través de la vista y del tacto, delataron en estos casos “los entornos, las máquinas y los sistemas sociales de interdependencia que necesitan, y que constituyen las condiciones de su existencia y supervivencia” (Butler, 2012, p. 21) y a la vez el olvido, las desigualdades y las violencias a las que son sometidos cuerpos excluidos. Partir del cuerpo, entendido como entidad “abierto, procesual, relacional y sensible; humana y no-humana, material e inmaterial, indeterminada y múltiple” (Lafrance, 2018, p. 2, traducción propia), entenderlo como expuesto y dependiente de los demás para poder sobrevivir, invitó a observar la reproducción de violencias en ámbitos institucionales a través de las cuales los cuerpos sometidos a mayores condiciones de precariedad, en sus recorridos de reconstrucción, fueron expuestos y sometidos a mayores condiciones de precariedad y exclusión.

Los contextos de violencia y desigualdad en los que se encuentran inmersas las mujeres con quienes trabajé en esta investigación, demandan lecturas en las que se tengan en cuenta las especificidades materiales de los cuerpos mismos y de los contextos que habitan, así como la agencia, la experiencia, las tecnologías y los complejos ejercicios de poder (Esteban, 2004; Lafrance, 2018) que participan en la reproducción de las inequidades sociales (Schilling, 2003). El capital físico que se expone a través la carne misma cuando se pone frente a la mirada del otro, es buen lugar de inicio para dar cuenta de ello.

En estos casos, como lo plantea Engel Gerhardt (2006), las relaciones sociales en esencia no biológicas contribuyen a remodelar y recrear el espacio de recursos dentro del cual se resuelven los problemas biológicos: “lo inmaterial (en este caso una concepción de las relaciones sociales) tiene por tanto una eficacia material (biológica)” (p. 2462, traducción propia). En los cuerpos que salen del espacio del hospital, se reflejan las inequidades en salud, que ya venían moldeándose en los itinerarios burocráticos y que terminarán de tomar forma dentro de las salas de cirugía: como afirma Krieger (citada por Wermell, Melo, Mulinari y Hornborg, 2016), las estructuras sociales se incorporan biológicamente y se manifiestan en el cuerpo mismo, en este caso, en las texturas de las cicatrices y en las formas del cuerpo, así como en las prótesis y órtesis que lo acompañan.

El cuerpo y sus recorridos, en estos contextos en los que impera la pobreza y la inequidad, han de ser tenidos en cuenta a la hora de pensar en mecanismos para indagar las fallas de la puesta en práctica de respuestas pensadas para proteger y sostener, de manera que se puedan producir “resultados más radicalmente democráticos” (Butler, 2010, p. 20). Pero también han de ser tenidos en cuenta para evidenciar la agencia, la creatividad y la potencia de cuidar y proteger a través de mecanismos y recursos “al margen”, porque si bien el cuerpo es doliente y precario (Olaya Fernández Guerreo, 2012) y en la distribución diferencial del cuidado de las vidas en algunos cuerpos el dolor y la precariedad explotan, a través de su participación en la vida social, en el cuerpo se destaca también la capacidad de agencia, su potencial de agrietar marcos y estructuras de saber/poder que contribuyen a la exclusión, al dolor y al sufrimiento: el cuerpo “establece la posibilidad de sentir alivio en el sufrimiento, de conocer la justicia e incluso el amor” (Butler, 2010, p. 93 y 94). Los análisis del cuerpo que tienen en cuenta los contextos sociales y políticos, y sus transformaciones, permiten

“demostrar empíricamente que en medio de los discursos y las instituciones están viviendo y actuando cuerpos múltiples y diversos que no es posible olvidar " (Esteban, 2004, p.26).

Teniendo en cuenta estos hallazgos y coincidiendo con Alves y Souza (1999), Menéndez (2005) y Venturiello (2012), el conocimiento y la utilización de la información sobre los itinerarios de reconstrucción por parte de los profesionales y los servicios de salud, constituye una oportunidad para ofrecer cuidados más acordes a las necesidades de los usuarios y sus familias: “identificar, describir y analizar las diferentes formas de atención que los conjuntos sociales manejan respecto a la variedad de padecimientos reales e imaginarios que reconocen que afectan su salud (...) es el punto de partida para establecer la existencia de los padecimientos y las formas de atención que los grupos no sólo reconocen sino que sobre todo utilizan” (Menéndez, 2005, p. 37).

Es necesario también poner frente a estas situaciones (no solo los recursos y comprensiones encarnadas del padecimiento, sino también de las violencias institucionales) a las élites que producen los discursos hegemónicos de la ley y de la ciencia; en palabras de Martínez Hernáez y Correa Urquiza (2017), se requiere hacer un ejercicio de *resocialización*:

Resocializar es mostrar la desigualdad social que subyace a los procesos de salud, enfermedad y atención, pero también destacar el papel de las hegemonías en la construcción de doctrinas generadoras de la ilusión de consenso cuando, en los hechos, impera el conflicto y la inequidad. Hegemonías que facilitan las transacciones verticales hacia los colectivos subalternos desactivando la producción de sus propios saberes y también de sus contrahegemonías. Resocializar es, a la vez, retomar la enfermedad como una especie de “hecho biosocial total” en el que se condensa la complejidad de lo que somos, desde nuestra anatomía y fisiología hasta la corporalización (embodiment) de la economía política en esa misma anatomía y fisiología (p. 268)

Para finalizar, estos itinerarios de reconstrucción invitan a rescatar el rol de la co-responsabilidad en el mantenimiento de las vidas, e invitan a pensar en formas alternativas (a las que actualmente triunfan en las esferas de toma de decisión) de comprender y reaccionar frente al sufrimiento producido por este tipo de ataques, sufrimiento que no se restringe al momento del ataque mismo, sino que se perpetúa por años no solo por las secuelas del químico sobre las pieles, sino por las vivencias de revictimización y exclusión que cogen

vida en los escenarios pensados para brindar protección. Estos itinerarios ponen de relieve la impostergable tarea de repensar las racionalidades que operan en las instituciones pensadas y designadas para proteger a estas mujeres, para que se den formas más democráticas, incluyentes y sensibles de cuidar desde lo institucional.

Referencias

- Abadía Barrero, C. E. y Oviedo Manrique, D. G. (2010). Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 86-102.
- Abu-Lughod, L. (1990). Can there be a feminist ethnography? *Women & Performance: a journal of feminist theory*, 5(1), 7-27.
- Acosta Zárate, L. A. y Medina Rico, R. H. (2014). Ataques con ácido: desdibujando el camino entre la imputación fáctica y la imputación jurídica en el derecho penal. *Revista Derecho Penal y Criminología*, 35(99), 61-87.
- Aguilar Ros, A. y Morfin Otero, F. (2007). El cuerpo conciliado. Una revisión del cuerpo en la filosofía y el pensamiento social. En: Múñiz, E., List, M. (Coord.) *Pensar El Cuerpo* (pp. 11–33). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Alcoff, L (2005). *Visible Identities. Race, gender and the Self*. Oxford University Press.
- Allué, M. (2013). *Perder la piel*. Grupo Planeta.
- Alu, M. (2014). El cuerpo como objeto de las políticas públicas: de qué hablamos cuando hablamos del cuerpo político. En: García, E., Fortunato, A. (Coord.) *Actas de las “I Jornadas internacionales Filosofías del cuerpo / Cuerpos de la Filosofía”* (pp. 12-17). Universidad de Buenos Aires.
- Álvarez-Sousa, A. (1996). El constructivismo estructuralista: La teoría de las clases sociales de Pierre Bourdieu. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, 75, 145-172.
- Alves, P.C. y Souza, I.M. (1999). Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. En: Rabelo, M.C.M, Alves, P.C., Y Souza, I.M. (Eds). *Experiência de doença e narrativa [online]* (pp. 125-138). Editora Fiocruz. Tomado de: <https://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf#page=127>.
- Anderson, E. (2020). Feminist Epistemology and Philosophy of Science. En: *Stanford encyclopedia of philosophy*. Tomado de: <https://plato.stanford.edu/entries/feminism-epistemology/>

- Anzaldúa, G. (1988). Hablar en lenguas. Una carta a escritoras tercermundistas. En: Moraga, C. y Castillo, A. (Eds.), *Esta puente, mi espalda. Voces de mujeres tercermundistas en los Estados Unidos*. (pp. 218-222). ISM Press.
- Anzaldúa, G. (1999). *Borderlands/La Frontera: The New Mestiza*. Aunt Lute.
- Arteaga Botello, N. (2008). Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel. *Sociológica*, 23(68), pp. 151-175.
- Augé, M. (1986). L'Anthropologie de la maladie. *L'Homme*, 26(97/98), 81-90.
<http://www.jstor.org/stable/25132215>
- Austin, J. L. (1962). *Cómo hacer cosas con palabras*. Escuela de Filosofía Universidad ARCIS.
Tomado de:https://revistaliterariakatharsis.org/Como_hacer_cosas_con_palabras.pdf
- Balash, M. y Montenegro, M. (2003). Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas. *Encuentros en Psicología Social*, 1(3), 44-48.
- Balsamo, A. M. (1996). *Technologies of the gendered body: Reading cyborg women*. Duke University Press.
- Banco Mundial (2019). Índice de Gini. Tomado de:
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI?locations=CO&view=chart>
- Bartra, E. (2002). Acerca de la investigación y la metodología feminista. En Bartra, E. (Comp.), *Debates en torno a una metodología feminista*. UAM-Xochimilco/PUEG.
- Bello, M. (2003). El desplazamiento forzado en Colombia: acumulación de capital y exclusión social. *Aportes Andinos No.7*. Universidad Andina Simón Bolívar. Tomado de:
<https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/613>
- Berardi, F. (2019). *Futurabilidad: la era de la impotencia y el horizonte de la posibilidad*. Caja Negra.
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogenes*, 225, 70-88.
- Blum, V. (2003). *Flesh wounds: The culture of cosmetic surgery*. Univ of California Press.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. Univ of California Press.
- Bordo, S. (2001). El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. *Revista de estudios de género. La Ventana*, 14, 7-81.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. Minuit.

- Bourdieu, P. (1999). Comprender. En: *La miseria del mundo* (pp. 527-543). Akal.
- Bourdieu, P. (2001). *El oficio del científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2003). *Ciencia de la ciencia y reflexividad. El oficio de científico*. Anagrama.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico*. Siglo XXI editores.
- Braidotti, R. (2005). A Critical Cartography of Feminist Post-postmodernism. *Australian Feminist Studies*, 20(47), 169–180. <https://doi.org/10.1080/08164640500090319>
- Braidotti, R. (2012). Interview with Rosi Braidotti. En: Dolphijn, R y van der Tuin, I. *New materialism: Interviews & cartographies*. Open humanities press.
- Bran, L., Valencia, A., Palacios, L., Gómez, S., Acevedo, Y. y Arias, C. (2020) Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Colombia, 2013-2017. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 29-38. DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.2.6
- Bourgois, P., Holmes, S. M., Sue, K. y Quesada, J. (2017). Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(3), 299–307. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001294>
- Burr, V. (2002). *Gender and social psychology*. Routledge.
- Butler, J. (2006). *Precarious life. The powers of Mourning and Violence*. Verso.
- Butler, J. (2010). *Frames of War: when is life Grievable?*. Verso.
- Butler, J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política. Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Paidós.
- Cabrera, M. y Monroy, L. V. (2014). Transfeminismo, decolonialidad y el asunto del conocimiento: inflexiones de los feminismos disidentes contemporáneos. *Universitas humanística*, 78(78). Tomado de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/univhumanistica/article/view/8759>
- Carosio, A. (2014). Mujeres y género en las políticas sociales latinoamericanas. En: Carosio, A. (Coord.), *Feminismos para un cambio civilizatorio* (pp. 85-110). CLACSO.

- Castro-Gómez, S. (2016). *Historia de la gubernamentalidad II. Filosofía, cristianismo y sexualidad en Michel Foucault*. Siglo del Hombre Editores.
- Coll-Planas, G., Alfama, E. y Cruells, M. (2013). We are generated women. The discourse construction of feminine breast in the medical context. *Athenea Digital*, 13(3), 121-135.
- Coll-Planas, G. (2014). «Me quedaré con lo positivo»: Análisis de blogs de mujeres con cáncer de mama. *Aloma*, 32(1), 33-44.
- Coll-Planas, G., Alfama, E. y Cruells, M. (2017). Breast Surgery as a Gender Technology: Analyzing Plastic Surgeons' Discourses. *Studies in Gender and Sexuality*, 18(3), 178-189. DOI: 10.1080/15240657.2017.1349504
- Comas d'Argemir, D. (2011). La violencia sobre las mujeres en la agenda política, en la sociedad y en los medios de comunicación. *Ankulegi. Revista de Antropología Social*, 15, 175-190.
- Comas-d'Argemir, D. (2014). La violencia de género en los medios de comunicación. Cómo y cuándo se representa como un problema público. En: *Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español, Periferias, fronteras y diálogos*. Tomado de: <http://digital.publicacionsurv.cat/index.php/purv/catalog/book/123>
- Comas d'Argemir, D. (2015). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404.
- Comas d'Argemir, D. (2017). El don y la reciprocidad tienen género: las bases morales de los cuidados. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22(2), 17-32.
- Comas d'Argemir, D. (2019). Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados. *Cuadernos de Antropología Social*, 49, 13-29.
- Congreso de la República de Colombia (1994). Ley 142. Por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.433 de 11 de julio de 1994. Tomado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0142_1994.html
- Congreso de la República de Colombia. (2013). Ley 1639. Por medio de la cual se fortalecen las medidas de protección a la integridad de las víctimas de crímenes con ácido y se adiciona el artículo 113 de la ley 599 de 2000. 2 de julio de 2013. Tomado de:

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201639%20DEL%202020DE%20JULIO%20DE%202013.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 16 de febrero de 2015.

Tomado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2016). Ley 1773. Por medio de la cual se crea el artículo 116A, se modifican los artículos 68A, 104, 113,359, Y 374 de la ley 599 de 2000 y se modifica el artículo 351 de la ley 906 de 2004. 6 de enero de 2016. Tomado de: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201773%20DEL%206%20DE%20ENERO%20DE%202016.pdf>

Congreso de la República de Colombia. (2019). Ley 1971. Por medio de la cual se modifica el artículo 5° de la Ley 1639 de 2013, se crean otras medidas de protección a favor de las víctimas de delitos con sustancias corrosivas a la piel, y se dictan otras disposiciones. Viernes, 12 de julio de 2019. Diario oficial. Año CLV No. 51.012, Bogotá, D. C. Tomado de: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30036641>

Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, ONU Mujeres y AECID. (2015). Segunda medición del estudio sobre tolerancia social e institucional de las violencias contra las mujeres. Tomado de: <http://www.equidadmujer.gov.co/ejes/Documents/Segunda-medicion-estudio-tolerancia-violencias-contra-mujeres.pdf>

Córdoba, M. (2016). La evolución conceptual y valorativa de la paciente de cirugía estética. En *IX Jornadas de Sociología de la UNLP 5 al 7 de diciembre de 2016*. Universidad Nacional de La Plata.

Córdoba, M. D. (2019). La cirugía estética y la normalización de la subjetividad femenina: Un análisis textual. [Tesis doctoral]. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba.

Córdoba, M. D. (2019). La cirugía estética como tecnología de género. Trascendiendo el modelo de la “idiota cultural” y el enfoque de la “agente femenina”. *Trabajo y Sociedad*, 32(1), 543-559.

Corzo, J. F. (2014). ¿Qué son las políticas públicas? *IEXE-Escuela de Políticas Públicas*. Recuperado de <https://www.iexe.edu.mx/blog/que-son-las-politicas-publicas.html>.

- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1(8), 139-167. Tomado de: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- Crenshaw, K (2012). Cartografiando los márgenes. Interseccionalidad, políticas identitarias y violencia contra las mujeres de color. En: Platero, R. (Ed.), *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Edicions Bellaterra.
- Csordas, T. (2013). Fenomenologia cultural corporeidade: agência, diferença sexual, e doença. *Educação*, 36(3), p. 292-305.
- Davies, B. y Harré, R. (1990) Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20(1), 43–63.
- Davies, B. y Harré, R. (2007). Posicionamiento: La producción discursiva de la identidad. Traducción de Cisneros Puebla, C. *Athenea Digital*, 12, 242-259.
- Davis, A. (1981). *Women, Race and Class*. Randon House.
- Davis, K. (1997). Cosmetic Surgery as Feminist Utopia? *European Journal of Women's Studies*, 4(1), 23-37.
- Daza Navarrete, G. (2006). Las víctimas en la socialización. *Nómadas*, 25, 110-117.
- Del Vecchio Good, M.J. (1995). Cultural studies of biomedicine: an agenda for research. *Soc. Sci. Med.* 41(4), 461-473.
- Delgado Barón, M. (2015). Las víctimas del conflicto armado colombiano en la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras: apropiación y resignificación de una categoría jurídica. *Perfiles latinoamericanos*, 23(46), 121-145.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2018). Comunicado de prensa del 22 de marzo de 2018. Estadísticas de Pobreza Monetaria 2017. Tomado de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/cp_pobreza_monetaria_17.pdf
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2020). Estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios. Tomado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica>

- Díaz Granados, C. G. (2014). Lesiones personales causadas con ácidos, álcalis, sustancias similares o corrosivas, una reforma del 2013. *Derecho Público*, 33, 3-33.
- Eisenberg, L. (1977). Disease and illness distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Culture, medicine and psychiatry*, 1(1), 9-23.
- El Espectador (24 de mayo de 2012). Gobierno y Fiscalía lanzan plan de choque para casos de ataques con ácido. Tomado de: <https://www.elespectador.com/noticias/politica/gobierno-y-fiscalia-lanzan-plan-de-choque-casos-de-ataq-articulo-348412>
- Engel Gerhardt, T. E. (2006). Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2449-2463.
- Esguerra Muelle, C. (2019). Etnografía, acción feminista y cuidado: una reflexión personal mínima. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología* 35, 91-111. <https://doi.org/10.7440/antipoda35.2019.05>
- Esperón, J. P. E. (2014). La comprensión deleuzaina del cuerpo a través de las filosofías de Spinoza y Nietzsche. En: *Actas de las " I Jornadas internacionales Filosofías del cuerpo/Cuerpos de la Filosofía"* (pp. 93-97). Universidad de Buenos Aires.
- Esteban, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Bellaterra.
- Esteban, M. L. (2004a). Antropología encarnada. Antropología desde una misma. *Papeles del CEIC*, 12. Tomado de: <http://www.ehu.es/CEIC/papeles/12.pdf>
- Esteban, M. L. (2008). Etnografía, itinerarios corporales y cambio social: apuntes teóricos y metodológicos. En: Imaz, E. (Ed.), *La materialidad de la identidad* (pp.135-158). Hariadna.
- Fausto-Sterling, A. (2008). The bare bones of race. *Social Studies of Science*, 38(5), 657-694.
- Feminicidio.net. (21 de junio de 2012). Colombia: país con el índice más elevado del mundo en ataques a mujeres con ácido. Tomado de: <http://www.feminicidio.net/articulo/colombia-pa%C3%ADs-con-el-%C3%ADndice-m%C3%A1s-elevado-del-mundo-en-ataques-mujeres-con-%C3%A1cido>
- Fernández-Garrido, S. y Alegre-Agís, E. (2019). Cuando la voz tiembla y la disculpa incorporada emerge: autoetnografías en clave feminista. En: Fernández-Garrido, S. y Alegre-Agís, E. (Eds). *Autoetnografías, cuerpos y emociones (II). Perspectivas feministas en la investigación en salud (Vol. 31)* (pp. 23-37). Publicacions Universitat Rovira i Virgili.

- Fernández Jiménez, E. M., De Diego García, F. y Sandoval González (2001). Quemaduras en la infancia. Valoración y tratamiento. *Bol Pediatr*, 41(176), 99-105. Tomado de: <http://www.uniquem.org/UNIQUEM/Media/f0eab023-faf2-4787-901b-c0e66c3661e1.pdf>
- Ferrándiz, F. (2004). *Escenarios del cuerpo: espiritismo y sociedad en Venezuela*. Universidad de Deusto.
- Figari, C. (2010). *Conocimiento situado y técnicas amorosas de la ciencia. Tópicos de epistemología crítica*. Mimeo.
- Fiscalía General de la Nación. (2012). Etiqueta: ácido. Tomado de: <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/tag/acido/page/3/>
- Foucault, M. (2008). *L'archéologie du savoir*. Gallimard.
- Franco Gamboa, A. (2013). Daño y reconstrucción de la cotidianidad en covíctimas y sobrevivientes de minas antipersonal en Colombia. *Nómadas (Col)*, (38), 115-131.
- Franco Gamboa, A. (2016). Fronteras simbólicas entre expertos y víctimas de la guerra en Colombia. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 24, 35-53. ISSN 1900-5407.
- Fraser, N. (1996). Redistribución y reconocimiento: hacia una visión integrada de justicia del género. *Revista Internacional de Filosofía Política*, 8, 18-40.
- Fricke, M. (2017). *Injusticia epistémica*. Herder.
- Galán Sarmiento, L. C. (1981). Los privilegios de Colombia. *Nueva Frontera*, 340, 37-41. Tomado de: <https://www.javeriana.edu.co/documents/5158636/5189357/06+Los+privilegios+de+Colombia.pdf/18cd8557-30c0-466c-a086-e4e3b5c8aaea>
- García-Santesmases Fernández, A. y Centeno Ortiz, A. (2015). Wannabes, pretendents y devotees: el deseo de los monstruos. En: *Políticas, prácticas y pedagogías traNs*. (105-118). Universitat Oberta de Catalunya.
- Gava, G.B. (2016). O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS): reformas, organização, avanços e principais desafios da experiência colombiana. 132 f. Dissertação – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Gaviria-Castellanos, J. L., Gómez-Ortega, V. y Gutiérrez, P. (2015). Quemaduras químicas por agresión: características e incidencia recogidas en el Hospital Simón Bolívar, Bogotá, Colombia. *Cirugía plástica Ibero-latinoamericana*, 41(1), 73-82.

- Gil Hernández, F. (2011). Estado y procesos políticos. Sexualidad e interseccionalidad. En: Correa, S. y Parker R (Eds.), *Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos* (pp. 80-99). Sexuality Policy Watch. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. ISBN: 978-85-88684-52-2.
- Gilbert, K. (2000). *The emotional nature of qualitative research*. CRC Press.
- Gold, P. (1970). *Women in the: Anthropological Experiences*. Aldine Publishing Company.
- Gravlee, C. C. (2009). How race becomes biology: embodiment of social inequality. *American journal of physical anthropology*, 139(1), 47-57.
- Gregorio Gil, C. (2014). Traspasando las fronteras dentro-fuera: Reflexiones desde una etnografía feminista. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 9(3) 297 – 322
- Gregorio Gil, C. (2019). Explorar posibilidades y potencialidades de una etnografía feminista. *Disparidades. Revista De Antropología*, 74(1), p. 1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.3989/dra.2019.01.002.01>
- Grosfoguel, R. (2016). Del extractivismo económico al extractivismo epistémico y ontológico. *Tabula Rasa*, 24, 123-143.
- Grotz, E. (1995). *Bodies-cities, Space. Time and Perversion*. Routledge
- Grupo de Memoria Histórica. (2013). *¡Basta Ya! Colombia: memorias de guerra y dignidad*. Centro de Memoria Histórica.
- Guerrero, L. (2013). Burns due to acid assaults in Bogota, Colombia. *Burns*, 39, 1018 – 1023.
- Habib M.E., Al-Samarrae, M., Shoeib, F. E. y Latif, G.A. (2014) Emergency Management of Chemical Burns. *J Emerg Med Trauma Surg Care* 1, (1). DOI: 10.24966/ETS8798/100001
- Hage, G. (2009). Hating Israel in the field: On ethnography and political emotions. *Anthropological Theory*, 9(1), 59-79.
- Haraway, D. (1988). Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist studies*, 14(3), 575-599.
- Haraway, D. (1991). *Cyborgs, simians, and women: The reinvention of nature*. Routledge.
- Haraway, D. (1997). *Testigo_Modesto@Segundo_Milenio.HombreHembra©_Conoce_Oncoratón®*. UOC: Colección Nuevas Tecnologías y Sociedad.
- Haraway, D. (2016). *Staying with the trouble: Making kin in the Chthulucene*. Duke University Press.

- Haraway, D. (2017). The biopolitics of postmodern bodies: Determinations of self in immune system discourse. En: *Simians, Cyborgs and Woman. The reinvention of nature.* (pp. 203-214). Routledge.
- Harding, S. (1991). *Whose science? Whose knowledge? Thinking from women's lives.* Cornell University Press.
- Harding, S. (1992). Rethinking standpoint epistemology: What is "strong objectivity?". *The Centennial Review*, 36(3), 437-470
- Harding, S. G. (2004). *The feminist standpoint theory reader: Intellectual and political controversies.* Roudlege.
- Hardig, S. (2010). ¿Una filosofía de la ciencia socialmente relevante? Argumentos en torno a la controversia sobre el punto de vista feminista. En: Blazquez Graf., Flores Palacios., Ríos Everardo (Coord.), *Investigación feminista: epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 39-67). UNAM.
- Harstock, N. (1983). The feminist standpoint: developing the ground for a specifically feminist historical materialism. Discovering reality. En: Harding y Hintikka (Eds). *Discovering Reality. Synthese Library, vol 161* (pp. 283-310). Springer. DOI: https://doi.org/10.1007/0-306-48017-4_15
- Herzfeld, M. (1992). *The social production of indifference. Exploring the symbolic roots of western bureaucracy.* The University Chicago Press.
- Hill Collins, P. (1986). Learning from the outsider within: The sociological significance of Black feminist thought. *Social problems*, 33(6), s14-s32.
- Hill Collins, P. (2012). Rasgos distintivos del pensamiento feminista negro. En: Jabardo (Ed.), *Feminismos negros Una antología* (pp. 99-134). Traficantes de sueños.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2012). Forensis. Datos para la vida. Tomado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49514/Violencia+Interpersonal.pdf>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2013). Forensis. Datos para la vida. Tomado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49517/Violencia+interpersonal.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2014). Forensis. Datos para la vida.

Tomado de:

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49520/Forensis+2014+Datos+para+la+vida.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2016). Forensis. Datos para la vida.

Tomado de:

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49526/Forensis+2016.+Datos+para+la+vida.pdf>

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2019). Forensis. Datos para la vida.

Tomado de: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>

Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. (2015). Informe Nacional de las Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Imprenta Nacional de Colombia: Bogotá.

Instituto Nacional de Salud. (2015). Informe final del evento de violencia de género. Tomado de:

<http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Violencia%20de%20género%202015.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2016). Informe del evento de violencia de género en Colombia. Tomado de:

<http://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/Violencia%20de%20género%202016.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2017). Informe del evento de violencia de género en Colombia, hasta el periodo epidemiológico xi. Tomado de: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Violencia%20de%20género%20PE%20XI%202017.pdf>

Iñiguez Rueda, L. (2003). *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Editorial UOC.

Iribarren, O. y González, C. (2001). Quemaduras por agentes químicos. *Cuad. Cir.* 15, 61-69.

Tomado de: <http://mingaonline.uach.cl/pdf/cuadcir/v15n1/ART12.pdf>

Jones, C. (1949). An End to the Neglect of the Problems of the Negro Woman. *Political Affairs*, 28, 51-67.

Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12, p. 85-93.

- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press.
<https://doi.org/10.1525/9780520340848>
- Kuzawa, C. W. y Sweet, E. (2009). Epigenetics and the embodiment of race: developmental origins of US racial disparities in cardiovascular health. *American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Association*, 21(1), 2-15.
- Lafrance, M. (2013). From the Skin Ego to the Psychic Envelope: An Introduction to the Work of Didier Anzieu. En: Cavanagh, S., Failler, A., Johnston, A (Ed). *Skin, Culture and Psychoanalysis* (pp. 16-45). Palgrave McMillan.
- Lafrance, M. (2018). Skin studies: Past, present and future. *Body & Society*, 24(1-2), 1-30.
- Latour, B. (2004). How to talk about the body? The normative dimension of science studies. *Body & society*, 10(2-3), 205-229.
- Le Breton, D. (2009). El rostro y lo sagrado: algunos puntos de análisis. *Universitas humanística*, 68, 139-153. ISSN: 0120-4807
- Le Breton, D. (2017). El cuerpo herido identidades estalladas contemporáneas. Praxis Educativa.
- Lee-Treweek, G. y Linkogle, S. (2000). *Danger in the field: risk and ethics in social research*. Routledge.
- Lennon, K. (2010). Feminist perspectives on the body. En: Zalta, E. N. (Ed.), *The Stanford encyclopedia of philosophy*. Tomado de:
<http://plato.stanford.edu/archives/fall2014/entries/feminist-body>
- Levi-Strauss, C. (1955). *Tristes tropiques*. Librairie Plon.
- Levins Morales, A. (2004). Intelectual orgánica certificada. En: *Otras inapropiables: feminismo desde las fronteras*. (pp. 63-70). Traficantes de Sueños.
- Levy, N. (2016), Emotional landscapes; discomfort in the field. *Qualitative Research Journal*, 16(1), 39-50. <https://doi.org/10.1108/QRJ-08-2014-0036>
- Lima, N. C. D., Baptista, T. W. D. F. y Vargas, E. P. (2017). Ensaio sobre ‘cegueiras’: itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21, 615-627.

- Lobo Vianna Cabral, A. L., Martínez-Hernández, A., Gurgel Andrade, E. I. y Leal Cherchiglia, M. (2011). Therapeutic itineraries: state of the art of scientific production in Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, 16(11), 4433-4442.
- Lorde, A. (1984). *The Master's Tools Will Never Dismantle the Master's House*. Penguin Modern.
- Lupton, D. (2012). *La medicina como cultura: la enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Universidad de Antioquia.
- Mahera Khaleque (2010). Acid attacks in Bangladesh. En: Wingeate Pike, D (Ed.), *Women's Issues: Crimes against Women* (243-249). Nova Science Publishers.
- Mannan, A., Ghani, S., Clarke, A., Butler, P. E. M. (2007). Cases of chemical assault worldwide: A literature review. *Burns*, 33, 149–154.
- Marcus, G. (2001). La etnografía multisituada. *Annual Review of Anthropology*, 24, 95 - 117. Traducción de Miguel Ángel Aguilar Díaz.
- Marcus, G. (2008). El o los fines de la etnografía: del desorden de lo experimental al desorden de lo barroco. *Revista de Antropología Social*, 17, 27-48.
- Marcus, G. (2018). “Multi-sited Ethnography: Five or Six Things I Know About It Now”. Versión traducida del artículo publicado en: Coleman, S y von Hellerman, P. (Eds.). *Multi-Sited Ethnography: Problems and Possibilities in the Translocation of Research Methods*. (pp. 16-32). Routledge.
- Martín-Rojo, L., Pardo, M. L. y Whittaker, R. (1998). El análisis crítico del discurso: una mirada indisciplinada. En: *Poder-decir: o el poder de los discursos* (pp. 9-34). Arrecife.
- Martín-Rojo, L. (2006). El análisis crítico del discurso: fronteras y exclusión social en los discursos racistas. En: *Análisis del discurso: Manual para las ciencias sociales* (pp. 161-196). Editorial UOC.

- Martínez, A. (2015). La Tensión entre Materialidad y Discurso: La mirada de Judith Butler sobre el cuerpo. *Cinta de moebio*, 54, 325-335. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2015000300009>
- Martínez Hernández, A. (s.f). Los itinerarios terapéuticos y la relación médico-paciente. Tomado de: http://www.redisir.net/pluginfile.php/43/mod_folder/content/0/1.%20Competencia%20intercultural/Documentaci%C3%B3n/1.3.3.%20Itinerarios%20 terapeuticos.pdf?forcedownload=1
- Martínez-Hernández, A., Pié Balaguer, A., Serrano-Miguel, M., Alegre-Agís, E., Morales Sáez, N., Cela Bertran, X., Bekele, D., García-Santemases Fernández, A., y Correa-Urquiza, M. (2020). Crónica de un desencuentro: la medicalización de la psicosis y sus laberintos en la Cataluña urbana. En: Epele, M. E. (Comp.), *Políticas terapéuticas y economías de sufrimiento. Perspectivas y debates contemporáneos sobre las tecnologías psi* (pp. 79-102). CLACSO.
- Mauss, M. (1936). Les techniques du corps. *Journal de psychologie*, 32(3-4), 271-293.
- Mèlich Sangrà, J. C. (2014). La condición vulnerable (Una lectura de Emmanuel Levinas, Judith Butler y Adriana Cavarero). *Ars Brevis*, 20, 313-331, <https://www.raco.cat/index.php/ArsBrevis/article/view/295373>
- Menendez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de antropología social*, 14, p. 33-69, 2005. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Modelo de Atención Integral en Salud para casos de Violencia Sexual*. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MODELO%20DE%20ATENCIÓN%20A%20VÍCTIMAS%20DE%20VIOLENCIA%20SEXUAL.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014) República de Colombia. Decreto 1033. 29 de mayo de 2014. Tomado de: <https://www.invima.gov.co/images/pdf/Ácidos-álcalis/DECRETO%201033%20DEL%2029%20DE%20MAYO%20DE%202014.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Resolución 2715. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2715-de-2014.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014) Resolución 4568. Diario Oficial No. 49.325. Colombia. 4 de noviembre de 2014. Tomado de:

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_4568_2014.htm

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). SIVIGE. Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género. Marco Normativo, conceptual y operativo. Bogotá: DANE, UNFPA, ONU mujeres, USAID, INMLCF. Tomado de: <http://www.mesadegenerocolombia.org/sites/default/files/sivige.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). SIVIGE. Sistema Integrado de Información sobre Violencias de Género. Marco Normativo, conceptual y operativo. Bogotá: DANE, UNFPA, ONU mujeres, USAID, INMLCF. Tomado de: <http://www.mesadegenerocolombia.org/sites/default/files/sivige.pdf>

Ministerio de Salud. (2018). Epidemiología y demografía. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/default.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 3512 del 26 de diciembre de 2019, por la cual se actualizan los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capilación (UPC). República de Colombia. Tomado de: <https://achc.org.co/wp-content/uploads/2019/12/Resolucion-No.-3512-de-2019-Actualización-coberturas-UPC-2020.pdf>

Ministerio de Salud. (2020a). Colombia sigue avanzando en la cobertura universal en salud. Boletín de Prensa No 920 de 2020. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-sigue-avanzando-en-la-cobertura-universal-en-salud-.aspx>

Ministerio de Salud. (2020b). Resolución 2481. Por la cual se actualizan integralmente los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capilación (UPC). 24 de diciembre de 2020. Tomado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%202481%20de%202020.pdf

Mohanty, C. T. (2013) Transnational feminist crossings: On neoliberalism and radical critique. *Signs* 38(4): 967–991.

Montenegro, M., Pujol, J. y Vargas-Monroy, L. (2015). Miradas, formas de hacer y relaciones en la constitución de una investigación crítica. *Universitas Psychologica*, 14(5), 1833-1851.

- Muñiz, E. (2007). Cuerpo y corporalidad. Lecturas sobre el cuerpo. *Tratado de psicología social*, 67-95.
- Nelson, D. M. (2015). *Who Counts?: The Mathematics of Death and Life After Genocide*. Duke University Press.
- Ortega, F. (2008). Rehabilitar la cotidianidad. En: Ortega (Ed). *Sujetos del dolor, agentes de dignidad* (pp. 15-69). Universidad Nacional de Colombia y Pontificia Universidad Javeriana.
- Peck, M. (2012). Epidemiology of burns throughout the World. Part II: Intentional burns in adults. *Burns*, 38, 630-637.
- Pedraza Gómez, Z. (2004). El régimen biopolítico en América Latina. Cuerpo y pensamiento social. *Iberoamericana*, 4(15), 7–19. <http://www.jstor.org/stable/41675529>
- Pérez-Bustos, T., Tobar-Roa, V. y Márquez-Gutiérrez, S. (2016). Etnografías de los contactos. Reflexiones feministas sobre el bordado como conocimiento. *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 26, 47-66.
- Perez-Sedeño, E. y Ortega Arjonilla, E. (2014). *Cartografías del cuerpo*. Ediciones Cátedra.
- Pérez Sedeño, E. (2014). Feminismo, ética y cirugía estética. En: Perez-Sedeño, E. y Ortega Arjonilla, E. (Eds.), *Cartografías del cuerpo: biopolíticas de la ciencia y la tecnología* (pp. 91-132). Ediciones Cátedra.
- Preciado, B. (2008). *Testo yonqui*. Ed. Espasa Libros.
- Price, J. y Shildrick, M. (Eds.). (1999). *Feminist theory and the body: a reader*. Taylor & Francis.
- RAE. (2021). Fisionomía. Tomado de: <https://dle.rae.es/fisionom%C3%ADa#7qfLgkU>
- Restrepo-Zea, J. H., Casas-Bustamante, L. P. y Espinal-Piedrahita, J. J. (2020). Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?. *Revista de Salud Pública*, 20, 670-676.
- Rich, A. (1986). *Blood, Bread, and Poetry: Selected Prose 1979-1985*. W.W. Norton & Company.
- Rose, D. (2001). Revisiting feminist research methodologies. Submitted to Status of Women Canada, Research Division. Tomado de: https://www.researchgate.net/publication/228376960_Revisiting_Feminist_Research_Methodologies_A_Working_Paper
- Sabido Ramos, O. (2010). Una reflexión teórica sobre el cuerpo. A propósito de una contingencia sanitaria. *Estudios Sociológicos*, XXVIII(84), 813-845. ISSN: 0185-4186. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=598/59820671006>

- Sabzi Khoshnami, M., Mohammadi, E., Addelyan Rasi, H., Reza Khankeh, H. y Arshi, M. (2017). Conceptual model of acid attacks based on survivor's experiences: Lessons from a qualitative exploration. *Burns*, 43, 608-618.
- Salem, S. (2018). Intersectionality and its discontents: Intersectionality as traveling theory. *European Journal of Women's Studies*, 25(4), 403-418.
- Sandoval, C. (2004). Nuevas ciencias. Feminismo cyborg y metodología de los oprimidos. En: Macho Ronco, R., Romero Fernández Sancho, H., Salcedo Rufo, A., Serrano Gimenez, M (Trad.). *Otras inapropiables Feminismos desde las fronteras* (pp. 81-106). Madrid: Traficantes de sueños.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 1, 6-41.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. University of California Press.
- Scheper-Hughes, N. (1996). Small wars and invisible genocides. *Social Science & Medicine*, 43(5), 889-900.
- Scheper-Hughes, N. (1997). Demography without numbers. En: Kertzner, D., Frike, T (Eds.), *Anthropological demography: Toward a new synthesis* (pp. 201-222). The University of Chicago Press.
- Schildkrout, E. (2004). Inscribing the body. *Annu. Rev. Anthropol.*, 33, 319-344.
- Scott, J. C. (2013). *Elogio del anarquismo*. Crítica.
- Scott, J. (2017). Conferencia presentada en la Universidad de los Andes. Bogotá, Colombia.
- Secretaria Distrital de la Mujer. (2015). *Guía de manejo inicial para primera o primer respondedor en caso de ataques con agentes químicos*. Alcaldía mayor de Bogotá.
- Secretaría Distrital del la Mujer. (2021). Boletín sobre ataques con agentes químicos. Tomado de: https://sdmujer.gov.co/sites/default/files/2021-07/documentos/boletin-ataques-con-agentes-quimicos_.pdf
- Shilling, C. (1993). *The body and social theory*. Sage.
- Sotomayor Acosta, J. O. (2007). Las recientes reformas penales en Colombia: un ejemplo de irracionalidad legislativa. *Nuevo Foro Penal*, 71, 13-66.

- Soto, M. (2015). *El renacimiento de Natalia Ponce de León: Itinerario de una vida que venció a la barbarie*. Intermedio Editores SAS.
- Strathern, M. (1992). *Reproducing the future: essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Manchester University Press.
- Tavares, F. (2017). F. Rediscutiendo conceptos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos. *Mana [online]*, 23(1), p. 201-228. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1678-49442017v23n1p201>
- Taylor, L. M. (2001). Saving face: Acid attack laws after the U.N. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. *Georgia Journal of International and Comparative Law*, 29, 395–426.
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós. Tomado de: <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2011/12/Introduccion-a-metodos-cualitativos-de-investigación-Taylor-y-Bogdan.-344-pags-pdf.pdf>
- Tobar Salazar, S. y Pimienta Tabares, S. (2016). Una aproximación a los criterios de racionalidad penal a partir del análisis de la ley 1773 de 2016 "Natalia Ponce de León". Monografía para optar por el título de abogado. Universidad EAFIT: Medellín.
- Troncoso Pérez, L., Galaz Valderrama, C. y Alvarez, C. (2017). Las producciones narrativas como metodología de investigación feminista en Psicología Social Crítica: Tensiones y desafíos. *Psicoperspectivas*, 16(2), 20-32. DOI 10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue2-fulltext-956 Publicado
- Uribe Mallarino, C., Vásquez Cardozo, S. y Pardo Pérez, C. (2006). Subsidiary segregate: la política de estratificación y sus efectos sobre la movilidad social en Bogotá. *Papel Politico*, 11(1), 69-94. Tomado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-44092006000100004&lng=en&tlng=es
- Uribe-Mallarino, C. (2008). Estratificación social en Bogotá: de la política pública a la dinámica de la segregación social. *Universitas Humanística*, 65, 139-171. ISSN: 0120-4807. Tomado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=791/79106508>

- Uribe Mallarino, C. y Jaramillo Marín, J. (2016). Las fronteras de la pobreza en Bogotá. *Perfiles latinoamericanos*, 24(48), 243-264. <https://doi.org/10.18504/pl2448-010-2016>
- Vaggione, A. (2009). Enfermedad, cuerpo, discursos: tres relatos sobre la experiencia. En: Scribano, A. y Figari, C. (Comps.), *Cuerpo(s), Subjetividad(es) y Conflicto(s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica* (119-130). CICCUS-CLACSO.
- Ventura, L. (2018). Mal de Chagas: una etnografía corporeizada sobre el risc latent. Tesis Doctoral. URV.
- Venturiello, M. P. (2012). Itinerario terapéutico de las personas con discapacidad y mediaciones en el cuidado de la salud: la mirada de los familiares. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 22(3), p. 1063-1083. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838257012>
- Viveros Vigoya, M. (2007). Discriminación racial, intervención social y subjetividad. Reflexiones a partir de un estudio de caso en Bogotá. *Revista de Estudios Sociales*, 27, 106-121.
- Vivieros Vigoya, M. y Hernández, F. G. (2010). Género y generación en las experiencias de ascenso social de personas negras en Bogotá. *Maguaré*, 24, 99-130.
- Viveros-Vigoya (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista*, 52, 1-17.
- Walsh, C. (2019). Conferencia presentada en la Universidad Central. Bogotá, Colombia.
- Welsh, J. (2009). "It was like burning in Hell": A comparative exploration of acid attack violence. Tesis Doctoral. The University of North Carolina at Chapel Hill.
- Wemrell, M., Merlo, J., Mulinari, S., y Hornborg, A. (2016). Contemporary Epidemiology: A Review of Critical Discussions Within the Discipline and A Call for Further Dialogue with Social Theory. *Sociology Compass*, 10(2). doi: 10.1111/soc4.12345
- Wincup, E. (2000). Feminist research with women awaiting trial: The effects on participants in the qualitative research process. En: Gilbert, K. (Comp.). *The emotional nature of qualitative research* (pp. 17-35). CRC Press.
- Zambrini, L. (2014). Diálogos entre el feminismo postestructuralista y la teoría de la interseccionalidad de los géneros. *Revista Punto Género*, 4, 43-54. doi:10.5354/0719-0417.2014.36408