

Itinerarios de reconstrucción de cuerpos de mujeres atacadas con agentes químicos en Bogotá, Colombia

Laura Franco Cian¹ (ORCID: 0000-0002-4380-4071) (laurafrancocian@gmail.com)

Silvia Rivera-Largacha² (ORCID: 0000-0003-0286-8893) (silvia.rivera@urosario.edu.co)

¹ Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

² Universidad Del Rosario. Bogotá, Cundinamarca, Colombia.

Resumen: El objetivo de este trabajo es analizar las experiencias de búsqueda y acceso a procedimientos para la reconstrucción física, social y psicológica de mujeres atacadas con agentes químicos en la ciudad de Bogotá. A partir un diseño etnográfico se recolectó información observacional y discursiva en escenarios de intervención formal y no formal sobre los cuerpos y se realizaron entrevistas en profundidad a sobrevivientes y a profesionales de la salud. Los datos fueron analizados a partir de un enfoque narrativo-crítico. Los hallazgos evidencian interpretaciones divergentes dentro de los sistemas cuidado de la salud sobre lo que constituye la reconstrucción de un cuerpo atacado con agentes químicos en un contexto marcado por grandes desigualdades en el acceso a la salud.

► **Palabras clave:** Ataques con agentes químicos. Itinerarios terapéuticos. Modelos de Atención de Salud. Violencia de género. Desigualdad en Salud.

Recibido: 07/01/2022

Aprobado: 24/03/2022

Revisado: 03/10/2022

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333003.esp>

Editor responsable: Tatiana Vargas | Árbitros: Lenir Nascimento y Suelen Oliveira

Introducción

En el año 2012 diversas fuentes periodísticas (EL ESPECTADOR, 2012; FEMINICIDIO.NET, 2012) e informes oficiales (INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES, 2012; FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN, 2012) denunciaron un elevado número de ataques con agentes químicos a mujeres en Colombia, conduciendo en los años sucesivos a una atención mediática y política sin precedentes sobre este fenómeno. Si bien por esos años “la magnitud real de las lesiones accidentales e intencionales” se desconocía (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses [INMLCF], 2013),¹ las cifras presentadas por medios de comunicación masiva, utilizadas en discursos políticos o visibilizadas desde el ámbito académico (GUERRERO 2013), invitaron a comprender estos ataques como un problema de salud pública y una manifestación de las violencias de género. Estos ataques, de hecho, afectan principalmente a mujeres jóvenes, con escasos recursos y con bajo nivel educativo en países con altos índices de desigualdad y con culturas machistas en el Sur Global (PECK, 2012), dando cuenta de cómo las fuerzas políticas, económicas e institucionales se imbrican en este tipo de violencias (KLEINMAN; DAS; LOCK, 1997).

En Colombia el desarrollo del marco legislativo sobre el tema inicia en septiembre de 2011, con el curso legislativo de un primer proyecto de Ley (DIAZ GRANADOS, 2014); la visibilización de la problemática impulsa la promulgación en 2013 de la Ley 1639, que busca *fortalecer las medidas de prevención, protección y atención integral a las víctimas de crímenes con ácido, álcalis o sustancias similares o corrosivas*. En 2014, se expiden: la Resolución 2715, que establece que las sustancias químicas deben ser objeto de registro de control de venta al menudeo; la Resolución 4568, establece el Protocolo de atención de urgencias a las víctimas; y el Decreto 1033, establece 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. En este año, el Ministerio de Salud y Protección Social expide la circular 016, que insta a las Empresas Prestadoras de Servicios de salud -EPS-,² para que exceptúen del pago de cuotas moderadoras y copago a las víctimas de violencias por ataques con agentes químicos. En el año 2016 la Ley 1773 (conocida como Ley Natalia Ponce de León), prevé incrementar la pena de los agresores y de quien trafique, posea o manufacture sustancias químicas o radioactivas e introduce

los ataques que deforman el rostro como una circunstancia agravante de la pena. El año sucesivo, a través de la circular externa 0008 del 24 de agosto de 2017, la Superintendencia Nacional de Salud indica a las EAPB, IPS y Entidades Territoriales, la implementación de la Ruta de Atención Integral para las víctimas, para garantizar el acceso prioritario a la atención intersectorial (salud, justicia, protección y acciones miradas a favorecer la ocupación o continuidad laboral, tal y como se establece en el Decreto 1033 de 2014). 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 víctimas de ataques con sustancias o agentes químicos corrosivos a la piel”.

Pese al desarrollo legislativo, las experiencias de varias mujeres en Bogotá que buscan los servicios ponen en evidencia dificultades en el acceso a las medidas de atención en salud, justicia y protección que exacerban su sufrimiento. Luego de describir la metodología y un breve marco teórico centrado en conceptualizaciones propias de la antropología médica, este artículo dará cuenta de procesos situados de reconstrucción física, social y psicológica de mujeres en Bogotá que han vivido esta forma de violencia. Primero, se describirán como las experiencias de acceso a medidas de intervención sobre el cuerpo inscritas en los sistemas formales de atención en salud, atendiendo a la forma en la que el capital económico y cultural de las sobrevivientes influye sobre estas; luego, se describirán estrategias de mujeres quemadas que al margen de los discursos hegemónicos de la ley y de la ciencia, crean mecanismos para atender las secuelas de estos ataques.

Metodología

Para captar los diversos discursos e interlocutores que participan y moldean experiencias situadas de búsqueda de tratamiento para la reconstrucción, partimos de un diseño etnográfico informado por los postulados de la epistemología y práctica investigativa feminista (GREGORIO GIL, 2019; ESGUERRA MUELLE, 2019; ESTEBAN, 2004; ABU-LUGHOD, 1990; HARAWAY, 1988). Para esto realizamos observación participante en la ciudad de Bogotá entre el año 2016 y 2020 en espacios formales e informales de intervención, lo que incluyó: visitas a un hospital público de la capital con experticia en atención de quemados; dos fundaciones; dos instituciones gubernamentales (una nacional y una distrital) implicadas en la formulación de proyectos y atención a sobrevivientes; la asistencia a

seis eventos organizados por grupos de sobrevivientes; visitas a sus hogares y espacios de trabajo; y la participación en espacios convocados por organizaciones académicas o gubernamentales. La periodicidad de los encuentros fue siempre variable pero realizamos más de 50, algunos individuales otros colectivos.

Los datos observacionales, registrados de manera escrita y fotográfica, se complementaron con entrevistas semi-estructuradas a dos cirujanos/as plásticos/as expertos en la atención de quemados y entrevistas a profundidad a tres mujeres atacadas, presuntamente por parejas o exparejas, pero cuyos casos han quedado en la impunidad. Ellas comparten una experiencia de más de 10 años en la búsqueda de cuidados y han participado activamente en espacios de discusión académicos y gubernamentales sobre el tema. Las entrevistas fueron transcritas y sometidas desde un enfoque interpretativo a un análisis narrativo-crítico (BEIRAS, CANTERA ESPINOSA, CASASANTA GARCIA, 2017). Este incluyó en un primer momento un análisis con base en la teoría fundamentada (STRAUSS; CORBIN, 2008) mediante la codificación abierta, axial y selectiva de la información con la asistencia del programa Atlas.ti. Posteriormente se realizó un análisis narrativo a través del cual la información recolectada fue triangulada con literatura propia de la tradición crítica de la antropología médica y de los estudios de género, con el fin de identificar tanto las posibilidades, dificultades y barreras de acceso presentes en las trayectorias que se ofrecen desde la oficialidad, como las alternativas buscadas por las mujeres para reconstruir sus cuerpos.

Marco teórico

Las discusiones y reflexiones desarrolladas en este texto se articulan alrededor de conceptos propios de la antropología médica, especialmente los postulados de Kleinman (1978) sobre los *sistemas de cuidado de la salud*. Estos son sistemas sociales y culturales vinculados a formas particulares de relación social y de ámbitos institucionales, que son impactados por factores externos de orden socio político, histórico, económico, epidemiológico y tecnológico, y se relacionan con procesos internos de orden psicofisiológico y comportamental. Según Kleinman frente al cuidado de la salud existen al menos tres campos sociales (o subsistemas de cuidado) en los que se experimenta la enfermedad (*sickness*) y frente a la cual se generan mecanismos para atenderla: el popular, que incluye los contextos familiares asociados a la enfermedad

y su cuidado, y las redes sociales y las actividades comunitarias; el campo profesional, dominado principalmente por la biomedicina y avalado por marcos legislativos en contextos occidentales; y el subsistema *folk*, constituido por sujetos no profesionales que atienden la enfermedad a través de curas no avaladas por los sistemas médico-legales dominantes. Cada campo provee modelos explicativos y definiciones diferentes de salud, enfermedad y cuidado, y contiene y organiza creencias, expectativas, roles y relaciones legitimadas dentro del subsistema creando *realidades clínicas* diversas. Estos sistemas contienen, entonces, las construcciones culturales de la experiencia de enfermedad, y las estrategias y criterios de evaluación que guían las decisiones de elección de prácticas de cuidados de salud y valoración de la eficacia terapéutica.

Los diversos subsistemas no establecen fronteras excluyentes entre sí: coexisten sin encuadrarse en un modelo integrado y coherente (ALVES; SOUSA, 1999). El tránsito entre estos, las experiencias y los proyectos individuales o colectivos formados a partir de un conjunto de posibilidades, y las elecciones que se toman para dar respuestas de cuidado, son las que marcarán en su conjunto los *itinerarios terapéuticos*. De acuerdo con Alves y Sousa (1999), estos remiten a “un conjunto de planes, estrategias y proyectos volcados hacia un objetivo preconcebido: el tratamiento de la aflicción” (p. 133, traducción propia), que conforma una unidad articulada establecida por acciones que se suceden o se superponen de manera no necesariamente predeterminada o esquematizada.

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 cuestiona tanto el enfoque del análisis del “comportamiento del enfermo” que prioriza lecturas individualistas y voluntaristas de la acción, como los postulados que asumen que la búsqueda de servicios de salud está enmarcada solo dentro de las posibilidades otorgadas por los dispositivos profesionales, de orientación biomédica (ALVES; SOUSA, 1999). Esto 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 socio-estructurales 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, así como la manera en que la acción creadora de sentido está siempre implicada en su construcción (TAVARES, 2017).

La idea de “reconstrucción” en el caso de los ataques con agentes químicos, incluye la atención a las consecuencias físicas, sociales y psicológicas. Sin embargo, en los itinerarios que aquí presentamos, exploramos las respuestas que se concentran en la restauración de las *cicatrices*. Estas marcas, en su doble dimensión estética y funcional, son las consecuencias de principal atención y cuidado: su tratamiento implica el paso por diversos subsistemas de cuidado que sostienen interpretaciones divergentes sobre la enfermedad y la terapia. En el tránsito, el andar y recorrer espacios y discursos para reconstruir los tejidos dañados por el ácido, se evidencia la manera en que se combinan o articulan diversas formas de atención o tratamiento (KLEINMAN, 1978).

Experiencias situadas del proceso de reconstrucción: barreras de acceso y clase social

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 para lograr una cobertura universal. 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 en salud y de promover la equidad, entendida como la provisión gradual de servicios de calidad semejante sin importar la 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), se concibe la salud como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y lo colectivo, y se adopta un modelo basado en los determinantes sociales de salud.

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), diseñado para identificar y clasificar a personas que, debido a sus escasos recursos, no contribuyen económicamente al sistema; y 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. El Plan Obligatorio

de Salud contributivo (POS-C) o subsidiado (POS-S), contiene las actividades, procedimientos e intervenciones en salud, así como los medicamentos, insumos y demás beneficios incluidos en el plan, que representa el marco general de cobertura para el sistema de salud. La Unidad de pago por capitación (UPC) es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al SGSSS para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) en los regímenes contributivo y subsidiado. Son las empresas prestadoras de los servicios de salud (EPS) las encargadas de gestionar y proveer los servicios contemplados en estos planes. También se encuentran los servicios y prestaciones NO-POS, que deben ser cubiertas mediante la aplicación a 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 (MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, 2016).

Este modelo del SGSSS se basó en la idea de la eficiencia, universalidad y solidaridad financiera en la prestación de servicios, sin embargo, algunas de sus propuestas están lejos de ser cumplidas y 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 (GAVA, 2016).

La legislación colombiana establece que frente a los ataques todas las acciones, procedimientos e intervenciones necesarias para atender las secuelas tanto estéticas como funcionales de las lesiones deben ser financiadas por el sistema público de salud, a través de cualquiera de los regímenes de afiliación. En espacios de discusión entre organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (diario de campo, 03-05-2017) se han identificado algunas de las dificultades para garantizar que las víctimas reciban cuidados oportunos y adecuados en todas las fases de la atención (pre-hospitalaria, urgencias, hospitalización y ambulatoria), entre las que se encuentran barreras burocráticas que dificultan o evitan el acceso de las sobrevivientes a los servicios y la carencia de insumos y formación profesional necesaria para proveer una atención adecuada.

En el caso de las mujeres participantes en esta investigación, estas dificultades se incrementan al no cumplir algunas de ellas los criterios para ser cobijadas por el régimen subsidiado, y no contar con trabajos estables o recursos suficientes que les permitan cotizar mensualmente de manera continua al sistema contributivo.

Así, frecuentemente quedan desprovistas de cobertura en salud, lo que genera discontinuidad en los tratamientos de orientación biomédica, retrasando o imposibilitando la recuperación estética y funcional.

Estas barreras son experimentadas por las sobrevivientes como actualizaciones de la violencia:

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 han manifestado las mujeres, contando sus 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 [...] 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 (Entrevista a sobreviviente, octubre de 2017).

Las barreras se relacionan con las inequidades en la distribución de los servicios de atención en salud y los recursos, que afectan principalmente a quienes se encuentran alejadas de los centros urbanos. Por otra parte, el capital económico, social y cultural de las sobrevivientes es uno de los principales factores a los que víctimas y profesionales de la salud atribuyen las inequidades en el marco del SGSSS. Refiriéndose al caso de Natalia Ponce (reconocida víctima con capitales superiores a la mayor parte de sobrevivientes), una de las participantes en esta investigación señala la manera en que su capital influye en su proceso de reconstrucción:

si tú ves, mira: a Natalia le traen la piel de Holanda [...]. Ella todavía está en terapia ¡Todos los días le hacían terapia! A ella le trajeron la máscara siliconada, le hacían masaje, le garantizaban las terapias, le hacían las infiltraciones. [...] mírala a ella y mira a Rosa: [...] le pasó exactamente lo mismo, pero una tuvo la garantía de... y la otra no. Y 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 a sobreviviente, abril de 2019).

Aunque Natalia fue atendida cinco años después que Rosa,³ lo que podría suponer una ventaja por una mayor adquisición de competencias y habilidades por parte del equipo médico y una mejora en las tecnologías, la desigualdad en la forma de intervenir sobre los padecimientos parece ligarse a factores económicos, sociales y culturales (MENÉNDEZ, 2005) y en este caso un clasismo estructural se evidencia en el uso diferencial de las competencias de los profesionales y de los recursos del

sistema de salud, según cual sea la posición social de la sobreviviente. Rosa, encontró múltiples negativas de las EPS, que la obligaron a recorrer intrincados y revictimizantes itinerarios, a diferencia de Natalia, a quien le “traen la piel de Holanda”.

Las barreras de acceso, el sufrimiento y la revictimización que marcan las experiencias dentro del sistema formal para estas mujeres y la búsqueda de tratamientos centrados en la estética, las lleva a la puesta en práctica de un set de alternativas de tratamiento que apelan a la creatividad y a la co-construcción y que combinan ideas y saberes propios de los sistemas formales e informales de cuidado.

Médicos sanadores, tatuajes y modelaje: mediaciones de cuidado movilizadoras de alternativas terapéuticas no formales

Las redes formales de cuidado de la salud basadas en modelos biomédicos tienen la desventaja de estar asociadas a múltiples barreras de acceso y de priorizar la reconstrucción de la funcionalidad, restando importancia o incluso en ocasiones a expensas de la reconstrucción estética, considerada superflua por varios profesionales. Ambas desventajas afectan especialmente a grupos históricamente excluidos. Frente a la falta de respuesta a las necesidades de tratamiento de los sujetos, aparecen conocimientos, valores y prácticas de sistemas no formales, tanto populares como folk, que encuentran espacio como manifestación de procesos indispensables para la diversificación de la cultura dominante. 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).

Estas posibilidades son exploradas y creadas en espacios colectivos favorecidos por la labor de diversas fundaciones lideradas por sobrevivientes. Las fundaciones Reconstruyendo Rostros, Natalia Ponce de León y Kinsugi, no solo participan en escenarios institucionales para incidir sobre la política pública. En estos espacios varias sobrevivientes (los grupos en los diversos encuentros oscilan entre dos y hasta poco más de veinte mujeres) comparten experiencias, atienden los aspectos subjetivos que trae la lesión, amplían los mecanismos de intervención sobre el cuerpo y proveen nuevos rumbos en los itinerarios terapéuticos. Allí, realizan transacciones de conocimientos, significados y experiencias que se focalizan, por una parte, en enfrentar necesidades económicas (hacen bisutería, cosen o crean productos artesanales para vender) y por otra, en compartir soluciones para hacer frente a las negaciones o resultados indeseados del proceso de atención desde el sistema formal

de salud, poniendo en común información y mecanismos de gestión del acceso a servicios prestados por profesionales de la salud tanto reconstructivos como estéticos, quienes prestan de manera gratuita servicios que a través del sistema público son negados. Además, en estos lugares exploran y ponen en práctica recursos que exceden las posibilidades de la biomedicina y que desde los saberes *folk* y *populares*, permiten reformular las ideas de salud, de cuerpo y de tratamiento, poniendo en evidencia que la biomedicina no es el único saber al que se puede recurrir para lograr una reconstrucción.

Desde el sistema *folk* se atienden las necesidades de recuperación física a través de estrategias que distan ampliamente de las lógicas basadas en la evidencia propias de la biomedicina. Un ejemplo de ello fue un encuentro organizado por dos sobrevivientes con un “médico sanador”, quien a través de una técnica de “visualización” prometió disminuir la extensión de las cicatrices hasta en un 80% (nota diario de campo, 2016, sesión con médico-sanador).

El médico era un José Gregorio Hernández⁴ vivo. Sus largas y complejas explicaciones y sus acciones daban cuenta 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 impresa enciclopedia médica, la magia y mística de su práctica distaba ampliamente de la racionalidad científica de la biomedicina. Este escenario ilustra como 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 (ALVEZ; SOUSA, 1999).

Por otra parte, dentro del marco de lo *popular* (KLEINMAN, 1979), surgen estrategias como el tatuaje, el uso bisutería que en la reiteración de su uso se hace cuerpo y el modelaje. Estas hacen parte del conjunto de prótesis para la construcción de una nueva corporalidad –entendida como la condición material de la subjetividad– (GROTZ, 1995), en la que se inscribe un reclamo por la estética perdida por los efectos de los ácidos y los autoinjertos, que dejan cicatrices en zonas de piel no afectadas por los químicos.

La práctica del tatuaje se da tanto de manera individual como colectiva. La práctica colectiva tiene la ventaja de dar un lugar al sufrimiento común entre las sobrevivientes que es ignorado por quienes no han atravesado este tipo de

experiencias. En una *tatuación* en 2019 (diario de campo, octubre de 2019), 10 mujeres accedieron a un centro de tatuajes y piercings y cubrieron con coloridas tintas algunas de sus cicatrices; tanto las marcas de quemaduras como las “*cicatrices que nadie ve*” (categoría inductiva que da cuenta de los registros indeseados de las prácticas biomédicas por la toma de autoinjertos):

mi segundo (tatuaje), es este; está en la cicatriz de mi espalda, de donde me sacaron (un autoinjerto) para el cuello [...] es que a mí, antes de la cirugía exitosa del cuello, que fue la que me dio la movilidad... Me habían intentado hacer antes, por eso es que tengo tantas cicatrices... esa es la única que yo digo que tiene un significado importante, porque esta cicatriz, si valió la pena. Entonces aquí, me está haciendo una golondrina, está recién hecho el tatuaje (entrevista a sobreviviente, noviembre de 2019).

Utilizando las ideas de Le Breton (2017), en el acto de marcar la piel con el tatuaje contestan y resignifican el sufrimiento y atienden las consecuencias de ruptura identitaria que resultan del dolor impuesto por el ataque o por las intervenciones quirúrgicas. El dolor consentido 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 capacidad de agenciar e intervenir el propio cuerpo y sobre las definiciones de lo que significa la reconstrucción, que no se limita a lo funcional sino a lo estético, lo psicológico y lo social. 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); y cuando este es elaborado en colectivo, la conjugación de las voces que denuncian su sufrimiento permite dar lugar a lo que durante tanto tiempo ha sido ignorado y rechazado.

El uso de vistosa bisutería sobre antebrazos o cuellos quemados es también práctica común de intervención sobre el cuerpo, que funciona como prótesis para esconder las cicatrices en estas zonas del cuerpo. 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 hacia la aceptación del propio cuerpo y de las cicatrices, 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 dolor y el cuerpo.

Estos espacios de reunión 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 en el 2019, “*Zumbatones*” y eventos de menor envergadura, son evidencia de cómo la unión de los cuerpos en movimiento desestructura concepciones sobre la estética o la discapacidad.

Los tatuajes y estos espacios de encuentro de los cuerpos en acciones de conquista de visibilidad, son terapéuticamente eficaces. Los primeros intervienen sobre la carne generando resultados impensados desde la biomedicina. Los segundos permiten atender los aspectos subjetivos de las lesiones, permitiendo 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 discapacidad, creando nuevos espacios de subjetividad en los que se reivindica la posibilidad de conquistar el espacio social de reconocimiento.

Discusión

En los itinerarios de estas mujeres, identificamos cómo las formas de segregación y estigmatización prevalentes en una sociedad desigual se encarnan en las barreras de acceso a tratamientos y en la dificultad del sistema para romper con estas dificultades estructurales. El dolor y la deformidad inscriben al cuerpo atacado en una situación de vulnerabilidad y de estigmatización que se revive con las barreras de acceso a la salud, al trabajo y en últimas a cualquier mejora de la calidad de vida de las sobrevivientes.

En sus itinerarios, lo terapéutico no se restringe a las posibilidades ofrecidas desde la biomedicina, sino que se extiende a experiencias que moldean la corporalidad y la salud entendida como las distintas maneras de andar por la vida, según la expresión de Canguilhem (1971). Las alternativas terapéuticas propias de estos itinerarios no reemplazan las terapéuticas basadas en el modelo bio-patológico, más bien ponen en discusión una idea de cuerpo “reparado” que se limita a la restauración siempre imperfecta de la estética y las funciones corporales, pero sobre todo denuncian la indolencia de sus formas de actuar sobre el sufrimiento y la desigualdad de un sistema que genera formas inequitativas de dignificar el cuerpo y de brindar oportunidades para su reconstrucción.

Las prácticas *folk* y *populares* que hacen parte de los itinerarios descritos, permiten una reconstrucción subjetiva que va más allá de la resistencia y la denuncia frente a los sistemas oficiales. Pero también resignifican los dolores y el sufrimiento producto del ataque infligido por quien con violencia deja una marca imborrable y por un sistema que al atender la afección de la salud desde una visión reducida e inequitativa deja igualmente marcas. Estas experiencias permiten considerar, como se ha discutido en otros trabajos latinoamericanos (GERHARDT, 2006; ABADÍA BARRERO; OVIEDO MANRIQUE, 2010; CABRAL *et al.*, 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.

Los eventos y encuentros les permiten a estas sobrevivientes mirarse entre sí y a sí mismas en una dinámica de resistencia y complicidad y desprenderse de la violencia y la deshumanización que un día marcó su piel, al intentar negar su agencia y su experiencia; es decir su capacidad de sentir afectos y de tomar decisiones sobre su vida (HAQUE; WAYTZ, 2012). En estos encuentros, las mujeres logran evidenciar sus afectos y restituir su agencia, frente a su vida y sus cuerpos.

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 terapéuticos por parte de los profesionales y los servicios de salud, permite ofrecer cuidados más acordes a las necesidades de las mujeres, dando prioridad a estrategias que rescaten su integración, autonomía, creatividad y co-responsabilidad, generando alternativas que superan las falencias del modelo hegemónico de la biopatología (PERDIGUERO GIL; TOSAL HERRERO, 2007).

El caso de las sobrevivientes de ataques con ácido en Colombia es un ejemplo emblemático de sociedades desiguales donde, aún con limitados recursos económicos, humanos y tecnológicos para la atención, las diferencias de clase marcan inequidades en el acceso a los servicios y en el reconocimiento del derecho a la salud en el sentido amplio de la palabra, aspecto que se ha descrito también en otros contextos latinoamericanos (GARCIA-SUBIRATS *et al.*, 2014). Una de las principales limitaciones de este estudio es no dar cuenta de cómo otros factores diferenciales como la raza, la procedencia geográfica o el nivel de discapacidad, entre otros, intersectan para moldear las experiencias en estos itinerarios. Sin

embargo, este caso aporta elementos de reflexión sobre la necesidad de fortalecer procesos de transformación estructural y cultural que permitan reconocer la legitimidad del sufrimiento sin diferenciación, permitiendo a cada sujeto un mejor vivir.⁵

Referencias

- ABADÍA BARRERO, C. E.; OVIEDO MANRIQUE, D. G. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, v. 9, n. 18, p. 86-102, 2010. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=545/54519734009>
- ABU-LUGHOD, L. Can there be a feminist ethnography? *Women & Performance: a journal of feminist theory*, v. 5, n. 1, p. 7-27, 1990. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/074077090008571138>
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. En: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. (Eds). *Experiência de doença e narrativa* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, p. 125-138. Disponible en: <https://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf#page=127>.
- BEIRAS, A; CANTERA ESPINOSA, L.M; CASASANTA GARCIA, A. L. La construcción de una metodología feminista cualitativa de enfoque narrativo-crítico. *Psicoperspectivas*, v. 16, n. 2, p. 54-65, 2017. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue2-fulltext-1012>
- CABRAL, A. L.; MARTINEZ-HERNÁNDEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020978016>
- CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. México D.F.: Siglo Veintiuno Editores, 2011.
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Ley 100, de 1993*. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Ley 1751, del 16 de febrero de 2015*. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Ley 1639, del 2 de julio 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. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201639%20DEL%20%20DE%20JULIO%20DE%202013.pdf>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Ley 1773, del 6 de enero de 2016*. 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. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201773%20DEL%206%20DE%20ENERO%20DE%202016.pdf>

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Ley 1971, del 12 de julio de 2019*. 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. Diario Oficial No. 51.012. Disponible en: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30036641>

DÍAZ GRANADOS, C. G. Lesiones personales causadas con ácidos, álcalis, sustancias similares o corrosivas, una reforma del 2013. *Derecho Público*, v. 33, 3-33, 2014. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6371855>

EL ESPECTADOR [internet]. *Gobierno y Fiscalía lanzan plan de choque para casos de ataques con ácido*. Colombia, 24 de Mayo de 2012. Disponible en: <https://www.elespectador.com/noticias/politica/gobierno-y-fiscalia-lanzan-plan-de-choque-casos-de-ataq-articulo-348412>

ESGUERRA MUELLE, C. Etnografía, acción feminista y cuidado: una reflexión personal mínima. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, v. 35, p. 91-111, 2019. DOI: 10.7440/antipoda35.2019.05

ESTEBAN, M.L. *Antropología del cuerpo*. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio. Barcelona: Ediciones Balterra. 2004.

FEMINICIO.NET [INTERNET]. *Colombia: país con el índice más elevado del mundo en ataques a mujeres con ácido*. 21 de junio de 2012. Disponible en: <http://www.feminicidio.net/articulo/colombia-pa%C3%ADs-con-el-%C3%ADndice-m%C3%A1s-elevado-del-mundo-en-ataques-mujeres-con-ácido>

FERRÁNDIZ, F. *Escenarios del cuerpo: espiritismo y sociedad en Venezuela*. Universidad de Deusto: Bilbao. 2004.

FISCALÍA GENERAL DE LA NACIÓN. *Etiqueta: ácido, 2012*. Disponible en: <https://www.fiscalia.gov.co/colombia/tag/acido/page/3/>

- GARCIA-SUBIRATS, I.; VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S. *et al.* Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health*. Vol. 13, 10. 2014. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-10>
- GAVA, G. B. *O Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS): reformas, organização, avanços e principais desafios da experiência colombiana*. 2016. 132 f. Dissertação – Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saude Publica*, v. 22, n. 11, p. 2449-1463, 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006001100019&script=sci_abstract&tlng=es
- GUERRERO, L. Burns due to acid assaults in Bogota, Colombia. *Burns*, 39, 1018-1023, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0305417912003543>
- GREGORIO GIL, C. Explorar posibilidades y potencialidades de una etnografía feminista. Disparidades. *Revista De Antropología*, v. 74, n. 1, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3989/dra.2019.01.002.01>
- GROTZ, E. *Bodies-cities, Space. Time and Perversion*. London: Routledge, 1995.
- HAQUE, O. S.; WAYTZ, A. Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions. *Perspectives on Psychological Science*, v. 7, n. 2, p. 176-186, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>
- HARAWAY, D. Situated knowledges: The science question in feminism and the privilege of partial perspective. *Feminist studies*, v. 14, n. 3, p. 575-599, 1988. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3178066>
- INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. *Forensis*. Datos para la vida. 2012. Disponível em: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49514/Violencia+Interpersonal.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. *Forensis*. Datos para la vida. 2013. Tomado de: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/49517/Violencia+interpersonal.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES. *Forensis*. Datos para la vida. 2019. Tomado de: <https://www.medicinalegal.gov.co/cifras-estadisticas/forensis>
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. *Informe final del evento de violencia de género*. 2015. Tomado de: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Violencia%20de%20género%202015.pdf>
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. *Informe del evento de violencia de género en Colombia*. 2016. Tomado de: <http://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/Violencia%20de%20género%202016.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe del evento de violencia de género en Colombia, hasta el periodo epidemiológico xi. 2017. Tomado de: <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/Violencia%20de%20género%20PE%20XI%202017.pdf>

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine*. Part B: Medical Anthropology, v. 12, p. 85-93, 1978.

KLEINMAN, A; DAS, V; LOCK, M. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press. 1997.

LE BRETON, D. El cuerpo herido identidades estalladas contemporáneas. *Praxis Educativa*, 2017.

LIMA, N.C, BAPTISTA, T. W. F; VARGAS, E. P. Essay on ‘blind spots’: therapeutic itinerary and access barriers in eye care. *Interface* (Botucatu), v. 21, n. 62, p. 615-27, 2017.

MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A; CORREA-URQUIZA, M. Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la salud mental colectiva. *Salud colectiva*, v. 13, p. 267-278, 2017.

MENÉNDEZ, E. L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de antropología social*, n. 14, p. 33-69, 2005. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Circular 16*. Diario Oficial No. 49.103 de 25 de marzo de 2014. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/circular_minsaludps_0016_2014.htm

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Decreto 1033*. Diario Oficial No. 49.167 del 30 de mayo de 2014. Por el cual se reglamenta la Ley 1639 de 2013. 2014. Tomado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=57506>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Resolución 4568, del 16 de octubre de 2014*. Por la cual se adopta el “Protocolo de atención de urgencias a víctimas de ataques con agentes químicos”. Tomado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%204568%20de%202014.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO. *Resolución 2715, del 04 de julio de 2014*. Por la cual se establecen las sustancias que deben ser objeto de registro de control de venta al menudeo. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resolucion-2715-de-2014.pdf>

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Fuentes de Financiación y Usos de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS*. Junio de 2016. Tomado de: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>

- PECK, M. D. Epidemiology of burns throughout the World. Part II: Intentional burns in adults. *Burns*, v. 38, 630-637, 2012. Disponible en DOI: 10.1016/j.burns.2011.06.005
- PERDIGUERO GIL, E.; TOSAL HERRERO, B. Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres: importancia en nuestro contexto. *Feminismos*, n. 10, p. 145-162, 2007. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6131/1/Feminismos_10_10.pdf
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. *Constitución política de Colombia 1991*. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/constitucion_politica_1991.html
- SECRETARÍA DISTRITAL DEL LA MUJER. *Boletín sobre ataques con agentes químicos*. 2021. Disponible en: https://sdmujer.gov.co/sites/default/files/2021-07/documentos/boletin-ataques-con-agentes-quimicos_.pdf
- STRAUSS, J.; CORBIN, A. *Strategies for qualitative data analysis*. Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing grounded theory, v. 3. London: Sage; 2008.
- SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. *Circular externa 0008, del 24 de agosto de 2017*. Instrucciones respecto a la ruta de atención integral a víctimas de ataques con ácidos, álcalis o sustancias similares o corrosivas. Tomado de: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/Circular%20externa%20008%20de%202017.pdf>
- TAVARES, F. Rediscutiendo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos. *Mana* [online], v. 23, n. 1, p. 201-228, 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1678-49442017v23n1p201>
- VENTURIELLO, M. P. 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*. V. 22, n. 3, p. 1063-1083, 2012. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838257012>

Notas

¹ En años posteriores, diferentes mecanismos de monitoreo registran los casos. Desde el año 2015 hasta el 2018, el Instituto Nacional de Salud (INS, 2015, 2016, 2017) publicó informes para dar cuenta de manera más acertada de la incidencia a nivel nacional: 69 casos en el 2015 (43 mujeres y en 26 hombres); 48 casos en el 2016 (27 en mujeres y 21 hombres); 54 casos en 2017 (23 hombres y 31 mujeres); y 48 casos en 2018 (29 hombres y 19 mujeres). En el 2019 el INMLCF (2019) reportó 16 ataques perpetrados en el marco de la violencia intrafamiliar (3 hombres y 13 mujeres) y en el 2020 la Secretaría Distrital de la Mujer (2021) dio a conocer un total de 6 ataques a mujeres en la capital de país.

² Las EPS son entidades públicas o privadas que funcionan como encargadas de gestionar y proveer los servicios contemplados en los planes de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.

³ Mujer atacada que participó en esta investigación y a quien otra sobreviviente hace referencia en la cita expuesta. El nombre de esta participante fue reemplazado en este texto para preservar su anonimato y privacidad.

⁴ Fue un médico y filántropo venezolano declarado beato por la iglesia católica a quien en el mundo hispanohablante se le atribuyen diversos milagros en la cura de enfermedades, frecuentemente logradas a través de ritos que combinan referentes médicos, con mágicos y místicos.

⁵ L. Franco Cian: diseño de la investigación; recogida y análisis de datos; contribución substancial a la concepción, redacción y revisión del artículo en el marco de la investigación para obtener el título de Doctora en Estudios de Género en la Universidad Rovira i Virgili (España). S. Rivera-Largacha: contribución substancial a la concepción, redacción y revisión del artículo.

Abstract

Reconstruction itineraries of bodies of women attacked with chemical agents in Bogotá, Colombia

This article explores experiences of care-seeking for the physical, social and psychological reconstruction of women attacked with chemical agents in the city of Bogotá, Colombia. Based on an ethnographic design, observational and discursive information was collected in formal and nonformal therapeutic settings, and in-depth interviews were conducted with survivors and health professionals. The data was analyzed from a narrative-critical approach. The findings show divergent interpretations within health care systems on what constitutes the reconstruction of a body attacked with chemical agents in a context marked by profound inequalities in access to health.

► **Keywords:** Therapeutic Itineraries. Acid attacks. Health Care Models. Gender violence. Health inequality.

Resumo

Itinerários de reconstrução de corpos de mulheres agredidas com agentes químicos em Bogotá, Colômbia

O objetivo deste trabalho é analisar as experiências de busca e acesso a procedimentos de reconstrução física, social e psicológica de mulheres agredidas com agentes químicos na cidade de Bogotá. Com base em um delineamento etnográfico, recolheu-se informação observacional e discursiva em cenários formais e não formais de intervenção sobre os corpos e realizaram-se entrevistas em profundidade a sobreviventes e profissionais de saúde. Os dados foram analisados a partir de uma abordagem narrativa-crítica. Os achados mostram interpretações divergentes nos sistemas de saúde sobre o que seria a reconstrução de um corpo agredido com agentes químicos em um contexto marcado por grandes desigualdades no acesso à saúde.

► **Palavras-chave:** Ataques com agentes químicos. Itinerários terapêuticos. Modelos de Atenção em Saúde. Violência de gênero. Desigualdade em saúde.

