

Corporalidades, Sexualidades y Juventudes en un Chile Diverso



ALEXANDRA OBACH
MICHELLE SADLER
ALEJANDRA CARREÑO

EDITORAS



Corporalidades, Sexualidades y Juventudes en un Chile Diverso

ALEXANDRA OBACH, MICHELLE SADLER, ALEJANDRA CARREÑO
EDITORAS

SANTIAGO DE CHILE, OCTUBRE DE 2023
PROYECTO FONDECYT INICIACIÓN #11190701

SE SUGIERE CITAR ESTA PUBLICACIÓN COMO:

Obach A, Sadler M, Carreño A. (Eds.) (2023). *Corporalidades, sexualidades y juventudes en un Chile diverso*. Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo.

ISBN libro digital: 978-956-374-082-0

Diagramación interior y diseño de portadas: Camila Leyton - Guarida Diseño E.I.R.L.

Imágenes de collage recoletadas de: Alamy, Diario Clarín, Fotostock, Getty Images, Koppert Chile, Periódico de Tenerife, Pinterest, Shutterstock, Twitter, Vecteezy, Wikipedia.

Ilustraciones originales de collage por: Ángel Domínguez, Ernst Haeckel, Julia Trickey, Mary Evans, Nuria Hernández, Sebastián Delgado, Sue Abonyi, Szaro Biuro.

Las opiniones y puntos de vista que se presentan en este trabajo son de responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores.

En el presente libro se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista en todos los capítulos. Se utiliza el tipo de lenguaje inclusivo de género que cada autora o autor privilegió en su escritura.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo ANID por financiar este libro por medio del proyecto Fondecyt de Iniciación #11190701 titulado “Encuentros y tensiones en la construcción de cuerpos y sexualidades juveniles: las representaciones del mundo joven y del sistema de salud en el Chile actual”.

Al Centro de Salud Global Intercultural, del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM) de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, por haber apoyado esta publicación y potenciar la línea de investigación de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes.

A los autores y autoras de los capítulos que conforman este libro, por su disposición para ser parte de esta aventura.

Por último, a todas las personas jóvenes, equipos de salud y expertos y expertas que participaron en el proyecto Fondecyt de Iniciación #11190701, cuyos relatos y experiencias dan vida a las páginas de esta publicación.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
SECCIÓN I: CUERPOS	15
CAPÍTULO 1	17
RECUPERANDO AL(LA) CUERPO(A) INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Michelle Sadler Spencer	
CAPÍTULO 2	29
MOVILIDAD, FRONTERAS Y CUERPOS JUVENILES: RELATOS DESDE LA EXPERIENCIA MIGRATORIA Alexandra Obach King	
CAPÍTULO 3	40
CUERPOS FRONTERIZOS: CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDADES BISEXUALES EN JÓVENES CHILENOS/AS DE SANTIAGO Isadora Castillo Chaud	
CAPÍTULO 4	50
HACIENDO MANADAS: CONVERSACIONES SOBRE CORPORALIDADES Y AUTODEFENSAS Maqui Orellana Caperochipi y María Consuelo Robledo Dávila	

SECCIÓN II: ITINERARIOS	63
CAPÍTULO 5	65
REFLEXIONES Y RECORRIDOS DE JÓVENES LESBIANAS EN LOS CAMPOS DE LA SALUD SEXUAL Javiera Rosselot Lazo	
CAPÍTULO 6	77
ITINERARIOS DISIDENTES EN SALUD María Consuelo Robledo Dávila	
CAPÍTULO 7	91
“CON UN DIAGNÓSTICO UNA SE PUEDE MOVER MEJOR”: ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE MUJERES CON ENDOMETRIOSIS EN SANTIAGO Eliana Correa Matus	
CAPÍTULO 8	102
“NOSOTROS VEMOS EL CUERPO COMO UN INSTRUMENTO POLÍTICO”: EXPERIENCIAS Y RESISTENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS DE CUIDADO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE JÓVENES MAPUCHE DE LA IX REGIÓN Alejandra Carreño Calderón	
SECCIÓN III: EXPERIENCIAS	113
CAPÍTULO 9	115
IMPULSANDO CAMBIOS DESDE LAS MIRADAS JUVENILES: ACTIVISMOS PARA CONSTRUIR UNA RESPUESTA INTEGRAL FRENTE AL VIH Matías Marín Jorquera	
CAPÍTULO 10	123
DEL BOX A LAS REDES SOCIALES: PROMOVRIENDO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UNA PERSPECTIVA FEMINISTA Carolina Inostroza Mendoza	
CAPÍTULO 11	132
“SI ESTOY VIVO ES POR LOS PARES TRANS CHILENOS QUE ME HAN AYUDADO”: ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL Y PROTECCIÓN DE DERECHOS DE JÓVENES MIGRANTES LGBTQI+ EN CHILE Alejandra Carreño Calderón	

CAPÍTULO 12	140
LA EXPERIENCIA DE INSTALACIÓN DE LA RED CHILENA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y MIGRACIÓN (RECHISAM) EN CHILE Báltica Cabieses Valdés	
CAPÍTULO 13	153
“ZOMO ÑI LAWEN”: PLANTAS PARA LAS MUJERES. LA EXPERIENCIA DE TRABAJAR CON MUJERES DE DIVERSAS GENERACIONES Y SU SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA COSMOVISIÓN MAPUCHE Natalia Jofré Poblete	
CAPÍTULO 14	160
ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LAS ESCUELAS: EL CASO DEL PROGRAMA TRES A EN CHILE Alexandra Obach King, Michelle Sadler Spencer, Patricia Muñoz Galindo	
CAPÍTULO 15	170
CICLO JÓVENES, CULTURA Y DIVERSIDADES: UNA EXPERIENCIA DE CO-DISEÑO Y PARTICIPACIÓN JUVENIL DESDE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL Olaya Gómez Aedo y Valentina Vega Ibarra	
SOBRE LAS AUTORAS Y AUTORES	180

INTRODUCCIÓN

El presente libro tiene por objetivo reflexionar en torno a las construcciones de cuerpo y sexualidades en las juventudes en el Chile actual, así como los encuentros y tensiones que presentan en relación al sistema oficial de salud. El libro se enmarca en el proyecto Fondecyt de Iniciación #11190701 titulado “Encuentros y tensiones en la construcción de cuerpos y sexualidades juveniles: las representaciones del mundo joven y del sistema de salud en el Chile actual”, el cual se llevó a cabo entre los años 2020-2023. Las preguntas de investigación que motivaron este proyecto fueron las siguientes: en el ámbito de la construcción de significado sobre los cuerpos y sexualidades juveniles en la realidad actual, ¿qué tensiones, divergencias y/o puntos de encuentro se producen al confrontar la visión de los/as jóvenes con las representaciones del sistema de salud, en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y la Araucanía? ¿Qué posibles soluciones se identifican a partir de los hallazgos de la investigación?

Los capítulos que componen este libro buscan, desde diversas miradas y voces, acercar respuestas a estas preguntas. Las autoras y autores de los capítulos proponen reflexiones profundas sobre los temas abordados en relación a los cuerpos y sexualidades juveniles, acercamientos críticos sobre el quehacer del sistema de salud en relación a estos tópicos, así como acciones concretas sobre caminos y derroteros a explorar en la búsqueda de bienestar para todas las juventudes que habitan nuestro territorio.

El libro se estructura en tres secciones. La primera, titulada *Cuerpos*, se dedica a explorar en las construcciones e imaginarios sociales en relación al cuerpo presente en las juventudes actuales. En esta sección, las autoras Michelle Sadler, Alexandra Obach, Isadora Castillo, Maqui Orellana y Consuelo Robledo nos comparten capítulos que se adentran en la problemática del cuerpo como espacio de experiencia, afectividad, identidad y resistencia en diversas juventudes. La idea que cruza los capítulos de esta sección es el interés por los cuerpos juveniles en tanto objeto de estudio antropológico, en el entendido que todo

grupo social construye en el cuerpo, y a través de este, parámetros que delimitan prácticas y representaciones, y establecen pertenencias y exclusiones (Alabarces & Garriga 2007). Desde la teoría social del cuerpo se sostiene que este debe ser analizado en contextos culturales particulares, tanto en relación al poder y los mecanismos de disciplinamiento corporal (Foucault 1991, 2002); como en relación con la clase social dado que los grupos sociales realizan usos y consumos diferenciados del cuerpo, además de poseer una determinada concepción corporal (Bourdieu, 1994). Desde una línea fenomenológica, Csordas (1990) elabora el concepto de *embodiment* abordando el cuerpo desde el ser/estar en el mundo, en relación con la existencia como presencia temporal e histórica receptora de significados. La mirada materialista crítica, por su parte, se refiere al cuerpo como un artefacto físico y simbólico, producto de la naturaleza y la cultura, situado en un momento histórico particular y respecto al cual se despliegan mecanismos de poder en diversos niveles, tanto individual, como social y político (Scheper-Hugues & Lock, 1987). De acuerdo a diversos/as autores/as, en las sociedades modernas occidentales, las construcciones corporales juveniles están marcadas por relaciones de poder, donde las visiones adultocéntricas facilitan el que la juventud sea comprendida principalmente desde conductas y corporalidades disruptivas, asociadas a comportamientos de riesgo o peligro, entre ellas, el ejercicio de una sexualidad problemática, embarazo no planificado, delincuencia, consumo y tráfico de drogas, deserción escolar, entre otros estigmas negativos (Chávez, 2014; Duarte, 2000; Krauskopf 2015; Obach & Macintyre, 2016). Esta mirada hegemónica sobre los cuerpos jóvenes ha favorecido el despliegue de diversos dispositivos de control sobre los cuerpos humanos, en especial en los ámbitos de la sexualidad. Desde el quehacer biomédico ha predominado una reproducción de desigualdades de género, traducido en un abordaje patologizante de los cuerpos femeninos (Foucault, 1992; Sadler, 2018) y una invisibilización de la salud sexual y reproductiva de otros actores sociales, entre ellos, hombres jóvenes y personas jóvenes de las diversidades sexo genéricas (Macintyre et al., 2015; Obach et al., 2018); además de juventudes pertenecientes a pueblos originarios y migrantes internacionales, toda vez que el acceso a salud sexual y reproductiva de estos grupos carece en muchos casos de pertinencia cultural y de un abordaje integral (Kropff Causa & Stella, 2017; Obach et al., 2022). En este contexto, desde el sector oficial de salud suelen predominar programas en sexualidad y reproducción dirigidos a las mujeres jóvenes que se presumen heterosexuales, o bien políticas reactivas y reduccionistas que se ocupan del riesgo y la trasgresión juvenil (Krauskopf, 2004). Las autoras de esta sección, desde sus diferentes miradas, abordan todas estas temáticas e introducen reflexiones críticas que permiten aproximarnos a los significados y experiencias juveniles en torno a los cuerpos y sexualidades. Se trata de representaciones juveniles que se posicionan desde una mirada crítica a la fragmentación que el saber biomédico impone sobre sus cuerpos sexuados, proponiendo los espacios del autoconocimiento, el cuidado, la responsabilidad afectiva, la autodefensa, y la ruptura del binarismo de género, entre otros.

En la segunda sección, titulada *Itinerarios*, nos adentramos en los itinerarios terapéuticos en salud sexual y reproductiva de las juventudes contemporáneas, evidenciando los encuentros y tensiones que existen entre estas y el sistema de salud. En este apartado las autoras Consuelo Robledo, Javiera Rosselot, Eliana Correa y Alejandra Carreño, abordan las diversas trayectorias que las personas jóvenes construyen para hacer frente a su salud sexual y reproductiva, muchas de ellas marcadas por una fuerte tensión en relación al quehacer del sistema oficial de salud en estos ámbitos. Los capítulos de esta sección se enmarcan en el concepto mismo de itinerarios o trayectorias terapéuticas, los cuales hacen referencia al

conjunto de procesos y de recorridos implicados en la búsqueda de respuestas para necesidades o problemas de salud. Dichos recorridos pueden transitar por una diversidad de sistemas médicos, entre los que se cuentan tanto la biomedicina o medicina oficial, como las medicinas alternativas y complementarias, las medicinas populares, las medicinas indígenas, las prácticas domésticas cotidianas de promoción de la salud, las redes sociales informales de cuidado de la salud, entre otros (Haro, 2000). Asimismo, incluyen tanto prácticas de autocuidado y autogestión de salud, como prácticas mediadas por otras personas, sean o no reconocidas como especialistas en los respectivos sistemas médicos en los cuales se desenvuelvan. Los itinerarios terapéuticos visibilizan las distintas interpretaciones de la salud y procesos de sanación que se corresponden con los usos sociales de la enfermedad y el modo en que se vinculan lo biológico, lo social y lo cultural. Lo que nos muestran los capítulos de esta sección es que los itinerarios terapéuticos que las personas jóvenes recorren en materia de salud sexual son de una riquísima variedad. Dado su desencanto con las estrategias tradicionales de atención de salud del sector biomédico, despliegan y utilizan una serie de recursos que se encuentran en los márgenes o fuera de dicho sector. En estas trayectorias, cobran relevancia los recursos en salud que se hallan en redes sociales, entre los que destacan páginas de profesionales de salud y de organizaciones juveniles de la sociedad civil en materia de sexualidad, que cuestionan los enfoques reduccionistas de sexualidad que perpetúa la biomedicina. Esto hace sentido, dado que las juventudes actuales se enfrentan a una realidad especialmente dinámica, donde la tecnología, las redes sociales, la globalización, entre otros factores, están produciendo cambios profundos en sus modos de representación, dando paso a dinámicas contemporáneas de producción, consumo y participación en la era hiperdigital (Feixa, Fernández & Figueras, 2016; Feixa & Sánchez García, 2015). Las autoras abordan en sus capítulos las distintas trayectorias terapéuticas de diversas juventudes actuales, dando cuenta en sus escritos de la superposición de mundos que estos recorridos muestran, donde lo global y lo local se interconectan y en los que lo digital juega un rol central, implicado tanto en la divulgación de nueva información, como en la reapropiación de saberes históricamente marginados como los saberes médicos indígenas y sus estrategias de atención de la salud sexual y reproductiva. Asimismo, se vuelve a plantear la tensión entre estos itinerarios y el sistema de salud oficial, el cual se configura como una estrategia de atención que pierde protagonismo como opción terapéutica, frente a la que persisten temores y percepciones asociadas a maltrato, carencia de integralidad y reproducción de estereotipos de género asociados a la heteronormatividad.

Por último, la sección tres, titulada *Experiencias*, se adentra en iniciativas actuales en salud sexual y reproductiva con juventudes, donde los y las autoras Matías Marín, Carolina Inostroza, Alejandra Carreño, Báltica Cabieses, Natalia Jofré, Alexandra Obach, Michelle Sadler, Patricia Muñoz, Olaya Gómez y Valentina Vega dan cuenta de experiencias concretas de trabajo en sexualidades juveniles, las cuales tienen como elemento común el interés por generar estrategias que desafían los marcos tradicionales de la atención en salud sexual y reproductiva. Ello, en el contexto de que existe una gran distancia entre las percepciones y prácticas sexuales juveniles y los enfoques con que el sistema de salud aborda estas temáticas, lo cual se traduce en acciones sanitarias que muchas veces resultan poco efectivas, y en la reproducción de estigmas y discriminaciones hacia la población joven (Sadler et al., 2011; Rojas et al., 2017). Lo anterior se evidencia, por ejemplo, en las personas jóvenes de las diversidades sexo genéricas, toda vez que el personal de salud tiende a asumir que los y las jóvenes son heterosexuales o que, por autodefinirse como heterosexuales no mantienen

ni mantendrán prácticas sexuales con personas del mismo sexo (Obach et al., 2018). Así mismo, la educación sexual sigue estando marcada por el silencio que prima en espacios educacionales y por un abordaje centrado en el riesgo, más que en el placer, la afectividad, el consentimiento y el cuidado colectivo, todas temáticas que están en el corazón de los intereses que manifiestan los/as mismos/as jóvenes (Rodríguez et al., 2021). En esta misma línea existe información respecto a la apertura cada vez mayor de la población juvenil hacia diversas identidades y prácticas sexuales, así como curiosidad e interés por explorar respecto a dimensiones menos subrayadas de la sexualidad como son la afectividad, el cuestionamiento a la monogamia y la ruptura del binarismo en las identidades de género. Estos nuevos intereses y experiencias agudizan la distancia con los equipos de salud debido a que tanto jóvenes como profesionales de salud reconocen contar con escasa información y entrenamiento en el área de la salud sexual de diversidades sexuales (Obach & Sadler, 2018). Para el caso de las juventudes de pueblos originarios y migrantes internacionales, el escenario también porta trazos de estigma e invisibilidad ya que en estos grupos se reportan carencias significativas de un enfoque interseccional en la atención de salud, así como de interculturalidad a la hora de abordar dimensiones de la sexualidad (Dides & Moscoso, 2007; Obach et al., 2022). Es importante destacar el hecho de que, en la última década, el sector salud ha comenzado a integrar enfoques participativos y de derechos para abordar a las diversas juventudes, en línea con las directrices internacionales en materia de la definición de la salud como un derecho humano y de la salud sexual como una dimensión clave del bienestar humano (OMS, 2015). A pesar de estos avances, la atención de salud de jóvenes carece aún de una mirada integral, participativa e inclusiva respecto a las diversas juventudes que habitan el territorio nacional. En este marco, los capítulos de esta sección quieren dar cuenta de interesantes iniciativas en el abordaje de la salud sexual y reproductiva que se gestan en distintos territorios, desde los marcos de derechos humanos, interculturalidad, interseccionalidad y género. Por lo mismo, se presentan como programas y acciones que merecen ser socializados para su conocimiento y posible replicación en diferentes contextos.

A través de las tres secciones en que se desarrolla el presente libro hemos querido, más que responder a desafíos teórico-académicos sobre la problemática abordada, proponer reflexiones sobre las construcciones de cuerpo y sexualidades juveniles presentes en nuestro territorio. Ello, situándonos desde la experiencia que muchas de las autoras y autores han desarrollado frente a esta temática tanto a partir de sus vidas personales como por medio de sus militancias políticas y de sus trayectorias académicas y laborales; y dando protagonismo a las representaciones sobre cuerpos y sexualidades de una generación joven que creció en un contexto de gran efervescencia política, con una marcada participación juvenil que renovó los cuestionamientos en torno a las inequidades sociales del país y que puso en la agenda pública la visibilización de identidades hasta la fecha subordinadas, tales como mujeres, personas LGBTIQ+, pueblos originarios, entre otras.

Esperamos que el libro sea una contribución al campo de investigación de juventudes, los cuerpos y las sexualidades, así como un aporte al desarrollo de sistemas de salud más inclusivos, justos y democráticos con quienes hoy conforman una parte tan importante y valiosa de la sociedad como son los y las jóvenes.

ALEXANDRA OBACH, MICHELLE SADLER Y ALEJANDRA CARREÑO, EDITORAS.

REFERENCIAS

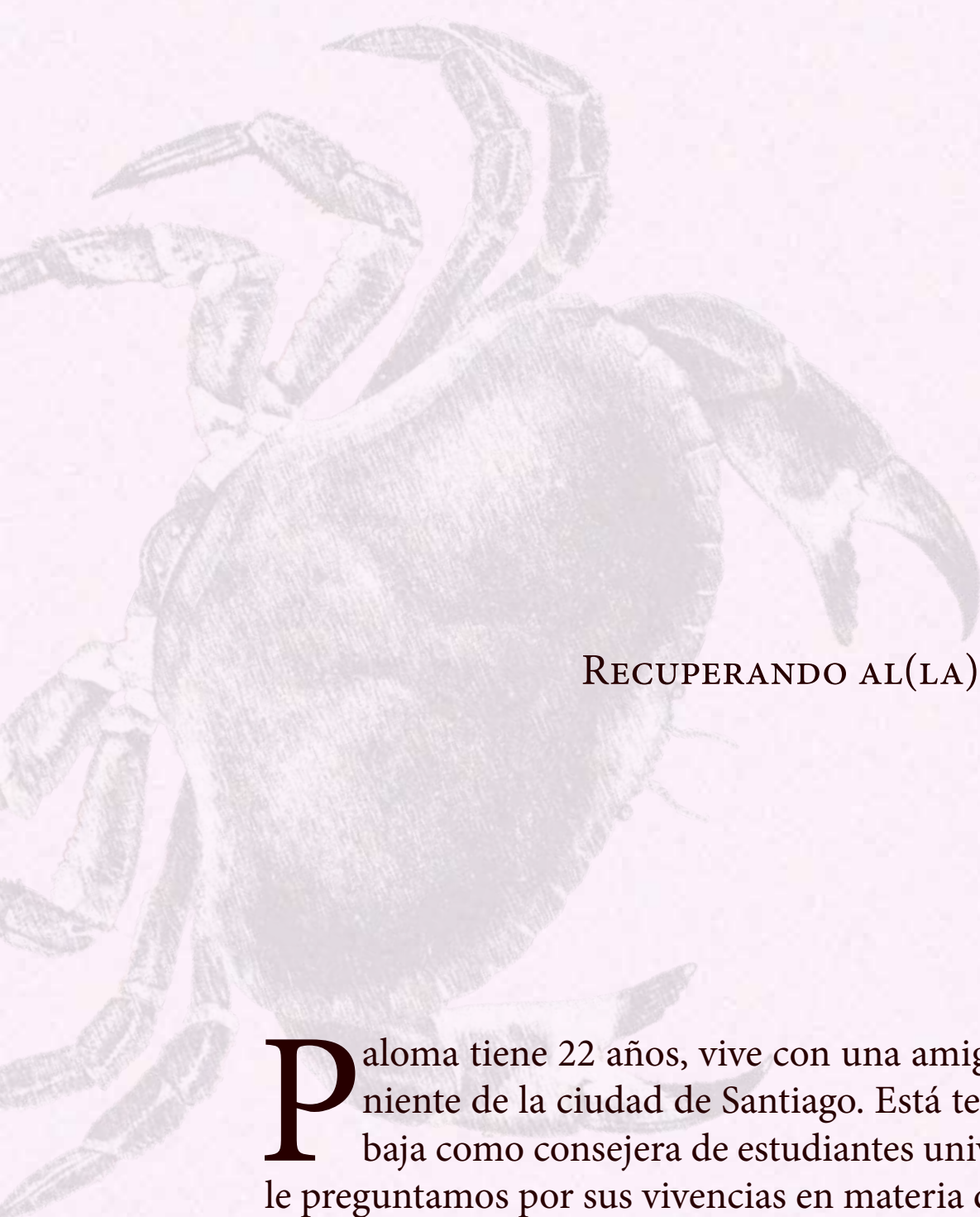
- Alabarces, P & Garriga, J. (2007) Identidades Corporales: entre el relato y el aguante. *Campos*, 8(1), 145-165.
- Bourdieu, P. (1994) Deporte y Clase Social. En *Materiales de Sociología del Deporte*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.
- Chávez, M. (2014) La estigmatización de la adolescencia como grupo poblacional en riesgo y sus repercusiones en la construcción de ciudadanía. *Sinética*. Guadalajara, Universidad Jesuita de Guadalajara, 42. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sine/n42/n42a3.pdf>
- Csordas, T.J. (1990) Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.
- Dides Castillo, C., & Pérez Moscoso, MS. (2007). Investigaciones en salud sexual y reproductiva de pueblos indígenas en Chile y la ausencia de pertinencia étnica. *Acta bioethica*, 13(2), 216-222.
- Duarte, K. (2000) Acerca de como mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. *Última Década*, 13, 59-77.
- Feixa, C. & Sánchez García, J. (2015) De las culturas juveniles a los estilos de vida: etnografías y metaetnografías en España, 1985-2015. *Revista de Estudios de Juventud*, 110, 105-129.
- Feixa, C., Fernández-Planells, A. & Figueras-Maz, M. (2016) Generación Hashtag. Los movimientos juveniles en la era de la web social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 107-120.
- Foucault, M. (1991) *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. México D.F: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2002) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Haro, J. A. (2000) Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero & J. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura*. Estudios entre la Antropología y la Medicina (pp. 101-161). Barcelona: Bellaterra.
- Krauskopf, D. (2004) Perspectivas sobre la condición juvenil y su inclusión en las políticas públicas. En E. Gerber & S. Balardini (Eds.), *Políticas de juventud en Latinoamérica. Argentina en perspectiva*. Buenos Aires: FLACSO-Argentina/Fundación Friedrich Ebert Stiftung.
- Krauskopf, D. (2015) Los marcadores de la juventud: La complejidad de las edades. *Última Década*, 42(23), 115-128.
- Kropff Causa, L., & Stella, V. (2017). Abordajes teóricos sobre las juventudes indígenas en Latinoamérica. *LiminaR*, 15(1), 15-28. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272017000100015
- Macintyre, A., Montero, AR., & Sagbakken, M. (2015) From disease to desire, pleasure to the pill: A qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. *BMC Public Health*, 15(1), 945. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2253-9>

- Obach, A., & Macintyre, A. (2016) Vulnerabilidad social en salud en adolescentes y jóvenes en Chile. En B. Cabieses, M. Bernales, A. Obach, & V. Pedrero (Eds.), *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones* (pp. 119-138). Santiago, Universidad del Desarrollo.
- Obach, A., & Sadler, M. (2018) *Promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo en adolescentes. Aprendizajes y recomendaciones a partir de la experiencia de cinco espacios amigables de la Región Metropolitana*. Santiago: Universidad del Desarrollo.
- Obach, A., Sadler, M., Aguayo, F., & Bernales, M. (2018) Salud sexual y reproductiva de hombres jóvenes en Chile: resultados de un estudio cualitativo. *Rev Panam Salud Publica*, 42. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e124/es>
- Obach, A., Sadler, M., & Cabieses, B. (2018) Intersectoral strategies between health and education for preventing adolescent pregnancy in Chile: Findings from a qualitative study. *Health Expectations*, 22(2), 183-192. <https://doi.org/10.1111/hex.12840>
- Obach, A., Sadler, M., & Jofré, N. (2017) Necesidades en salud sexual y reproductiva de adolescentes en Chile: el rol de la educación sexual. *Rev. Salud Pública*, 19(6), 852-858.
- Obach, A., Carreño, A., & Sadler, M. (2022) Latin American Youths' Migration Journeys and Settlement in the Tarapacá Region in Chile: Implications for Sexual and Reproductive Health. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 13583. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36294166/>
- OMS. (2015) *La Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)*. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-para-salud-mujer-nino-adolescente-2016-2030>
- Rojas, G., Eguiguren, P., Matamala, M. I., & Palma, I. (2017) Acceso a anticoncepción en adolescentes: percepciones de trabajadores de la salud en Huechuraba, Chile. *Rev Panam Salud Publica*, 41, 8.
- Rodríguez, J., Roberts A., & Sadler, M. (2021) Logros, pendientes y desafíos en torno al descenso de la fecundidad adolescente en Chile. En *INJUV. Problemáticas y desafíos de las juventudes en Chile, Evidencias desde las Encuestas Nacionales de Juventud*. Recuperado de: https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/injuv2021_problematicas_y_desafios_de_las_juventudes_en_chile_-1.pdf
- Sadler, M. (2018) Cuerpos vividos en el nacimiento: Del cuerpo muerto de miedo al cuerpo gozoso. En Cordero, Moscoso, & Viu (Eds.), *Rastros y gestos de las emociones* (pp. 199-245). Cuarto propio.
- Sadler M., Obach A., Luengo X., & Biggs, A. (2011) *Estudio Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para la Prevención del Embarazo Adolescente en Chile*. Santiago, Chile. CulturaSalud/Ministerio de Salud.
- Scheper-Hughes, N, & Lock, M. (1987) The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly, New Series*, 1(1), 6-41.

SECCIÓN I

Cuerpos





CAPÍTULO 1

RECUPERANDO AL(LA) CUERPO(A) INTEGRAL EN SALUD SEXUAL

MICHELLE SADLER SPENCER

Paloma tiene 22 años, vive con una amiga en Cerro Navia, comuna del sector norponiente de la ciudad de Santiago. Está terminando sus estudios de kinesiología, y trabaja como consejera de estudiantes universitarios que cursan su primer año. Cuando le preguntamos por sus vivencias en materia de sexualidad, retrocede a sus 9 años de edad, cuando vivió un abuso sexual del cual no entrega detalles; solo menciona que no le contó a su madre hasta mucho más tarde, debido a que ella fue también abusada de niña -por su hermano- y estaba “traumada por el tema”. Durante su adolescencia, Paloma describe haber tenido una vida sexual activa, heterosexual, marcada por una relación compleja con su propia sexualidad y su cuerpo. Relata haber mantenido una actitud muy pasiva en sus relaciones, complaciente con sus parejas, más preocupada del placer de los otros que del placer propio. Junto con eso, vivió toda su primera etapa de exploración sexual con mucha culpa, debido a los imaginarios en torno a la sexualidad que su madre le transmitía; como algo prohibido y peligroso.

No lo hablaba con nadie [...], me sentía culpable, decía: “Lo que hice está mal, si mi mamá se entera se muere”. Aparte que había todo un rollo que las que tenían sexo eran mujeres como zorras, putas, o como... y decía: “Y más encima, soy una zorra, como que hago todo lo que mi mamá dice que no hay que hacer.” [...] Entonces todo ese proceso era en sí muy traumático, como que toda la educación media viví un poco en el que “no piensen que soy una zorra”.

Lo anterior iba aparejado con un miedo muy fuerte a contraer infecciones de transmisión sexual (ITS): “Y más encima este rollo como de que si tienes sexualidad te va a dar Sida poco menos, no sé, que vas a tener todas las ITS, y yo no sé, no tenía acceso a condones, nada de eso, a ningún tipo de protección.”

Fue su madre quien la llevó por primera vez a una consulta ginecológica, ahí le detectaron ovario poliquístico por lo que tomó pastillas anticonceptivas entre 7mo básico y 2do medio. Acudía a controles de salud sexual solo por ese motivo, sin hablar de otros temas. La mayor guía que obtuvo en materia de sexualidad vino de una matrona que atendía en su escuela:

Eso era espectacular. Ella hacía atención, y tú podías ir a resolver dudas, a pedirle condones, a iniciar un tratamiento de anticonceptivos. Entonces, estaba llena todos los viernes, si en el fondo todo el mundo quiere resolver dudas, como... entonces era bacán. Y ahí yo le dije: “Hola, ¿sabes qué?, quiero cambiar mi método anticonceptivo, como que ya estoy harta de tomar pastillas, ¿puede ser otro?”. Y ahí me mostró las posibilidades, “puede ser una inyección, puede ser esto, no sé qué”, y yo dije “ya, las inyecciones me tincan”. Pero no sé, ¿hasta los 17, 18? Cero cuidados más allá de eso.

A los 18 años, describe un cambio en la forma de relacionarse con su sexualidad. Por una parte, se mudó desde la casa paterna a vivir con amigas, lo cual le permitió vivir su sexualidad sin tener que esconderse y de una forma menos culposa. Por otro lado, comenzó una relación de pareja que significó un espacio seguro de exploración:

Tuve una relación larga y con un compa que me llevaba súper bien, nos queríamos hartito, teníamos una relación súper sana. Entonces empecé con él, y como que todo empezó a cambiar, empecé como a dedicarme más a cuidar mi cuerpo, como a conocerme más, no sé qué. Y después terminé con él y fue así como mucho más bacán, así como que ya estuve un tiempo sola. Estuve, no sé, conociéndome, como, de todo, incluso, autoerotismo...

Junto con eso, tomó una actitud más activa en el autocuidado de su salud sexual, comenzó a hacerse regularmente exámenes y a utilizar condón en las relaciones sexuales.

Entonces ya, voy a hacer todo bien, como que me hice todos los exámenes, mis exámenes están limpios, desde ahora nunca más tengo sexo sin condón, y era así una promesa [...]. Y ahí también empecé a cuidar mi placer, como que empecé en verdad a poner los límites que siempre debí haber puesto en las relaciones sexuales conmigo. Así como: “Esto no me gusta, así que no se me hace”.

En la universidad, además, Paloma encontró nuevos espacios que alimentaron estos cambios. En conversaciones con compañeras y amigas, y en páginas de Instagram, fue descubriendo:

Todo este rollo del clítoris, de visibilizar la anatomía femenina, la vulva, cómo se dice o cómo no se dice. [...] Entonces de hecho ahí fue cuando más se me abrió la mente, y que coincide con este mismo período en que pongo límites, en que empiezo a explorar más. Pero ahí fue como a través de Instagram, de comentarlo con las compañeras, con las amigas, y como justo estaba este revuelo por visibilizarlo, entonces como que va como anillo al dedo para que tú empieces a saber más.

En el testimonio de Paloma, vemos el tránsito desde una vivencia de la sexualidad culposa y en términos negativos, a una en la cual se releva el autoconocimiento y el placer. En dicho camino, el sector formal de salud aparece como lejano y tuvo poca incidencia; en el imaginario de Paloma se asocia a prevención de embarazo y control de ITS, y a la sensación de miedo (en caso de detectarse una enfermedad). Su mayor acercamiento con profesionales de salud ocurrió dentro de la escuela, donde contaban con un programa de atención de matrona. El sistema biomédico de salud no es mencionado como alternativa para todas las otras dimensiones de la sexualidad que para ella son relevantes. Para Paloma, la sexualidad incluye el autoconocimiento, la autoexploración, el placer (propio y en la relación de pareja), el tipo de relaciones que se establecen, los límites que marcan en las relaciones sexoafectivas, las formas de autocuidado.

Como que creo que si bien uno en primera instancia, cuando te dicen sexualidad lo único que piensas es genitales y sexo, es más integral que eso; creo que la sexualidad tiene que ver con como uno define su género, o como se identifica; y también tiene que ver con tus gustos en torno a esto mismo. Como que también involucra valores en torno a la sexualidad, como que tiene como un todo un tema cultural detrás.

Paloma es una de las jóvenes entrevistadas en el marco del proyecto Fondecyt de Iniciación #11190701. Tomamos su relato para abrir una reflexión sobre los sentidos que las personas jóvenes construyen en torno a sus cuerpos(as) y sexualidades, y las prácticas corporales y de atención de la salud que despliegan a partir de dichos significados. Además, para pensar en los encuentros y distancias que existen entre las construcciones de sentido y significado propias del mundo juvenil, y aquellas que sobre lo juvenil se despliega desde el sistema oficial de salud. En este capítulo nos centramos en relatos de mujeres jóvenes cisgénero de 18 a 24 años de edad que participaron en el estudio, de diversas orientaciones sexoafectivas, residentes de sectores urbanos de clase media y media-baja de la Región Metropolitana. En su gran mayoría habían concluido la enseñanza media y algunas estaban cursando estudios superiores, técnicos o universitarios al momento de participar en las entrevistas. Con respecto al sistema oficial de salud, algunas habían utilizado solo el sector público de atención, y otras transitaban entre el público y privado. También, incluimos testimonios de matronas y matrones que se desempeñan en atención de salud sexual y reproductiva con personas jóvenes, en un intento de establecer puentes entre ambos mundos de significados.

LOS(LAS) CUERPOS(AS) INTEGRALES

Detengámonos en la noción de sexualidad, como es entendida por las jóvenes que participaron en el estudio. Paloma plantea que la sexualidad es “más integral” que la genitalidad y el sexo, que incluye la identidad de género y los valores en torno a la sexualidad. Esta idea de integralidad es central en los testimonios recogidos: Francisca entiende la sexualidad como “un espectro amplio que abarca el sexo mismo, la identidad de género, la erótica... abarca varios aspectos de la vida ya sea como interactuando con otros o con uno mismo”. Para Tamara, “abarca muchas dimensiones, incluida la emocional y hasta espiritual, y muchas formas y prácticas sexoafectivas, diferentes a lo convencional”. Rosa plantea que “es mucho más que un tema físico, también son emociones, son pensamientos, son ideas, son... un montón de cosas”, y agrega que “primero se desarrolla en ti y después se puede llevar como con otras personas”. En esta breve selección de testimonios vemos algunos de los puntos fundamentales que se repiten en las aproximaciones juveniles a la sexualidad: se trata de una forma de relacionarse con uno(a) mismo(a) y con los demás, que abarca dimensiones tanto físicas, como emocionales y espirituales, y que incluye relaciones sexoafectivas en un amplio espectro identitario.

En cuanto a la relación con uno(a) mismo(a), se destaca como fundamental el autoco-
nocimiento, autoexploración y autoerotismo, muy de la mano con la experiencia del placer. Para Carla, “el autoerotismo es parte fundamental de mi vida [...], yo creo que es súper positivo y ayuda un montón a las relaciones, conocerte más, saber lo que te gusta, saber hasta donde puedes llegar”. Para Karin, es central que “la persona se sienta cómoda y plena por medio de su sexualidad; eso significa sentirse plena con su cuerpo [...] a entender la relación con él y sentirse dueña o dueño de esta relación”. Agrega la importancia de “empoderarse o concientizarse de la relación sexoafectiva que uno tiene con uno mismo”. “La sexualidad está muy ligada al placer”, plantea Julia, “y no solo al placer sexual de lo que podría ser un orgasmo o un clímax, sino que está muy ligada a la sensación de bienestar”. Como parte del autoconocimiento, además, en diversos testimonios se incluye la relevancia de comprender la propia biografía sexoafectiva para poder lograr una sexualidad sana. Las participantes se refieren a “integrar”, “trabajar”, o a veces a “sanar” experiencias como abusos y acoso sexual, abortos espontáneos o provocados, o relaciones abusivas de pareja, que marcan y condicionan el acercamiento que tienen a la vivencia de la propia sexualidad. Maira dice que: “Todavía estoy en camino de... todavía igual es difícil en el sentido de la reacción que tengo de mi cuerpo a mí misma... Pero no sé si es por abusos pasados, entonces todavía lo estoy trabajando”. Las experiencias de violencia sexual -con distintos matices- se repiten en las biografías de las jóvenes, de ahí que consideren relevante el compartirlas como práctica de cuidado. Ana expresa que las conversaciones sobre las violencias vividas “nos abren como a una responsabilidad sexual, a mayor conocimiento, a una conciencia por decirlo de alguna forma [...], porque existe una conciencia como sexual de vinculación con las otras personas, como que estás más consciente de todas tus prácticas y te puedes cuidar mucho mejor”.

Una relación de bienestar y placentera con la propia sexualidad y cuerpo(a) es mencionada como fundamental para poder luego establecer relaciones sexoafectivas saludables con otras personas, en las cuales se pueda dar y recibir placer y establecer límites de lo que gusta/disgusta. La dimensión relacional de la sexualidad como forma de conexión implica respeto por el sentir de otro(a). Este respeto se vincula tanto a la interacción sexual misma,

teniendo en cuenta elementos como el consentimiento y disfrute, como al respeto por las orientaciones y preferencias sexuales de los(as) demás. Se menciona en varios testimonios la noción de “responsabilidad afectiva”, aludiendo a la capacidad de expresar las propias necesidades, deseos y emociones, y a la vez ser respetuosas de las emociones de los(as) demás, con el fin de construir relaciones saludables.

Otra de las dimensiones fundamentales que se incluyen en el campo de la sexualidad es el de las identidades sexo genéricas y afectivas, en el sentido de que cada persona tenga el espacio y libertad de explorar sus preferencias y de identificarse de la(s) forma(s) que le haga(n) sentido. Y si bien hay consenso en afirmar que en los últimos años se ha producido una mayor aceptación social de las diversidades/disidencias, también lo hay en cuanto a plantear que las personas LGBTIQ+ viven especial discriminación y violencia.

En estas aproximaciones vemos una noción fluida/integral de cuerpo(a), que no es solo biológico ni menos individual, sino integral, relacional, que se construye primero con uno mismo y luego con/a través de otros. Cuerpos(as) que integran las posiciones que ocupan en el entramado social, las experiencias, violencias y cuidados vividos. Decimos “cuerpos(as)”, en su forma masculina y femenina, por ser ambos términos utilizados por las propias jóvenes en sus relatos. Quienes utilizan la palabra “cuerpa”, han formado o forman parte de colectivos feministas que buscan reivindicar un uso inclusivo del lenguaje de género. Carolina, como ejemplo, plantea que “esta postura de las cuerpas, [implica] que son todas cuerpas iguales, que todas las cuerpas tiene los mismos derechos [...]. Era este rollo de que estamos exigiendo que nuestras cuerpas no sean vulneradas”¹. Para Josefina Bilbao (2020), se trata de una resignificación lingüísticogenérica que permite reflexionar sobre la dominación, la performatividad de género, la institucionalidad, el patriarcado, los estigmas, entre otros. Para la autora, se trata de un concepto habitado por sentidos feministas -aplicable a las cuerpas de mujeres, varones y de todos/as aquellos/as que cuestionen las lógicas disciplinadoras y de control; representa un cuerpo que lucha, un cuerpo en el que se visibilizan las marcas del patriarcado y la violencia de género.

Se trata, entonces, de cuerpos(as) vividos(as) (*lived bodies*), como plantean Margaret Lock y Judith Farquhar (2007), comprendidos como formaciones contingentes de espacio, tiempo y materialidad; como conjuntos de prácticas, discursos, imágenes y arreglos institucionales en torno a los sujetos. Es decir, de cuerpos(as) que forman parte del campo de la cultura.

LOS CUERPOS FRAGMENTADOS

En contraposición a estas miradas integrales, en el sistema oficial de salud priman representaciones fragmentadas del cuerpo(a) y sexualidad, en opinión de las jóvenes entrevistadas. En los relatos de experiencias de atención de salud sexual en el sector oficial de salud -tanto público como privado- aparecen más desencuentros que encuentros, en tanto

1 A lo largo del capítulo, utilizamos “cuerpo” y “cuerpa” cuando han sido explícitamente enunciados así por las jóvenes entrevistadas. “Cuerpo” también se utiliza cuando se refiere a la corporalidad en/desde la biomedicina. Por último, utilizamos “cuerpo(a)” cuando se trata de nuestra interpretación del material, que busca poner en escena las tensiones entre ambas denominaciones.

las jóvenes perciben que el foco está puesto fundamentalmente en su cuerpo anatómico-fisiológico, y en las medidas “técnicas” para prevenir y tratar embarazos e ITS en relaciones heterosexuales. Sienten que, en la mayoría de las interacciones con el sector formal de salud, no son escuchadas ni comprendidas en sus concepciones, identidades y prácticas relativas a la sexualidad. Decimos “mayoría”, pues hay también muy buenas experiencias de atención, que son caracterizadas como excepcionales.

Estas representaciones limitadas de la sexualidad son confirmadas por los(as) profesionales de salud. Un matrona plantea que “no existe un cuidado en atención en salud sexual para este grupo que no sea ir a buscar condones, anticonceptivos o acceder atención en VIH, sífilis y gonorrea [...], es un enfoque muy reactivo, orientado a regulación de la fecundidad e ITS, y nada más. Otra matrona lo ejemplifica en el relato de un joven que acude al sector salud a plantear que “quiere empezar a cuidarse”, y le responden: “Ya, aquí están los condones, así se pone, ya listo, chao. El que sigue”. Un matrona agrega: “Lo que más conocemos es sobre relaciones, no voy a decir solo heterosexuales, pero sí relaciones coito-centradas, pene-vagina, y listo”.

Lo que hemos planteado hasta ahora no es nada nuevo. La literatura especializada en la materia en Chile ha mostrado hallazgos similares desde hace más de una década (Casas & Ahumada 2009; Obach et al., 2018; Rojas et al., 2017; Sadler et al., 2011); planteando que los enfoques predominantes en materia de cuerpo(a) y sexualidad han cambiado poco. Esto, a pesar de importantes avances en materia de programas y políticas de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes, como la Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes (MINSAL, 2008) y el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes (MINSAL, 2012), los cuales incluyen el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de jóvenes como parte esencial de la salud. Además, se cuenta con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (MINSAL, 2018), que integra enfoques explícitos de derechos humanos, desarrollo humano, de curso de vida, de género, de interculturalidad, y de determinantes sociales de la salud. Esta política “incorpora en forma explícita las necesidades de salud sexual que se han abordado en forma fragmentada” (MINSAL, 2018, p.8).

En los testimonios de las jóvenes y el personal de salud entrevistado, se aprecia que esta declaración de enfoques integrales en materia de salud sexual no ha logrado ser llevada a la práctica. Nos encontramos con una atención de salud sexual que reduce la compleja y multidimensional experiencia de la sexualidad a el cuerpo fisiológico femenino reproductivo, la sexualidad heterosexual y la prevención de embarazo, ITS y VIH mediante métodos de barrera y hormonales. Y, si bien, esta es la norma, nos encontramos con excepciones. Aparece la “suerte” de haber encontrado a un(a) profesional de salud -matrona(ón) o ginecóloga- en el camino, que sí comprende la vivencia integral de la sexualidad. A veces ocurre dentro del sistema formal de salud, pero muchas otras, ocurre fuera del mismo, a través de redes sociales, organizaciones territoriales o de la sociedad civil. Es importante además mencionar que estas “excepciones” se han ido haciendo más frecuentes en los relatos de jóvenes en los últimos años (al comparar estudios que hemos realizado durante la última década).

Quizás atendiendo a estas buenas experiencias de atención, podamos encontrar algunas claves para comprender la hegemonía de las visiones reduccionistas de el(la) cuerpo(a) sexuado(a) juvenil. En estos encuentros satisfactorios, las necesidades de las jóvenes en ma-

teria de sexualidad sí son satisfechas, se sienten acompañadas y comprendidas en los procesos que están viviendo. Y, si rastreamos a esos(as) profesionales, nos encontramos en la mayoría de los casos con matronas(es) y ginecólogas jóvenes, que, conscientes de las falencias en los enfoques de sexualidad que recibieron de la educación universitaria, se han seguido formando en las materias en las cuales carecían de herramientas. Una ginecóloga comenta que: “Salimos [de la universidad] con profundas falencias en materia de una sexualidad entendida en términos integrales, y desde ahí fuimos haciendo un camino de formarnos en otras áreas”. Otra matrona concuerda, diciendo que: “No nos entregaron una educación en sexualidad con enfoque de derechos, y por eso tuvimos que buscar herramientas desde la auto-formación”. Un matrona agrega que: “La formación de pregrado en materia de sexualidad integral era muy incompleta [...] y mientras estábamos en la universidad nos educábamos entre nosotros”. En otro testimonio, una matrona expresa que: “La carrera de nosotros lamentablemente se enfoca mucho hacia la mujer, biológicamente hablando, tenemos muchas carencias y desconocimiento de todo lo que no sea la fisiología femenina, y además especialmente reproductiva”. Para esta profesional, resulta “muy grave que todo lo demás queda desplazado, en especial los grupos que tienen más complejidad como el mundo trans, o las personas no binarias; para muchas colegas es un mundo totalmente nuevo”. Por último, una joven matrona cuenta cómo eligió su universidad “porque supuestamente tenía un enfoque más biopsicosocial que otras, pero ese enfoque era solo aplicado para un usuario ideal o tradicional, que es una mujer chilena estándar, urbana, que sabe leer y escribir”. Para esta joven profesional: “Es muy preocupante que yo no tenga ninguna herramienta para acercarme a las personas que no calcen en esa definición; el sistema de salud no está diseñado para considerar ningún tipo de disidencia o inconformidad en ningún aspecto de la cultura”.

En estas citas, se alude a las deficiencias de la educación universitaria, en este caso de las carreras de medicina con especialidad en ginecobstetricia, y de obstetricia y puericultura, como foco de reproducción de enfoques reduccionistas de los(as) cuerpos(as) sexualizados(as). Y en este punto, parece importante detenernos a examinar algunos principios de la biomedicina que se reproducen en la educación de salud y permean las formas de representación de estos(as) cuerpos(as).

Primero, destaca el foco en un cuerpo anatómico-fisiológico, desconectado de las otras dimensiones que lo conforman. El antropólogo Eduardo Menéndez (2003) ha planteado que el rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo. Para el autor, por ser la dimensión biológica el principio de diferenciación profesional y el núcleo de la formación, se dejan de lado los procesos sociales, culturales y psicológicos como anecdóticos. Esto queda en evidencia al analizar las mallas curriculares de las carreras de salud, en las cuales los ramos de biología, anatomía y fisiología son centrales en los primeros años de educación. Esto sirve además para reforzar los principios de la separación cuerpo-mente y el cuerpo como máquina, aún predominantes en las carreras de salud (Davis-Floyd, 2018). El principio de separación estipula que las cosas se entienden mejor fuera de su contexto; o sea, separadas de los objetos o las personas con los que están relacionados. Además, los primeros años de educación, principalmente en ciencias básicas “deshumanizadas”, sirven al propósito ritual de distanciar al alumnado de la persona que era antes, y separarlo de las personas que atenderá (Davis-Floyd, 2018).

El énfasis en lo biológico lleva por defecto a un desmedro de las dimensiones emocionales. Es así como en estrecha relación con el biologicismo, a lo largo de la educación en estas carreras de salud, se promueve un entumecimiento emocional en el cual se va enseñando que las emociones no deben interferir en la atención, y que incluso pueden atentar con el adecuado despliegue de las habilidades técnicas (Castro, 2014; Davis-Floyd, 2018). Una joven matrona relata que, en el ambiente laboral, es cuestionada y juzgada por algunas colegas por entregar una atención “involucrada”: “Y el hecho de involucrarse, muchas veces una es un apoyo para las mujeres, una contención, y te cuestionan muchas veces por eso. Recién saliendo de la carrera, si tienes esa línea te cuestionan por eso”. Es en especial durante las prácticas clínicas y los primeros años de ejercicio, que varios(as) relatan haberse sentido en una encrucijada entre lo que consideraban un trabajo valioso y con sentido, y lo que les exigía “el sistema”, encarnado en colegas de más años de ejercicio y en las jefaturas de servicio médico. Una matrona lo caracteriza como un proceso de atrofia: “Nuestro instinto se va atrofiando de a poco... así como ¡porfa no ser así, porfa no ser así, porfa no ser así!”

De este modo, se puede generar un verdadero entrenamiento en la negación de las emociones, como lo plantea la psiquiatra española Ibone Olza. La autora describe cómo, desde el inicio de los estudios, y más aún durante el período de residencias clínicas, se silencian sistemáticamente todos los aspectos relacionados con el psiquismo y la vida emocional del profesional, “se aprende a negar los aspectos personales bajo el mito de que lo personal no debe influir en lo profesional” (2008, p. 4). Esto queda claramente expresado en los testimonios de profesionales, cuando relatan que, durante sus prácticas profesionales, el involucramiento emocional era “mal mirado”: “Es súper mal mirado, como casi que tú no puedes ser buena técnicamente e involucrarte emocionalmente con la mujer. [...] Creo que existe mucho de eso... yo no puedo poner de mí o tener sentimientos y tengo que ser un robot, porque eso es lo que se espera de ti”. Otro matrn plantea que: “Nos enseñan que los procesos vitales son como recetas, por ejemplo, la mujer es una receta de pan; el pan viene, se tuesta y se saca”. Otra agrega que: “Aprendemos a controlar todos los procesos, a tratar al ser humano como una máquina... literalmente en este caso: la mujer como una máquina... Y así obviamente estamos deshumanizando todos los procesos”. Esta imaginería “robotizada”, analogía utilizada en varias entrevistas, alude al principio mecanicista por el cual los conjuntos naturales son similares a máquinas compuestas de partes que carecen de cualquier relación intrínseca entre sí. Se refuerzan los principios de separación o fragmentación cuerpo/mente, de cuerpo como máquina, como componentes del principio de separación de la biomedicina, en el que las cosas se entienden mejor fuera de su contexto. Así, la existencia humana se disecciona en partes: el cuerpo como máquina carece de relación con las dimensiones emocionales o espirituales; y personas individuales como seres autónomos carecen de relación con los demás. Al mismo tiempo, el cuerpo-máquina funciona con leyes universales, sin contemplar las dimensiones biográficas, de experiencias vitales, identitarias, ni socioculturales que lo conforman.

En este imaginario, la expresión de que “me sentí como un objeto”, expresada por algunas de las jóvenes entrevistadas al aludir a las consultas biomédicas de salud sexual, hace sentido. Es la reducción de las experiencias vividas de la sexualidad a un cuerpo anatómo-fisiológico y sus funciones mecánicas, sin contemplar las múltiples dimensiones de lo humano. Pero, además de la hegemonía de este principio mecanicista -que podría ser denominador común en muchos otros ámbitos de atención en salud- cuando se trata de la

salud sexual de jóvenes se despliegan con especial intensidad los valores sociales sobre el ejercicio de una sexualidad normalizada. En América Latina y Chile, al igual que lo que se reporta en buena parte del mundo, el foco se ha puesto en la atención de salud reproductiva de las personas jóvenes, invisibilizando y hasta negando sus derechos sexuales; generando con ello una brecha respecto a sus necesidades reales en los ámbitos de sexualidad (Barroso, 2014; Casas & Ahumada, 2009; Morgan & Roberts, 2012). En Chile, en particular, una agenda valórica “conservadora” ha logrado imponerse en lo que respecta a políticas de educación sexual escolar, limitado las iniciativas en este ámbito (Figueroa, 2012). De la mano de ello, las sexualidades juveniles han sido abordadas desde el sector salud principalmente desde un enfoque de riesgo, el cual, desde una mirada individualista, estigmatiza y responsabiliza a este grupo social de los resultados sanitarios que les afectan (Krauskopf, 2015). Esto se ejemplifica cuando se dilata la atención de salud sexual en prestaciones que son un derecho, como la anticoncepción de emergencia, cuando se imponen barreras burocráticas innecesarias para acceder a tratamientos, cuando se expresan juicios, burlas y regaños por sus prácticas sexuales o identidades sexo-genéricas. Marcela relata que, “por ser joven”, en un examen ginecológico para descartar una ITS, en el que se quejó de dolor y de lo brusco del procedimiento, le decían que “¿acaso no te gustó el leseo?, ahora te aguantas”. Sandra expresa que “cuando uno es joven, yo tenía 19 años, y asocian que eres una niña haciendo cosas de grande, y se dan el lujo de tratarte como quieren, pésima mi experiencia”. Estas experiencias refuerzan los mandatos de una sexualidad “domesticada” que ya venía imponiéndose desde la sociedad mayor; recordemos la culpa que sentía Paloma por haberse iniciado sexualmente a temprana edad, y, por tanto, “ser una zorra”. Tomamos la idea de “domesticación” de la filósofa Sara Cohen Shabot (2016), para quien la violencia que puede ser ejercida durante la atención obstétrica sobre cuerpos femeninos es una herramienta para domesticar a cuerpos(as) rebeldes, para poner al cuerpo femenino en su lugar si desafía su condición de objeto.

Todo lo anterior nos remite a comprender a la biomedicina como un sistema cultural. La antropología médica ha sido enfática en cuestionar la supuesta neutralidad de la biomedicina para mostrar que refleja las normas y valores específicos de la cultura que le da forma (Gaines y Davis-Floyd, 2003; Hahn & Kleinman, 1983). La biomedicina sería entonces una “etnomedicina fisiológicamente orientada” (Comelles & Martínez-Hernández, 1993), etnomedicina en tanto es un sistema médico culturalmente configurado, y fisiológicamente orientada debido a que su rasgo estructural dominante es el biologicismo, como desarrollamos anteriormente. Entonces, por muchos programas y políticas que se formulen con un discurso de integralidad, va a seguir resultando difícil ponerlos en práctica cuando el modelo biomédico de base, en el que se educan los(as) profesionales de atención de salud, es uno de tales características.

REFLEXIONES FINALES

Volvamos a la historia de Paloma; para ella, las consultas biomédicas de salud eran sinónimo de anticoncepción y prevención de ITS, nada más. En su caso, una historia de abuso sexual intergeneracional grabó profundos temores a mostrarse y ser vista como cuerpo(a) sexuado(as), a ser tildada de “zorra”, a tener alguna ITS. En el sistema de salud no encontró herramientas que consideraran su cuerpo(a) integral, su cuerpo(a) vivido(a). Fue

ella quien gestionó recursos y herramientas para transitar por un camino de autoaceptación y llegar a vivir una sexualidad placentera. Para ella, como para todas las otras jóvenes que participaron en el estudio, la sexualidad es inseparable de la salud mental, de la salud en todas sus variadas dimensiones, y de la vida misma. En este sentido, la lógica fragmentada del sistema oficial de salud no satisface sus necesidades integrales, solo algunas necesidades particulares.

Pero, como vimos, hay excepciones, cada vez más frecuentes, de profesionales que entregan una atención alineada con las necesidades de la juventud. En este capítulo escogimos detenernos en una de las dimensiones que puede marcar esta diferencia, a saber, la educación universitaria y su lógica biologicista, fragmentada y mecanicista. Como vimos, a pesar de las falencias de las carreras de salud, hay profesionales que complementan su educación con visiones más integrales, con el fin de contar con herramientas para abordar una salud sexual integral. Los relatos que hemos presentado de jóvenes y profesionales de salud nos muestran un cambio generacional en cuanto a formas de visibilizar el reduccionismo biomédico que impera en la atención de los(as) cuerpos(as) femeninos. Como veremos en otros capítulos de este libro, por parte de los(as) profesionales, este recambio generacional se evidencia en la reciente fundación, durante la pandemia de Covid-19, de organizaciones de jóvenes matronas(es) y ginecólogas, como lo son ASOMAT (Asociación de Matronas y Matrones de Chile) y Ginecólogas Chile, con un explícito enfoque de derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, en múltiples iniciativas de educación sexual integral y de consejería y atención que prestan en plataformas y formatos fuera del territorio tradicional de salud, ya sea a través de redes sociales, en centros comunitarios, dictando talleres en formatos diversos, entre otros. En cuanto a las personas jóvenes, como vimos en los relatos al inicio de este capítulo, se aprecia una autogestión muy activa con el fin de encontrar respuesta a sus necesidades integrales en materia de salud sexual, recorriendo diversos itinerarios terapéuticos tanto dentro como fuera de la biomedicina. Por otra parte, desde el sector oficial de salud se desarrollan experiencias innovadoras que superan las barreras tradicionales de acceso al sector salud y logran el abordaje integral anhelado por adolescentes y jóvenes, por ejemplo, el Programa Tres A implementado en la comuna de Lo Prado. Esta última iniciativa, así como experiencias de organizaciones de la sociedad civil y de profesionales que entregan herramientas de salud sexual integral a través de redes sociales, son desarrolladas en extenso en otros capítulos de este libro. Estas iniciativas son esperanzadoras, y nos hablan de la posibilidad de que se recupere el(la) cuerpo(a) integral en materia de salud sexual.

REFERENCIAS

- Barroso, C. (2014) Beyond Cairo: Sexual and reproductive rights of young people in the new development agenda. *Global Public Health*, 9(6), 639-646.
- Bilbao, B. (2020) *El cuerpo como trinchera: experiencias contrainformacionales y modos de configurar la resistencia desde la práctica política del feminismo argentino*. Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.
- Casas, L., & Ahumada, C. (2009) Teenage sexuality and rights in Chile: from denial to punishment. *Reproductive Health Matters*, 17(34), 88-98.

- Castro, R. (2014) Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Cohen Shabot, S. (2016) Making loud bodies “feminine”: A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, 39, 231-47.
- Comelles, J.M. & Martínez-Hernández, A. (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. España: Eudema.
- Davis-Floyd, R. (2018) *Ways of knowing about birth; mothers, midwives, medicine and birth activism*. Illinois: Waveland Press.
- Figueroa, E. (2012) Política pública de educación sexual en Chile: Actores y tensión entre el derecho a la información vs Libertad de elección. *Revista Chilena de Administración Pública*, 19,105-131.
- Gaines, A. & Davis-Floyd, R. (2003) Biomedicine. En M. Ember & Cr. Ember (Eds.), *Encyclopedia of medical anthropology* (pp. 95-105) Yale: Human Relations Area Files.
- Hahn, R. & Kleinman, A. (1983) Biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and directions. *Annual Review of Anthropology*, 12, 305-333.
- Krauskopf, D. (2015) Los marcadores de juventud: la complejidad de las edades. *Última Década* 42, 115-128.
- Lock, M. & Farquhar, J. (2007) *Beyond the body proper: Reading the anthropology of material life*. Durham: Duke University Press.
- Menéndez, E. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coectiva*, 8(1), 185-207.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2008) *Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015*. Santiago: Ministerio de Salud, Chile.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2012) *Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de acción 2012-2020*. Santiago: Ministerio de Salud, Chile.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2018) *Política nacional de salud sexual y salud reproductiva*. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Ciclo Vital, MINSAL.
- Morgan, L. & Roberts, E. (2012) Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 241-254.
- Obach, A., Sadler, M. & Cabieses, B. (2018) Intersectoral strategies between health and education for the prevention of adolescent pregnancy in Chile: findings from a qualitative study. *Health Expectations*, 22(2), 183-192.

- Olza, I. (2008) Una reflexión sobre la violencia sanitaria. En M.J. Blázquez García (Ed.) *Maternidad y ciclo vital de la mujer* (pp. 113-120). Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Rojas, G., Eguiguren, P., Matamala, M.I., & Palma, I. (2017) Acceso a anticoncepción en adolescentes: percepciones de trabajadores de la salud en Huechuraba, Chile. *Rev Panam Salud Publica*, 41, 8.
- Sadler, M., Obach, A., Luengo, X., & Biggs, A. (2011) *Barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile*. Santiago de Chile: CulturaSalud/Ministerio de Salud.

CAPÍTULO 2

MOVILIDAD, FRONTERAS Y CUERPOS JUVENILES:
RELATOS DESDE LA EXPERIENCIA MIGRATORIA

ALEXANDRA OBACH KING

Las fronteras juegan un rol fundamental en la configuración de imaginarios en torno a las naciones. La frontera construye un espacio de inclusión -constituido por quienes están dentro y por quienes entran cumpliendo con las normativas preestablecidas-, y de exclusión, conformado por quienes son narrados/as como indeseados/as en el espacio nacional. Si bien los desplazamientos humanos por diversos territorios del planeta han existido desde siempre, y el tránsito entre fronteras es permanente desde la constitución de las mismas, la movilidad humana adquiere en la actualidad una notoriedad particular, principalmente dado el aumento de los flujos migratorios de personas que se desplazan desde territorios asediados por conflictos sociales, políticos, o impactados por el cambio climático, hambrunas, ente otros escenarios adversos para la sobrevivencia, hacia países del norte -tanto de Europa como de América, entre otros espacios geográficos que hoy constituyen polos de atracción para quienes buscan mejores condiciones de vida- (Segal, 2019).

Chile, en las últimas décadas ha pasado a formar parte de las naciones que conforman un destino deseable por quienes están en desplazamiento dentro de América Latina y el Caribe. Es el denominado proceso de migración Sur-Sur, caracterizado por la movilidad humana que se produce entre las fronteras de países del sur de América. Así, a los flujos migratorios históricos provenientes de países vecinos como Perú, Bolivia y Argentina, se ha sumado el arribo de personas provenientes de países como Venezuela, Colombia, Haití y Ecuador, entre otros (Cabienes & Oyarte, 2020; SNSM, 2022). Entre las personas que se desplazan se encuentran mujeres y hombres adultos, niñas y niños, y también adolescentes

y jóvenes. De estos últimos poco se sabe sobre sus experiencias de proceso migratorio. Los núcleos temáticos en los estudios en migraciones han estado centrados principalmente en mujeres adultas y migración, ahondando, desde una perspectiva de género, en su inserción a los mercados de trabajo, discriminaciones, maternidades transnacionales, salud sexual y reproductiva, discriminaciones y racismo en adultos, vivienda y habitabilidad de espacios informales, así como también una mirada sobre la situación de niños y niñas a través de estudios principalmente focalizados en experiencias en espacios de escolarización (Stefoni & Stang, 2017). En este contexto, la problemática de las juventudes migrantes ha estado generalmente incorporada dentro de los estudios de niñeces migrantes, sin que se indague necesariamente en sus especificidades. Sobre este grupo social la literatura reporta que efectivamente hay una serie de temáticas que necesitan ser abordadas, entre las que se destacan los ámbitos referidos a salud sexual y reproductiva (Reyes Eguren, 2014; Obach et al., 2018), con énfasis en procesos tales como gestación y parto en jóvenes migrantes por una parte, y sexualidades e identidades de género, por otra, este último desde un enfoque interseccional que aborde los cruces entre etnia, migración e identidades de género, incluidas las diversidades sexo genéricas en personas en movilidad (Obach et al., 2022). Destacan trabajos que ponen en evidencia los procesos de racialización a los que se ven expuestos los cuerpos migrantes de mujeres y hombres jóvenes extranjeros, lo que se materializa en prácticas de discriminación a las que se ven sometidas personas migrantes en espacios público e institucionales. Junto con lo anterior, procesos de sexualización, principalmente migrantes jóvenes afrodescendientes y del Caribe, quienes son interpelados/as por sus cuerpos, leídos estos en tanto objeto deseado desde el lente colonizador de quien les interpela, a saber, hombres -y mujeres- que enarbolan una idea de Chile en tanto una patria en donde domina lo blanco (Soto et al., 2019; Stefoni et al., 2008; Tijoux & Córdova, 2015). Asimismo, temas emergentes como violencias de diversas índoles derivan de las experiencias en la ruta migratoria, que en los últimos años muchos y muchas transitan caminando o en transportes precarios desde sus países de origen hasta llegar a Chile a través de pasos no habilitados (Carreño et al. 2022).

El presente capítulo tiene por objetivo ahondar en las experiencias migratorias y de vida en Chile de jóvenes migrantes entre 18 y 24 años de edad en la región de Tarapacá en Chile, nos interesa en particular explorar en estos procesos en tanto experiencias corporizadas. Se toma como base para esta reflexión entrevistas realizadas con este grupo en el marco del proyecto Fondecyt de Iniciación #11190701 durante los años 2020-2022. En dichas entrevistas se abordaron temáticas de imaginarios en torno a los cuerpos en movilidad, sexualidades en juventudes migrantes, identidades de género, y acceso y uso del sistema de salud para temáticas de salud sexual y reproductiva. Las experiencias de juventudes migrantes en estos temas -recogidas en el marco del proyecto- fueron muy variadas toda vez que incluyeron los testimonios de personas que llevan varios años viviendo en Chile, asentados en la región de Tarapacá, y personas que han ingresado al país en los últimos años en contexto de pandemia de Covid-19, lo que conllevó el cierre de fronteras como medida sanitaria para contener la migración durante la pandemia e implicó el ingreso de un número importante de personas migrantes por pasos no habilitados en la zona norte del país, dando paso a una migración más precaria y vulnerable (Cabieses et al., 2022; SJM, 2020).

Los relatos que se presentan a continuación, contruidos en base a las entrevistas, dan cuenta de la diversidad de experiencias de jóvenes en relación a su proceso migratorio y la inscripción de este en sus cuerpos, tanto de aquellos que llevan tiempo en el país, como quienes han ingresado en los últimos años, en contexto de pandemia.

EL CANSANCIO DE SIEMPRE SER EL “OTRO”

Comenzamos los relatos con las historias de Lesly y Juan, ambos con 15 años de residencia en Chile al momento de realizar las entrevistas. Mantuvimos conversaciones individuales con cada uno, de hecho, entre ellos no se conocen, pero sus historias coinciden en varios puntos en relación a las experiencias vividas como extranjeros/as asentados en Chile hace ya varios años. Al comenzar la conversación, tanto Lesly como Juan dicen estar muy felices en Chile y que la experiencia ha sido buena ya que han podido desarrollarse en lo profesional y también en los ámbitos personales. Sostienen estar agradecidos de Chile y las oportunidades brindadas. Ambos están en una situación migratoria regular y tienen un buen pasar en Iquique, ciudad en la que residen junto a sus familias. Durante la entrevista, cuando comenzamos a profundizar en la conversación, lentamente notamos que comienzan a aparecer ciertas fisuras en aquel discurso inicial de agradecimiento y conformidad. En ambos vienen recuerdos de diversas situaciones en que han experimentado discriminaciones por el color de su piel. Y al recordar se actualiza en ellos la sensación de otredad que experimentan cotidianamente dada su condición de extranjeros/as, y que la sienten en sus cuerpos y por sus cuerpos. A continuación, los invitamos a acercarnos a estas experiencias a través de dos breves relatos que, de manera sintética, buscar transmitir dichas vivencias.

Lesly, quien tiene 20 años al momento de la entrevista, recuerda su llegada a Chile hace 15 años atrás. Con solo seis años, su mamá volvió a Colombia a buscarla, después de tres años viviendo en Chile. Lesly tiene dos hermanos mayores, pero ellos se quedaron en Colombia. No recuerda su llegada a Chile como un cambio drástico, pero sí dice echar de menos a sus hermanos y a su abuelo hasta el día de hoy. A medida que fue creciendo en Chile Lesly dice que fue notando las diferencias que la señalaban a ella como “otra”, como extranjera. En el colegio, por ejemplo, señala que, en aquellos años, cuando llegó a Chile “todavía no era como tanta la cantidad de extranjeros y menos aún morenos”. Por lo mismo, nos cuenta que cuando ella entraba a la sala de clases se intimidaba frente a las miradas y comentarios que le dejaban entrever que no era bienvenida. Los/as profesores/as, dice Lesly, nunca intervinieron, ni tampoco hablaban del tema de la diversidad que existía en el colegio. Por lo mismo, relata que para sobrevivir en aquel ambiente tempranamente comprendió que debía crear mecanismos de autodefensa, “a golpes, porque era la única manera” dice ella, la única manera de defenderse de la discriminación sufrida desde muy pequeña.

A los 14 años, una tarde después de la jornada escolar, junto a otras compañeras fueron al consultorio para pedir acceso a algún tipo método anticonceptivo dado que ya estaban iniciando una vida sexual activa, y para Lesly era importante estar informada y tener opciones para no quedar embarazada. Una vez en la consulta, escuchó llamar los nombres de cada una de sus compañeras y las vio pasar al box de la matrona, observando cómo regresaban con una caja de pastillas anticonceptivas, folletos y condones. Minutos más tarde, la lla-

maron por su nombre, ya era su turno. Nos relata que para su sorpresa la matrona se rehusó a entregarle anticonceptivos por ser menor de edad y venir sin su tutor legal, a diferencia de sus compañeras chilenas a quienes habían entregado todos los dispositivos sin la presencia de ningún adulto. Para Lesly esto fue muy duro ya que ella sostiene que a su mamá no le gustaba hablar de sexualidad y sabía que le daría vergüenza acompañarla, por lo que no era una opción el que la acompañara al consultorio. Tres años más tarde, con tan solo 16 años, Lesly quedó embarazada: “Así que no me cuidé más que todo por eso, pues porque igual como mi mamá es chapada a la antigua, tampoco me quiso acompañar, entonces... pues por eso no me cuidé y ahora soy mamá”. Actualmente su hija tiene 4 años de edad.

Sobre su experiencia de embarazo Lesly recuerda que durante las consultas prenatales nunca tuvo problemas, dice haber recibido un buen trato y atención en el servicio de salud. Sin embargo, esto cambió el día del parto. Durante el transcurso del día, en la sala de parto, sostiene que la invadió el miedo al escuchar los comentarios negativos sobre el trato del personal de salud durante el parto por parte de las mujeres que estaban con ella en dicha sala. Y efectivamente así fue con ella también. Lesly cuenta que durante el parto la matrona fue muy brusca con ella, constantemente le gritaba: “Que si me gustó tenía que aguantar”, y ante alguna reacción de dolor, la matrona le volvía a gritar comparándola a las otras madres que estaban teniendo partos a unos metros de ella: “Ah cállate, al lado está la otra muchacha, la otra mujer y tú estás gritando y ella no está gritando”. Esa actitud se volvió a repetir con el doctor que le realizó la cesárea, le gritó que se callara, que no era para tanto. Ella solo tenía 16 años.

Lesly tuvo un parto a través de cesárea. Después de la operación Lesly recuerda que necesitaba asistencia para pararse, pero su voz que pedía ayuda resonaba sorda en los pasillos del hospital ya que nadie venía a ayudarla: “Me estaba haciendo pipí, estaba, quería hacer pipí, y estaba en esos momentos de que no me podía levantar de la cama porque estaba muy reciente lo de la cesárea, tenía que esperar”. Cada cierto tiempo se asomaba alguien, pero siempre le decían lo mismo, “ya viene mi compañera”, pero nunca llegaban. La dejaron esperando 3 horas. Después de esa situación, la joven tomó la decisión de irse antes del tiempo estimado del hospital. Quería estar en casa. Si ella hubiera podido levantarse sola no molestaría a nadie, pero ese no era su caso, no con un corte horizontal en su abdomen. Lesly dice que esa experiencia la marcó. Se sintió sola, abandonada y culpable. Afortunadamente nos cuenta que durante el embarazo y posterior a ello ha tenido el apoyo permanente de su madre, quien ha sido un soporte fundamental para enfrentar situaciones difíciles como las que vivió mientras realizaba su práctica de técnico parvulario. De dicha ocasión, la joven recuerda cómo en el desfile del 21 de mayo el colegio excluyó a las practicantes extranjeras del desfile. Esto se debió, de acuerdo a Lesly, a que la directora no quería que en el desfile “vean a una tía de color, o a una tía extranjera”. Lesly sintió mucha frustración y rabia frente a esa experiencia ya que dice estar cansada de siempre ser el “otro”, aun teniendo 15 años viviendo en Chile.

En el caso de Juan el relato comienza con el recuerdo del arribo a Tacna, después de un largo y cansador viaje realizado con su madre y el esposo de ella desde Colombia. El destino era Chile. Juan estaba sentado en el asiento de atrás del taxi cuando escuchó la voz del conductor dirigida a su padrastro: “Caballero, ¿usted ahorita quiere pasar la frontera? pase usted primero, pase usted adelante, porque posiblemente a ellos, no los dejen pasar”. El esposo

de su mamá le pregunta al conductor la razón detrás de esto. “Son mi familia”, dijo. A Juan no le tomó mucho tiempo darse cuenta a qué se refería al taxista. Solo hacía falta comparar la blanca piel del esposo de su mamá y los rasgos afrodescendientes que él compartía con su madre. Y efectivamente fue eso lo que dijo el taxista: “No, pues porque el color de piel, pues posiblemente al ser negros, tal vez, no les van a dejar pasar”. La incomodidad del momento se llenó de un sinsabor ante la posibilidad que no los dejaran pasar por la frontera debido al color de sus pieles. Juan relata: “Fue un momento incómodo, pues eso yo lo había visto algo así, en cuentas de otros, pero no lo había vivido, realmente experimentarlo, sentirlo, decir ¿es posible eso?” A pesar de dichas advertencias lograron entrar a Chile sin problemas, después de todo reflexiona Juan: “Una vez vienes de turista te dejan entrar pues, no, nada, simplemente nos pidió el pasaporte y nos dejó entrar, sencillo”.

Actualmente, con 22 años de edad, Juan sostiene que continúa sintiéndose diferente al caminar por las calles de Iquique. Tanto su lugar de trabajo como las calles se han convertido en un escenario de constantes comentarios y miradas negativas hacia su persona. Cuando le hablan, él siente un trato prepotente, en una ciudad que ha acrecentado sus rasgos xenofóbicos en los últimos años. El sentirse diferente a los demás por el color de su piel ha sido una experiencia que en Colombia nunca sintió. Juan reflexiona: “Yo soy de Cali, nunca llegué a sentir eso, de pronto es porque, está dividida la gente mitad, por decir un ejemplo, ¿no? mitad son blancos y mitad, somos morenos pues, somos negros, la gente está acostumbrada a eso”.

Ahora bien, Juan cuenta que su color de piel no solo ha sido objeto de discriminación sino también de deseo. Nos comenta que cuando ha estado en relaciones con mujeres chilenas ellas le comentan que prefieren estar con hombres extranjeros, debido a que les llama la atención su color de piel y la imagen que tienen del migrante colombiano, la cual no siempre se acerca a la realidad. Según Juan, el estereotipo se construye mediante la imagen de un hombre moreno -no dicen negro nos dice Juan-, que sabe bailar, que es feliz en todo momento y que “lo tiene más grande”.

RELATOS SOBRE CUERPOS TRANSACCIONALES:

LOS PAGOS A REALIZAR PARA CRUZAR LA FRONTERA

A diferencia de las historias de Lesly y Juan, los relatos que se presentan a continuación corresponden a cuatro mujeres que han ingresado a Chile en los últimos años a través de pasos no habilitados por el norte del país, y que en el momento de las entrevistas se encontraban en una situación migratoria irregular. Si bien cada historia tiene sus propias particularidades, coinciden en lo que significa ser una mujer migrante y viajar junto con sus hijos e hijas en busca de un mejor porvenir. Las cuatro experiencias están marcadas por vivencias de violencias, riesgos y miedos; y por sentirse vulnerables como mujeres en caminos marcados por la dominación masculina, quienes ejercen su poderío mediante el acoso y el cobro por traslados mediante el uso y abuso sexual de los cuerpos femeninos. Presentar estas historias no significa omitir que hombres y personas de las diversidades sexo genéricas puedan también vivir situaciones similares, experiencias que, de hecho, hemos visibilizado en otras publicaciones (Obach et al., 2022). En el presente capítulo ponemos el foco en estas cuatro experiencias, de mujeres jóvenes de distintas nacionalidades pero que comparten

el tener impreso en sus cuerpos lo que conlleva la movilidad para ellas. En este contexto, a continuación, compartimos relatos contruidos a partir de las vivencias que generosamente nos brindaron Meli, Karen, Pau y Carolina, quienes residían en Iquique en el momento de ser entrevistadas.

Comenzamos las historias recalando el hecho que las dinámicas migratorias dentro de América Latina han experimentado bruscas transformaciones en los últimos años. A las complejidades derivadas de las restricciones fronterizas impuestas en varios países, se suma el éxodo masivo de personas de Venezuela que han salido de su país, muchas de ellas caminando, en busca de destinos inciertos donde poder comenzar de nuevo sus vidas. Tal es el caso de Meli, quien salió de Venezuela a los 17 años junto a su hermana y su hija de un año. Desde ese entonces ha estado en constantes idas y venidas entre Colombia, Perú y Chile. En algunos momentos ha migrado acompañada de su hermana o su actual pareja, y en otras ha caminado por tierra junto a unas pocas pertenencias y a su hija. En su relato nos cuenta que viajar en *mulas* y caminando por tierra ha significado para ella el tener que vivir diversas situaciones de acoso y también tener que acudir a prácticas de sexo por sobrevivencia para poder alimentar a su hija. Meli recuerda que, en una ocasión, un *gandolero* que la llevó a Tacna se sobrepasó con ella, la tocó durante el viaje y ella dejó que lo hiciera por miedo a represalias si se resistía, su única preocupación fue que no tocaran a su hija. Esta experiencia que comparte Meli se repite en otros testimonios, como el de Karen, mujer colombiana de 22 años, quien recuerda una experiencia de acoso sexual que vivió en el camino hacia Chile. Si bien ella sabía que esto ocurría, no lo había experimentado previamente. Sostiene que en las condiciones de necesidad, hambre y frío en que muchas mujeres jóvenes viajan para llegar a Chile junto a sus hijos, estas se ven obligadas a acceder a intercambios sexuales con hombres que ejercen distintos roles durante el trayecto por fronteras irregulares, como mecanismo de sobrevivencia para ellas y sus hijos. Esto Karen lo escuchó en varias ocasiones durante el transcurso de su viaje, pero ella no viajaba sola, sino que iba acompañada de su pareja. Recuerda dos días en los que estuvo sola en Perú esperando a su pareja dado que habían tomado buses separados. Acordaron encontrarse en Tumbes y en ese contexto se sentó frente a una iglesia a esperarlo. Pensó que sería seguro ya que había policías cerca. Fue ahí donde hombres de distintas edades se acercaron a ella, “primero uno, luego otro, luego otro y me ofrecían sexo [...] como que si yo tuviera un rótulo en la cabeza que diga ‘necesito sexo’. Recuerda frases como “eres muy linda, eres muy bella, me gustaría conocerte más”, y también quienes le decían que tenían mucha plata y que le gustaría pasar una noche con ella. Recuerda a otro hombre que se le acercó ofreciéndole ayuda para viajar a Chile a cambio de una noche con ella. Dice saber lo difícil que es el viaje para mujeres migrantes. Ellas, de acuerdo al relato, son vistas como cuerpos caminantes sexualizados en peligro de vivir acoso, violaciones e incluso muerte. Pero esto no acaba con el viaje. Karen sostiene que ya instalada en Iquique ha vivido también escenas parecidas: “Te hablan, te agarran el brazo o la mano y te sobajean. Y lo que la mujer hace por miedo es seguirle la corriente hasta que ellos se cansen y me tocó hacer eso, hacer que él se canse de hablar y hablar, insinuarse y toquetearme. Y luego incluso te brindan cosas como para que tú accedas”.

Regresemos a Meli. Durante la entrevista nos cuenta que en el viaje a Chile conoció a su actual pareja, y con 4 meses de embarazo la joven decidió migrar hacia Chile junto a su hija, solas las dos. Juntas caminaron por el desierto en ruta hacia la frontera para encontrarse con la madre de Meli, quien había migrado previamente al país. Todavía estaba en

los primeros meses de su embarazo, y por ello, mientras caminaba su cuerpo le hacía saber que necesitaba un descanso. Tenía ganas de vomitar y mareos. Ella sentía que no iba a poder llegar. Durante esta travesía Meli conoció a otra joven embarazada, con quien continúa en contacto hasta el día de hoy. Meli la recuerda constantemente ya que una vez en Chile el hijo de su amiga, con ya un año de edad, se enfermó gravemente producto del Covid-19 y falleció en el hospital. Meli sostiene que debido a esta experiencia de su amiga: “Agarré mucho miedo y no quise saber nada más de médicos, nada de eso. Entonces por eso no me arriesgo, siempre supe que tenía que llevar a la niña a su control, pero no, me dio miedo”. Lo vivido por su amiga le generó un miedo a acercarse al sistema de salud. Por ello no lleva a su hija al control de niño sano. Sabe que debería hacerlo y dice estar preocupada por la salud de su hija, pero el fallecimiento de aquel niño se lo impide.

Junto al relato de Meli y Karen está también el de Pau, quien nos cuenta que quienes ingresan al país por pasos no habilitados, caminando a través del desierto, saben que es una experiencia que conlleva riesgos. Así lo relata Pau, quien acompañada de otras familias que migran por las mismas razones que ella, dice que escuchó muchas voces de advertencia sobre qué lugares evitar o tener más cuidado antes de emprender el viaje: “Nos decían que nos podían hacer daño porque la gente, mucha gente decía que los estaban matando. Entonces mucha gente moría también, ha muerto por ahí con niños pasando mucho frío”. Pau es una mujer de 23 años, venezolana, que viajó a Chile en compañía de su esposo y sus dos hijos, una niña de cinco y un niño de 2 años. En uno de los refugios durante su viaje desde Venezuela conoció a otra mujer joven, también madre, quien como ella decidió migrar con el propósito de otorgarle una mejor vida a sus hijos. Pau dice que cuando la conoció la mujer llegó aterrorizada ya que la habían violado en un paso fronterizo, robándole todo lo que tenía y amenazando con matar a sus hijos si mostraba alguna resistencia. No tuvo opción nos dice Pau. Esta experiencia de violencia hacia mujeres no es lo única que ha escuchado en su paso por fronteras, también ha sabido de casos de bandoleros que les dan bebidas alcohólicas a las mujeres, así a muchas las duermen y abusan de ellas. Incluso ha escuchado de casos de mujeres que han sido obligadas a trabajar en prostíbulos sin saber cómo llegaron ahí. Sus cuerpos se vuelven una moneda de cambio en la frontera, pero ellas dicen no pensar en eso ya que lo importante es velar por el bienestar de sus hijos. Pau relata que las violencias sexuales hacia las mujeres migrantes no solo se viven en los cuerpos de estas, sino que son experiencias compartidas ya que el llanto y los gritos de las mujeres se escuchan en cada paso que se da.

Junto con los relatos anteriores está el de Carolina, quien cuenta que cuando llegaron a la frontera para cruzar a Chile desde Bolivia, ella y su esposo no tenían dinero para pagar transporte para realizar el cruce, así que su única opción fue continuar caminando. A las seis de la mañana, en el momento del cambio de guardia de carabineros, cruzaron hacia Colchane. Desde Colchane a Iquique son varios los kilómetros de distancia y los tuvieron que recorrer caminando ya que no encontraban a nadie que los llevara sin cobrarles. Carolina nos cuenta: “Y nosotros caminamos, decidimos caminar, porque ¿qué más íbamos hacer?” Durante aquel trayecto realizado a pie Carolina de pronto se encontró con mucha ropa tirada en el desierto. Era ropa nueva, con etiqueta, “estaba de shopping en el desierto”, recuerda Carolina. En aquel extraño lugar una bolsa azul llamó su atención. Subió un alto montículo de ropa para abrirla y ver si encontraba más ropa para ella y sus hijos. Sin embargo, cuando se acercó al saco, vio un hueso asomarse de la bola. La joven pensó que era

de algún animal, le gritó a su marido para que fuera a ver lo que había encontrado. En el momento en que abrió la bolsa la cara de su pareja se volvió pálida, una expresión de terror lo inundó. La tomó del brazo y le dijo que se fueran de allí. No fue sino después de dos horas caminando en silencio que él le dijo que efectivamente había visto el cuerpo de una mujer muerta: “Haber visto con mis ojos que las personas desaparecen, a mí me duele y eso que no es mi familia. Digo ‘Dios mío, ¿cómo será que desaparezca tu familia o un familiar aparezca muerto?’ Es muy trágico, muy feo”, sentencia Carolina.

REFLEXIONES FINALES

Son tantas las dimensiones involucradas en los procesos de movilidad de personas jóvenes que resulta difícil abarcarlas todas en un solo escrito. Para efectos del presente capítulo optamos por centrarnos en lo que implica la experiencia migratoria en términos de construcciones de cuerpos y sexualidades, ahondando en vivencias de personas afrodescendientes por una parte, y las implicancias de llegar a Chile habitando cuerpos negros; y las experiencias de mujeres que han realizado viajes caminando y en transportes precarios desde sus países de origen para llegar a Chile en busca de mejores oportunidades de vida para sus hijos e hijas, sabiendo que ello conlleva en muchas ocasiones el tener que pagar el viaje con sus propios cuerpos.

Las experiencias relatadas no buscan victimizar a sus protagonistas, sino por el contrario, tienen como propósito visibilizar experiencias que suelen pasarse por alto, y que, desde la institucionalidad, incluido el sector salud, pocas veces son incorporadas dentro de sus acciones. Lo que se reporta muchas veces desde las comunidades migrantes es la reproducción, desde por ejemplo la atención de salud, de prácticas de mal trato y discriminaciones hacia personas migrantes internacionales (Liberona et al., 2023). ¿Por qué es necesario poner énfasis en el sector salud al hablar de estas temáticas? Porque tal como reflejan los relatos presentados, las experiencias vividas por jóvenes migrantes quedan impresas en sus cuerpos y almas, son heridas que no les abandonan una vez asentados/as en Chile, sino que le acompañan durante todas sus vidas, repitiéndose en muchas ocasiones una vez en Chile, en diversos espacios y por diferentes personas e instituciones.

Por lo mismo, es crucial que estas experiencias y las consecuencias de ellas puedan ser abordadas por el sistema de salud, brindando algún alivio y salud física y mental a las juventudes en movilidad. En esta línea, bastante se discute en la literatura sobre la necesidad de avanzar hacia un sistema de salud intercultural, desde el respeto y la valoración de la diversidad inherente a los diferentes grupos humanos. Este desafío no es nuevo, sino que es un tema que viene retando a los sistemas de salud en los más diversos ámbitos, entre ellos, el reconocimiento de las medicinas de los pueblos originarios, las particularidades generacionales en la atención de salud, el acceso y uso del sistema de salud por parte de la diversidad sexual, y respecto a las comunidades migrantes internacionales (Alarcón et al., 2003; Obach et al., 2017; Zapata-Becerro, 2015).

En Chile, avances en esta materia han sido, por ejemplo, la promulgada Política de Salud de Migrantes Internacionales de Chile, la que representa un avance sustantivo en materia de protección de los derechos en salud de personas migrantes internacionales de nuestro

país. La política se enmarca en un contexto internacional que, dadas las características que han ido adoptando los procesos migratorios en las últimas décadas a nivel mundial, se ha evidenciado la importancia de que el sector salud acoja los desafíos a las que se enfrentan las personas en las distintas etapas del proceso migratorio, así como los países de acogida. Esto ha llevado a la inclusión de la temática de la migración internacional en los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos de Naciones Unidas, como una manera de visibilizar la problemática y generar planes de acción globales en la protección de esta población (Naciones Unidas, 2018). Si bien contar con esta política otorga un marco para la acción en materia de salud y migración que vela por la protección y el derecho de las personas migrantes a la salud, nos queda mucho camino por recorrer para que la interculturalidad en salud con migrantes sea una realidad concretada en el país. Cabe mencionar otras acciones llevadas cabo desde el sector salud, como el Programa Acceso a la Atención de Salud de personas Migrantes internacionales en APS (Atención Primaria en Salud), el cual opera en varias comunas del país y ha significado también un aporte real a la inclusión de personas migrantes al sistema de salud. A pesar de estos avances, nos seguimos enfrentando a grandes desafíos a la hora de abordar desde la salud, las realidades que experimentan cotidianamente migrantes internacionales en Chile. Esto se acentúa en los contextos actuales, donde se vive una reactivación xenofóbica en diversos territorios, dada la construcción social de la migración en tanto cuerpos que invaden, infectan y criminalizan al país. La reproducción de estos discursos deja en silencio las violencias vividas por las personas migrantes, en especial en jóvenes, quienes son depositarios de muchos de los estigmas antes mencionados. Por lo mismo, se hace necesario visibilizar las experiencias de hombres, mujeres y personas de las diversidades sexo genérica migrantes, sus sufrimientos, esperanzas y sus necesidades en salud, tomando en consideración todo lo vivido durante el proceso migratorio, para que, desde la sanación colectiva de las heridas abiertas que se arrastran, podamos construir en conjunto un país diverso e intercultural, en el que nadie quede atrás.

REFERENCIAS

- Alarcón A., Vidal A. & Neira, J. (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases. *Revista Médica de Chile*; 131, 1061-5.
- Cabieses, B., & Oyate, M. (2020) Health access to immigrants: identifying gaps for social protection in health. *Rev Saude Publica*; 54, 20.
- Cabieses, B., Obach, A., Blukacz, A., Carreño, A., Larenas, D., Mompoin, E. & Beca, JP. (2022) Hacia un cuidado ético en residencias sanitarias durante la pandemia de COVID-19: estudio cualitativo con migrantes internacionales en Chile. *Cuadernos de Saude Pública*, 38 (9). <https://doi.org/10.1590/0102-311XES033622>
- Carreño, A., Obach, A., Cabieses, B., Peroncini, J. & Oliva, A. (2022) *¿Por qué migran las mujeres? Experiencias de cuidado, salud y esperanza en las trayectorias de mujeres pasando por paso no habilitado en la frontera norte de Chile durante la crisis por COVID-19*. Programa de Estudios Sociales en Salud, ICIM- Facultad de Medicina, Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo; PRODEMU: Santiago. <https://repositorio.udd.cl/items/a6e22c4e-2402-42cf-99c1-22dee473d6b2>

- Liberona, N., Piñones, C., & Stefoni, C. (2023) “Raza” y racismo en el abordaje estatal de la diversidad cultural. *Polis (Santiago)*, 22(64), 3-17. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682023000100003
- Naciones Unidas. (2018) *Pacto Mundial sobre Migración: ¿a qué obliga y qué beneficios tiene?* [Internet]. Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2018/12/1447231>
- Obach A., Cabieses, B., & Carreño, A. (2018) Identificando a los adolescentes y jóvenes migrantes para su pertinente abordaje en salud. *Cuadernos Médico Sociales*; 58, 41–49.
- Obach, A., Carreño, A. & Sadler, M. (2022) Latin American Youths’ Migration Journeys and Settlement in the Tarapacá Region in Chile: Implications for Sexual and Reproductive Health. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 13583. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36294166/>
- Obach A., Bernales, M., & Cabieses, B. (2017) Interculturalidad en salud de acuerdo a prácticas de medicinas indígenas y complementarias, y su introducción en el sistema de Salud Público en Chile: Hallazgos de un estudio etnográfico. *Revista Instituto de Salud Pública Chile*, 1(1), 11-17. <https://revista.ispch.gob.cl/index.php/RISP/article/view/14>
- Reyes Eguren, A. (2014) Juventudes migrantes. Indocumentados, invisibilizados y mitificados. Marco conceptual para una agenda de investigación en el estudio de la migración juvenil. *Rev. De El Col. De San Luis*, 3, 288–307.
- Segal, U. (2019) Globalization, migration, and ethnicity. *Public health*; 172, 135-142.
- Servicio Nacional de Migraciones (SNM). (2022) *Demografía de Los Principales Colectivos a Nivel Nacional—Venezuela*; Estudios internos; Ministerio del Interior y Seguridad Pública: Santiago de Chile.
- Servicio Jesuita a Migrantes (SJM). (2021) *Migración en Chile. Anuario 2020. Medidas migratorias, vulnerabilidad y oportunidades en un año de pandemia*. https://www.migracionenchile.cl/wp-content/uploads/2021/04/Anuario-2020-MEC-280421-version-final_compressed.pdf
- Soto, IP., Olguín, C., López, J., Sepúlveda, N. & Jara, P. (2019) Racialización de la niñez migrante haitiana en escuelas de Chile. *Interciencia: Revista de ciencia y tecnología de América*, 44(7), 414–420.
- Stefoni C. & Stang, F. (2017) La construcción del campo de estudio de las migraciones en Chile: notas de un ejercicio reflexivo y autocrítico. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales (Quito)*, 58, 109-129.
- Stefoni, C., Acosta, E., Gaymer, M., & Casas-Cordero, F. (2008) *Niños y niñas inmigrantes en Santiago de Chile. Entre la integración y la exclusión*. Universidad Alberto Hurtado/OIM.

- Tijoux, ME. & Palominos, S. (2015) Aproximaciones teóricas para el estudio de procesos de racialización y sexualización en los fenómenos migratorios de Chile. *Polis: Revista Latinoamericana*, 14(42), 3.
- Tijoux, ME. & Córdova, M.G. (2015) Racismo en Chile: Colonialismo, nacionalismo, capitalismo. *Polis (Santiago)*, 14(42), 7-13. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682015000300001>
- Zapata-Becerro, R. (2015) *Interculturalism: main hypothesis, theories and strands. En: Interculturalism in Cities Concept, Policy and Implementation*. Massachusetts USA. Edward Elgar Publishing, 3-19.

CAPÍTULO 3

CUERPOS FRONTERIZOS: CONSTRUCCIÓN DE SUBJETIVIDADES
BISEXUALES EN JÓVENES CHILENOS/AS DE SANTIAGO

ISADORA CASTILLO CHAUD

Javiera es integrante de la Agrupación Bibelot Bisexual, colectiva de mujeres trans, cis y personas no binarias que se identifican bisexuales². Nos conocimos a partir del contacto digital que establecí con dicha organización durante el otoño de 2021, por medio de la plataforma Instagram. En ese momento, la Agrupación acababa de cumplir siete meses desde su primera publicación en esta red social, que utilizan como canal de difusión. Bajo el usuario @bibelot.bisexual, en su perfil se encuentran infografías educativas sobre bisexualidad, bibliografía académica del tema y un registro de las actividades y conversatorios que han organizado.

Bibelot es probablemente una de las pocas —si no la única— agrupación en Chile integrada exclusivamente por personas bi. “Todo comenzó en junio”, recuerda Javiera: “Con una amiga mía estábamos como ‘ya, somos bisexuales y se viene el *Pride*³, hagamos algo’. Buscamos conversatorios y actividades que nos interesaran pero todo era para lesbianas y bisexuales, absolutamente nada organizado por o para personas bisexuales”. Ante esta falta de espacios que las convocaran, decidieron levantar ellas mismas una actividad junto a

2 Respecto a los nombres de los y las participantes, algunos corresponden a sus nombres de pila y otros a pseudónimos.

3 Se refiere a junio, Mes del Orgullo, en que se realizan diversas actividades conmemorativas y de celebración por parte de la comunidad LGBTQI+. Este periodo se define porque el 28 de junio es el Día Internacional del Orgullo LGBTQI+, en memoria de las protestas ocurridas el año 1969 en Stonewall Inn (un bar gay ubicado en Nueva York, Estados Unidos). Este suceso es considerado hito fundacional del Movimiento por la Liberación Homosexual, que luego deviene en el actual Movimiento LGBTQI+.

otras amigas: “Armamos una pauta de preguntas, hicimos un afiche y lo subimos a nuestros perfiles de Instagram con un link de Zoom. Nosotras pensamos que seríamos 30 personas máximo, pero llegaron como 200”.

“El conversatorio fue larguísimo, hablamos de distintos temas y surgieron varias dudas. Mucha gente se preguntaba: si solamente he estado en relaciones heterosexuales, ¿me puedo decir bisexual? ¿Soy igual de válida? O si nunca he sufrido violencia, o si nunca he estado con tal y tal persona, ¿es válido decir que soy bisexual?” Javiera y sus amigas constataron que, al igual que ellas, la mayoría enfrenta o ha enfrentado cuestionamientos a su identidad. Por ello decidieron seguir abriendo el espacio de conversación cada fin de semana, durante casi dos meses. En ese proceso, el interés de otras por organizarse les impulsó a conformar Agrupación Bibelot y trazar, desde allí, un camino colectivo.

Respecto al proceso de autoidentificación, Herrera (2007) contempla que este incorpora dos aspectos: la interpretación que hace una persona de su deseo y prácticas afectivo-sexuales y la forma en que se presenta a los demás. En la medida que las identidades son categorías sociales, estas sólo tienen sentido cuando son reconocidas por otras personas. Sin embargo, es precisamente la invalidación lo que caracteriza la experiencia bisexual. “Es algo que se sabe que se cuestiona tanto, que ni siquiera las mismas personas se atreven a etiquetarse bisexuales”, como señala Javiera.

En el libro *Borderlands/La Frontera*, ensayo clave para el giro decolonial, Gloria Anzaldúa (1978) plantea que las experiencias que transgreden el pensamiento dualista Occidental se sitúan en un espacio fronterizo, en tanto la ambigüedad o la fluidez incomoda. “Una dualidad absolutamente despótica que asegura que sólo podemos ser una cosa o la otra” (Anzaldúa, 1987, p. 60). En términos simbólicos, la bisexualidad ocupa este espacio intermedio porque, según rastrea Foucault (1977), desde el siglo XIX el deseo se ha organizado en torno a la distinción hetero/homosexual. Bajo esa lógica, el género de la persona con quien se tiene (o se tendrá) actividad sexual opera como principio de clasificación, de modo que se espera que una persona bisexual se defina entre “lo uno o lo otro” o bien que pueda demostrar “ser ambas cosas a la vez”.

Anzaldúa (1978) reflexiona que quienes habitan la frontera de cierta forma pertenecen a ambos lados y, por lo mismo, no son reconocidos en ninguno de los dos. A ratos el cuerpo fronterizo puede parecer familiar, pero en cuanto se identifican características que pertenecen a los otros, se vuelve extraño, ajeno. El encuentro entre estos “dos mundos” es en desigualdad de condiciones, lo que lo deja expuesto a ser objeto de sospecha. En este constante deambular es que se configura una “tercera cosa” completamente distinta, en que se entran experiencias “normativas” y “disidentes”. Este texto explora ese espacio en que las juventudes construyen subjetividades bisexuales, esbozando las prácticas que han desarrollado en sus vidas cotidianas para evocarse a pesar de los cuestionamientos.

Las reflexiones aquí presentadas corresponden a mi investigación de memoria de pregrado en antropología social, que formó parte del Proyecto Fondecyt de Iniciación #11190701, y que tuvo por objetivo aproximarse a la experiencia bisexual desde la perspectiva de jóvenes chilenos/as de la ciudad de Santiago. Por medio de la propuesta teórico-metodológica de los itinerarios corporales, la sexualidad y la construcción identitaria fueron abordadas

como procesos de vida que se producen y despliegan dentro de marcos socio-culturales específicos. Para ello se extendió la invitación a participar del estudio a cuatro mujeres y cuatro hombres chilenos/as, jóvenes entre 18 y 24 años, que se identifican bisexuales. En términos de clase social se mantuvo un criterio abierto, por lo que se incorporaron participantes pertenecientes a comunas de distinto ingreso socioeconómico.

SER EN EL MUNDO REAL, SER EN LA RED DIGITAL

Una de mis primeras preocupaciones cuando inicié el trabajo de campo fueron las implicancias de su desarrollo durante una crisis sanitaria que obligó al confinamiento de la población. La necesidad de distanciamiento social significaba que eran bajas las probabilidades de compartir un mismo espacio físico con quienes llegaran a participar de la investigación, y, por ende, nuestros vínculos estarían mediados por las posibilidades de la virtualidad. Parecía contraproducente en ese sentido que corporalidad y afectos fueran el centro de las reflexiones, cuando la producción del conocimiento sería a partir de encuentros desencarnados.

Sin embargo, la trayectoria de Bibelot fue un primer indicio de la relevancia de los mundos digitales para las juventudes en la producción de subjetividades bisexuales. Contrario a la idea de que las tecnologías empobrecen las interacciones consideradas “reales” o se constituyen como un espacio de alienación, se constata que estas tienen el potencial de promover la sociabilidad y la construcción de lazos afectivos entre jóvenes. Esto es especialmente cierto cuando se trata de subjetividades históricamente marginadas, como es el caso de la bisexualidad, en que las redes sociales contribuyen a amplificar sus voces y posibilitan el encuentro entre pares (Enguix, 2018).

“Me uní a la Agrupación Bibelot Bisexual porque la encontré muy al ojo. O sea, yo seguía a *Copadas*⁴, no sé si las cachai [conoces]”, me pregunta Josefa. Ante mi afirmativa, continúa con su relato: “Bueno, seguía a las Copadas que me encantaban y, de pronto, salió una charla. Me inscribí, me metí y no sé cómo, terminé quedándome con las organizadoras cahuineando y conversando. La pasé tan bien y me sentí tan segura que era como lo máximo, era como encontrar amigas instantáneamente”. En ese momento, el colectivo estaba en proceso de conformación y Josefa se entusiasmó ante la invitación de hacerse parte: “Fue como un respiro en verdad, como de acercarme un poco a la vida que quería”.

“Igual es raro, a la mayoría de les cabres yo nunca les he visto como en la vida real”, reflexiona Fran, en un tono ligero. Un poco más avanzada la conversación, añade: “Fue un buen espacio durante el año, como tener gente... no sólo porque ‘oh, son cabras bisexuales igual que yo’, sino que igual una motivación po. Porque al estar encerrada todo el año, no quedaba más que hacer que pensar... porque ya filo, soy bisexual y punto, pero no había realmente politizado al respecto” (Fran).

4 *Copadas* nace en 2018 como un programa de Radio Juan Gómez Millas (JGM, de la Escuela de Periodismo de la Universidad de Chile), siendo un espacio de conversación y entrevistas sobre temas relacionados al feminismo. Su popularidad permitió que, durante el 2020, se transformara en un medio de comunicación digital con una línea editorial feminista.

Además de conocer a las activistas de Agrupación Bibelot, durante los siete meses que se extendió el trabajo de campo también conversé con Francis, Sebastián, Lucas, Ema y Jorge⁵. El contacto se produjo a través de un afiche digital que invitaba a participar de la investigación, el cual difundí en grupos juveniles de diversa índole, colectivos de disidencias sexuales y mi propio perfil de Instagram. En conjunto se construyeron narrativas biográficas que profundizan en su trayectoria sexual, al explorar eventos y factores clave en el proceso de autoidentificación, su presentación a otras personas, vínculos sexuales y/o afectivos, intensidades emocionales, prácticas, discursividades y percepciones de sí mismas/os en términos de cuerpo y género.

En los relatos vitales de los y las participantes, el mundo digital se posiciona como un espacio con potencial para explorar deseos, placeres y emociones, en contraposición a las limitaciones que viven en sus entornos físicos. Pornografía y novelas eróticas, conocer a otras personas bisexuales o leer sus experiencias, e incluso buscar posibles parejas sexuales y/o afectivas; la virtualidad se constituye como espacio de encuentro y puerta de entrada a información ausente en el mundo “real”. En muchas ocasiones, estos procesos de autodescubrimiento se sustentan en el anonimato y la libertad que algunos formatos virtuales les brindan, constituyéndose en puntos de fuga donde la mirada adulta no accede.

VERGÜENZAS, SILENCIOS Y FISURAS

Dado los procesos sociales e históricos que se han vivido en Chile desde la dictadura, las juventudes habitan un escenario mucho más plural y diverso que generaciones anteriores. La sexualidad se ha configurado como un ámbito contradictorio, en que coexiste una moral conservadora —defendida por sectores políticos de derecha y eclesiásticos— con nuevas prácticas, corporalidades y resistencias. La promoción de ideas más progresistas se sustenta, por un lado, en los valores que instala la racionalidad neoliberal (la libertad individual y la búsqueda por satisfacer preferencias personales), y por otro, en la acción sostenida del movimiento de mujeres y feministas desde los años ‘80 y, posteriormente, la conformación de colectivos gay y lésbicos en la década de los ‘90 (Figuroa, 2020).

Estas contradicciones emergen en las tramas eróticas de los y las participantes. Por ejemplo, al preguntarle a Sebastián sobre el inicio de su vida sexual durante la adolescencia, recuerda:

Encontré a un hombre en Facebook, estuvimos hablando un tiempo y luego concretamos. En perspectiva siento que fue duro porque me pegué el salto solo, no como lo había imaginado, de la forma en que quería ni con quién quería. A pesar de eso tuve experiencias posteriores con desconocidos que buscaba allí, era como un permiso que me daba cada cierto tiempo mientras estuve soltero, aunque la culpa me carcomía después.

5 Amerita precisar que, con Jorge, siendo el último participante al que entrevisté, tuve la oportunidad de desarrollar los encuentros en un espacio físico.

La libertad de vincularse sexualmente de forma casual se entrama con el sentimiento de culpa, que expresa la interiorización de mandatos católicos aprendidos en su escolaridad, los cuales conectan sexo y amor de manera indivisible. En consecuencia, el disfrute de la sexualidad fuera de la pareja monógama genera, al mismo tiempo, sensaciones placenteras y afectos negativos. Para Sebastián, estos últimos se intensifican aún más en el entorno familiar, tal como expresa a propósito de sus encuentros con hombres que encontraba por Facebook:

Tener que hacerlo a escondidas de mis papás influyó en la experiencia, porque era sumamente oculto. A veces pensaba que quizás me podía pasar algo, pero me daba más miedo que mis papás descubrieran que me mataron haciendo eso, que el mismo hecho de que me hicieran daño.

En las vidas juveniles, la familia representa una institución central, donde a veces están presentes ambos padres, ya sea emparejados o separados, o a veces sólo la madre. Abuelos y abuelas —aunque principalmente estas últimas— también parecieran tener un rol preponderante en la mayoría de las crianzas, dada la participación de ambos progenitores en el mercado laboral o ante la ausencia del padre. Entre los y las participantes la familia se configura como un espacio conservador, donde se vive lo que Valdés (2003) denomina una “cultura del silencio” en torno a la sexualidad. Esto porque escasamente se abren espacios de conversación en el hogar que contribuyan al autodescubrimiento de las juventudes, o a que adquieran herramientas para vincularse sexo-afectivamente con otras personas. Por el contrario, se vive desde una perspectiva profundamente moralista y “vergonzosa”, siendo un tema “difícil de tratar” o derechamente silenciado.

Por su parte, el sistema escolar se presenta como un campo heterogéneo en que se perpetúan las tensiones. Si bien en algunos establecimientos persiste la promoción de la heterosexualidad como forma unívoca de vivir la sexualidad, en otros se promueven visiones más inclusivas sobre las diversidades sexo-genéricas. No obstante, sólo Francis afirma haber obtenido información dentro del espacio educativo para abordar sus deseos y afectos en términos identitarios:

Descubrí la bisexualidad porque lo vimos en clases, en 8vo básico. No recuerdo qué materia, pero fue algo que estudiamos y que me hizo muchísimo sentido por cómo era yo y por lo que sentía. No creo que eso haya estado en el currículum, pero en ese colegio tuve la suerte de que había profesoras que realmente les preocupaba abrirte un poco más el mundo.

Es interesante su observación sobre la voluntad de las profesoras, porque en términos generales, la educación en sexualidad es prácticamente inexistente⁶. Y en el caso de que se aborde el tema, es para reforzar una perspectiva conservadora y moralista, como relata Javiera, quien cursó gran parte de la enseñanza básica en un colegio católico privado y exclusivo para mujeres:

6 En Chile no existe una ley que garantice la educación sexual integral como un derecho, por lo que su incorporación en la enseñanza queda a criterio de cada establecimiento y de sus docentes.

Era un colegio súper estricto y no se hablaba de sexualidad, por lo que todas teníamos un gran vacío. Lo único que nos enseñaron fue el sistema reproductivo en biología en 4to o 5to básico y todas mis compañeras, incluida yo, estábamos muy perturbadas porque nos estaban enseñando eso. También recuerdo específicamente que en una clase la profesora nos dijo que el sexo era la máxima prueba de amor y eso a mí se me quedó grabado durante mucho tiempo.

De este modo, la sexualidad se constriñe a la pareja monógama, heterosexual y con fines reproductivos, ojalá unida en matrimonio; mientras que tópicos como consentimiento, placer, autodescubrimiento o cuidados son silenciados. Particularmente en colegios católicos se describen situaciones en que los establecimientos aplican castigos al estudiantado:

Lo primero que me contaron cuando llegué al colegio es que a una niña la expulsaron por tener una relación con otra niña. A las personas que se reconocían de la diversidad las calificaban de “desviadas” y las mandaban a hablar con los curas [sacerdotes] [...] Te hacían una charla que era terrible hueona [ridícula], incluso a esa edad ya lo sabía. No me hacía sentido y diría que a ninguna de las personas a las que obligaban a ir. Básicamente te sugerían que debías casarte, estudiar y nunca ejercer, para cuidar a la familia. (Ema)

En el colegio perseguían a la gente homosexual para que no se juntaran o no estuvieran pinchando. Los llevaban a inspectoría e incluso los acusaban a sus papás. A mí me llamaron de dirección por lo que pasó con mi amiga y tuve que desentenderme de mí misma. Me sentí una impostora. Le dije al inspector que era imposible que me gustaran las mujeres porque tenía un pololo hombre, para evitar que le contara a mi mamá y se armara un caos peor al que ya había. (Josefa)

En contraste, los medios digitales posibilitan la reflexión y resignificación de lo aprendido en el entorno físico:

En *Tumblr*⁷ empecé a educarme sobre feminismo, que me ayudó a ir desaprendiendo la vergüenza que sentía sobre mi deseo [...]. También por el tipo de contenido que allí consumía conocí la bisexualidad. Eso me ayudó a asumirme sin pensar mucho en si estaba bien o qué iban a decir y fue un proceso emocionalmente tranquilo para mí. (Javiera)

Para mí fue importante leer más sobre bisexualidad y el podcast *BBB*⁸, donde conocí las experiencias de otras personas bisexuales. Durante ese tiempo también estuve en terapia. Eso me permitió darme cuenta de que me sentía cómodo y me identificaba con la bisexualidad. (Jorge)

6 Plataforma que fusiona el concepto de blog con las características de una red social. Se pueden publicar textos breves y contenido multimedia, o bien compartir entradas subidas por otras usuarias/os. A diferencia de un blog tradicional, que suele tratar un tema en concreto, aquí no hay una temática definida más que por el hecho de que cada perfil corresponde a una persona. En ese sentido, podría decirse que la página opera como un flujo de la conciencia.

7 “Bueno, bonito y bisexual” (conocido por sus siglas BBB) es un programa radial en formato podcast, emitido entre 2019 y 2022. Fue producido en Chile y su premisa es ser el primer podcast en español sobre bisexualidad, en que se abordó la temática a través de entrevistas, información académica y las experiencias de quienes conducían el espacio.

A pesar del surgimiento de nuevas prácticas e imaginarios sociales, los fragmentos de vida aquí presentados caracterizan la institución familiar y escolar como espacios rígidos, en los que aún están asentados valores y formas tradicionales de comprender la sexualidad. Pero si la cultura del silencio deja a las juventudes con su experiencia personal como única vía para descubrir y aprender sobre sexualidad (Valdés, 2003), lo digital se configura como herramienta clave para la autoformación y exploración de otros sentidos.

EL RECONOCIMIENTO ANTE LOS OTROS

Una de las razones por las que emprendí esta investigación fueron mis propias interrogantes y angustias al identificarme como mujer bisexual. He experimentado y me he visto afectada en el cotidiano por la invalidación y los prejuicios sociales que rodean a la bisexualidad. Por lo mismo, no fue sorpresa reconocer en los y las participantes sentimientos de temor, vergüenza o angustia ante la idea de presentar su identidad a otras personas, o que derechamente decidieran no verbalizarlo. Jorge lo describe con claridad:

Creo que aún me surgen dudas o inseguridades ligadas a tener que contarles a otras personas y exponerme a la posibilidad de ser enjuiciado. Decir “no soy gay, soy bisexual” me genera un poco de temor, pero lo he ido haciendo de a poco con algunas personas [...]. Opté por no hacer de este un proceso tedioso en que me tenga que exponer una y otra vez. Solo quiero sentirlo y expresarlo de la forma que sea conveniente, si la gente a mi alrededor se da cuenta o no, no es problema mío.

A través de un estudio sobre las prácticas de visibilidad ocupadas por personas bisexuales, McLean (2007) identifica que, a consecuencia de los constantes cuestionamientos, “salir del clóset” podría no ser lo más beneficioso. El clóset es una metáfora que designa el acto de “confesar” ante los y las demás que no se es heterosexual. Estar “dentro del clóset” es ocultarse o vivir en secreto la sexualidad, mientras que “salir” sería asumir esta identidad en lo público. Socialmente se ha instalado la idea de que la visibilidad es esencial en las vidas no heterosexuales, ineludible para sentirse a plenitud con el “yo”.

En los albores del movimiento de la diversidad sexual, “salir del clóset” se planteó como una estrategia disruptiva, que tenía por objetivo disputar la hegemonía heterosexual, reconocerse entre pares y construir comunidad. No obstante, McLean (2007) expresa que la racionalidad neoliberal ha fagocitado el espíritu transgresor de “ser visible” al convertirlo en una cuestión individual, dislocada de lo colectivo. Se ha construido una asociación inseparable entre “ser visible” y el bienestar, en que “salir del clóset” es un signo de buena autoestima, mientras que estar “dentro” es expresión de malestar y un “yo” conflictuado consigo mismo. Sin embargo, esto no es necesariamente cierto, como expresa Francis:

Al principio sentía un poco de inseguridad en el liceo [escuela], hubo muchos momentos en que simplemente no lo comentaba o me lo guardaba para mí, porque no conocía mucho a la gente y por el ambiente en general. Sentía que no era un lugar seguro para expresarlo, si bien eso no me generaba un gran problema.

Confesar la sexualidad se ha transformado en una expresión de autoaceptación que deviene en norma, ignorando que muchas veces este acto implica enfrentarse a un ambiente hostil. Por ello, si bien es una práctica utilizada con las primeras personas a las que se les revela la bisexualidad, la tendencia es a buscar formas alternativas para presentar la identidad, que permitan “tantear el terreno” y/o disminuir la presión.

Lo más común es esperar a que el tema surja de manera casual en una conversación y parezca propicio mencionarlo, o bien presentar una pareja del mismo género, lo que da por entendido una “no heterosexualidad” sin necesidad de un acto comunicativo directo:

Si se da el contexto en que lo tengo que mencionar, simplemente lo hago. Puede ser por el tipo de persona con el que suelo compartir o quizás con personas mayores sería diferente por los prejuicios que hay hacia otras orientaciones sexuales. (Jorge)

Mi cumpleaños fue un hito importante porque vino mi pololo [pareja] y se enteró el resto de la familia. A mi abuela decidí contárselo antes por empatía, pensando en que en términos generacionales le podía costar mucho más. (Lucas)

Es interesante notar que este tipo de aproximaciones se conciben posibles sólo entre jóvenes, con lo que se establece un quiebre con generaciones anteriores. Se presume la discriminación y falta de comprensión como actitud generalizada, o bien que se requiere de una conversación previa antes de mencionar de forma casual la bisexualidad. Ciertamente, las reacciones iniciales cuando han decidido comunicar su bisexualidad a su madre, y en menos casos al padre, oscilan entre el enojo, la incompreensión o el temor, aunque eso puede cambiar con el tiempo.

A su vez, el contexto sociocultural se ve reflejado en los mundos juveniles: entre algunos pares reconocen espacios de comodidad y acogida, mientras que con otros han sido o piensan que podrían ser víctimas de discriminación y expresiones de odio. Por lo mismo, tienden a agruparse y fortalecer relaciones con quienes consideran que tienen comprensiones similares sobre sexualidad, en tanto la mayoría aspira a vivir su sexualidad con “naturalidad”:

Nunca hubo rechazo de las personas importantes para mí y de quienes sentí alguna posibilidad de rechazo los aborté de mi vida. (Ema)

No a cualquier persona le voy a explicar que soy bisexual, porque la gente no viene y me dice que es heterosexual. (Josefa)

Últimamente me siento mejor que nunca porque con mis amistades es algo tan natural, tan normalizado que realmente puedo expresarme y ser como soy. (Francis)

No tener que esconderlo o contarlo como una característica especial me hace sentir que mi orientación sexual es algo mucho más normal y parte de mí. (Lucas)

Para quienes lo experimentamos es apenas un punto en nuestras vidas, son los demás quienes lo hacen un gran tema. (Sebastián)

En el acto de “salir del clóset” está implícito que hay una expectativa de lo que se debe ser, que, en caso de no ser, deberá ser manifestado. En ese sentido, la responsabilidad de comunicar la divergencia y adaptarse recae en la persona bisexual, a la vez que reafirma la heterosexualidad como norma. Esta aproximación desplaza dicha responsabilidad desde sí mismas/os a la sociedad, instando al entorno a no asumir heterosexualidad por defecto.

No obstante, si bien la práctica confesional es rechazada en el mundo “real” por parecer forzada, esta encuentra su lugar en lo virtual:

No es algo que yo escondo. En mi Instagram soy abiertamente bisexual, en mi descripción lo dice. Yo sé que muchas personas de la familia saben porque tengo a todos mis primos en Instagram, entonces se da por entendido. (Fran)

Compartir los posts en mi cuenta personal me da una sensación de orgullo, de poder decir “sí, soy bisexual, formo parte de esta agrupación y no estoy nada sola”. (Josefa)

La literatura sobre redes digitales propone que la existencia en línea es contradictoria, en tanto está en permanente tensión el deseo de mostrarse, interactuar o contribuir a la comunidad virtual, con la necesidad de resguardar la privacidad. En esta tensión entre lo público y lo privado, la presencia digital es un aspecto por decidir: somos quienes decimos que somos, por lo que cualquier identidad puede ser asumida o desechada, sin perjuicio de si la información entregada es real o ficticia (Koosel, 2012). Ya sea a través de la escritura, formatos visuales o sonoros, la construcción de la identidad digital se sustenta en la confesión. En ese sentido, comunicar la bisexualidad de esta forma se percibe como una práctica más cotidiana y menos “forzada”, al integrarse a las lógicas de la existencia en línea.

Ante la imposición de la visibilidad absoluta como requerimiento para vivir la sexualidad en plenitud, las juventudes disputan esta propuesta en sus cotidianidades. Producto de la doble exclusión y los prejuicios sociales, “salir del clóset” resulta una experiencia potencialmente más compleja para bisexuales en comparación a gays y lesbianas (McLean, 2007), que en consecuencia les hace desplazar la responsabilidad de adaptarse desde sí hacia los/as demás. Sin embargo, si se considera la forma en que construyen su subjetividad tanto en el mundo encarnado como en las redes virtuales, más que una resistencia activa ante el acto confesional bajo una racionalidad neoliberal, esta es una práctica que emerge desde la incomodidad, de modo que prima el deseo de hacer de sus vidas unas más vivibles.

Por lo demás, estos cuerpos también se constituyen en tanto frontera de experiencias físicas y virtuales, que se entrelazan para crear nuevos sentidos y prácticas. En consideración de ello, es fundamental que el sistema de salud reconozca lo digital como un medio por el cual las juventudes se autoforman y descubren el mundo y que, por lo mismo, tiene potencial como plataforma a través de la cual promover la educación sexual.

REFERENCIAS

- Anzaldúa, G. (1987) *Borderlands/La Frontera: La nueva Mestiza*. Editorial Capitán Swing.
- Enguix, B. (2018) Sexualidades, género, disidencias y centros. En P. Alonso & B. Soguero (Coord.), *Anales del Museo Nacional de Antropología XX*. Ministerio de Cultura y Deporte de España.
- Figueroa, E. (2020) Sexualidad e Historia en Chile: un ensayo sobre el conflicto y el control. *Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, 2, 89-114.
- Foucault, M. (1977) *Historia de la Sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI.
- Herrera, F. (2007) Construcción de la identidad lésbica en Santiago de Chile. *Revista Universum*, 22(2), 151-163.
- Koosel, S. (2012) *Exploring digital identity: Beyond the private public paradox*. The Digital Turn: User's Practices and Cultural Transformations, 154 – 155.
- McLean, K. (2007) Hiding in the closet? Bisexual, coming out and the disclosure imperative. *Journal of Sociology*, 43(2), 151-166.
- Valdés, T. (2003) ¿Del deber al placer? Socialización en sexualidad en familias populares de Santiago. En X. Valdés & T. Valdés (Ed.) *Familia y vida privada. ¿Transformaciones, tensiones, resistencias y nuevos sentidos?* (pp. 311-338). FLACSO.

CAPÍTULO 4

HACIENDO MANADAS:
CONVERSACIONES SOBRE CORPORALIDADES Y AUTODEFENSAS

MAQUI ORELLANA CAPEROCHIPÍ Y MARÍA CONSUELO ROBLEDO DÁVILA

***P**artamos situando este capítulo...⁹*

El año 2020 obtuve mi primer trabajo, siendo ya una antropóloga titulada, como asistente de investigación para la Región Metropolitana en el proyecto Fondecyt en el que se gesta este libro. No recuerdo exactamente como conocí el trabajo de Maqui. Pero puedo recapitular que una amiga muy querida entrenaba con elle y Aylin Sobrino, empecé a seguirle en redes sociales, le vi en las manifestaciones, otro amigo me contó que se había encontrado con elle en su asamblea territorial... En resumen, le tenía en la retina como una referente de activismo de clase, disidente y feminista -en ese tiempo-, y además desde su quehacer como deportista, lo cual para mí constituía una novedad.

Cuando empezó el proyecto, la primera ronda de entrevistas que decidimos realizar fue a lo que en investigación cualitativa llamamos “informantes clave”: personas que conocen bien el tema y pueden darnos una perspectiva particularmente enriquecedora. Fue en ese momento que propuse que entrevistáramos a Maqui, porque me interesaba mucho su quehacer político, su trabajo con chiques más jóvenes en sus clases de kickboxing y talleres de autodefensa... y también por un tema de curiosidad y admiración personal.

⁹ Los párrafos justificados a la izquierda corresponden a las reflexiones de Maqui del 2023, y los párrafos justificados a la derecha a fragmentos de la entrevista que tuvimos el 2020. Las intervenciones de Consuelo serán dejadas en *cur-siva*.

Tuvimos una entrevista por Zoom el 2020, en plena pandemia. Recuerdo que Maqui estaba sentada muy erguida frente a la pantalla, comiendo un plátano y preparándose para repartir almuerzos de la olla común de su villa. Fue una conversación genial, pero además sucedió que las reflexiones que surgieron en ese diálogo terminaron siendo clave en el todo el proceso de análisis de la investigación. La entrevista con Maqui resonó y salió a colación en casi todas las reuniones del proyecto durante más de dos años: salió cuando diseñamos la segunda ronda de entrevistas con chicas y chiques jóvenes, al momento de analizar y codificar la información, etc. En resumen, efectivamente fue clave en el proceso, y yo siempre quedé con las ganas de un mayor reconocimiento a su contribución en nuestro proceso de análisis de la información. Entonces cuando surgió la posibilidad de participar en este libro en el 2023, nuevamente propuse que invitáramos a Maqui, como una oportunidad de retribuir su aporte y de compartir más en detalle las reflexiones que surgieron en esa entrevista pandémica.

Consu Robledo, 2023

Hace tres años Consuelo me invitó a participar de una entrevista sobre identidades y salud para un proyecto de investigación. Esa vez acepté participar de la entrevista y ahora del libro porque en general me gusta participar en entrevistas, y porque creo que en la conversación se abren posibilidades interesantes de reflexión. También porque creo que la academia a veces se distancia hartito de las conversaciones, problemáticas y diálogos que se están dando a nivel "más de base", por decirlo de alguna manera. Entonces me pareció que la conversación era una invitación interesante, me parece importante tender puentes entre esos mundos, para que la universidad, o las personas en la universidad hablen de cosas que están ocurriendo en talleres de barrios o en un gimnasio, por ejemplo. Esto también pensando en que algún momento yo misma fui una persona que pertenecía a la academia.

Y creo que pasar a un libro es aún mejor, porque la investigación universitaria muchas veces queda en artículos u otras cosas que citan las mismas personas de la universidad, entonces creo que plasmar en un libro puede abrir posibilidades de diálogos en otros sectores. También porque tengo un amor especial por el libro, creo que hay diálogos internos que uno tiene con los libros, con sus anotaciones, con las cositas que va dejando en ellos. Por ejemplo, aquí está el diálogo que iniciamos en la entrevista, luego el diálogo que implica para mí volver a leer esa entrevista, volver a conversar de esas cosas, entender también la historia de esas reflexiones y como todo está en movimiento. Ese proceso me parece muy bonito, me hace aún más sentido esa frase de que mutar nunca termina, lo cual se relaciona hartito con mi quehacer político, abrazar esta lógica del cambio, creo que el cambio es muy importante de reconocer, de trabajar, de comprender, de respetar.

Maqui Orellana, 2023

En síntesis, este texto es una visita y una actualización a esa conversación del 2020, está construido en forma de diálogo entre las reflexiones que surgen de una Maqui del 2020, una Maqui del 2023 y una Consu haciendo preguntas por Zoom y WhatsApp.

En estas páginas hay un aporte a pensarnos de manera constructiva, cómo sí quiero vivir mi cuerpo, como sí quiero construir vínculos y relacionarme con el resto, lo cual tiene un valor muy grande, porque, proponer siempre es más difícil que criticar lo que ya existe.

PENSARSE EN TRÁNSITO

Recuerdo estar sentada en la cocina de mi casa en Santiago, tomando café y respondiendo las preguntas de Consuelo. Una de esas preguntas y la forma en que respondí cambiaría muchas cosas desde ese momento. Una forma de hilar una respuesta que quedó dando vueltas en mi cabeza como un eco, que me llenó de más preguntas y que me invitó a trans-formar muchas formas de mí y la forma de mostrarme-presentarme ante el resto.

Soy una persona que viene de sectores pobres, que estudiaba con beca en la universidad, que tuvo que migrar de la casa de sus padres, porque además soy lesbiana. Entonces me fui muy pequeña de la casa de mis papás, porque mis papás fueron muy lesbofóbicos, todavía lo siguen siendo, en menor medida quizás, pero porque se lo han tenido que bancar.

Recuerdo de muy chica haber querido hacer karate y que mi mamá me terminó metiendo a gimnasia rítmica, horrible. También recuerdo que, en primer y segundo medio, cuando estudié en el internado de niñas (del que me echaron/me salí, también por lesbiana) pasé con promedio rojo, o sea reprobé, educación física porque me daba tanta vergüenza exponerme a una forma de feminidad y de ocupar el cuerpo que para mí era muy vergonzosa. Yo siempre he habitado un cuerpo muy camión y como de mujer chora, entonces estar hueviando [haciendo morisquetas] con una cinta para mí era profundamente violento. No porque crea que esa forma de feminidad sea incorrecta, sino porque a mí no me adecuaba.

Nunca fui heterosexual, me relacioné con mujeres desde pequeña, desde los 13, 14 años. De hecho, cuando entré al internado ya me relacionaba con mujeres. Me hacía la bisexual eso sí, pasé toda mi adolescencia intentando ser bisexual, cuando en verdad el lesbianismo se me salía por los poros.

El 2020, durante la entrevista, estábamos hablando de la libertad con que muchas personas, más jóvenes que yo, asumían y vivían sus identidades de género en ese momento. De cómo les más jóvenes tienen un mayor conocimiento respecto a las opciones identitarias, o las opciones de no identificarse también, que también lo encuentro bacán. Como "no, no tengo por qué decirte como"... o hacerme esta "identidad caja" para relacionarme, no. Hablábamos de cómo hablar de ser trans o una persona no binaria era una posibilidad que se hacía mucho más presente,

comparada con quienes en nuestras juventudes ni siquiera habíamos escuchado hablar sobre eso. En ese momento, amigos míos estaban transitando, tomando hormonas, cambiando su nombre e incluso operando partes de su cuerpo para poder mostrarse de una manera más cómoda en público.

Mientras hablaba con Consuelo, le dije que quizás si yo hubiera nacido en otro momento, hoy me identificaría como una persona no binaria... Y esa frase resonó como un eco en la cocina, en la casa, en el barrio, en mi corazón, en cada capa de mi piel, en mis ojos, mi historia y mi memoria. Se quedó dando vueltas en mi boca, durante mucho rato, mientras seguía la entrevista.

Cuando terminamos de hablar, apagué el computador y seguí pensando, “si hubiera nacido en otro momento” ... ¿Acaso habían “tiempos adecuados” para la identidad? ¿Acaso había un “tarde para cambiar”? ¿Había algo que cambiar o siempre había estado así dando vueltas en mi cabeza sin poder ponerle un nombre?

Pensé en muchas personas leídas y asumidas como lesbianas que tenían vidas de varón, y quizás con nombres más a la mano, se identificarían como chicos trans. Pensé en mis amigos de mi edad que habían iniciado transiciones de género, pensé en mis palabras hacia ellos: “No hay tiempos”. Siempre les he dicho lo mismo, a mis amigos y a mis estudiantes. Hablé con uno de ellos, y me dijo que qué me pasaba, que si acaso no había sido yo mismo quien le había instado a transitar argumentando que no había tiempos correctos para ser feliz. Se dieron muchas conversaciones importantes, empezar a expresar estas reflexiones con mis amigos, a contarles, comencé a pedir que usaran pronombres neutros conmigo, que dejaran de llamarme Macarena (hoy mi nombre muerto, por favor no lo usen) y que me llamaran Maqui. Comencé a contar públicamente que era una persona no binaria, incluso a propósito de situaciones de discriminación en mi trabajo, la Universidad Silva Henríquez, inicié una denuncia por discriminación que gané en la inspección del trabajo, instando a que me reconocieran en mi espacio laboral como persona no binaria.

Hoy es un poco raro volver a leer este relato y escucharme hablar de mí en femenino, pero hemos decidido dejarlo para compartir con ustedes los cambios en la identidad, reafirmar que nunca es tarde y que la identidad se mueve, cambia y muta cada día. Mutar nunca termina.

HACERNOS CASITA Y LAMERSE LAS HERIDAS ENTRE TODES

Otro elemento de la conversación que tuvimos el 2020 y que aparecía una y otra vez en el desarrollo del proyecto fue la idea de que chiques de generaciones más jóvenes que las nuestras, tienen maneras diferentes de gestionar colectivamente el sufrimiento y los procesos de sanación vividos en situaciones de violencia. Algo así como compartir un proceso en curso de sanación o integración de esa experiencia, la herida abierta y de pedir apañe, en grupos virtuales o presenciales en ese proceso.

Yo estudié y era profe en [el campus Juan] Gómez Millas, en Filosofía y Humanidades en el Departamento de Ciencias Históricas. Mi jefe había sido un profe del cual yo había sido ayudante, reconocido por ser acosador. Pero, en esos tiempos uno decía "puta el profe jugoso" [molestoso] y como que claro, como que era lo que te tocaba no más, como que te lo bancabas igual, nadie funaba¹⁰ a nadie. Había mucho silencio, no sé si complicidad, pero sí mucho silencio/complicidad de los varones entre sí por supuesto, pero en el caso de nosotras como un silencio que era como la forma de sobrevivir y de bancarse.

Entonces, lo naturalicé durante mucho tiempo -yo sabía que lo que ocurría era malo, yo sabía que era incómodo para mí-. O sea, si tú me preguntas hoy día con todas las reflexiones que yo tengo en el cuerpo, yo soy capaz de reconocer en mi cuerpo esa incomodidad, en mi cuerpo esa violencia, en mi cuerpo incluso hoy los efectos de esa violencia, sin embargo, mi forma de enfrentarla es distinta.

Esta situación de violencia ocurrió entre el 2008 y el 2009, y yo el 2015 cuando vi a mis estudiantes denunciando a este huevón [imbécil] dije como "¡iiiih! [inhala-ción fuerte como de sorpresa y preocupación]... No". Como no puede ser que él además salga a defender a otro acosador, que además es de derecha, que era sapo [soplón] de la DINA¹¹. Yo como profe también desde otro lugar y también poniendo en juego otras cosas; porque es muy distinto denunciar siendo estudiante, que denunciar siendo profesora, tiene otros costos, no creo que una cosa sea peor que la otra, pero son costos y lugares distintos. Los costos de esa denuncia fueron los que me alejaron completamente de la academia y de la posibilidad de dedicarme a la historiografía, pero haber denunciado antes quizás hubiera significado ni siquiera terminar la carrera. ¿Cuál de las dos cosas es peor? No tengo idea, pero siempre los costos los llevan las personas que viven la violencia.

Denuncié tarde, además, seis o siete años después, imagínate, ya con otras reflexiones. Y cuando tuve que declarar en el sumario que se hizo, tuve que copiar todos los mensajes que me había enviado León, entrar a mi Facebook y esas cosas y volver a leerlos. Fue súper impactante para mí volver a leerlos desde otro lugar, desde ya ser adulta. Hubo mucha culpa, mucha recriminación hacia mí misma, pero también acompañada de otras mujeres, intergeneracionalmente. Ahí mis profes más adultas fueron súper importantes en contenerme, y también el apoyo de las cabras [chicas] más jóvenes.

Por eso yo digo que me siento como muy en una generación bisagra entre estos dos lugares, que no creo que ninguno sea mejor que el otro, sino que son herramientas distintas en función de cómo hemos ido enfrentando a estas violencias.

10 En el Chile, el término *funa* y la acción de *funar* refieren a realizar una denuncia informal y una expresión pública de repudio en contra de una persona o grupo. En Chile a partir del año 2017 aproximadamente, esta forma de denuncia se utiliza ampliamente por jóvenes en contextos de violencia de género por parte de víctimas (Wood, 2021).

11 Sigla para la Dirección de Inteligencia Nacional, la cual funcionó como la policía secreta de la dictadura militar de Augusto Pinochet en Chile entre 1973 y 1977.

En mujeres adultas, quizás sobre los 40 o 50 años hoy, veo que tienen una lógica de “bueno, yo me lo banqué [yo aguanté] y estoy aquí igual y esto es lo que nos tocó”, muy desde la fortaleza. No porque lo otro sea debilidad, sino una fortaleza que va muy enlazada con el silencio, como de “bueno, esto es horrible, pero yo me lo banqué sola y estoy aquí y le di la cara, y no pasó nada, y seguí mi vida” y muy ahí, quizás como desde un “triunfo” entre comillas.

Por otro lado, les más jóvenes, las “nuevas generaciones”¹² - han sido súper... no sé si rupturista es la palabra, pero han sido súper aguja [radicales e insistentes] en instalar ciertas necesidades, y preocupaciones respecto a las existencias y a las formas de habitar el mundo que antes no estaban. Y han instalado estas preocupaciones como también desde el hacerse cargo. Ahí el hacerse cargo ha implicado romper estos silencios, y romperlos colectivamente. En el sentido de instalar en la escena pública la funa, el hablar de que “oye, yo fui una persona que vivió violencia”, y eso tiene una catarsis colectiva muy importante, y también una catarsis generacional. Creo que las generaciones más jóvenes nos han invitado a hablar y hacernos cargo colectivamente, a hablar para sanar. Esta lógica de abrir las heridas y lamérselas entre todas colectivamente.

Yo soy bien *hippie* también en esas cosas y creo caleta [mucho] en las ancestralidades también y como una va sanando su propia biografía, y su propia genealogía hacia atrás y hacia los lados. Yo cuando pienso, por ejemplo, en mi hermana, en mis primas, en mi propia madre, que a propósito como de estas mismas invitaciones a hablar, claro, han hablado también. O sea, yo he tenido conversaciones con mi mamá que quizás hace 15 años no habría tenido, y no creo que no las haya tenido porque yo haya sido más pequeña, sino porque los tiempos son distintos.

Entonces creo que las chiquillas y chiquilles más jóvenes han sido súper valientes en ese sentido, y en otros también (o sea lo que pasó en octubre del 2019...). Creo que para mí es súper admirable esta lógica de la valentía, no como ausencia de miedo, sino como gestión del miedo. Porque ¡claro que es doloroso hacerse cargo de los abusos! Es doloroso cuando tienes 40 años, y es doloroso cuando tienes 10, 15, 20. ¡Claro que es doloroso enfrentarse a la familia patriarcal y a los silencios cómplices de los abusos sexuales y las violaciones! ¡Claro que es doloroso enfrentarse a la heterosexualidad obligatoria, a las violencias, a los acosos! Y va a ser doloroso siempre, y probablemente no deje de ser doloroso. Pero, creo que sí hay una enseñanza generacional, y es que juntas como que nos hacemos casita po’.

Todo este tema es más público también, hay un tema con la exposición muy distinta, tienen menos vergüenza de denunciar. Personalmente creo que es porque son hijes de las redes sociales, nosotres [personas nacidas antes de los 90’s] no tenemos eso, quizás hasta la generación mía todavía un poco, pero hasta por ahí. Yo que soy deportista y tengo una red un poco más famosa quizás, no tengo tanto rollo con eso, pero si tuviese que contar una situación de abuso sexual, no sé si la contaría por redes sociales. En cambio, las cabras [las chicas] sí lo hablan, porque también esa es como su mediación con el mundo, lo ha sido así siempre. Entonces no tienen

11 La referencia generacional que teníamos al pensar “les más jóvenes” son personas que nacieron desde el 2000 en adelante más o menos. Personas que en el año 2020 tenían entre 15 y 25 años más o menos.

esta lógica que tenemos les más grandes de lo privado. Creo que ahí hay caleta de claridades, y las redes sociales han ayudado a difundir y a reconocer como "oye, a mí también me pasó eso", "la compa [compañera] dice que eso es abuso, ah yo reconozco también mis propios abusos".

KICKBOXING Y AUTODEFENSA - PONER LÍMITES COMO UN EJERCICIO CORPORAL Y RELACIONAL

Recuerdo que empecé a entrenar porque tenía mucho miedo, yo creo que esa fue la motivación principal. Habían asesinado a Daniel Zamudio¹³ hace poquitito, y luego ya estaba entrenando cuando asesinaron a Nicole Saavedra¹⁴... Pero hubo un momento que tiene que ver también con el acceso a información que tiene que ver con que se hicieron más públicos ciertos casos. Creo que con Nicole y Daniel pasó un poco eso, que nos hicieron pensar en la posibilidad de la muerte, del dolor, del desaparecer, que fue bien brutal para las personas disidentes. Habitar el espacio público se transformó en un peligro, y en ese peligro, yo quería seguir viviendo po'. No solamente sobreviviendo, sino viviendo feliz, en el sentido de poder seguir saliendo, haciendo las cosas que yo quería.

Así que empecé a entrenar solo por eso, solo porque quería algunas herramientas que me hicieran sentir un poco más segure. El patriarcado y sus violencias nos han arrebatado mucho. Es una lucha constante y de muchos años, una batalla que atraviesa las distintas capas de la piel, que nos va dejando cicatrices y formas de movernos que están marcadas por distintas experiencias. Es un robo, pero no es definitivo.

Creo que todas llegamos con distintas mochilas a pisar el Tatami, subirnos al ring, o cuando entramos a un taller de autodefensa. Creo que lo más transversal es el "no puedo", el sentirse ridícula tratando de defenderse. El mundo entero te dice que tú no puedes defenderte, que tú ya tienes la pelea perdida, porque te vas a enfrentar a alguien que es un hombre, y que sólo por ser hombre es más fuerte que tú y ya te ganó. O sea, tengo compañeras de entrenamiento que pesan el doble que muchos varones, sin embargo, siempre a las mujeres se nos imagina pequeñas, se nos imagina débiles. Pasa con las mujeres, pero también con las personas disidentes. Creo que se nos socializa constantemente como un cuerpo pequeño, se nos dice que una persona signada como mujer al nacer nunca será más fuerte que una persona signada como varón al nacer, no importa los procesos hormonales, identitarios o emocionales que haya pasado. En otras palabras, creo que nos han enseñado todo el rato para pensar nuestro cuerpo en función de la falta. Y creo que eso nos ha atravesado hasta la médula. Lo tenemos, así como en la interna, y siempre está esta

13 Daniel Zamudio fue un joven gay torturado y asesinado en la vía pública el año 2012 en Santiago de Chile, las movilizaciones públicas en torno a su caso motivaron la promulgación de la Ley 20.609 de No Discriminación en la legislación chilena ese mismo año.

14 Nicole Saavedra fue una joven lesbiana residente de la Región de Valparaíso que fue secuestrada, torturada y asesinada durante el año 2016. Su desaparición, junto con otros crímenes con motivo de género cometidos durante el 2016, gatillaron una serie de movilizaciones feministas durante el mismo año.

vocecita como de Pepe Grillo malvado que todo el rato nos está diciendo “oye, eso no te va a salir”, “qué ridícula, ¿qué haces acá?”, “mira qué ridícula te ves tratando de pegar combos”, “oh, que descoordinada”. Y poco a poco hemos hecho propia esa voz tan ajena que habla tan mal de nosotros.

Por otro lado, está también el aprender a pegar. Hay muchas chiquillas que les pasa que son incapaces de pensarse pegándole a otro, más cuando ese otro es un compañero al que tú efectivamente no le quieres hacer daño. Hay mucho miedo a golpear a otros, aun cuando sea consentido, aun cuando sea cuidado; o sea, nosotras tomamos todas las precauciones, y nos cuidamos y eso es como una premisa dentro de los espacios de entrenamiento. Hay un consentimiento sobre el tocar/pegar que es muy difícil de aprender, porque tocar/pegar recuerda o es leído desde otros lugares.

También a la inversa, está el miedo a recibir golpes. Quienes tienen esos miedos, son principalmente por las historias que han vivido. Cuando tú has vivido en tu cuerpo, en tu historia, no que te lo contaran, sino que a ti te pasó que alguna vez te golpearon, que alguna vez sentiste el impacto de otro cuerpo sobre tu cuerpo de la manera en que sea, por supuesto que un golpe reactiva esas memorias corporales. Y al reactivar esas memorias corporales... puede haber llanto, crisis de pánico, y yo siempre digo lo mismo: eso es autodefensa también. Cuando eso ocurre se detiene la clase, nos abrazamos entre todas, y si tenemos que llorar todas, pucha, ¡lloramos todas! ¡¿Qué tanto?! ¡Lloramos po'! Yo he terminado llorando caleta [un montón] de veces también. También conociéndome a mí misma y a mis propias historias y mis propios dolores, reconociendo mis propias violencias.

Sin embargo, hay algo que ocurre en la mirada de quienes llegan a entrenar que no puedo explicar sin la metáfora del fuego. Hace años lo vengo observando, sintiendo, experimentando y plasmando en el cuerpo de otros, en los cuerpos en relación que se encuentran en estos espacios, en mi propio cuerpo, en los territorios que habito/habítamos.

Es un cambio que es brutal, y tiene que ver con el otro elemento “en común” entre quienes llegan a entrenar, entre quienes confluyen en sus deseos de “aprender a defenderse”. Ese fuego que nos mueve desde nuestras infancias a conocer, experimentar, atreverse, esa llama en los ojitos que va creciendo y creciendo a medida que vamos descubriendo las prácticas que nos llevan al goce, las distintas formas de afectos, los deseos, los amores, las felicidades y sonrisas. Esa llamita se va apagando cuando nos enfrentamos a las negativas del cis-tema, a sentirse fuga, margen, falta, falla, error. Una llamita/fuego que con cada “no”, con cada risa cargada de burla, con cara mirada de reprobación, con cada enfrentarse a la vergüenza, con cada reproche, golpe, dolor, con cada traspaso de límites, con cada agresión al cuerpo, se apaga un poco más, quedando a veces en una sola brasa que resiste en los ojitos para no apagarse, tirando pequeñas chispas de vez en cuando, recordando de a poco que aún está ahí.

Creo que entrenando una aprende a mirarse ya no desde la falta, sino desde la potencia, que yo creo que eso también es como uno de los aprendizajes más bonitos. Hay un montón de cosas que pasan por aprender lo que puede tu cuerpo, hasta dónde llega, cuál es el espacio que ocupa, hasta dónde te llega tu mano, qué potencia tiene, qué lugares y qué estrategias puedes ocupar según las circunstancias. Con eso, poco a poco la llamita-sombra va encontrando espacio, haciéndose más fuego dentro de los ojos, y se endereza el cuerpo, y se levanta la mirada, y los colores del rostro cambian, y los hombros se ven más erguidos, y el cuerpo se mueve distinto, como si volviera a sonreír el cuerpo entero.

Algo cambia, algo se desaprende y se abren miles de posibilidades en la fuga, en el error, en el margen. Es en esta forma de recuperar el amor hacia nuestras existencias, desde el cuerpo, desde el movimiento, desde el cómo nos miramos, desde el cómo nos movemos frente a otros, que ese miedo se va haciendo pequeño. Y ese fuego avanza dentro de nuestros cuerpos, y sale de los ojos, y se pasea por el pelo, por la cara, por la espalda, y recorre las manos, las piernas, la pelvis, y se cruza por el estómago; cuando logro hacer un movimiento que nunca imaginé que podía hacer, cuando sale un ejercicio que hace un mes no resultaba de ninguna forma, cuando miro por fin con afecto, con amor, la corporalidad que habito.

Y bueno, el kickboxing se comió mi vida, porque yo busqué herramientas de autodefensa en el sentido en el que siempre se piensa la autodefensa, como defensa personal, de aprender a pegar o a hacer llaves. Pero finalmente encontré herramientas de autodefensa mucho más amplias. Esa es la forma en la que yo entiendo la autodefensa ahora, que es defenderse de la multiplicidad de violencias que existen, de las violencias estructurales, de las violencias de género en términos de cómo nos enseñaron a pensarnos, de cómo nos hicieron relacionarnos con nuestro cuerpo, de las violencias psicológicas, económicas, sexuales, físicas también, emocionales y... Creo que el entrenar ahora me ha entregado herramientas respecto a todo eso. Mi relación con mi cuerpo es muy, muy, muy distinta hoy a lo que era antes de entrenar. Y eso no pasa porque sé pegar combos y patadas, pasa porque tengo una relación distinta con mi cuerpo, lo amo, lo cuido y creo que eso marcó una diferencia fundamental. Creo que uno no defiende algo que no ama, y puf... para mí eso fue una explosión en la cabeza también. Ese cambio, ese aprendizaje entra en la piel, entonces no es que te violenten menos en la calle, sino que cuando te pasa algo, una ya sabe, lo aboradas de manera distinta; o quizás te pasa menos porque también vas caminando de otra forma.

Saber que puedes hacer algo, ya cambia totalmente el escenario de ese después. Me pasa que, por ejemplo, me acosan en la calle, pero mucho menos que antes. Por caleta de [muchas] razones, porque ando siempre con los guantes colgando de la mochila, y esa es como mi primera estrategia de autodefensa. Nunca ando con cuchillos, porque no sé usarlos, nunca ando con gas pimienta, nada, para mí la cara de mala y los guantes colgando son mis estrategias de autodefensa primera, y después otras. Siento que en verdad una ocupa la calle de manera distinta. Por ejemplo, también he aprendido a saber cuál es el límite de aproximación hacia mi cuerpo que yo permito. Entonces cuando alguien se me acerca mucho, inmediatamente mi

mano hace esto... [pone su mano a la altura de su cara a unos 30 cm. de distancia]. O sea, a mí me ha pasado que de repente se me acercan hombres como para *picarse a choro* [intimidarme], y me tiran el cuerpo encima, y mi mano es inmediata. Y si mi mano es inmediata yo sé que con eso te pego una patada en la cabeza, sé hasta dónde llego. Sé lo que puede hacer mi cuerpo, y esa herramienta es un regalo.

¿CÓMO QUEREMOS RELACIONARNOS? – IMAGINAR OTROS VÍNCULOS POSIBLES

A nivel cotidiano, el kickboxing y la autodefensa me han enseñado a poner límites, pero también en un sentido más amplio. Con quién me quiero relacionar, cómo me quiero relacionar. Y eso también pasa por el cuerpo, por ejemplo, me hablaste de cierta manera, y yo ¿dónde lo siento? ¡Lo siento en el cuerpo po'! O sea, las incomodidades también las sentimos ahí, las penas, las angustias, la tristeza, el miedo, cuando alguien te habla de determinada forma, cuando alguien se te acerca de determinada forma.

He visto en caleta de compañeras que han llegado a entrenar, abandonar la heterosexualidad, nos pasa sobre todo con las más chicas quizás. Muchas de ellas empiezan a relacionarse más con mujeres, a tener relaciones sexoafectivas con mujeres y con disidencias porque también van reconociendo en la heterosexualidad un peligro. Creo que hoy día hay quienes hemos decidido políticamente no relacionarnos con varones cis, ni en lo político, ni en lo sexual, ni en lo sexoafectivo, quizás algunas tenemos obligaciones en lo laboral, en lo familiar... pero, por ejemplo, yo podría relacionarme sexualmente con un varón, pero si lo hago, ¿qué cosas tengo que transar? ¿De qué manera voy a tener sexo? ¿Cuáles son los peligros o las transacciones que debo hacer? Y creo que eso también es importante en términos políticos. Y uno decide políticamente con quien relacionarse.

En otras palabras, hay límites sexuales que uno va poniendo más allá de los deseos, porque los deseos también están socializados, entonces es bueno desconfiar de ellos. Cuestionarnos y pensar qué nos gusta de ciertos cuerpos y por qué. ¿Me gustan los varones? ¿Qué me gusta de un varón? ¿La genitalidad? Porque también hay mujeres con esa genitalidad y personas no binarias. ¿Me gusta su expresión de género? También hay lesbianas o chicos trans con esa expresión. Y así, ir haciéndose preguntas que nos permitan desarmar nuestros deseos y entender que esos deseos deben ponernos en lugares seguros, donde nos mantengamos con vida y siendo felices.

Además, les cabres más chiques también tienen una sexualidad quizás menos binaria que la que podemos tener las personas más grandes. No es como ser cola o ser heterosexual, como que hay un universo mucho más grande. Yo siempre digo, a una le gustan los cuerpos, y los cuerpos producen cosas, y obvio po'. O sea, a mí no me gustan las mujeres porque tienen vulva, cachai [¿me entiendes?], a mí me gustan las lesbianas, y me gustan las lesbianas feministas, y también me gustan ciertos varones trans. Hoy, ya ni siquiera me identifico como lesbiana, pero sí como mari-ka. Esta reflexión me ha llevado a pensar que mi deseo sexoafectivo está mediado por como las personas usan sus cuerpos en el espacio. No me gustan las mujeres

en sí, porque también hay mujeres muy heteronormadas (incluso algunas lesbianas también), pero también hay muchas personas que hacen de su existencia y su andar una disidencia a la cisheteronorma, cada día voy desarmando más mis deseos.

Creo que las personas más jóvenes han tenido la posibilidad de cambiar de manera un poco más “segura” que las personas más adultas, aunque obviamente esa seguridad está mediada por el lugar, las redes, etc. Pero creo que la diferencia en el acceso a la información, la posibilidad de informarse y tener referencias de ese cambio, saber cómo nombrar las posibilidades, ha abierto aún más posibilidades. O sea, una ya sabe, por ejemplo, de los celos o ciertas formas de propiedad privada, o de consentimiento sexual... El sacarse y ponerse el condón, que era una violencia muy naturalizada antes, o sea tú hablas con gente que tuvo sexo con hombres, con hombres cis y hace unos años atrás, y esto como de llegar y sacarse el condón es como que a todes les pasó, ¿cachai? [¿Entiendes?] O no preocuparse de si tú tenías algún tipo de anticoncepción o no, o también asumir que vas a tener sexo... Hay un montón de cosas que antes no estaban tan visibles como formas de abuso sexual, yo creo que hace 15 años atrás no sé si le hubiese dicho a mi pololo que me estaba violando porque se sacó el condón, pero hoy día sí po'. Hoy les cabres tienen súper claro que eso es violencia.

Hay quienes siguen pensando que son heterosexuales porque se relacionan sexoafectivamente con varones cis, pero se organizan con mujeres y con disidencias porque no soportan organizarse con varones po' [ríe]. Creo que hay un error en pensar que la heterosexualidad es sólo sexoafectiva, y ahí hay una posibilidad de proyectar cuestiones súper importantes que pasan más allá de si tú te enamoras o no te enamoras de un varón cis. Porque insisto, la heterosexualidad no es sólo eso, si te involucras o no con un varón cis, sino con qué tipo de relaciones quieres construir. Y creo que ahí hay un nivel de poder así brígido [muy grande] de saber que podemos de verdad vivir de otras formas, y dejar prácticas que son dañinas, que son violentas y que no las queremos.

Y ahí hay caleta de [mucho] aprendizaje respecto a cómo construir relaciones desde otros lugares, y yo creo que eso ha sido súper trascendental también y no sólo en lo sexoafectivo; también en el no reconocer la familia como obligatoria, de cuestionar la heterosexualidad como vínculo o estructura obligatoria, la monogamia también muy de la mano de la heterosexualidad, hablar de responsabilidad afectiva, de cuidado sexuales. Caleta de cosas en las que están de verdad dando cátedra. Yo puedo decir como: “¿Sabes qué?, ya no me voy a relacionar más contigo por esto”, “esta amistad llegó hasta acá”, “esta relación sexoafectiva llegó hasta acá”, “mi relación familiar en realidad la mantengo de esta forma o no la mantengo”. Y no porque lo tengan resuelto, sino como entenderlo como un aprendizaje constante también.

Entonces más allá de si las identidades o las prácticas sexuales, los cuerpos con los cuáles tú te compartas sigan siendo los mismos, creo que estas reflexiones nos dan la posibilidad de pararnos desde lugares distintos. Y eso ahora, o en unos años más, va a significar también vivir nuestras sexualidades desde otros lugares, lo cual es profundamente poderoso, y creo que no puede salir nada malo de ahí.

CIERRE: REFLEXIONES EN TORNO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Hola Maqui, te envío otra pregunta que creo que podría ayudarnos a armar el cierre del capítulo. Pensando en que muchos de los productos de este estudio están orientados justamente al sector salud (artículos publicados en revistas de salud, ponencias en congresos del área de salud, etc.); y que este libro de divulgación está pensado para que pueda ser difundido entre jóvenes y otros grupos fuera de la academia... ¿Qué te gustaría sugerir/ aconsejar/recomendar a les chiques y a les trabajadores de la salud al momento de enfrentarse a la salud sexual y reproductiva? En relación al propio cuerpo, el goce, los vínculos. Y también, ¿cómo relacionarnos con el sistema de salud? ¿Qué crees que necesitamos de parte del sistema de salud?

Esto tiene que ver con un tema más estructural relacionado a nuestro vínculo con el Estado también. Creo que el Estado ha desechado y ha abandonado a personas que no cumplen con el dinero principalmente, con cosas de clase; pero también con cosas de etnia, de raza, con cosas de género. Entonces claro, todas las personas que vivimos en los márgenes, que vivimos en los bordes de la hegemonía cis-hetero-patriarcal-blanca de la ciudad siempre quedamos al borde de la salud, al borde de la información, en el margen de la posibilidad de. Entonces la salud se transforma en algo a lo que no accedemos, se transforma en un problema. Porque es costosa, porque es inentendible, porque es inaccesible desde muchos lugares. Y creo que eso es una deuda del Estado, no solamente del sistema de salud aisladamente, porque pasa también en educación, pasa en vivienda, pasa en transporte, pasa en la relación entre regiones y la capital, entre la ciudad y el campo, entre el mundo indígena y el mundo no-indígena, entre las personas migrantes... Creo que ahí el Estado tiene de verdad una deuda muy, muy grande. Lo poco que yo he aprendido, porque sigue siendo como una información muy pequeña, ha sido porque otras lesbianas, y otras disidencias se han organizado para educar en salud sexual a mujeres y disidencias.

En ese contexto, creo que pensar la salud sexual sólo desde lo reproductivo es muy brutal. Que no hablemos de placer, de erotismo, de corporalidad, menos de consentimiento... No, somos anticoncepción y VIH, son las únicas formas de abordar el tema. Se me viene a la mente Val Flores, una educadora argentina que tiene un texto maravilloso titulado: ESI, Esa Sexualidad Ingobernable, en que habla un poco de esto. De cómo, en el fondo, cuando te dicen qué es la Educación Sexual Integral, ¿estamos incluyendo a las disidencias o no? ¿Quiénes pueden tener una salud sexual integral? ¿O vamos a tener una Salud Sexual Integral desde el Estado que es heterosexual? ¿Eso es Integral? ¿Vamos a hablar de placer? Vamos a hablar no sé, de relaciones anales, vamos a hablar de métodos de anticoncepción, de placer, de erotismo, de juguetes sexuales, ¿de qué vamos a hablar cuando hablamos de sexualidad? ¿De un pene y una vagina? ¿De ponerse un condón? ¿De no quedar embarazada? ¿Cómo eso es lo único?

Creo que es central hablar de consentimiento y para mí eso tiene mucho que ver con autodefensa. Dejar de pensar el consentimiento como algo que se da sólo en un vínculo sexual, sino entender que también se da en un vínculo de salud. Creo que la pregunta como fundamento pedagógico, político, de salud, relacional, es súper importante. Preguntar, preguntar si puedes hacer esto, preguntar si está bien que te nombren así, preguntar si la persona se siente cómoda antes de hacer algo, mientras estás haciendo algo, después de haber hecho algo, creo que eso es muy importante.

Es importante que las personas que sean profesionales de salud no asuman la identidad de género, no asuman que porque una persona va una instancia de salud sexual está dispuesta a que le toquen, o le es cómodo que le toquen. Si bien yo puedo decidir atenderme con una persona, debo saber qué es lo que me van a hacer, deben informarse los procedimientos, las posibilidades, las cosas que van a ocurrir, deben hacerse preguntas también. Y también romper los cercos de lo profesional. Creo que muchas personas desde nuestras profesiones asumimos que todo el mundo entiende nuestros lenguajes, nuestras formas, y eso creo que también es fundamental de cambiar y darse el tiempo también de informar.

Pensando también en la posibilidad del goce, creo que tenemos muy normalizadas ciertas prácticas sexuales que no son gozosas, o que el goce es sólo sexual cuando hay un montón de prácticas no sexuales que son muy gozosas, y muy asumido que en las prácticas sexuales hay un consentimiento per se de muchas cosas. Entonces creo que erotizar también el consentimiento es súper importante. Que sea rico, gozoso, deseoso, que te digan que sí y poder hacer preguntas, y que eso sea parte de una práctica sexual feliz y de goce.

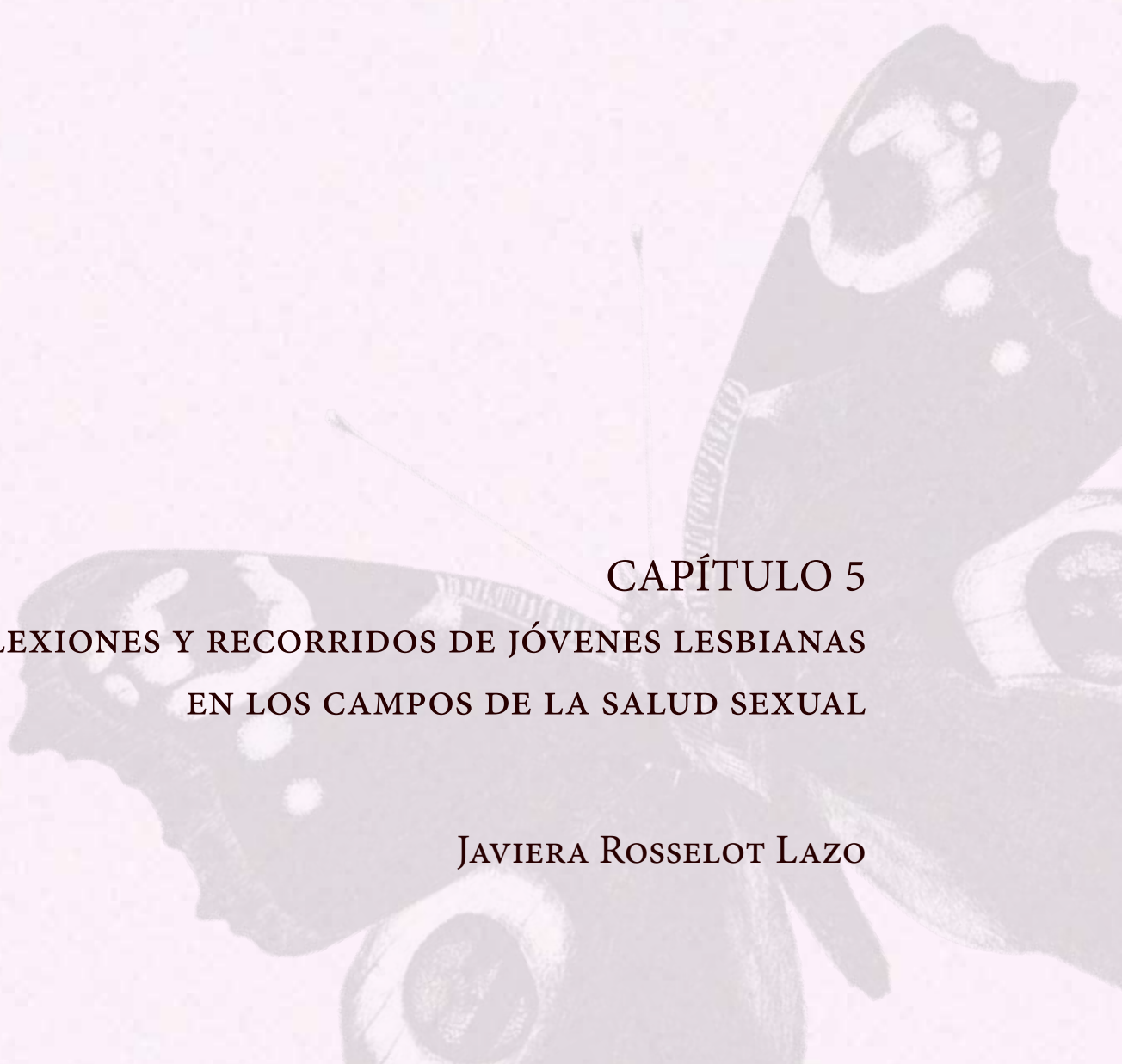
REFERENCIAS

- Wood, A. (2021) *“La Funa es más que la Funa en sí” Experiencias de jóvenes que realizaron una funa en contexto de violencia machista*. [Tesis para optar al grado de Antropología cultural y social]. Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/184088?show=full>

SECCIÓN II

Itinerarios





CAPÍTULO 5
REFLEXIONES Y RECORRIDOS DE JÓVENES LESBIANAS
EN LOS CAMPOS DE LA SALUD SEXUAL

JAVIERA ROSSELOT LAZO

Cuando comenzamos a hablar de la posibilidad de escribir este capítulo, la primera palabra que apareció fue movimiento. La propuesta fue escribir sobre los recorridos en salud sexual, con bifurcaciones y accidentes incluidos, que me narraron tres de las jóvenes lesbianas que entrevisté para mi investigación de título¹⁵. Sin embargo, y probablemente es una interpretación personal, cuando pienso en ir a la ginecóloga/o o al matrn/a solo me puedo imaginar sentada. Primero en mi casa pidiendo la hora médica a través del computador, en la micro camino hacia allá, en la sala de espera, y luego frente a el escritorio ya en la consulta.

Sin embargo, todos los pasos entre medio de esas sillas son puro movimiento. Todo lo que tuvo que pasar para tomar esa decisión y no otra, las actividades necesarias para resolver algún problema de salud, los intentos, fracasos, éxitos e investigaciones a medianoche en el computador son parte de las trayectorias o itinerarios terapéuticos que recorreremos.

Durante mi proceso de investigación, en conversación con las editoras de este texto, comentamos cómo el sistema de salud público en Chile tiende a pensar a sus usuarios/as/es como “suyos” sin tener en cuenta la cantidad de otros caminos que confluyen en sus recorridos en búsqueda de una mejor salud. Por ejemplo, hay usuarias de FONASA (Fondo Nacional de Salud), que han dejado de atenderse en CESFAM (Centro de Salud Familiar), porque prefieren atenderse en establecimientos privados que tienen convenio con FONASA a pesar de tener que pagar un poco más, o que se mueven entre distintos CESFAM, o que ya no acuden a ninguna de estas dos redes de salud sino que prefieren responder sus dudas

15 Tesis de pregrado en Antropología Social de la Universidad de Chile, titulada: “Narrativas sobre VIH de mujeres jóvenes a partir de experiencias de prevención y testeó”.

con sus amigas, en internet o redes sociales, en organizaciones de la sociedad civil, o en terapias fuera del sistema biomédico¹⁶. Todos estos son posibles itinerarios o trayectorias, la pregunta es: ¿cómo se recorren?

Y es que las trayectorias son caminos o decisiones que se toman encarnadamente, a partir de nuestros contextos y experiencias. E incluyen los pasos que a veces se empiezan, pero no se terminan, ya sea por la imposibilidad económica de seguir con un tratamiento, ya sea porque no habían horas disponibles, incluye también los procesos de autoatención, los libros de ginecología natural, las charlas de organizaciones de la sociedad civil y un largo etcétera. Todos estos caminos recorridos están también influidos por nuestro contexto; sólo por dar algunos ejemplos está la importancia que se da socialmente al padecimiento que estamos viviendo, el momento de la vida en que estamos, las posibilidades de acceso a salud que tenemos y nuestras experiencias previas.

Y es de esos caminos recorridos de los que se busca hablar en este capítulo, pero no en abstracto como he hecho hasta ahora, sino en experiencias concretas. La idea es mostrar tres trayectorias en salud sexual y reproductiva de jóvenes lesbianas cis¹⁷. Dentro de ello incluiremos no sólo experiencias relativas a atenderse en el sistema biomédico, sino también a educación sexual en la escuela, a búsquedas en redes sociales, a reflexiones sobre sexualidad y a conversaciones con padres y amistades.

SER LESBIANA EN EL SISTEMA DE SALUD BIOMÉDICO

En mi investigación de tesis pude identificar, y obviamente no soy la primera en hacerlo, que las mujeres lesbianas son muy invisibilizadas dentro del sistema de salud oficial, en la atención de salud sexual y reproductiva. En primer lugar, cabe destacar que estos dos ámbitos de la salud están estrechamente vinculados, pero no son lo mismo, y algunos aspectos centrales de la salud sexual pueden quedar ocultos cuando se agrupan dentro del ámbito de salud reproductiva. Es debido a estas razones que en 1994 la Organización Mundial de la Salud (OMS) distingue la salud sexual de la reproductiva en el informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. En esta ocasión se estableció que la salud sexual busca “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (OMS, 2020, p.3).

Así, la noción de salud sexual ha avanzado desde considerar que sólo representaba la ausencia de enfermedades y la posibilidad de una vida reproductiva saludable, hasta trascender no sólo los aspectos biológicos, sino también de género, preferencias sexuales y temas afines ya no relacionados necesariamente a lo reproductivo. Esto implica un énfasis en el derecho “a la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de

16 En Chile, el sistema de salud está compuesto por un sistema mixto de atención integrado por un seguro público, denominado FONASA (Fondo Nacional de Salud), y uno privado denominado ISAPRE (Instituciones de Salud Previsional). Los Centros de Salud Familiar son parte de la red de atención de FONASA.

17 El término cis o cisgénero se utiliza para describir a una persona que se identifica con el sexo que le fue asignado al nacer. El término lesbiana en este contexto se utiliza para describir a mujeres que orientan su deseo sexual hacia otras mujeres.

toda coacción, discriminación y violencia” (OMS, 2020, p.3). Este cambio de definición da cuenta de un sesgo que había en el enfoque de salud relativo a la sexualidad, que tenía un mayor énfasis en lo relacionado a lo reproductivo que a lo sexual.

Este acercamiento centrado en la prevención de embarazo para las jóvenes, o en el acompañamiento de la maternidad, además de reforzar el rol reproductivo al cual las mujeres han sido relegadas históricamente, quita protagonismo a todos los aspectos de la sexualidad que no remiten a la reproducción. A pesar de que esto es problemático en sí mismo para todas las mujeres, lo es aún más para las mujeres lesbianas. Ya que, si tanto en sexualidades heterosexuales como bisexuales un amplio espectro de lo que es la salud sexual queda relegado a segundo plano al priorizar lo reproductivo, en el caso de las mujeres lesbianas implica que toda su sexualidad queda invisibilizada. De allí también se entiende la distancia de las jóvenes lesbianas entrevistadas como usuarias potenciales de los servicios de salud en estas materias (Sadler et al., 2011).

Otra de las situaciones que hasta el día de hoy da cuenta de la invisibilización de la población de las mujeres disidentes en materia de salud sexual y reproductiva son las pocas herramientas comunicativas que han sido creadas y diseñadas para incluir información específica de prácticas preventivas adecuadas en las prácticas homosexuales femeninas (ONUSIDA, 2011). Logie y Gibson (2012) refuerzan la idea de que hay una incompreensión de la sexualidad de las mujeres no heterosexuales, lo que causa una mala cobertura de sus necesidades en materia de salud sexual, y una invisibilización de las mujeres queer que viven con VIH.

Parte de las consecuencias materiales de esto es que haya pocos programas de acceso a salud sexual para mujeres lesbianas, queer y bisexuales, y que haya pocos recursos para poner en marcha programas o hacer investigación de estos temas, lo que se concatena con obstáculos para reportar y prevenir este tipo de violencia dentro de los servicios de salud (Logie & Gibson, 2012). Esto parece muy importante de desarrollar porque tiene efectos materiales en, por ejemplo, la falta de financiamiento para salud sexual en poblaciones lesbianas, y la falta de representación de esta población tanto en datos cualitativos como estadísticos de salud. En general, el sexo entre mujeres es extremadamente poco tratado al momento de hablar de sexo y esto se repite en los discursos sobre infecciones de transmisión sexual. Esto tiene repercusiones materiales en cómo se gestiona la salud sexual de mujeres no heterosexuales en general.

Pues, si bien es cierto que las prácticas sexuales exclusivamente entre mujeres son las que en términos estadísticos implican menor riesgo de contagio de VIH en comparación al sexo heterosexual o en comparación a hombres que tienen sexo con hombres, esto no aplica a todas las infecciones de transmisión sexual (ITS). Hay amplia evidencia de que ITS como tricomoniasis, virus de papiloma humano, vaginosis bacterial, herpes y hepatitis B se transmiten entre mujeres en prevalencias similares que en prácticas heterosexuales.

Teniendo en cuenta estos antecedentes, podemos desarrollar las trayectorias en salud sexual y reproductiva de tres jóvenes cis lesbianas que viven en la Región Metropolitana. Es importante decir que estas tres jóvenes son activistas lesbofeministas y dos de ellas trabajan defendiendo los derechos de las disidencias sexuales, por lo que tienen esa base teórico/

política y eso se puede ver en la forma en que hablan de estos temas, en que piensan sus experiencias y narran sus vidas. También es relevante mencionar que las tres son estudiantes universitarias, dos de ellas primera generación de sus familias con estudios superiores, y que una se ha atendido toda su vida en el sistema de salud privado, mientras que otras dos han utilizado tanto el sector público como privado de atención en distintos momentos de su vida.

A LOS HOMBRES NO LES GUSTA MI CHASQUILLA [FLEQUILLO]
PERO A LAS MUJERES SÍ, Y ESO ES LO QUE ME IMPORTA

Florencia tiene 24 años al momento de la entrevista (2021), y es estudiante de sociología y de antropología. Le interesan las temáticas de participación ciudadana y de metodología cuantitativa. Además, es muy proactiva en informarse respecto a salud sexual, conoce muchas fundaciones y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en estas temáticas y asiste frecuentemente a eventos y charlas que las abordan. Convive actualmente con su pareja Isidora (de quien también hablaremos en el siguiente relato).

Florencia estudió en un colegio católico, lo que marcó mucho su niñez y adolescencia. Al hablar de su infancia, cuenta que la sexualidad es un tema que le interesó desde muy pequeña, esto lo notaba en impulsos e intereses sexuales, lo que entraba en conflicto con la postura de su madre, que era muy conservadora: “Mi mamá igual siempre fue súper como: ser virgen hasta el matrimonio”. Florencia relata que su sexualidad durante la época escolar estuvo muy marcada por la heterosexualidad obligatoria, pero que ahora en retrospectiva ve señales de su interés sexual por las mujeres también en su adolescencia y niñez. Cuenta de un diario de vida que encontró en que escribía sobre su chasquilla [flequillo], que recién se había cortado, esto fue muchos años antes de identificarse como lesbiana. Lo que escribió en ese diario es lo que titula este acápite: “A los hombres no les gusta mi chasquilla, pero a las mujeres sí, y eso es lo que me importa”.

Inició su vida sexual a los catorce años, en una relación heterosexual que se caracterizó por el abuso psicológico y físico. Luego, en la universidad, tuvo una relación abierta con un hombre durante la cual se definió como bisexual, para finalmente iniciar su actual relación y en el proceso descubrir su lesbianismo:

Tener una relación abierta me permitió descubrir que soy lesbiana. Al comienzo lo sentía muy como bisexual, pero por un tema de que todavía no entendía muy bien qué era ser lesbiana. Como que me sentía quizás un poco barsa [desvergonzada] de ir apropiándome... como de un día pa' otro decir: soy lesbiana, entonces fue todo un proceso.

Desde que entró a la universidad se fue acercando al feminismo. En un principio iba a charlas o conversatorios, para saber un poco más y también porque muchas de sus amigas hablaban de ello, qué es el feminismo y por qué es importante. Un año después entró a militar en una organización feminista, lo que le permitió comprender que “el feminismo es transversal a todo”, además de una herramienta de lucha social.

Ha tenido buenas experiencias de atención de salud sexual. Toda su vida ha asistido a la misma ginecóloga, con quien se atiende en el servicio privado.

La primera vez que fui fue cuando tenía 15, 16 años, con mi mamá, o sea ese es mi primer recuerdo y fue cuando inicié como mi actividad sexual, suena como iniciar actividades en el SII [Servicio de Impuestos Internos] (risas), y fue como ir a la ginecóloga a conversar cuáles son las opciones y empecé a tomar pastillas así de una. Mi mamá entró conmigo.

Relata sentirse muy cómoda con su ginecóloga: que le explica bien las opciones, que es directa y comprensiva, que se siente escuchada. La acompañó en el proceso de probar distintos anticonceptivos, y luego a dejarlos, cuando aún tenía relaciones sexuales con hombres. El último que probó fue el implante subdérmico. Actualmente no toma anticonceptivos. Se realiza el PAP (prueba de Papanicolaou) una vez al año, y se ha realizado exámenes de infecciones de transmisión sexual al menos cinco veces en su vida. En los últimos años ha desarrollado una relación con su ginecóloga en la cual comparten información, pues muchas veces Florencia sabe más sobre herramientas para mujeres lesbianas, como los dedos de látex (que sirven de protección en prácticas de masturbación), u otros métodos de protección para personas con vulva. Por su parte, su ginecóloga le recomienda libros y páginas de Instagram a las que seguir.

Si bien no ha tenido problemas en la relación médico-usuaria, de todas formas, ha acudido a otros espacios como eventos para la sociedad civil en la búsqueda tanto de información como de productos de prevención: “Iba porque me interesaba entender el tema, y también porque entregan condones de vagina y en general son difíciles de conseguir”. Además, desde hace muchos años sigue en internet y redes sociales páginas y personas que informan a la comunidad sobre diferentes temas relativos a salud sexual y reproductiva.

Tiene incluso una carpeta en sus archivos guardados de Instagram que se llama salud sexual. Ha sido parte de diferentes instancias que ha organizado APROFA (Asociación Chilena de Protección de la Familia) dentro de su universidad, sobre todo durante la toma estudiantil del 2018. Ha participado en el stand de APROFA explicando qué es el condón de vagina y cómo se usa. Explica que ha sido súper consciente en cuanto a la selección de cuentas a seguir en redes sociales, preocupándose de que contengan información confiable y completa, donde se haga referencia a las fuentes. Lo que más le duele de su historia es lo heteronormado y conservador que fue su contexto de vida durante su niñez y adolescencia, tanto en su familia como en su colegio.

¿A QUÉ VINISTE? SIMPLEMENTE NO TOMÍS PASTILLAS Y VAI A ESTAR BIEN

Isidora tiene 23 años al momento de ser entrevistada y se tituló recientemente como socióloga. Trabaja en una municipalidad del sector surponiente de la Región Metropolitana. Se define como lesbofeminista, y actualmente vive con su pareja Florencia. Isidora descubrió recientemente que es mapuche por el lado de su padre, y está comenzando a mirar

qué significa eso para ella. Le interesa seguir trabajando en líneas que se relacionen con el género y ojalá el fútbol, tema que le gusta mucho pero que aún no ha explorado desde lo teórico. Actualmente está afiliada a una ISAPRE, aunque por muchos años fue usuaria del sector público.

Isidora es lesbiana, lo supo desde pequeña e inició su vida sexual con una mujer a los trece años. Cuenta que siempre ha estado abierta a hablar de sexualidad, y ha sido un tema que le interesa y que busca poner en sus círculos cercanos. Tiende a estar en relaciones estables, pero también ha explorado su sexualidad fuera de ellas. Durante su niñez, su tía fue clave en su acercamiento a conocimientos de salud sexual y reproductiva. Como no tiene hermanas mujeres, su tía, que es la hermana pequeña de su mamá, siempre fue una figura muy cercana y de confianza. Ella es enfermera y cuando Isidora era niña, se dedicaba a hacer clases de educación sexual para adolescentes. Alguna vez le pidió permiso a su hermana (madre de la entrevistada) para hacerle una pequeña introducción a Isidora, que recuerda con mucho cariño este momento, como un “hito” en su vida. En esa conversación Isidora aprendió qué era el VIH, cómo se ponía un condón, y qué eran los métodos anticonceptivos. También se enteró de que una amiga de la familia vivía con VIH, lo que: “Para mí, fue como súper heavy [fuerte] porque era como hueón, su amiga que vemos siempre tiene VIH, es como cualquiera puede tener VIH. Como... no es una hueá [cosa] lejana ¿cachai? [¿me entiendes?]”.

La experiencia escolar de Isidora tiene dos capítulos con muchas diferencias entre ellos. Hasta sexto básico estuvo en un colegio de barrio, cercano a su casa que describe como “hiper católico y conservador”. En esta etapa de su vida no recuerda haber aprendido nada de educación sexual, más que lo que conversaba con su tía. En séptimo básico entró a un liceo emblemático donde tuvo una experiencia mucho más abierta respecto a lo sexual. En parte, esto lo atribuye a que el liceo fuera laico, pero también a que sus profesoras se movieron por generar espacios de educación sexual. Isidora hace énfasis en que más que seguir el currículum, sus profesoras estuvieron abiertas a escuchar lo que las y los estudiantes pedían, organizando visitas y charlas de salud sexual y reproductiva. De estas charlas recuerda que aprendió principalmente sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y prevención de embarazo, pero desde un enfoque heteronormativo.

“El resto fue autoaprendizaje”. Como Isidora se definió como lesbiana a temprana edad, desde joven tuvo interés en preguntar y conversar con quien tuviera oportunidad sobre las luchas que tenían otras disidencias sexuales. Así fue aprendiendo sobre VIH, bisexualidad, identidad de género y muchos otros temas. Otro espacio de aprendizaje importante durante su etapa escolar fue una “consulta de sexualidad” que tenían durante el almuerzo con sus amigas, donde contaban experiencias sexuales y comentaban lo que les había gustado o no y cómo se habían sentido.

Su relación con el sector salud en salud sexual ha sido bastante variada. La primera vez que se atendió con una ginecóloga fue porque le contó a su tía enfermera que había tenido sexo con un hombre a los 14 años. Ella la llevó con una ginecóloga que le habían recomendado de un centro de salud privado. Tuvo varias consultas con ella, y empezó a tomar anticonceptivos, porque además de esta relación sexual con un hombre, que fue “más exploratoria que otra cosa”, su menstruación solía ser muy abundante y asociada a mucho

dolor. No fue una mala experiencia, pero tampoco pudo hablar de ser lesbiana ni responder dudas más generales. “Siento que era como muy centrada, como: ‘Bueno, estás teniendo relaciones sexuales con un hombre ¡Toma pastillas, chao!’ Y después: ‘Bueno, estás bien, no tienes signo de que algo ande mal, te reviso y ya’”.

Unos años después Isidora quiso dejar las pastillas porque no le gustaba el cambio que estaban generando en su cuerpo. Esta vez fue con un ginecólogo hombre que encontró en internet, también de un centro privado que estaba en convenio con FONASA. Este doctor partió la consulta preguntando si acaso quería quedar embarazada, con un tono irónico, burlándose de la intención de Isidora de dejar las pastillas. Cuando ella le contó que es lesbiana así que no había problema con el embarazo, él se rio y aludió a que ella quería ser un hombre. Luego, en la examinación física, fue brusco y violento. Después de este evento, Isidora pasó alrededor de cuatro años sin volver a atenderse en el sistema de salud.

Cuando volvió, de nuevo notó que hubo discriminación por su orientación sexual en la atención, esta vez en un CESFAM. Si bien no hubo violencia física en los procedimientos, sí hubo una total incomprensión de sus necesidades. Ella quería ver opciones para sus dolores menstruales, pero el discurso era que estaba todo bien y que como ella era lesbiana, no tenía por qué preocuparse. La actitud era, en sus propias palabras: “¿A qué viniste? Simplemente no tomás pastillas y vai a estar bien”.

Luego, a los 21 años, fue a una consulta con la ginecóloga de Florencia. Si bien le gustó la atención, tenía que pedir hora con mucho tiempo de anticipación, y era demasiado cara. Por ello, la última vez acudió a un ginecólogo que no conocía. Escogió a quien tuviera una hora disponible en el horario y centro médico que más le acomodara por horario, que estuviera cerca de su hogar, y que le conviniera por su convenio de salud (se había afiliado a una ISAPRE). Acudió al médico debido a que su ISAPRE le exigía realizarse ciertos exámenes para afiliarse al seguro de salud. Describió la experiencia como una “neutra”, pero no negativa. El doctor le dio la orden de exámenes que necesitaba, le hizo el PAP, y le recomendó ponerse un dispositivo intrauterino para sus dolores menstruales. Isidora se sintió cómoda contándole que era lesbiana. Aprovechó de consultarle por temas de fertilidad, ya que planea tener hijos/as/es en el mediano plazo:

Me dijo que igual él pensaba que yo tenía un ciclo que funcionaba bien... Porque yo le comenté: “Soy lesbiana, tengo una pareja mujer, y queremos tener hijos en el futuro”. Y me dijo: “Ahh, ya, yo creo que tú estás bien porque tienes un ciclo, eso quiere decir que tú eres fértil y que no hay problema si tú en el futuro quieres tener un hijo, te recomiendo un año antes de que quieran empezar el tratamiento que te hagas como estos exámenes”. Entonces yo sí me sentí con libertad, obviamente, después de tantear el terreno, de que era un espacio seguro y ahí le pregunté, aprovechando la consulta también.

Por otra parte, a pesar de que sus amigas fueron muy importantes durante su adolescencia en su acercamiento a temáticas de salud sexual, Florencia menciona que a veces le complica pertenecer principalmente a espacios de amistad muy cis hetero, donde ella es la “amiga diversa del grupo”. El hecho de que las conversaciones suelen ser tan heteronormadas la hace sentirse sola en algunas ocasiones, no porque sus amigas la pasen a llevar,

sino porque hay mucha información que no manejan. Florencia relata que son espacios en que ella habla para informar a sus amigos más que para vivir la sensación de experiencias compartidas en las que ella puede identificarse o aprender cosas nuevas sobre su sexualidad. También menciona que usa mucho internet para aprender sobre distintos procesos corporales en relación a la sexualidad:

Ponte tú, yo soy lesbiana y me relaciono con mujeres cis, entonces igual como que se podría pensar que solamente me tiendo a informar de corporalidades con vulva y no es así. Me interesa mucho también entender cómo funciona en corporalidades con pene. Porque tengo un hermano que no tiene una figura paterna entonces también me interesa estar a la altura para cuando él tenga una duda y por otra parte siento que como aliada de la comunidad LGBT me gusta estar muy al tanto de las cosas que pueden vivir, no sé, personas trans por ejemplo.

SOY LESBIANA Y EL LESBIANISMO ME TIENE, PERO YO TENGO TAMBIÉN AL LESBIANISMO

Ariel estudió filosofía, actualmente trabaja en un cargo municipal asociado a su partido político. Tiene 23 años al momento de la entrevista, es militante de un partido de la coalición Apruebo Dignidad, es también feminista y lesbofeminista. Vive con amigas, se crío en el surponiente de la ciudad de Santiago y es donde vive el resto de su familia. Le interesa la defensa de los derechos de las diversidades y disidencias sexuales. Es lesbiana, lo descubrió a los 16 años, cuenta que todo el mundo lo supo antes que ella.

En su niñez tuvo poco acceso a información sobre salud sexual y reproductiva, en su casa eran muy conservadores y sus profesores tampoco respondían ese tipo de dudas, más bien las evitaban con respuestas del tipo “esas cosas no se preguntan”. Tiene recuerdo de que las dos charlas que le dieron en el colegio sobre sexualidad insistían sólo en embarazo adolescente, en imágenes muy gráficas de infecciones de transmisión sexual y en la importancia de la abstinencia en sexualidad adolescente.

Ariel cuenta un recuerdo de alguna vez, cuando niña, haber buscado en *Google*: “cuerpo, vagina, pene, pechugas, útero”. Su papá la vio y la retó mucho, dice no haber sabido cómo explicarle que no era con intereses sexuales, sino que simplemente no sabía cómo se veían esas partes del cuerpo, o si había más de un tipo. Un poco más grande cuenta haber buscado porno para “aprender cómo se hace”, pero recuerda que sentía que no podía ser así, que se veía falso, incluso imposible de lograr de la forma como lo mostraban.

Su primera experiencia en una consulta médica de salud sexual y reproductiva fue alrededor de los doce años. Su mamá la llevó porque no quería que le llegara la menarquia. A su mamá le parecía que aún era muy baja, Ariel piensa que esto tenía más que ver con su mamá que con ella en realidad:

No sé, yo creo que está traumada porque ella mide uno cincuenta y algo cachai [¿me entiendes?], entonces era como “ay, qué se le puede hacer, no quiero”... Yo creo que también era una hueá [tontería] personal de ella que no quería que me llegara la regla [menstruación].

Cuenta que su etapa universitaria fue una época en que aprendió mucho más sobre salud sexual, pero de manera autogestionada más que por la institución de la universidad propiamente tal. Fue con las amistades con quienes aprendió sobre sexualidad. Conversaban sobre infecciones de transmisión sexual, sobre métodos de protección y prevención, y también sobre detección de abusos sexuales. En esos espacios de compartir experiencias con personas de confianza ella misma pudo identificar cosas que le habían pasado que “no eran normales y que no estaban bien”. A partir de eso comenzó una terapia que fue muy importante en su proceso para tener una relación distinta con su cuerpo y sexualidad.

Manifiesta estar decepcionada de los espacios institucionales que ha consultado en salud sexual, y que su vinculación con espacios de salud formal no ha sido central en cómo ha aprendido sobre salud sexual de mujeres lesbianas. Pone mucho énfasis en que no ha tenido malas experiencias en términos de maltrato o discriminación, pero sí una atención incompleta, en tanto las/os profesionales con quienes se ha atendido no conocen las necesidades de mujeres lesbianas en materia de salud sexual. A lo que se han restringido las consultas en su caso es a la realización del PAP, y evaluar cáncer de mamas, a excepción de una vez que tenía hongos vaginales y le recetaron medicamentos específicos.

Durante la universidad iba a la ginecóloga más por cumplir que por verdadero interés, bajo la premisa de “tengo que ir” cada uno o dos años. No mantuvo con ningún profesional del área de salud sexual un vínculo estable, cambiando siempre de atención según conveniencia de horario. Se atiende en Red Salud (una red privada de establecimientos de salud), porque es donde va el resto de su familia, ahí conocen a un médico general que ha sido el doctor principal de su mamá, su tía, su abuela y otros familiares cercanos.

No puedo decir que tuve malas experiencias porque en verdad no, a lo más alguna vez yo creo que una, haber preguntado cómo protegerme, y que me dijeran: “Pero erís lesbiana, como ¿pa’ qué?” O... no saben, como que no saben no más, no es una hueá [tontería] que no quieran decirte, muchas veces es que no saben o no encuentran la utilidad, o no sé, como que menoscaban, o sea te dicen como: “¿Has tenido relaciones sexuales?” “Sí, con mujeres”. “Ahh, no has tenido”. Eso me ha pasado caleta [mucho], es como: “Ya, no hay penetración, no hay un pene, entonces no”.

Dice que es frustrante porque en su experiencia tanto hombres como mujeres del área de la salud simplemente no entienden el lesbianismo ni saben que las mujeres lesbianas se pueden contagiar infecciones de transmisión sexual. Ha tenido que investigar por su cuenta sobre VPH (virus de papiloma humano) en la boca y en la garganta, y sobre métodos de prevención para lesbianas de infecciones de transmisión sexual. Menciona también que para ella no es un tema de sentirse incómoda preguntando, sino que simplemente hay una falta de información y de actualización respecto al tema.

Lo más complejo de esto en su opinión, es que muchas de sus conocidas no heterosexuales terminan acudiendo, en distintas áreas de la salud, a profesionales especializados/as/es en perspectiva de género y diversidades. Y que a pesar de que es muy bueno que exista esta opción, también es problemático. Por un lado, porque suele ser más caro y difícil en-

contrar horas disponibles, y por otro, porque es una perspectiva que debiera ser la norma y no la excepción, es decir la perspectiva de género y disidencias en salud sexual debiera ser transversal.

Respecto al testeo de infecciones de transmisión sexual, Ariel se hizo una vez el test rápido de VIH en contexto de una campaña en su comuna, a la que decidieron ir con amistades en grupo. Pero no es algo que le han pedido en consulta ginecológica. Plantea que para ella conocer su sexualidad ha tenido más que ver con su exploración junto a sus vínculos sexuales, también haciéndolo parte de una lucha propia:

El haberlo hecho político y el haber ido a terapia sinceramente... Por un lado, la terapia y el adueñarme y el hacerme parte de algo que era más que mío, pero hacerme parte y hacerlo mío también. Como... soy lesbiana y el lesbianismo me tiene, pero yo tengo también al lesbianismo. Es que yo siento que hablar de esto es muy necesario entonces efectivamente hoy día yo puedo hablar de sexualidad incluso con mi mamá cuando ella quiere hablar. Entonces ahora en cualquier contexto te puedo hablar académicamente, te puedo hablar sobre mi experiencia personal, entonces efectivamente hay una soltura de cuerpo por así decirlo, pa' hablar estas temáticas.

REFLEXIONES DE CIERRE

En estos relatos se pueden ver varios temas interesantes a tener en cuenta a la hora de pensar la salud sexual para mujeres lesbianas. En primer lugar, se reafirma la premisa de que muchas veces el enfoque en la salud reproductiva invisibiliza y disminuye las posibilidades de que las mujeres lesbianas tengan una buena atención en el sistema de salud. Esto se expresa en los relatos de Isidora y de Ariel en la asociación entre anticonceptivos y prevención de embarazo, como si fuera la razón principal por la que alguien acudiría como usuaria al servicio de salud sexual.

En las siguientes dos citas (tomadas de los relatos), lo que está implícito es que si no hay riesgo de embarazo, no hay tampoco una necesidad de prevención o atención en salud: “Haber preguntado cómo protegerme, y que me dijeran: ‘Pero erís lesbiana, como ¿pa’ qué?’” (Ariel); “¿A qué viniste? Simplemente no tomís pastillas y vai a estar bien” (Isidora).

Es interesante que incluso las infecciones de transmisión sexual, que son un tema que suele ser abordado incluso en las perspectivas más tradicionales respecto a salud sexual y reproductiva, queden fuera en el caso de la atención a jóvenes lesbianas. Y esto puede tener relación con un punto que hace la misma Ariel cuando menciona:

Te dicen como: “¿Has tenido relaciones sexuales?” “Sí, con mujeres”. “Ahh, no has tenido”. Eso me ha pasado caleta [mucho], es como: “Ya, no hay penetración”.

La heteronorma hace ilegible, o invisible en términos de riesgo, a los cuerpos femeninos “no penetrables”, o más bien no penetrados por un pene como hace notar Ariel. Desde esta lectura, sin un pene no hay sexo, por lo que tampoco hay riesgo. Ni siquiera de infecciones de transmisión sexual. Esto se condice con lo mencionado al inicio del texto sobre las pocas

herramientas comunicativas que han sido creadas y diseñadas para incluir información específica de prácticas preventivas adecuadas en las prácticas homosexuales femeninas.

En los relatos de Ariel e Isidora se ve una tensión con la atención en salud sexual y reproductiva, que consiste en negar la posibilidad lesbiana, ya sea mediante violencia o volviéndola invisible, “fuera de lugar” dentro de la normalidad, o de lo posible, en los servicios de salud.

Sin embargo, es igual de importante mencionar lo significativo que puede ser un vínculo de interés y horizontalidad en la relación médica-usuaria. Este es el caso de la experiencia de Florencia, y de la última experiencia de Isidora que, si bien no fue una atención especialmente cercana, al menos fue una adecuada y pertinente a las necesidades que ella expresó en ese momento. Asimismo, parece interesante que la ginecóloga de Florencia le haya recomendado páginas que seguir en redes sociales, mostrando que son dos áreas de información que pueden colaborar y complementarse.

Finalmente, parece importante mencionar algunos elementos relevantes de cada trayectoria que escapan al sistema de salud oficial propiamente tal. De la trayectoria de Florencia, poner énfasis en la importancia de generar espacios seguros y de educación sexual integral en la infancia y adolescencia, además de destacar el rol positivo que pueden tener las organizaciones de la sociedad civil como una herramienta importante para informarse sobre salud sexual. Del recorrido de Isidora, mencionar las barreras o sensación de soledad asociado a poder compartir sus experiencias de forma más horizontal. Y de la importancia para ella de poder seguir a personas e historias en redes sociales donde además de aprender sobre otras corporalidades, también se sienta acompañada y parte de un contexto en que la sexualidad es más amplia y diversa. Por último, en la trayectoria de Ariel surge con fuerza tanto la importancia de la militancia política como de la terapia psicológica para tener una relación saludable con su sexualidad y con su historia.

Estos recorridos dan cuenta de los estigmas sobre sexualidad que siguen presentes en el sistema de salud actual y que han dificultado el ejercicio de una sexualidad libre, informada y orientada al placer para las jóvenes. Las trayectorias muestran también la importancia de integrar perspectivas de género y diversidades de manera transversal en el sector salud, sobre todo en ámbitos de salud sexual.

REFERENCIAS

- Logie, C. & Gibson, M. (2012) A mark that is no mark? Queer women and violence in HIV discourse. *Culture Health & Sexuality*, 15(1): 29-43. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2012.738430>
- OMS. (2020) *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- ONUSIDA. (2018) *Guía de inicio rápido para Spectrum*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/QuickStartGuide_Spectrum_es.pdf
- Sadler, M., Obach, A., Luengo, X., & Biggs, A. (2011). *Barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile*. Santiago de Chile: CulturaSalud / Ministerio de Salud.

CAPÍTULO 6 ITINERARIOS DISIDENTES EN SALUD

MARÍA CONSUELO ROBLEDO DÁVILA

En este capítulo nos gustaría presentar las trayectorias en salud de tres chiques que se identifican como parte del colectivo de las disidencias sexo genéricas. Nuestro objetivo es ejemplificar con casos concretos la variedad de maneras en las que se encarnan las identidades no binarias y trans, las formas y complejidades que pueda tomar la relación con el propio cuerpo, cómo llevan su vida sexoafectiva, y, sobre todo, cuáles son sus necesidades en salud y qué barreras enfrentan al atenderse en el sistema de salud biomédico, tanto en el sector público como privado.

Nos parece importante dar un espacio a estas trayectorias puesto que es consenso entre los participantes del Fondecyt de Iniciación #11190701 que las personas disidentes en términos de género sufren formas de discriminación y exclusión que son diferentes a las que sufren las personas cisgénero; y que hay un desconocimiento y mayor resistencia a atender con un enfoque inclusivo en términos de género. Además, porque entre las generaciones más jóvenes, serían más frecuentes una exploración fluida y diversa de la propia sexualidad en términos de las preferencias sexoafectivas, así como una performance de género más andrógina. Ante estas tendencias, la adopción por parte de los trabajadores de la salud de un enfoque inclusivo con las diversidades y disidencias sexo genéricas se hace aún más urgente. Pero, antes de extendernos en los relatos, haremos una breve introducción respecto a quiénes conforman las disidencias sexo genéricas, ¿a quiénes nos referimos con este término? Para dar una respuesta -tentativa, por cierto- queremos citar a los mismos chiques con quienes conversamos.

Las personas entrevistadas en el marco del proyecto Fondecyt, y, en especial, quienes participan de organizaciones de la sociedad civil en temáticas vinculadas a los derechos sexuales, establecen una distinción entre los conceptos de diversidades y de disidencias sexo genéricas. Las diversidades aluden a identidades, performances de género y prácticas que son más o menos toleradas e integradas en la vida social, sin que necesariamente exista un cuestionamiento del orden social por parte de quienes conforman este colectivo. En Chile en particular, se asocia el uso de este término con posturas políticas que apelan a una igualdad de derechos en términos legales e institucionales, así como a una mayor visibilidad en instituciones y medios de comunicación.

Está este concepto de diversidad sexo-genérica que apunta claro, como a la simple idea de no ser una persona heterosexual, son identidades no-heterosexuales que están más integradas. Podrían ser personas lesbianas, personas gay (sic), personas trans, pero que no tienen una postura crítica respecto a esas propias identidades como tal. (Lucas)

Por otro lado, el término disidencias alude a una postura política desde la cual se entienden ciertas normas sociales como estructuras de poder que producen y reproducen jerarquías y violencias entre individuos, normas ante las cuales las personas de las disidencias se posicionan en contra, con mayor o menor radicalidad. Entonces, para las disidencias, el meollo del asunto no estaría en ser distinto y lograr ser aceptado, sino en un sistema que vulnera y precariza sistemáticamente a personas por sus preferencias sexoafectivas, su identidad de género, su pertenencia de clase, su identidad racial, etc.

Pero por otro lado tenemos estas otras fugas donde ya está más lo que se define como las disidencias... personas que sí están usando su expresión de género para poder plantear otras propuestas más dislocadas de lo que se entiende como “lo normal”, y que efectivamente ven conflicto y ven problemas como la falta de reconocimiento del nombre social, o simplemente como malos tratos. (Lucas)

Lucas describe cómo las generaciones jóvenes se están posicionando más desde las disidencias que desde las diversidades, cuestionando sus formas de pertenecer a la sociedad. Las propuestas más “dislocadas” a las que alude, implican un cuestionamiento de diversas estructuras sociales:

Creo que es bueno marcar la diferencia entre las diversidades sexuales y de género; y quienes están tomando esta postura política un poco más radical respecto, incluso, como a la posición que se tienen sobre el Estado, cómo se legisla... Hay otro mundo de cuestiones que a las disidencias sí les importan, como: la clase, la raza, que tienen que ver con esta mirada más interseccional [...], a este cruce, o esta serie de capas que al final también importan al momento de plantear tu identidad, al momento de colectivizarte, de pensar cuál es la sociedad que estamos construyendo. Que no tienen que ver con esta idea de simplemente ser diferente sino de “¡ya basta!” ¿Qué pasa con el capitalismo? ¿Con los temas de raza? ¿Qué pasa con los temas que tienen que ver con la familia? ¡Incluso con los afectos! Entonces, no existen tanta como negociación sino mucho más fuego, mucha más rabia y otras formas de poder pensar nuestra vida.

Esta breve entrada nos permite comprender a qué nos referimos al hablar de disidencias sexo genéricas. A continuación, nos interesa explicitar qué significan las trayectorias en salud, más específicamente, lo que llamamos itinerarios terapéuticos.

Se trata de un concepto proveniente de los estudios sociales sobre la salud, que refiere al conjunto de procesos implicados en la búsqueda de una terapia para el restablecimiento de la salud, iniciados tras la aparición o percepción de un problema. En otras palabras, son recorridos/trayectorias que se configuran a partir de todas las decisiones, conscientes o no, que toma una persona o un grupo frente a un malestar, u otras necesidades que impliquen acciones en salud sin que exista un padecimiento particular, como podrían ser chequeos regulares (Perdiguero, 2006). Dichas decisiones pueden abarcar tanto la inacción ante el malestar o necesidad (no hacer nada al respecto), como diferentes modelos de atención con múltiples grados de complejidad, incluyendo tratamientos autoadministrados o proporcionados por otras personas. En este sentido, es sabido que parte importante en los itinerarios terapéuticos está conformado por el sistema oficial de salud, pero también juegan un papel importante sistemas y prácticas de salud que existen al margen de la medicina oficial, por ejemplo, medicinas alternativas y complementarias, medicina popular, medicinas indígenas, prácticas domésticas cotidianas de promoción de la salud, redes sociales informales de cuidado de la salud, entre otros (Haro, 2000).

En un nivel más inconsciente, los itinerarios terapéuticos también ponen en juego nuestras concepciones del cuerpo, la salud, el bienestar y la enfermedad. ¿Qué cosas merecen mi atención? ¿Qué cosas puedo resolver por mí mismo? ¿Qué malestares merecen que consulte y/o pida ayuda a otras personas, a un médico por ejemplo?

De todas maneras, no debemos olvidar que los itinerarios se dan en un contexto social particular y son contruidos a partir de una red de relaciones que va más de la voluntad de un solo individuo, es decir que en gran parte dependerán de factores como las posibilidades curativas disponibles, la facilidad o dificultad de acceso, las creencias y hábitos culturales, las vivencias previas y las expectativas personales y de grupo (Lamarque & Gutiérrez, 2020; Perdiguero, 2006).

En lo que queda de capítulo presentaremos los casos de Lucas, Iris y Rosa. Para cada uno presentaremos un poco de su contexto familiar, redes de amistades, organizaciones de la sociedad civil con la que han estado en contacto, sus ocupaciones cotidianas, etc. Esto para poder comprender quiénes son los actores sociales (organizaciones, instituciones, profesionales de salud, amigos, familia, etc.) que participan directa o indirectamente en sus itinerarios terapéuticos, y sus motivos para tomar ciertas decisiones en torno a sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva.

Es importante tener en cuenta que la información en la que se basó este análisis son entrevistas con los chiques en cuestión. No se incluye información directamente proporcionada por las instituciones o los trabajadores de la salud que estuvieron en contacto con los chiques. Por lo tanto, nuestro fin no es “evaluar” si los diagnósticos o los procedimientos fueron “correctos” o no desde un punto de vista clínico. El objetivo de este análisis es tener un panorama integral de la diversidad de actores sociales que se articulan en el proceso de búsqueda de atención en la salud de una persona, así como las situaciones de tensión que hacen que los chiques se alejen del sistema de salud para buscar soluciones, no adhieran a sus tratamientos, etc.

Comenzaremos con Rosa, una joven transgénero quien durante las cuarentenas por Covid-19 del año 2020, transita desde ser no-binaria hacia su identidad actual como mujer trans, y junto con ello, empieza un tratamiento de reemplazo hormonal en el sistema público. Su caso nos permite visualizar una serie de barreras con las que se enfrentan quienes no tienen la posibilidad de transitar en el sistema privado. Seguiremos con Iris, cuya trayectoria ilustra un caso en el cual el sistema de salud le falla a una persona que tiene interés y toma la iniciativa en cuidar de su salud sexual y reproductiva. Decimos que le falla porque, como veremos, una serie de malos tratos con diversos médicos, así como trabajadores de una farmacia y administrativos de un CESFAM (Centro de Salud Familiar), junto el temor a la discriminación por su identidad no binaria y sus prácticas sexuales con mujeres (temor a su vez alimentado por estos malos tratos) terminan por convencerle de que la mejor decisión es alejarse del sistema biomédico y optar por autoatención por medio de conocimientos en ginecología natural. Terminaremos con el caso de Lucas, una joven no-binaria diagnosticada el año 2018 con VIH, hito desde el cual inició un proceso de reafirmación de su identidad no-binaria y también el puntapié inicial de su trayectoria como activista desde la adopción de su diagnóstico como una postura política.

ROSA: TRANS-ITAR SIN GUÍAS EN UN SISTEMA PÚBLICO FRAGMENTADO

Yo soy de familia pobre, estudié en un colegio subvencionado en Estación Central, no tuve una buena educación, pero tuve la suerte de poder entrar a estudiar una carrera artística.

Rosa salió “del clóset” cuando estudiaba su primera carrera en la universidad. Sin embargo, desde el inicio fue un cambio que vino aparejado con la adopción de un enfoque crítico respecto al género, la sexualidad, más disidente como explicábamos en un inicio: “Yo del clóset salí a incendiarlo todo [...] yo salí así ‘¡no, esta huevada de mundo está mal, una no tiene por qué sentirse mal con una misma!’”. En ese proceso fue sumamente importante contar con acceso a internet para poder llevar a cabo un proceso de autoformación con diferentes recursos virtuales, así como el conocer y compartir con amigas de colectivos disidentes y/o feministas.

[...] en esa época fui aprendiendo sobre identidades disruptivas del sistema binario, sobre binarismo de género, y desde el mismo lado aprendiendo sobre mononormia, sobre poliamor, relaciones abiertas, intentando tener relaciones abiertas igual. Aprendiendo sobre... no sé, el uso del condón recién a esa edad... de la higiene que hay que tener cuando hay sexo anal... Principalmente en relación con pares, o en internet.

En ese período de vida en que se identificaba como cola agénero, y luego como no binaria. Esta identificación estuvo aparejada de la exploración de una performance de género, muy andrógina y disruptiva:

No he dejado de lado la marca de la vivencia no binaria en mi cuerpo. Ya no cumple la función que tenía antes como exploratoria, o de... de buscar un poco como esta androginia, esta androginia en un cuerpo moreno, en un cuerpo latinoamericano, en un cuerpo no-normativo en relación a los estándares de belleza de lo que se espera de un cuerpo no binario.

Durante ese período -de 8 o 9 años- Rosa mantenía relaciones sexuales y sexoafectivas con varones cis, y recuerda haber asistido al médico a través del sistema de salud de la universidad, y haberse realizado el test de VIH. El primer test de VIH que se hizo fue en una campaña de la agrupación Acción Gay, lo cual nos muestra cómo el acceso a la universidad y las campañas de difusión de las organizaciones de la sociedad actúan como facilitadores en los cuidados de la salud sexual. Cuando llegó la pandemia de Covid-19 el año 2020, las cuarentenas instauradas implicaron un cambio muy drástico en la manera en que Rosa llevaba su vida cotidiana, propiciando un cambio en la manera en que habitaba su cuerpo:

Antes cuando estaba en la universidad [...] estaba todo el día afuera. [...] De repente salía, no sé, el lunes y llegaba el jueves a mi casa. [...] Entonces, después, estar expuesta al encierro y a mi vanidad constante de mirarme a espejo [...] en un punto me... me gritó en la cara mi imagen en el espejo, así como "hueona [amiga]... basta, basta, tienes que hacer algo con esto". Y ahí me empezaron las [crisis de] disforias más brígiditas [intensitas] [...] De hecho, mi crisis de disforia más brígida fue como en abril [del 2020]... onda un mes después de la pandemia.

Fue durante ese período que se reconoció como una mujer (trans) y que tomó la decisión de comenzar un tratamiento de reemplazo hormonal¹⁸. Un facilitador en esta decisión fue el acceso a canales de YouTube de chicas y chicos trans que hacen bitácoras de sus propias transiciones, en las cuales relatan con mucho detalle los cambios que van percibiendo en sus cuerpos:

Tener información de primera fuente es impagable, realmente impagable, algo que me ayudó mucho a aprender, y también a disminuir un poco la ansiedad respecto como a los cambios. Las locas van contando cuánto se demoran los cambios, cómo -qué cosas sí cambian, qué cosas no-.

18 Nos parece importante señalar que el cambio en la identidad de género no siempre conlleva la decisión de realizar este tipo de tratamientos e intervenciones corporales, lo cual no invalida la autodeterminación de las personas en decidir cómo identificarse.

Por otro lado, el contexto de cuarentena total facilitó el tomar la decisión puesto que implicaba estar muchísimo menos tiempo expuesta a la discriminación en espacios públicos: “[Otro de los] principales motivos para hacerlo en pandemia, considerando todo el tiempo que íbamos a estar encerradas fue [la posibilidad de] vivir el proceso en mi casa tranquila, y no expuesta a la calle como el cuerpo intermedio que siempre había sido.” El primer paso que dio fue solicitar acompañamiento psicológico para llevar en paralelo al tratamiento. Para escoger a una terapeuta, pidió recomendaciones por redes sociales de psicólogas feministas y que no fuesen transódicos. Ante ese llamado, una conocida le recomendó un centro privado; buscó el centro por redes sociales, y pidió una consulta con endocrinóloga y psicóloga. Algunos facilitadores relevantes en esta decisión fueron la exposición en redes sociales, la declaración explícita de atención con enfoque inclusivo, la posibilidad de acceder con una tarifa diferenciada acorde a su nivel de ingresos.

Se atendió durante unos meses con dicha endocrinóloga; se hizo exámenes, firmó el consentimiento y comenzó el tratamiento, costeándolo sin ninguna subvención. Su endocrinóloga le comentó que también atendía en uno de los policlínicos trans la red de salud pública de la Región Metropolitana, ante lo cual Rosa decidió reingresar al sistema público para ser derivada al programa donde atendía la profesional. Para lograr la derivación debió, en primer lugar, inscribirse en un CESFAM del territorio que correspondía al programa; esto implicó coordinar con un amigo para inscribirse con su dirección. Luego debió llamar al CESFAM para solicitar una hora médica porque los profesionales de dicho centro no podían derivarla sin una consulta con un médico. Es importante señalar que un facilitador en esta parte del proceso fue el buen trato que recibió por parte de las y los trabajadores del CESFAM.

Estando inscrita en el programa del policlínico trans pudo acceder de manera gratuita a: controles con su endocrinóloga, exámenes periódicos y a uno de los fármacos que forma parte del tratamiento. Si bien esto constituyó una gran ayuda económica, el programa no cubría el total del tratamiento. Por lo tanto, Rosa buscó de manera paralela otras subvenciones estatales que le ayudaran a costear el segundo fármaco que forma parte de su tratamiento. Encontró un programa de la Oficina Municipal de Diversidad su comuna de residencia, que subvenciona parcialmente el fármaco, el cual debe retirar en la farmacia popular [municipal] de la comuna. Para ingresar al programa debió inscribirse tanto en la Oficina Municipal de Diversidad como en la farmacia popular, y para mantener el beneficio debe acudir a la Oficina un mes antes de la fecha de cada retiro.

Rosa comentó que cuando inició el tratamiento no existían guías accesibles sobre estos programas. La información, al igual que la burocracia para acceder a estos diferentes beneficios, se encuentra fragmentada, lo cual constituye una barrera para muchas personas, por la cantidad de tiempo y energía que se debe invertir en traslados y trámites.

IRIS: VIOLENCIA EN LAS CONSULTAS MÉDICAS Y TERAPIAS ALTERNATIVAS

Iris es una chique no binarie quien, al momento de la entrevista, residía en Quinta Normal y estaba en su proceso de titulación de una carrera humanista. Nunca se identificó como heterosexual; desde la adolescencia se relacionó sexoafectivamente con chicas y chicos. Aunque ocultaba sus relaciones afectivas con mujeres al resto de su familia por temor a ser echado de su hogar, nunca fue tema difícil para ella ni con su grupo de amigas.

Sin embargo, su relación con su cuerpo y su género asignado al nacer no ha sido así de fluida. Durante la entrevista nos comentó que fue con la menarquia que empezó a sentirse muy incómodo con ser identificado como mujer:

Yo me crié con mis primos hombres, entonces yo era un varón más, en ese sentido nunca hubo desigualdad. Pero, cuando me llegó la regla como que al toque [inmediatamente] cambió, dejaron de verme como una niña, un niño, y mi familia me aisló y me dijeron: "No, es que tú ahora eres una mujer, eres una señorita". El típico discurso, así como "ahora puedes quedar embarazada", y como que me encerraron en la casa y no me volvieron a dejar salir a la calle [...] Y me acuerdo que me puse a llorar y estuve toda la tarde llorando porque yo decía "hueón, yo no soy mujer ¡no soy mujer! ¡no me siento como mujer!" No entendía.

Esta sensación de disforia se intensificó durante la adolescencia, época en la cual:

Yo me empecé a fajar, me cortaba el pelo, me vestía "como niño", o sea lo que se entiende como ropa masculina. [...] Entonces fue toda una exploración de ahí de un momento de renegar mi feminidad. [...] Tampoco me identificaba con el género masculino. No era así como que decía "me quiero operar y quiero tener un órgano reproductor masculino" o algo así, simplemente que no encajaba en ninguno de los dos. De hecho, me gustaba el hecho de que tuviera un aspecto medio andrógino, que nadie sabía era hombre o mujer.

Al entrar a la universidad, tuvo durante un tiempo una relación heterosexual, monógama, estable (con un varón cisgénero), que describe como una relación que no fue buena; período durante el cual encarnó una *performance* de género mucho más feminizada. Después, en el año 2018, comenzó a conocer un poco más de teoría de género, y a entrar en contacto con grupos feministas, disidentes y anarquistas. Fue a través de relaciones y espacios en el marco de la universidad que pudo comenzar a identificarse, nombrarse y presentarse ante el resto como no binarie: "Recién a mis 19 años caché [entendí] todo lo que me estaba pasando, y empecé a hacer notar mi posición respecto al mundo, que soy no binaria".

Teniendo un poco más claro el posicionamiento de Iris podemos adentrarnos en sus experiencias en el sistema de salud biomédico. La primera vez que acudió a un ginecólogo, fue a los 18 años:

Esa vez fui porque quería tomar pastillas anticonceptivas. Fui y me atendió un caballero, llegué, no me revisó, solamente me dio pastillas. Entonces eso fue como mi primer acercamiento y fue muy nada. De hecho, después duré como tres meses no más con las pastillas porque me desesperaban los efectos secundarios.

En esta primera consulta, la falta de información por parte del profesional respecto a su estado de salud, al funcionamiento de los anticonceptivos hormonales, a los posibles efectos secundarios, a qué hacer en caso de no sentirse cómodo, etc.; facilitaron el abandono del tratamiento por parte de Iris. En su segunda experiencia de consulta, fue atendida por una ginecóloga:

Esa vez había un estudiante en práctica [además de la ginecóloga], que me preguntó si podía estar en la consulta, pero yo pensé que iba a ser así como cuando una está hablando, no pensé que fuera a estar ahí cuando me tenía que abrir de piernas en la cuestión, y eso igual fue como chocante. Me puse súper tensa [durante el examen físico] y la doctora me empezó a decir "ya, relájate, no te tiene por qué doler". Fue una experiencia muy chocante, el loco [interno] tenía como mi edad, entonces era como raro. Me acuerdo de que esa vez como que, tampoco estaba pololeando [en pareja] y la señora me quedaba mirando con esas miradas raras de que "ah, esta loca [chica] se acuesta con quien pille". Esa segunda vez fui así como por hacerme un chequeo médico, porque nunca había ido a un ginecólogo que me revisara.

En esta segunda consulta, la falta de entrega información por parte de la profesional a cargo respecto a los espacios clínicos educativos llevó a que Iris aceptara de manera desinformada la presencia del interno en la consulta. Por otro lado, la falta de empatía por la incomodidad de Iris ante esta situación llevó a que viviera una mala experiencia en la que su sentir sería invalidado.

La tercera vez que consultó, fue debido a fuertes dolores menstruales, pensando que podría tener quistes:

Entonces fui con un loco [médico] y ese gallo [señor] era terrible [muy] mala onda. De hecho, fue con este loco que yo me puse muy nerviosa y él empezó a forzar la cuestión, yo le dije "oye, para, me duele" y él me dice "se supone que no eres virgen, no debería por qué dolerte" y yo, así como "oh, culiao" [maldito]. Esa fue la experiencia más brígida que tuve porque yo quedé como en shock. De hecho, después me fui, como que, cuando salí de ahí me puse a llorar porque quedé así muy pa' la embarrá [muy mal anímicamente] ¿cachai? [...] A todo esto, no tenía nada, ningún quiste, ninguna cuestión.

En esta tercera consulta, Iris nuevamente recibe un trato poco empático por parte del profesional, quien desestima su dolor, y aun cuando hubo una solicitud explícita de detener el examen físico, decidió ignorarla.

La última vez fue porque pensé que tenía alguna infección porque me cambió el pH, al final fue una reacción alérgica. La cuestión es que fui y yo estaba pa' la cagá [muy nerviosa], no quería ver un ginecólogo en mi vida. Y si bien el caballero, igual era viejito, fue piola [más suave], la típica que te dicen "tienes que relajarte y la cuestión", y yo ahí me puse a llorar. Le dije, así como, "oye, tú no puedes creer que estás tratando con un objeto". Igual se la canté porque ya estaba chata [agotada] de ese trato, ese trato tan impersonal con los pacientes ¿cachai? [¿me entiendes?] Entonces ahí ya fue como que me puse a llorar y le canté las verdades, y el loco lo entendió, pero al final igual me dijo "ya, tranqui, si igual he tenido pacientes peores que tú", ¿cachai? Y ahí fue como chao, nunca más fui a un ginecólogo.

En esta última consulta, si bien hubo una mejora en el trato respecto al profesional anterior, Iris sintió que el reclamo no fue bien recibido. Después de este cuarto intento es que decide no atenderse más en el sistema médico formal. Es importante tener como contexto que estas experiencias de atención se dieron principalmente en el sistema privado, al cual Iris tenía acceso por ser carga en el seguro de salud de su madre. Los médicos con quienes se atendió fueron elegidos de acuerdo a criterios más bien pragmáticos, en sus palabras, "casi al azar".

Iris relataba que además ha recibido malos tratos fuera de la consulta, al solicitar la Píldora de Anticoncepción de Emergencia (PAE) en un CESFAM y en una farmacia:

Me acuerdo que una vez fui a un consultorio y poco menos que me trataron de no sé, cualquier hueá [cosa]. La vieja que me atendió me gritó en frente de todo el mundo "no, pero es que eso es para las mujeres violadas", y yo así [pasmada] [...] entonces como que me devolví y me puse a llorar en el camino de rabia. Y tuve que ir a comprar a la farmacia, me conseguí plata con mi prima. Y ahí fue lo peor porque venía así limpiándome las lágrimas, y voy y le pido las pastillas a otro viejo de la farmacia, y me dice "¿y tú eres mayor de edad?"; y yo le digo, así como "sí", y como que me mira poco menos que me tiró la caja así. Ese es el tema, el lenguaje corporal te lo dice todo.

Situaciones como la que se describen más arriba son muy graves porque pueden terminar en embarazos no planificados y/o procedimientos en condiciones riesgosas para la interrupción del embarazo. De todas maneras, es importante reconocer en este contexto adverso, que las redes de apoyo familiares son clave, en especial cuando el sistema biomédico no cumple su función.

Por último, a esta serie de malas experiencias, se suma el temor y la ansiedad que Iris siente ante la vulnerabilidad que implica visibilizar su identidad de género no-binaria en un contexto institucional. Esta incertidumbre es en parte producto de una falta de sensibilización entre trabajadores de la salud respecto a la atención inclusiva y con enfoque de derechos.

Me pasa que como he tenido todas estas malas experiencias con los ginecólogos como que en verdad ni siquiera me he dado el... voy a perder el tiempo, prefiero ahorrarme, entre más rápido salir de la cuestión mejor. Como que sé que si les digo

que soy no binario me van a mirar más feo, me van a hacer preguntas hueonas [tontas], no qué paja [hastío], mientras más rápido salga, mejor. Pero lo mismo eso no debería pasar, como que... [suspira] igual cansa, cansa la cuestión. No, pero imagínate les digo "no, yo soy no binario" aparte van a empezar a decir "ah, pero tú eres mujer, tienes vulva y la cuestión"... Y de partida ni siquiera en los formularios cuando pides hora sale como "género". Todos son opción masculino o femenino, no hay más.

En paralelo a esta serie de malas experiencias, Iris comenzó a participar de organizaciones políticas territoriales, universitarias, feministas y de otras índoles, en las que tuvo acceso a otro tipo de conocimientos respecto a autocuidados en salud sexual, basados en la autoatención con plantas medicinales, conocimientos para confeccionar ungüentos, gestión del ciclo menstrual, etc. Si bien no cuenta con la certeza de la efectividad de los métodos que ha ido aprendiendo, sí tienen a su favor que han implicado todo un proceso de autococimiento del propio cuerpo, y que este proceso, así como los espacios de autoatención a los que ha accedido han sido libres de la violencia que sufrió en las consultas ginecológicas que tuvo.

LUCAS: SEROPOSITIVE Y DISIDENTE

Lucas es un chique no binario originario de Tarapacá, se crió en el seno de una familia cristiana, si bien no fue hasta su adultez que se identificó abiertamente como no binario, él rastrea los primeros deseos por una performance diferente hasta su infancia:

Durante mucho tiempo yo de hecho quise transicionar, como desde muy chique de hecho. [...] Fue un proceso súper complicado porque vengo de un contexto de una familia cristiana, [...] no conservadora, pero del norte, como tampoco tanto acceso a tantos estudios, menos que tengan todas las herramientas para que puedan enfrentarse a la diversidad como tal. [...] Siempre mucho miedo, porque también mucho miedo de acabar así, de que iba a tomar una decisión así porque simplemente la situación se iba a volver muy insostenible porque no iba a encontrar nunca un espacio seguro.

No fue hasta la universidad que tuvo contacto con teorías de género que le entregaron herramientas para cuestionar su propia identidad:

Y ahí en mi caso sí hubo acceso a profesoras que me hicieron sobre teorías del género [...] Y fue como alimentarme de muchas cosas y cachar como "¡Oh! ¡Qué heavy estas personas que me están contando de estas otras posibilidades y estos otros cuestionamientos!" y bla. Y ahí recién pude comenzar a cuestionarme los rollos sobre mi identidad y mi identidad de género. Todavía me definía como cola [gay] cisgénero, cisgénero masculino en ese momento.

En 2018 Lucas fue diagnosticado con VIH, él mismo decidió acudir a un hospital debido a una jaqueca particularmente intensa y duradera.

Básicamente el médico fue como, me hizo como una cuestión en el pecho y me dio una aspirina y fue como “si se siente peor vuelva mañana” [...] Eh... pero, fue muy heavy y al día siguiente -viernes- ya estaba así onda me paraba y me caía [...] fue bueno y malo, fue bueno porque el VIH fue como “hola, estoy acá” y se presentó con síntomas, fue malo porque fue muy incómodo y fue muy terrible [...] no recuerdo muchas cosas, pero sé que le dije a mi amiga “llama a la A., que es otra amiga, dile que nos venga a buscar y que nos lleve al tiro al hospital porque esto es, como que siento que es grave.”

Del relato anterior es importante notar el mal diagnóstico del primer médico que atendió a Lucas, y la importancia de una red de apoyo entre pares en casos de jóvenes que migran soles a Santiago desde otras regiones. Dado que las recomendaciones del primer médico no tuvieron efecto alguno, Lucas decidió acudir al Hospital El Salvador ya que sospechaba que su dolencia podía estar relacionada a una ITS:

Estuvimos muchas horas esperando, nos hicieron el ingreso, el doctor hizo la pregunta incómoda como "mh, gay, mh ya" y después me hicieron entrar al hospital, ahí evaluaron la situación y decidieron dejarme hospitalizado porque [...] pensaron como que tenía o meningitis o neurosífilis a propósito de una sífilis que me habían tratado mal en Iquique. [...] Al final no era ninguna de las dos, pero tuve que estar como muchos días para poder confirmar el diagnóstico.

Durante la entrevista Lucas se detuvo a explicarnos con detalle el momento en que le confirmaron su diagnóstico durante esos días de hospitalización, nos parece relevante mostrar su testimonio puesto que se pueden extraer algunas recomendaciones de su experiencia:

La doctora que estaba con mi caso, que era una neuróloga [...] y creo que eso [algo que ella hizo] no se hace, como prometerte que va a estar ahí por siempre para ti y que cualquier cosa ella va a estar ahí y que blablablá, pero hubo un momento en que la loca [doctora] se fue, y pucha... se fue. Después intenté comunicarme con ella y al final no pasó nada. Pero fue muy heavy porque ella me dio como mi diagnóstico, y no me lo dio de la mejor forma, porque me lo dijo, y al momento siguiente comenzó a explicarme todo el proceso que tenía que hacer para poder tener el tratamiento: “Tienes que ir acá y acá, hacer esto y esto”; y yo estaba como en la primera frase: "salió reactivo", y yo estaba como.... [pasmado, sin poder poner atención a las otras indicaciones].

Por lo que nos cuenta Lucas, la médico tenía buenas intenciones, sin embargo, le quedó un sabor amargo por estas expectativas incumplidas que ella misma creó en torno al vínculo terapéutico. Además de no entregar información relevante de manera efectiva, en este sentido, si bien la profesional tuvo la deferencia de darse el tiempo de explicar el proceso a le paciente, la manera y el momento escogido no habrían sido adecuados.

Junto con la entrega de la noticia, la confirmación del diagnóstico y el inicio de los trámites para obtener el tratamiento demoraron más del tiempo establecido en la ley para confirmar el diagnóstico, derivarle con un profesional e incitar el tratamiento farmacológico.

Me hicieron como 5 o 6 test de Elisa mientras estuve hospitalizado. Y luego de eso, cuando salí, me hicieron 8 confirmaciones de identidad en un período aproximadamente de 5 meses, 5 meses en los que estuve esperando con la frase de la doctora en la cabeza “si es que no comienzas tratamiento rápido, lo más posible es que mueras”, yo estaba como “han pasado 5 meses y no me llega el tratamiento, no tengo la hora”.

En el proceso de diagnóstico y meses posteriores, las redes de apoyo de Lucas, y en especial organizaciones de la sociedad civil, fueron fundamentales para que pudiera transitar por todo lo que vendría.

Luego de eso encontré a CEVVIH [Círculo de Estudiantes Viviendo con VIH]¹⁹, y fue maravilloso, de hecho, una amiga me mandó el manifiesto, el primero que publicaron, que decía palabras muy lindas. Porque mis amigas fue como básicamente decirme como: “Oye, eh... nosotras podemos tener toda la empatía del mundo, pero no vamos a poder comprender lo que estás pasando”, como “necesitas hablar con gente que haya pasado lo mismo que tú, que esté viviendo lo mismo que tú”.

Lucas describe al CEVVIH (actual JEVIH) como el espacio y la red de apoyo que a sus integrantes les gustaría haber tenido cuando les diagnosticaron. Este espacio de activismo y acompañamiento entre pares ha permitido visibilizar otras necesidades en salud, que incluyen tanto la salud física, el bienestar psicoemocional de las personas, así como de información para personas seropositivas en Chile.

Pasan más cosas después del diagnóstico; no se queda tan solo, insisto, en la toma de pastillas [...] si no en cómo comes, cómo duermes, si tienes trabajo, [...] si es que tienes amigos [...] esas preocupaciones van incidiendo en cómo adhieres [al tratamiento] y creo que eso no se contempla en ya sea las políticas públicas, las campañas comunicacionales. [...] Hay otras cuestiones que tienen que ver con la sexualidad como tal: antes de cualquier encuentro sexual está ese enfrentamiento de que si no comes se perjudica tu adherencia, si es que no duermes bien tu calidad de vida se va deteriorando... Entonces es bueno ver cómo el VIH va cruzando todas las cosas, [...] cómo todas las otras áreas de tu vida hacen que al final estés bien o no, y de eso depende mucho si sigues vivo o no.

A partir de todas estas experiencias es que la decisión de Lucas de identificarse y presentarse como persona no-binaria toma una fuerza renovada, y comienza a replantearse el vivir con VIH como otra dimensión de su identidad, una identidad seropositiva:

Creo que en tanto persona que vive con VIH también estoy pensando como una disidencia, porque estoy también planteando mi identidad seropositiva como una intersección de luchas y de capas y de cuestiones que cruzan muchas cosas. No es como esta gente que dice como: “Ah ya, me tomo el tratamiento y chao”, no, espérate, vivir con VIH es una posición política.

19 La organización cambió su nombre y actualmente se denomina JEVIH.

REFLEXIONES FINALES

Como mencionábamos en la introducción de este capítulo, nuestro objetivo es mostrar la diversidad de experiencias disidentes en torno a la relación del propio cuerpo, la gestión de la salud sexual y reproductiva, las necesidades en salud sexual y reproductiva, y los itinerarios terapéuticos de chiques que se identifican como parte de las disidencias sexo genéricas, junto las barreras y facilitadores presentes en esos itinerarios.

En relación a la identidad y la performance de género, con estos tres casos podemos constatar que existe una diversidad muy amplia y en constante transformación de maneras de identificarse, que estas maneras de identificarse pueden fluctuar a lo largo de la vida de una persona, y expresarse en matices diferentes en la vida cotidiana. Los casos también nos muestran una variedad de necesidades en salud sexual y reproductiva, lo cual muestra la importancia de que el sistema oficial de salud contemple estos lugares y posiciones, evitando categorizar a las personas con etiquetas fijas.

En relación a las necesidades de los jóvenes seropositivos, Lucas nos compartió varias claves que pueden mejorar la atención (y, en consecuencia, la calidad de vida) de las personas que viven con VIH, que podrían resumirse en la necesidad de una política pública que aborde de manera integral el VIH más allá de la prevención, los testeos y la administración del tratamiento farmacológico. Esto implica la consideración de las condiciones de vida de las personas viviendo con VIH que podrían estar influyendo en la adherencia al tratamiento y su efectividad, tales como: bienestar psicoafectivo, situación económica, condiciones habitacionales, etc.; el abordaje de las prácticas sexuales de quienes viven con VIH para prevenir conductas de riesgo desde las necesidades y preferencias de los mismos chiques; el acceso y administración del tratamiento para paliar desigualdades territoriales.

En cuanto a las necesidades de las personas trans que deciden intervenir su cuerpo, de acuerdo al relato de Rosa, sería necesario ampliar la cobertura en términos territoriales y económicos para garantizar el acceso y la permanencia en programas como el policlínico trans.

En cuanto a necesidades comunes entre los tres casos expuestos, y que creemos que son compartidas con otros sectores de la población, la primera es la necesidad de mayor accesibilidad a la información en diferentes momentos de los itinerarios terapéuticos, ya que una falta de información adecuada en la consulta con el profesional de la salud para comprender los diagnósticos dados, los posibles efectos de un tratamiento, entre otros, puede resultar en decisiones desinformadas o baja adherencia a los mismos. También quisiéramos destacar la dificultad para acceder a alguna forma de orientación que le permita a los jóvenes gestionar sus necesidades en salud de manera eficiente y amigable. Por ejemplo, una de las barreras más grandes que enfrentó Rosa fueron las averiguaciones respecto a cómo llevar el tratamiento en el sistema público y la cantidad de tiempo y recursos invertidos en trámites administrativos para inscribirse y mantenerse en los programas de los que forma parte. El proceso de recabar información puede constituir una barrera relevante para personas con menos herramientas digitales, mayores dificultades para comprender un lenguaje técnico, o personas que por diferentes motivos no puedan trasladarse a hacer estos trámites.

Por último, el trato respetuoso y una atención con enfoque inclusivo por parte de los trabajadores de la salud -tanto clínicos como administrativos, de apoyo, etc.- constituye una necesidad imperante. Sobre todo, en el caso de personas jóvenes y disidentes que tienen más probabilidades de haber vivido otras vulneraciones en contextos institucionales y otros espacios. Es importante que la adopción de este enfoque sea transversal a todos los trabajadores que forman parte de los centros de salud, así como de farmacias, tanto en el ámbito público como privado. Debido a que cada trayectoria, inclusive cada acercamiento al sistema implica una serie de interacciones con distintas personas, y en cada uno de esos encuentros los chiques son conscientes de que pueden sufrir uno o varios episodios de discriminación, ya sea por el motivo de la atención, sus preferencias sexoafectivas, su expresión de género, o todas las anteriores. Las experiencias de malos tratos en la atención, e incluso, la ansiedad que genera la incertidumbre ante la posibilidad de ser maltratados, constituyen una barrera muy relevante, que puede influir en si una joven decide o no acercarse al sistema de salud, como en el caso de Iris, para quien los malos tratos fueron la principal motivación para alejarse del mismo. O como los casos que comentaba Lucas de personas viviendo con VIH que dejan de tomar su tratamiento por temor a sufrir violencia al momento de acercarse a un centro de salud a retirar sus pastillas. Ello puede derivar en un alejamiento del sistema oficial de salud o incluso en dejar de acudir al mismo, en automedicación para terapias de reemplazo hormonales u otro tipo de intervenciones, en el desarrollo de patologías y/o padecimientos no tratados a tiempo, entre muchas otras consecuencias.

REFERENCIAS

- Haro, J. A. (2000) Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En E. Perdiguero & J. Comelles (Eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina* (pp. 101-161). Barcelona: Bellaterra.
- Lamarque, M. & Moro Gutiérrez, L. (2020) Itinerarios terapéuticos y procesos de atención de la enfermedad en migrantes latinoamericanos: conflictos, negociaciones y adaptaciones. *Migraciones internacionales*, 11. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.1796>
- Perdiguero, E. (2006) Una reflexión sobre el pluralismo médico. En G. Fernández-Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 33-49). Quito: Ediciones Abya-Yala.

CAPÍTULO 7

“CON UN DIAGNÓSTICO UNA SE PUEDE MOVER MEJOR”:
ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE MUJERES CON ENDOMETRIOSIS EN SANTIAGO

Eliana Correa Matus

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se busca abordar los itinerarios terapéuticos de ocho mujeres con endometriosis que reciben tratamiento en Santiago, enfocándonos principalmente en la relación con el sistema de salud biomédico. Se ha reconocido a través del estudio de las ciencias sociales desde un enfoque crítico cómo la biomedicina se ha desarrollado a través de un enfoque androcéntrico, estudiando el cuerpo masculino como la norma y el femenino y sus padecimientos como “lo otro”. Esto ha repercutido en un abordaje patológico de la salud de la mujer y sus ciclos, particularmente relacionados con su sexualidad y reproducción, que la biomedicina ha buscado controlar a través de su vigilancia desde la menstruación hasta la menopausia (Martin, 1987). La menstruación ha sido considerada tabú en diferentes grupos socioculturales, basado en la consideración de la sangre menstrual como un elemento contaminante, lo que ha derivado en prácticas de segregación de las mujeres durante su menstruación y ritos de purificación para retornar a la vida cotidiana (Kasenko, 2019; Tan et al., 2016). A partir de estas construcciones las mujeres jóvenes y adolescentes viven su menstruación con incomodidad y en secreto, pese a considerarlo un evento natural, experimentando vergüenza e inseguridad (Stubbs, 2008).

La biomedicina ha tenido un abordaje patológico de la menstruación, centrándose en las alteraciones del ciclo menstrual (como la amenorrea o ausencia de menstruación, dolor menstrual, síndrome pre-menstrual y otras condiciones), sin prestar atención al ciclo como parte de la salud de las mujeres y centrándose en la menarquia y menopausia (Blásquez & Bolaños, 2017). La menstruación ha sido retratada en la literatura biomédica como una en-

fermedad recurrente y el fracaso de un embarazo, que drena las energías físicas y mentales de las mujeres (Strange, 2000). Han existido debates sobre la normalidad del dolor durante la menstruación y su intensidad, el que se ha considerado algo esperable por parte de los médicos. Esta normalización se ha relacionado con la influencia de ideologías cristianas a través de la idea de que el cuerpo femenino está “diseñado” para el sufrimiento (Blázquez & Bolaños, 2017). Esto transforma a las mujeres a temprana edad en consumidoras precoces de analgésicos y anticonceptivos orales prescritos por los médicos con el fin de regular y “ordenar” el ciclo menstrual, contribuyendo a la prematura medicalización de sus cuerpos.

Dentro de las enfermedades que afectan al ciclo menstrual se encuentra la endometriosis, caracterizada por la presencia de tejido endometrial fuera del útero. Se ha estimado que el 10% de mujeres y niñas en edad reproductiva lo padecen, y en Chile, se estiman aproximadamente entre 300 y 400 mil personas (MINSAL, 2023). Los síntomas de la endometriosis pueden variar ampliamente entre personas, entre ellos se han descrito el dolor intenso durante la menstruación que no cede con analgésicos e interviene en las actividades diarias, el dolor durante las relaciones sexuales penetrativas, fatiga, sangrado abundante durante la menstruación, dolor pélvico crónico y en un 30% de los casos problemas de fertilidad (Young et al., 2015). Se estima que las personas con endometriosis tardan en promedio ocho años en recibir un diagnóstico y tratamiento, esto se ha relacionado con la normalización del dolor en la consulta médica y con las dificultades para observar la endometriosis en exámenes de imágenes comunes, necesitando de una laparoscopia para el diagnóstico y algunos exámenes de imágenes más específicos (Acien, 2012).

Desde la literatura biomédica se han identificado juicios y estereotipos sexistas que categorizan a las mujeres con endometriosis como “pacientes difíciles”, discursos que se relacionan con la histeria y con que sus síntomas son resultado de la elección de priorizar la vida profesional sobre la maternidad (Carpan, 2003; Whelan, 2009). Los estudios que han abordado la perspectiva de las mujeres que padecen endometriosis han mostrado cómo el dolor crónico afecta profundamente su calidad de vida y cómo, dentro del contexto social y atención de salud, el dolor que padecen se ha normalizado, lo que tiene implicancias en un diagnóstico tardío. Por otro lado, esta condición es experimentada en soledad dada la incompreensión que las mujeres viven en su entorno, lo que afecta su salud mental (Cox et al., 2003). Las redes sociales han configurado un espacio para la lucha por la visibilización de la endometriosis y el cuidado colectivo, donde las mujeres comparten experiencias y cuidados (Armour et al., 2021; Pascual & Díaz, 2022). En estos espacios aparecen autodenominaciones como “endoguerreras” y “endohermanas”, las que hacen referencia a la lucha cotidiana que significa vivir con endometriosis y la relación de hermandad y sororidad que surge en estos territorios virtuales.

Dado lo anterior, se identifican desde la literatura científica las narrativas de aflicción de las mujeres que viven con endometriosis, pero existe un vacío de conocimiento sobre las formas en que buscan atención a sus padecimientos y cuidados. Por este motivo el objetivo de la investigación, parte de cuyos resultados se presentan en este capítulo, fue explorar en los itinerarios terapéuticos y experiencias de cuidado de ocho mujeres con endometriosis en Santiago de Chile. Esta investigación se desarrolló en el contexto de mi Trabajo de fin de Máster en Antropología Médica y Salud Global de la Universidad Rovira i Virgili, y aquí se expondrá una parte acotada de los resultados. La investigación fue de carácter cualitativo,

se llevó a cabo a través de entrevistas en profundidad a ocho mujeres con endometriosis en diferentes momentos de la enfermedad. El reclutamiento se realizó a través de redes sociales utilizando grupos de Facebook e Instagram, y en el caso de dos participantes el contacto fue a través de personas conocidas. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas, y se realizó un análisis de contenido utilizando el software ATLAS.ti. Todas las informantes participaron de manera voluntaria del estudio y firmaron un consentimiento informado. El rango de edad de las participantes fue entre 25 y 44 años, la edad del diagnóstico fue de un promedio de 25 años. Todas tenían una carrera profesional y técnica, solo una era madre.

PRIMEROS SÍNTOMAS Y BÚSQUEDA DE AYUDA: HACIA UNA LEGITIMACIÓN DEL DOLOR

Al indagar en el inicio de la endometriosis, las informantes reconstruyen su historia volviendo al origen de los primeros síntomas relacionados con la menstruación: dolor intenso, flujo abundante y duración prolongada de más de siete días, que aparecen en la mayoría de las historias durante su adolescencia y juventud. Algunas participantes recuerdan que estos síntomas se hacen presentes desde su menarquia, experiencia que recuerdan con detalle y resulta significativa en la construcción de su identidad, relacionándola con el paso de ser niña a mujer. Una participante que la experimenta tempranamente a sus ocho años recuerda:

Pero no, es como un antes y un después, yo cuando menstrué, me puse a llorar, lloré no sé cuánto rato (...). Porque mi mamá me había dicho, ya me había contado todo esto, entonces, cuando tú menstrúes te transformas en señorita. Dejas de ser niña, entonces lloré, mi niñez tremenda, po... (Angélica)

Respecto a los síntomas, las informantes señalan también otros vinculados con malestar gastrointestinal, como hinchazón y dolor o molestias para defecar. En el caso de una de las informantes, nunca experimentó dolores durante su menstruación, pero un día notó que cuando menstruaba presentaba sangrado de su ombligo y aumento de volumen.

Yo desde que empecé a menstruar entre los 12 y 13 años, siempre tuve problemas de menstruación, o sea, abundante, que me invalidaban, no podía ir al colegio, manchaba todo, mucho dolor, y a medida que fui creciendo, esto fue evolucionando. (Cecilia)

Las informantes narran como en un principio el dolor durante su menstruación fue normalizado, en algunas ocasiones vivido en silencio y en otras compartido con mujeres cercanas, principalmente de la red familiar. Se cuestionan sobre qué intensidad del dolor es normal durante la menstruación y señalan la ausencia de referencias de pares y discursos sobre la normalidad del dolor en su círculo cercano. No fue hasta que comenzaron a intensificarse o aparecer nuevos síntomas que deciden consultar en el sistema de salud. En el caso de una de las participantes, Claudia, quien cuenta que acude por primera vez cuando comienza a experimentar dolor durante las relaciones sexuales.

Y mi mamá siempre me dijo: “Yo cuando era joven también pasaba mucho dolor, siempre tenía mucho dolor” y no sé qué... Y uno lo va normalizando. (Claudia)

En el 2016 empecé con problemas en las relaciones sexuales, mucho dolor en las relaciones sexuales. Y... fui a un ginecólogo. (Claudia)

Las primeras consultas con ginecólogos son caracterizadas por la incredulidad respecto al padecimiento de las informantes, donde los médicos normalizan el dolor que ellas experimentan o lo relacionan a un problema hormonal, prescribiéndoles de manera temprana anticonceptivos orales y analgésicos. El dolor en ocasiones es relacionado a causas emocionales o “psicosomáticas”, responsabilizando a las mujeres de su padecimiento. Las participantes recorren varios médicos antes de llegar al diagnóstico que confirma que el dolor experimentado es causado por una alteración física y no emocional.

Entonces ya después empezó como esta búsqueda de pasar por varios ginecólogos, y todo era como lo mismo de que me lo tenía que aguantar. Pero siempre yo sentía que no, que había algo, que no es normal (...) Y ahí empezó esta ruta y ya a cinco años ya fue mucho. (María)

Las informantes narran como luego de múltiples visitas a médicos llegan finalmente al diagnóstico por la sospecha de un/a ginecólogo/a que decide derivarlas a un especialista en endometriosis, quien realiza exámenes de imagen específicos. El diagnóstico se recibe con alivio al encontrar una causa física que explica su malestar, permitiéndoles soltar la culpa y la idea de que ellas se producían el dolor.

Me hice el (examen), salí de la consulta, me puse a llorar porque fue súper emocionante que al fin no estaba loca. ¿Cachai? [¿me entiendes?] (Claudia)

También el diagnóstico de una condición crónica de salud irrumpe en la vida cotidiana de las mujeres, por ejemplo, cuando reciben la noticia de que pueden experimentar problemas de fertilidad, o cuando comprenden que no existe una cura para su padecimiento. Lo anterior las hace replantearse sus planes vitales en torno a la maternidad, su vida profesional y sus relaciones interpersonales.

Voy con este ginecólogo... y me empieza a hablar que me plantee si quiero ser mamá o no quiero ser mamá, que la posibilidad de congelar mi óvulo, posible menopausia prematura, entonces era como mucha información que una no se espera que te van a decir y como procesar mucho. Igual tengo 25 años, ser mamá no está en mis planes ahora, no sé si en cinco años más... (María)

ITINERARIO EN EL SISTEMA BIOMÉDICO:

TRANSGRESIÓN DEL CUERPO Y EMPODERAMIENTO

El espacio de atención de salud biomédico configura el primer sistema profesional de consulta y búsqueda de tratamiento por parte de las informantes, donde reconocen múltiples barreras para el acceso y continuidad de su tratamiento. Tres informantes señalan que

su tratamiento consiste en terapia hormonal con anticonceptivos orales que suspenden su menstruación para prevenir el dolor, y el consumo de analgésicos y antiinflamatorios. Señalan que el tratamiento está acompañado de efectos adversos en su salud física y emocional. Cinco informantes se han sometido al menos a una cirugía para remover el tejido endometrial presente en diferentes partes de su cuerpo, la que señalan como un procedimiento que trae alivio temporal del dolor. En el caso de dos participantes, Cecilia y Sofía, la motivación para realizarse la cirugía es buscar un embarazo; Sofía lo logra luego de varios meses. El resto de las participantes se someten a la cirugía en busca de alivio del dolor que experimentan que comienza a ser crónico e invadir sus vidas.

Cuando yo tomaba anticonceptivo yo sentía que mi estado anímico era peor que sin anticonceptivo. O sea, mi irritabilidad, mis cambios de ánimo, la caída del pelo, mi piel, un montón de cosas que es como los efectos de los anticonceptivos. (Cecilia)

En el caso de tres mujeres el tejido ha vuelto a aparecer luego de la primera cirugía, y han tenido que someterse a varias intervenciones quirúrgicas que han significado diversas complicaciones, como la resección de otros órganos y dolores neuropáticos. Las mujeres entrevistadas refieren haber recibido escasa información por parte de los médicos sobre la cirugía y sus posibles complicaciones, lo que viven con desilusión, ya que no sabían que los síntomas podrían regresar. Una de ellas, Francisca, refiere que luego de cuatro cirugías que no han traído una mejora significativa a su calidad de vida, ha decidido no volverse a operar:

Que ya tomé la decisión de no exponerme nunca más al dolor, pase lo que pase y ahí en adelante yo le dije lo conversé con mi familia, mi pareja, que yo no me opero nunca más. (Francisca)

Tras una intensa búsqueda personal de información con otras mujeres e internet, las mujeres comienzan a aprender sobre el rol de otros profesionales de la salud en el manejo de su endometriosis. Dentro de estos, señalan la kinesiología de piso pélvico, nutrición y alimentación antiinflamatoria, psicología y salud mental. De esta manera, reportan que es importante un abordaje integral de su padecimiento, ya que al tratarse de una enfermedad inflamatoria afecta diferentes aspectos de su salud. Pese a esto, señalan no recibir información por parte de sus médicos de este abordaje y llegan a otros/as profesionales por una búsqueda personal.

Bueno, fui investigando, investigando, hasta que llegué a que caché que habían kinesiólogos de piso pélvico y eso me ayudó bastante. Porque si bien, después de seis meses dejé de sentir dolor. (Carla)

Dentro de las barreras experimentadas en su búsqueda de atención dentro del sistema biomédico algunas informantes refieren experimentar malos tratos y violencia por parte de los médicos que las atienden. Esta violencia está presente a través de comentarios sexistas sobre su cuerpo y vida sexual, bromas sobre su irritabilidad que desacreditan su dolor, la transgresión de la privacidad y el control experimentado sobre sus cuerpos cuando no se les permite participar en la toma de decisiones de su tratamiento. También viven con violencia

el hecho de que médicos priorizan el manejo de la fertilidad a través de la insistencia de tener un hijo pronto ante la incertidumbre de si esto será posible más adelante en el curso de la enfermedad, sin considerar los deseos de las mujeres ni abordar el manejo del dolor y su efecto sobre su calidad de vida:

Y el doctor lo único que me decía es como, “relájate, toma Viadil”. Mi pololo me acompañaba y le decía, así como: “Es que se ve insoportable”, obviamente, si estoy con un dolor horrible, pero “pégale un palo en la cabeza”. (Cecilia)

Y ahí fue cuando el desatinado me dijo que, si tenía algún candidato, porque no iba a poder tener hijos más adelante, que era ahora. En ese minuto tenía 27 años, que tenía que tener hijos, sino después más adelante no iba a poder. Entonces eso me generó también una pena muy grande. (Carla)

Las experiencias anteriores están acompañadas de una continua deslegitimación del padecimiento de las mujeres, donde se les cuestiona constantemente lo que sienten y sus causas. Estas experiencias llevan a las mujeres a tomar agencia en la búsqueda de información y cambia su relación con los médicos, comenzando a exigir buenos tratos en el espacio de atención de salud, información oportuna sobre su tratamiento y su participación activa en la toma de decisiones de su tratamiento:

Yo como que siento que, de ese instante, me empecé como a empoderar un poco, de ese momento, porque ya era más grande, entonces, me sentía tan vulnerada. Aparte de eso sentía que, empecé a leer los papeles médicos e investigar lo que me hacían ¿me entiendes? como meterme un poco más... (Francisca)

Otra barrera identificada por las informantes que afecta el acceso al tratamiento y su continuidad es el financiamiento. Señalan que la mayoría de los especialistas en endometriosis se encuentran en el sistema de salud privado, lo que las ha llevado a tener que cambiarse de seguro de salud, endeudarse y realizar actividades colectivas para reunir el dinero para acceder al tratamiento, como bingos. Es interesante que, pese a que el reclutamiento se realizó de manera abierta a través de redes sociales, todas las informantes se habían atendido al menos una vez en el mismo centro de salud privado. Dos participantes narran que iniciaron su itinerario terapéutico en el sistema de salud público, donde nunca recibieron una derivación con ginecólogo, y no fue hasta que pudieron costear una atención particular que se levantó la sospecha de que el dolor que experimentaban no era normal. Las decisiones que se realizan durante las trayectorias están permeadas por las dificultades en el financiamiento del tratamiento.

Yo cuando salí de la universidad yo me pagaba la cirugía a crédito, entonces eran años, años y años de manera privada porque en realidad la pública nunca encontraba ni siquiera algún acercamiento a lo que tenía, ni siquiera validar lo que yo decía (...) en el sistema privado todo es muy costoso, entonces yo como te dije me pasaba años pagando cirugía y terminaba de pagar la cirugía y venía otra... (Francisca)

OTROS ESPACIOS DE ATENCIÓN:

BÚSQUEDA A TRAVÉS DE MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

La ausencia de respuestas al padecimiento de las mujeres en el espacio biomédico de atención las motiva a consultar en otros sistemas de atención de salud, alternativos o complementarios al biomédico, donde llegan principalmente por recomendación de otras mujeres. Dentro de estos espacios aparece la medicina tradicional China y particularmente la acupuntura para el alivio del dolor, donde dos participantes encuentran alivio y experimentan tranquilidad luego de las sesiones, y otras participantes refieren sentir más dolor. Aparecen espacios colectivos de cuidado como los círculos de mujeres, donde las informantes refieren resignificar su menstruación compartiendo con otras mujeres rituales simbólicos, como sembrar o pintar con su menstruación. Las informantes recorren caminos personales ligados a la espiritualidad realizando prácticas como yoga, meditación y chi kung, que les permiten conectar con sus cuerpos y aliviar el dolor a largo plazo, resignificándolo dentro de su vida.

Antes de eso había ido a acupuntura y eso me lo recomendó una niña que me hizo un tatuaje (...) yo fui y pasó que me dolía, entonces yo como que un momento fue muy tolerante al dolor pero después eso fue al revés; ahora soy poco tolerante al dolor porque todo me duele, todo (...). Fui como tres sesiones... (Francisca)

También hice, participé en varios círculos de mujeres donde vai hablando estas cosas, así como, tu luna, y si tú estás en tal edad y tu luna, y no sé qué. Y deberías ser de tal forma y sientes tales cosas cuando vas a tener tu menstruación, que ellos le llaman la luna (...). Sembré mi menstruación una vez, porque me dijeron que eso también ayuda un montón. (Angélica)

Los aprendizajes que adquieren en estos espacios alternativos de atención son llevados al cuidado cotidiano de las mujeres de diferentes maneras: infusiones de hierbas, ejercicios y reflexiones. Encuentran nuevos modelos explicativos a su padecimiento, que no ha tenido respuesta por parte del sistema formal de salud, por ejemplo, en el caso de una participante refiere que en la medicina tradicional China ha encontrado respuestas y que ha guiado su abordaje de la enfermedad. Estas experiencias son aprendidas y compartidas con otras mujeres en espacios virtuales a través de redes sociales, un territorio que les ha permitido sentirse más acompañadas en esta búsqueda permanente para estar mejor. Ante el rol que cumplen estos espacios una participante señala:

Me metí a estos grupos de Facebook buscando una respuesta, yo creo, porque también pasa que soy la única así en mi grupo de amigas, entonces me sentía como bastante desolada de que no compartía con nadie en el fondo los síntomas del dolor... (María)

A MODO DE CIERRE

El inicio del itinerario terapéutico de las informantes está marcado por el comienzo de síntomas relacionados a la menstruación como dolor, sangrado abundante y una larga duración. Estos síntomas comienzan durante la adolescencia y juventud e influyen en los significados de su cuerpo y construcción de su feminidad, normalizando el dolor por la falta de referencia de pares o por lo escuchado por sus madres y redes cercanas. Con el aumento de la intensidad de los síntomas, particularmente el dolor y su predominio en la vida cotidiana, las mujeres comienzan a visitar el sistema de atención de salud en búsqueda de respuestas donde inicialmente encuentran incredulidad por parte de los médicos y normalización del dolor, como se evidencia en la literatura internacional (Acien, 2012; Culley et al., 2013). Existe un cuestionamiento en torno a la “normalidad” del dolor menstrual, que puede relacionarse con un tabú cultural respecto a la menstruación y a la falta de referencias de pares (Blásquez & Bolaños, 2017). La normalización del dolor se esconde detrás de estereotipos de género que reproducen la normalidad del dolor del cuerpo femenino, esto se ha relacionado con una construcción femenina ligada en Latinoamérica con la adoración a la virgen María y la idea de la madre dolorosa, que experimenta dolor y culpa (Montecinos, 1994).

El momento del diagnóstico se vive con alivio cuando aparece una explicación física al dolor experimentado y es posible soltar la responsabilidad de producirlo desde su cabeza, idea que las informantes han escuchado previamente en consultas médicas que les sugerían que su dolor era psicosomático. Además de alivio, el diagnóstico configura una certeza que le permite a las mujeres tomar decisiones concretas para el alivio de su padecimiento, teniendo un nombre para el dolor y desde donde buscar información. Desde ese momento se despliega una búsqueda activa por parte de las mujeres, que es vivida en soledad o en compañía de otras mujeres que recomiendan espacios de atención y experiencias para el alivio y resignificación del padecimiento. También el diagnóstico se acompaña de una disrupción biográfica al modificar los estilos de vida y asimilar una condición de salud crónica que viven como una sentencia (Bury, 1982).

Uno de los primeros espacios donde se busca atención profesional de salud es el sistema biomédico, donde las mujeres experimentan incredulidad y deslegitimación por parte de los médicos de manera inicial. Una vez confirmado el diagnóstico, las informantes narran experiencias de violencia, donde experimentan un “desempoderamiento” relacionado con la invisibilidad de su subjetividad en la consulta médica y la transgresión de la toma de decisiones respecto a su propio cuerpo (Bullo, 2018). Esta violencia a través de un ejercicio de poder sobre sus cuerpos subordina a las mujeres, quitándoles su agencia, como parte de un mecanismo que ejerce control sobre los cuerpos y ciclos de las mujeres (Bellón, 2015). A medida que transcurre el tiempo las informantes refieren vivir un proceso de empoderamiento que las lleva a enfrentar a los médicos y exigir buenos tratos e información para la toma de decisiones. Este proceso las moviliza a tomar el control de su salud y sus cuerpos, buscando formas de atención que les hagan sentido con sus sistemas de creencias y formas de experimentar la enfermedad. Lo anterior motiva la consulta en nuevos sistemas de aten-

ción de salud, como medicinas complementarias y alternativas que les permiten encontrar nuevas causas y abordajes de su enfermedad y resignificar esta experiencia. Estas búsquedas de atención se enmarcan en sus propios sustratos culturales o en otros que provienen de diferentes culturas, buscando caminos que sean armónicos con su cuerpo y creencias, recorriendo un itinerario que busca más que solo aliviar la enfermedad (Obach & Sadler, 2009).

Se vuelve necesario el abordaje integral de la endometriosis en los espacios de salud, desde un enfoque de género que valide las experiencias de las mujeres e indague en la experiencia del dolor antes que normalizarlo. Se requiere de una atención que vaya más allá de lo ginecológico y el abordaje hormonal y quirúrgico, que considere otras dimensiones de la salud como la nutrición, la salud mental y la salud sexual (más allá de lo reproductivo). Pese a que los beneficios de estos abordajes están bien documentados en la literatura médica (Carmona, 2021), la experiencia de las informantes muestra que no recibieron la información desde sus médicos, y descubrieron estos caminos de manera autónoma a través de la búsqueda de información en redes sociales, libros y la experiencia de otras mujeres. El financiamiento se vuelve una barrera para el acceso y continuidad del tratamiento desde la experiencia de las mujeres participantes.

Dentro de las limitaciones de este breve estudio se encuentra la homogeneidad de la muestra, compuesta por mujeres de clase media-alta, con una carrera técnica o profesional, y que han tenido la oportunidad (con mayor o menor dificultad) de acceder a una consulta privada donde se realizó el diagnóstico de su endometriosis. Esto puede relacionarse a la forma en que se condujo el reclutamiento, como también a que la experiencia de acceder al sistema de salud privado les permitió llegar al diagnóstico e iniciar su tratamiento. Esto acompaña el cuestionamiento de qué pasa con otras mujeres que viven contextos socioeconómicos diferentes, que dependen de la derivación desde atención primaria a un ginecólogo, que pertenecen a otros subgrupos culturales (como mujeres pertenecientes a pueblos originarios, que viven en sectores rurales, o pertenecen a diversidades sexo genéricas).

Este estudio exploratorio breve abre la puerta para continuar estudiando las formas en que las mujeres se mueven en búsqueda de atención para una condición de salud invisibilizada en Chile como es la endometriosis. Se vuelve necesario realizar investigación que contemple las diferencias estructurales que regulan el acceso a la salud y las posibilidades de un diagnóstico y tratamiento tempranos. También permite visibilizar cómo los estereotipos de género vinculados a lo femenino llevan a una normalización precoz del dolor y sufrimiento que retardan la búsqueda de ayuda y luego tratamiento, medicalizando tempranamente la vida con analgésicos que acompañan a las mujeres a todas sus actividades cotidianas.

REFERENCIAS

- Acien Álvarez, P. (2012) La endometriosis: Una enfermedad que sigue siendo enigmática. *Anales Reial Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana*, N°13. ISSN-e 2172-8925.
- Armour, M., Hawkey, A., Micheal, S., Diezel, H. & Chalmers, KJ. (2021) "A day to day struggle": A comparative qualitative study on experiences of women with endometriosis and chronic pelvic pain. Pre print. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-289745/v1>
- Bellón, S. (2015) La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 7(18), 93-111
- Blázquez, M., Bolaños, E. (2017) Aportes de una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual. *Salud Colectiva*, 13(2), 253-265. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n2/253-265>
- Bullo, S. (2018) Exploring disempowerment in women`s accounts of endometriosis experiences. *Discourse ad Communication*, 12(6). <https://doi.org/10.1177/1750481318771430>
- Bury, M. (1982) Chronic illness as a biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182.
- Carmona, F. (2021) *Endometriosis: la guía para entender qué es y cómo cuidarte*. Grijalbo, España.
- Carpan, C. (2003) Representations of endometriosis in the popular press: "The career woman's disease". *Atlantis*, 27(2), 32-40.
- Cox, H., Henderson, L., Wood, R. & Cagliarini, G. (2003) Learning to take charge: women`s experiences of living with endometriosis. *Complementary Therapies in nursing & Midwifery*, 9, 62-68.
- Culley, L., Law, C., Hudson, N., Denny, E., Mitchell, H., Baumgarten, M. & Raine-Fening, N. (2013) The social and psychological impact of endometriosis on women's lives: a critical narrative review. *Human Reproduction Update*, 19(6), 625-639. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23884896/>
- Kanseko, J. (2019) Tracing menstruation in British and American culture, Strategies of Inviibilization, stigmatization, and the question of m-purity in historical and cultural context. *New Horizon is English Studies*, 4, 144-157. <https://journals.umcs.pl/nh/article/view/8547>
- Martin, E. (1991) The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Journal of Women in Culture and Society*, 16(3), 485-501.
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2023) *Orientaciones técnicas para la atención integral de la endometriosis*. Resolución exenta N°292, Santiago. Subsecretaria de Salud Pública, Ministerio de Salud. <https://sochog.cl/archivos/18677>

- Montecino, S. (1995) Identidades de género en América Latina: mestizajes, sacrificios, y simultaneidades. En L. G. Arango, M. León, & M. Viveros, *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (pp. 265-280). Bogotá: Tercer Mundo Editores, Universidad Nacional de Colombia.
- Obach, A. & Sadler, M. (2009) “Cuerpo femenino, medicina y poder: reflexiones en torno a las interrupciones en la atención de salud reproductiva”. En *Nación Golpeadora; Manifestaciones y Latencias de la Violencia Machista* (pp. 80-90). Santiago: Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual.
- Pascual, M. & Díaz, N. (2021) El afecto en relatos de dolor crónico en comentarios de Facebook de mujeres chilenas. *Nueva Revista del Pacífico*, 74, 47-64.
- Quejido, P. (2011) Experiencia invisible del dolor: Estudio sobre el dolor crónico femenino. *Trabajo Social y Salud*, 11, 115-141.
- Strange, J.M. (2000) Menstrual fictions: languages of medicine and menstruation, c. 1850–1930. *Women's History Review*, 9(3), 607-628. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09612020000200260>
- Stubbs, M. (2008) Cultural perceptions and practices around menarche and adolescent menstruation in the United States. *New York Academy of Sciences*, 1135, 58-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18574209/>
- Tan, D., Haththotuwa, R. & Fraser, I. (2016) Cultural aspects and mythologies surrounding menstruation and abnormal uterine bleeding. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 30, 1-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2016.09.015>
- Whelan, E. (2009) Negotiating science and experience in medical knowledge: Gynaecologists on Endometriosis. *Social Science & Medicine*, 68, 1489-1497. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953609000525>
- Young, K., Fisher, J. & Kirkman, M. (2018) “Do mad people get endo o does endo make you mad?” Clinician’s constructions of medicine and women with endometriosis. *Feminism and Psychology*, 0(0), 1-20. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0959353518815704>

CAPÍTULO 8

“NOSOTROS VEMOS EL CUERPO COMO UN INSTRUMENTO POLÍTICO”:
EXPERIENCIAS Y RESISTENCIAS EN LAS ESTRATEGIAS DE CUIDADO DE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE JÓVENES MAPUCHE DE LA IX REGIÓN

ALEJANDRA CARREÑO CALDERÓN

La presencia de identidades indígenas juveniles en Chile era hasta hace pocos años una realidad poco visibilizada. Como lo ha reportado diversa literatura, los y las jóvenes comenzaron a tener un reconocimiento como actores sociales solo a partir de los años sesenta, cuando los estudios de juventudes reconocen su lugar en procesos de transformación social presentes en sociedades de todo el planeta. Sin embargo, los y las jóvenes que obtienen reconocimiento en el espacio a partir de su acción política son principalmente jóvenes urbanos hombres, cuya presencia es asociada tanto al imaginario del cambio social y la revolución, como al del riesgo, el peligro y la transgresión (González- Cangas, 2003). En estas representaciones, múltiples identidades quedaron opacadas por factores interseccionales de género, clase, etnia, territorialidad, etc. que tendían a asociar la juventud con una condición primordialmente urbana, principalmente masculina y en tensión con la sociedad adulta. Solo a partir de los años '90 empiezan a emerger algunas temáticas identitarias que se encontraban ocultas en la presunta homogeneidad de las generaciones jóvenes en nuestro país. De una mirada irremediabilmente asociada al riesgo (Hillier et al., 2020), comenzamos a transitar hacia una comprensión que contenía las construcciones sociales que subyacen a las diversas experiencias del ser joven, incluyendo diferencias territoriales, de clase, de género y orientación sexual y étnicas. Con el inicio de la post-dictadura y la

(re)emergencia de las temáticas indígenas a nivel global (Bengoa & Caniguan, 2011) los estudios de juventudes latinoamericanos se interesan por primera vez por el cruce entre etnicidad y juventudes, replanteando las preguntas que varias décadas antes Margaret Mead anticipó: ¿es la juventud y la adolescencia un fenómeno universal?, ¿están todos los y las jóvenes en tensión con las generaciones adultas?, ¿qué lugar tiene la cultura en los tránsitos entre momentos diversos del ciclo vital?, ¿cómo se construye la identidad juvenil en culturas que han estado atravesadas por historias de colonialidad y dominio?

El concepto de juventud indígena ha sido sometido a examen en los últimos años, destacando lo limitante que significa considerar la pertenencia a un pueblo indígena como una variable más que se suma a educación, ingresos etc. (Kropff Causa & Stella, 2017). Diversas etnografías del continente nos invitan a mirar la edad y la etnicidad como dimensiones que estructuran prácticas sociales, muchas de las cuales impactan sobre su salud (Feixa & Gonzalez, 2006). Desde una perspectiva latinoamericana existe acuerdo sobre el hecho que la concepción de lo juvenil ha tendido a concentrarse en temas que a menudo excluyen concepciones locales del ciclo vital presentes en las comunidades indígenas (Zapata & Hoyos, 2005), omitiendo por ejemplo el hecho que las juventudes indígenas a menudo se entretejen en expectativas de construcción de la subjetividad que transgreden las ideas de realización y socialización presentes en los espacios urbanos y mestizos. Jóvenes indígenas a menudo asumen tareas domésticas y laborales tempranamente, establecen relaciones sexoafectivas en edades previas a la de los y las jóvenes urbanos, e incluso asumen responsabilidades de liderazgo en las comunidades, de cuidado de la tierra y de los mayores que no corresponden a las trayectorias que siguen sus pares no indígenas. Por toda Latinoamérica los y las jóvenes indígenas protagonizan circuitos de movilidad interna y externa, migran para estudiar y trabajar, envían remesas a sus comunidades, se apropian y reinterpretan los patrones culturales de las sociedades urbanas y hegemónicas (Kropff Causa & Stella, 2017). Frente a estas constataciones, la literatura nos invita a discutir la juventud y adolescencia como una categoría social emergente en las comunidades indígenas (Urteaga Castro Pozo & García Álvarez, 2015), frente a la cual es necesario develar sus percepciones locales, así como las relaciones que presentan con las generaciones adultas de sus propias comunidades y con el resto de la sociedad no indígena.

Dentro de esta invitación a pensar lo juvenil desde las comunidades indígenas, los temas de salud sexual y reproductiva cumplen un rol importante debido a las inequidades que sistemáticamente se han registrado en todo el continente en temas de prevención, promoción, acceso, diagnóstico y tratamiento (CEPAL, 2011). En Chile, informaciones recientes nos muestran la vitalidad de las identidades indígenas y las inequidades que enfrentan no solo en el ámbito sanitario. Del total de la población presente en Chile un 12,44% pertenece a pueblo indígena, la mayor parte de ellos específicamente se identifica con el pueblo mapuche (INE, 2017). A diferencia de lo que sucede con otros países del continente, la mayor parte de las juventudes indígenas se concentran en centros urbanos, de hecho, solo un 22,5% de ellos/as reside en zonas rurales, lo que implica que sus vidas están trazadas por un constante contacto intercultural entre las comunidades de origen y los espacios de asentamiento temporal o permanente ya sea por motivos laborales o educativos. Los datos con que contamos también muestran los efectos que han generado las políticas interculturales inauguradas en los años 90, muchas de las cuales tuvieron un fuerte énfasis en la inclusión educativa de estos grupos y es que, si bien persisten desventajas en los promedios de escola-

riedad (11,6 años en indígenas contra 12,2 en no indígenas), se registra una disminución de estas brechas gracias a la posibilidad de acceder a becas y otros beneficios que han permitido aumentar los años de escolaridad y su presencia en el espacio universitario respecto a generaciones anteriores. En otros ámbitos, sin embargo, persisten inequidades: en términos socioeconómicos los y las jóvenes indígenas tienden a vivir en hogares con peores condiciones socioeconómicas (de saneamiento y calidad de la vivienda, hacinamiento) que jóvenes no indígenas y a concentrar su presencia como afiliados al sistema público (FONASA), específicamente en los tramos A y B, es decir los más desventajados (INJUV & DESUC, 2015). Por su parte, las iniciativas de salud intercultural que se han instalado en nuestro país pocas veces han realizado intervenciones miradas a comprender las necesidades de salud de estos grupos específicos, centrando sus acciones más bien en poblaciones adultas y adultas mayores. El sistema biomédico por su parte ha establecido históricamente distancias con los segmentos adolescentes y juveniles que poco a poco se han ido resarcido gracias a programas como el Programa de Salud Adolescente que, sin embargo, carece de una mirada intercultural y de integración de la voz de los sistemas de salud indígenas, aún en territorios donde una importante proporción de jóvenes se declaran pertenecientes al pueblo mapuche como lo es la Araucanía.

Frente a la elocuencia de estos datos, en este capítulo quisiéramos responder al llamado a reflexionar en torno al “territorio baldío” que configuran las juventudes indígenas, específicamente a partir de los itinerarios terapéuticos, las experiencias y resistencias que jóvenes mapuche ponen en acto como forma de cuidar y pensar su salud sexual y reproductiva. Hacemos este ejercicio, habiendo tomado conciencia de la heterogeneidad de experiencias que se albergan en la categoría de jóvenes indígenas y de los imborrables trazados de historicidad y colonialismo que marcan la trayectoria de pueblos que han sido objeto de diversos tipos de violencias, como lo es el pueblo mapuche. Creemos, también, que los intentos por visibilizar estas realidades son solo esbozos toda vez que no consideran la participación de sus protagonistas en los diversos pasos del ciclo de la investigación, participación que en nuestro caso se traduce en la incorporación de investigadores e investigadoras indígenas y pares jóvenes en la formulación de los proyectos, aplicación y análisis de entrevistas. Niveles más profundos de participación juvenil e indígena son aún tarea pendiente en el espacio académico. A pesar de estas limitaciones, es nuestro interés reflexionar en torno a material cualitativo levantado durante los años 2020-2023 en el marco del proyecto Fondecyt de Iniciación 11190701, a través de 16 entrevistas en profundidad con jóvenes mapuche entre 19 y 24 años habitantes de la IX Región, sobre los caminos y derroteros que siguen sus experiencias vitales y las implicancias que estas trayectorias tienen en temas de género, salud sexual y reproductiva. Esto, con la esperanza que estos relatos puedan suscitar reflexiones conjuntas respecto a grupos históricamente invisibilizados, cuyo derecho a gozar de salud sexual y reproductiva es parte de las obligaciones que nos conciernen como sociedad. En este espacio de reflexión relataremos tres fragmentos de historias de vida construidas en base a las entrevistas realizadas, para luego discutir los principales desafíos que ellas nos muestran en el abordaje de la salud sexual y reproductiva desde una óptica de interculturalidad y género.

“ES COMO SALIR DEL CLÓSET TRES VECES”: INQUIETUDES Y TRAYECTORIAS
DE JÓVENES MAPUCHE PERTENECIENTES A LAS DISIDENCIAS SEXUALES

Eider y Cami pertenecen a las disidencias sexuales, Eider se considera no binarie y Cami lesbiana, ambos se conocen por grupos de amigos de la universidad que frecuentan desde hace un par de años en Temuco. Eider nació en un pueblo rural del sur, “pueblo como de esos que lo que pasa en la plaza lo sabe todo el mundo... como te explico, si Temuco es conservador, mi pueblo mucho peor”. Cami viene de Santiago, pero decidió volver a Temuco a buscar sus raíces, “yo me crié en la *warría*, como una mapuche urbana que ni sabía que era mapuche”. Ambos vivieron su infancia y adolescencia sin tener especial conciencia de su pertenencia al pueblo mapuche. “Yo siempre fui como marica”, dice Eider, “llegaban las fiestas familiares y a mí me gustaba maquillarme, me sacaban una foto familiar y ahí estaba la manito en la cintura” y todos como ‘ya poh, no seai maricón’”. Aunque no sabía ponerle un nombre, las expectativas de género que le caían encima le hacían sentir permanentemente al límite: “Fui a un colegio de esos en que todo lo gay era para reírse, para burlarse, tenías algo rosado y era gay, todos esperaban que los hombres fueran futbolistas, médicos, ingenieros, ese era como el sueño del éxito”. Su pertenencia al pueblo mapuche también era algo ambiguo en su hogar: “Yo sí, soy descendiente, mi familia es mapuche, tengo sangre mapuche, vivo en un territorio donde se vive mucho la cultura, pero no he seguido tantas costumbres sólo por una cosa de casa, pero somos descendientes por ambos lados, con mis abuelos ya era como más pura la cosa, pero para nosotros no tanto como de costumbres”. Tener dos apellidos mapuches y la piel morena fue suficiente para inscribir su cuerpo en una trama de discriminaciones que solo con el pasar del tiempo logró enunciar como racismo, pero que en su recuerdo de niñez resuenan como juegos y burlas orientadas a identificar su diferencia: “En el colegio era muy común que hubiera comentarios como ‘ah, se te paró la pluma’ o ‘se te salió lo indio’, o ‘ah, eres negro, eres mapuche’, o no sé. Igual muchas cosas, siempre esos comentarios. O, una vez, me dijeron cuando fui a Valdivia, y me dijeron ‘ah, es que me das nervio, es que eres demasiado negro’ y es como... me llamaba la atención porque estamos en el mismo país y Chile no es un país blanco. En ese entonces me sentía incómodo, pero no me daba cuenta de que era súper racista hasta hoy, que lo veo claro”.

El sentimiento de incomodidad que todo lo inundaba, fue el impulso para aprovechar las oportunidades que le dio su familia y apenas pudo decidió continuar la enseñanza media en un liceo en Temuco: “Ahí fue mi primer inicio de ver cosas distintas, y me metí en la parte musical un tiempo y mi profesor de música me empujaba a cantar o participar, tocar guitarra y todo, y ahí con ese estímulo”. De la mano con esa nueva autonomía, empezó a ir a clases de baile, pero sin contarle a su familia. “Yo les avisaba que iba a hacer algo, pero sin detalles para no pelear”. Eider bailó durante su adolescencia y continuó haciéndolo cuando entró a la universidad. Hasta ese momento, se identificaba como un hombre gay hasta que el año 2018, el movimiento feminista “fue para mí un momento importante porque empezaron a mostrarse cosas que siempre eran normales o estaban normalizadas. Ese año fue un antes y un después, fue mi segunda salida del clóset porque yo antes ya era parte de la comunidad, pero era igual súper heteronormado, era un gay heteronormado de la zona, entonces cuando comenzó el movimiento fue paralelo a cuando me acerqué a la escena de ball room que se trata también de la disidencia, comenzó a estallar en mí toda esta revolución, deconstrucción al respecto, entonces desde ahí. El estallido social, más el movimiento feminista fue como un punto importante para mí”. En ese mismo espacio, Cami también vive

su propia transformación: “Hay varios como yo que se vienen de Santiago porque tienen familia aquí, pero también porque quieren recuperar su identidad, porque hay como una inquietud en eso”. Para responder a su inquietud Cami se une a uno de los numerosos grupos de recuperación de la lengua y cultura mapuche, lengua que sus padres no aprendieron en Santiago y en la que ella, en cambio, logra alcanzar un nivel que hoy le permite impartir clases a sus compañeros, que son en su mayoría jóvenes “como de 30 años lo máximo. Pura gente joven en realidad. Ahí como el tema de la diversidad sexual no se aborda. O sea, cuando hago clases, me carga como la parte de la familia, el marido, la mamá, el papá. Nunca lo paso así. Odio la familia, digo al tiro como ‘dos mamás’ y la gente se ríe, porque claro yo también soy activista en eso, entonces lo digo como lo más normal del mundo. Y más gente joven, en realidad es cada vez menos tema la sexualidad y eso es bacán”.

Cami es también partícipe de un festival de cine en el que a menudo se tocan temas en torno a la sexualidad y la heteronormatividad que los jóvenes perciben presentes en algunas comunidades: “La gente mapuche que conozco, la mayoría es disidente, pero en la ciudad. Porque llegan a la comunidad y hasta ahí llega la disidencia, porque pueden serlo más abiertamente en otros espacios, pero en la comunidad no, ahí se vuelve a lo heteronormado”. Entre cursos de mapuzungún, escena artística y festivales de cine, Cami y Eider exploran en sus identidades, reconociendo tránsitos y negociaciones continuas con sus raíces indígenas y las posibilidades identitarias que éstas les dan. Eider, por ejemplo, relata su interés por la figura del *weye* mapuche: “Yo igual soy una persona que investiga del tema, porque me muevo en el ámbito disidente y también político, entonces sé que antiguamente en el pueblo mapuche existían entidades que eran los *machis weye*, donde existía una dualidad espiritual o personas que se salían de este esquema porque los escritos que tenemos ahora son solamente de gente colonizadora europea con visión cristiana binaria”. Para Eider y Cami reconocer su disidencia sexo-genérica va de la mano del reconocerse como pertenecientes al pueblo mapuche, aun cuando estas identidades múltiples los lleven a experimentar tensiones y una permanente sensación de vivir en una sociedad que encierra, etiqueta y jerarquiza: “Por ejemplo, para mí, el hecho de acercarme al pueblo mapuche es otra salida de clóset y más con todo lo que tengo atrás, ser no binario, disidente, entonces como mostrarse mapuche además es otra salida de clóset, la tercera, la cuarta (...), porque nosotros vemos el cuerpo como también un instrumento político, ahí está quien eres”.

Las tensiones se perpetúan en distintos espacios de la relación con las instituciones chilenas, incluyendo su sistema de salud, pues tanto Cami como Eider evitan acercarse a los centros de salud biomédicos y abogan por una autonomía en el cuidado de su cuerpo que los aleja del paradigma heteronormado y centrado en el control de la reproducción que observan en el sistema de salud oficial: “Yo, por ejemplo, sé que voy a tener problemas al momento en que cambie mi carnet, si lo llego a cambiar. Como, no sé, no binario, aunque igual me quiero cambiar el nombre, la verdad. (...). También los estigmas, porque viene una persona y dicen ‘tenías que ser gay, por eso te pegaste esto’. Yo sé que a gente le pasa, o que los cuestionan. O lo mismo que pasa con las mujeres siempre, que si quedan embarazadas o situaciones así, el cuestionamiento y el pesar siempre va hacia las mujeres, entonces por eso no, no me gusta ir al hospital”.

“AHORA QUE YA SÉ, ME GUSTARÍA QUE TODO ESO FUERA DIFERENTE”:
GÉNERO Y MEDICINAS INDÍGENAS EN LA ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA DE MUJERES JÓVENES MAPUCHE

Karen nació en una comunidad mapuche, pero realizó buena parte de sus estudios en una pequeña ciudad de la Araucanía. Si bien siempre se ha sentido mapuche, nunca estuvo muy cerca de la cultura pues sus padres pertenecen al culto evangélico, por lo que fue educada principalmente en esa religión: “Cuando era chica sí, algo hablábamos en el colegio, pero como mis papás son de la iglesia tampoco creíamos mucho en eso, ni hablábamos la lengua, era como ser de la comunidad más que hacer cosas específicas, o vestirse”. Karen siempre se ha sentido un poco diferente en su familia pues cuestiona las opiniones tradicionales de sus padres que a menudo hacían pequeñas diferencias en la crianza entre ella y sus hermanos: “Mi papá dice que no me voy a casar, que mi marido no me va a querer porque no le voy a tener la comida hecha, ¡a ese extremo!” Estas diferencias de opiniones fueron forjándose a partir de su experiencia adolescente en el liceo, donde llegó siendo muy tímida y percibiendo las distinciones que se trazaban entre ella y sus compañeras por los rasgos de su rostro y piel: “Las niñas de la ciudad son blanquitas, su carita, su tono, su carita es diferente. O por ejemplo más por tímida, las niñas de allá tienen más personalidad, tienen ese carácter de estar ahí de sentir su presencia, no sé si era por ser mapuche, por ser del campo o por timidez, pero me sentía diferente”. Ese sentirse diferente a menudo la reportaba a la relación con el abuelo paterno que, a diferencia de sus padres, vivía en una comunidad en la que se continuaba hablando el mapuzungún y viviendo sentidamente la cultura mapuche: “Cuando íbamos al campo, mi abuelo nos hablaba en mapuzungún todo el rato. Igual no le entendía mucho porque iba para el verano y de por sí uno es chica y se le olvidan las cosas. Pero siempre tuvimos contacto con la cultura, participábamos en las ceremonias cuando íbamos para el campo. Y con mi hermano más chico siempre nos llamaba la atención eso”.

La primera vez que Karen fue a la matrona tenía 16 años, fue cuando supo de su embarazo. Hace años había tenido una clase en el liceo sobre uso del condón, pero se acuerda que “todo era como risa, venía el profesor con un plátano y ya, eso es la clase”. No tenía más información que eso, en su casa no se hablaba de sexualidad y ella tampoco iba mucho al consultorio, porque la mayor parte de los malestares en su familia se aliviaban con hierbas que conoce su madre: “Normalmente no vamos mucho al consultorio ni nada de eso. Con hierbas. Me acuerdo cuando íbamos al campo mi abuelo nos llevaba donde la machi cuando nos enfermábamos. Nos daban agüitas de hierbas y eso, *lawen*, nada más. Y, de hecho, yo matrona vine a saber cuándo quedé embarazada. No tenía mucho conocimiento qué era eso”.

El inicio de su adolescencia está marcado por el silencio que envuelve el tema de la sexualidad: “El tema este de las relaciones sexuales o de tener muchas parejas, no he escuchado que se mencione en zonas rurales, en ese tema somos como un poco más conservadores, no tocan esos temas, no es como la ciudad”. Antes de su embarazo no había usado anticonceptivos o preservativos porque le daba vergüenza comprarlos, como también ir a pedirlos al consultorio. Sus amigas que habían tenido experiencias de atención con matrona le habían contado situaciones desagradables: “Siempre me habían dicho que las matronas retan. Eso siempre he escuchado eso, porque son prematuras, dicen que... siempre llaman a la mamá.

Dicen que quién las mandó a abrir las piernas y cosas así”. Lamentablemente su experiencia de atención de embarazo sirvió para confirmar estos temores, pues en la primera consulta la matrona le pidió que entrara con su mamá y toda la consulta giró en torno a su irresponsabilidad por haber iniciado su actividad sexual sin anticoncepción: “Igual se sintió feo. Como que te apuntan con el dedo cuando te ven embarazada. Los médicos como que me retaron entre comillas, pero yo sin saber nada. Tampoco tenía mucho conocimiento de lo que tenía que hacer”. El momento del parto llegó sin que ella tuviera información respecto a lo que iba a suceder: “No me pusieron epidural ni nada. No tenía conocimiento del procedimiento que se hacía al tener un hijo. (...) en ese tiempo mi mamá tenía que firmar todo. Así que, como yo era menor de edad no podía hablar mucho, no tenía mucha voz de voto, entonces ella firmó que no se me hiciera nada”. Aunque el parto sucedió sin complicaciones y con la compañía de quien entonces era su pareja, recuerda la desorientación y la sensación de fragilidad que la inundaba en el momento: “Igual uno en parte se ve muy invadida, porque habían muchas personas. Me recuerdo que había como cuatro o cinco personas de salud, más mi pareja. Entonces, porque uno es su cuerpo, uno tampoco quiere exponerse a que todos te vean. Entonces igual en un momento me sentí invadida, pero estando él al lado me sentía segura”.

A pesar de lo temprano que experimentó su maternidad, el nacimiento de su hijo y su posterior inserción en estudios de técnico en párvulo fueron dos eventos que transformaron la vida de Karen y le dieron la oportunidad de reconectarse con aspectos que eran parte de la inquietud que sintió desde pequeña respecto a su cultura: “Yo ahora más grande, criando a mi hijo y estudiando también he empezado a investigar de la comunidad de mi abuelo, de mi cultura y con mi hermano hemos tratado de recuperar algo de esa historia, porque ahora está lo de educación intercultural y yo también me he interesado para poder enseñarle a mi hijo también”. Como parte de esa recuperación de su vínculo con la cultura mapuche Karen ha explorado en los distintos conocimientos de la medicina mapuche respecto a la salud sexual y reproductiva: “Hablando con la gente de la comunidad de mi abuelo, ahí aprendí el tema de la placenta, que se entierra para saber la vida que va a tener nuestro pichikeche. Y otras más. El relajamiento, las hierbas que nos dan para relajar, pero de todo eso no sabía nada cuando nació mi hijo”.

Actualmente Karen vive junto a sus padres y su hijo y viaja cotidianamente a la ciudad para frecuentar sus estudios técnicos, mientras su hijo asiste a un jardín infantil que tiene programas de educación intercultural y en el que el niño ha aprendido algunas palabras de la lengua de sus antepasados. Está contenta por los nuevos conocimientos que está adquiriendo y sueña que en un próximo embarazo la experiencia pueda ser diferente: “Como que yo ni siquiera me di cuenta cuando ya tenía a mi hijo en mis brazos, entonces me gustaría haber tenido un parto más, no sé, conectarme con él, con mi pareja (...). Y la ceremonia, igual después de que tuve a mi hijo tomé conciencia de lo que había hecho. Me faltó muchos procesos que hacer. Etapas que realizar, viendo por el lado de mi cultura. Si tuviera otro hijo, ahora que ya sé, me gustaría que todo eso fuera diferente”.

Entre sus sueños Karen también menciona desafíos para el sector salud y su relación con las juventudes y adolescencias indígenas: “Yo creo que deberían impartir talleres hacia la comunidad, porque desde que estamos como comunidad nunca un matrona ha hecho un taller como para conocer a los jóvenes que hay en las comunidades. Hacer actividades con

ellos. Como tratar de hacer un vínculo también con el machi. Porque igual hay jóvenes que les da vergüenza contarle al papá o a la mamá que quieren empezar su vida sexual, entonces ellos como matrones y ya tener el conocimiento de, podrían empezar a entrar a las comunidades y hacer talleres o capacitaciones. Algo que ellos se motiven para generar confianza con los jóvenes dentro de las comunidades también. Por si algún joven necesita ayuda o algo, si tienen confianza puedan hablar ellos de los temas, o confiarse cosas que a los papás de repente como jóvenes nos cuesta confiar o decirles ciertas cosas”.

¿ES POSIBLE PROMOVER SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
CON ENFOQUE DE GÉNERO E INTERCULTURALIDAD?:
MIRADAS DESDE LAS JUVENTUDES MAPUCHE

Las historias de Eider, Cami y Karen muestran las transformaciones que están viviendo las juventudes indígenas y las deudas que persisten en materia de ejercicio de su derecho salud sexual y reproductiva. Sus historias encarnan la heterogeneidad de trayectorias que se enlazan en torno a la identidad mapuche y la incorporación de los procesos históricos en curso en la conformación de su subjetividad, en la relación con sus cuerpos y en la gestión de los procesos de salud-enfermedad, atención y cuidado. Por una parte, Cami retrata las historias de los hijos y nietos de quienes a mediados del siglo XX migraron hacia las ciudades, impulsados por el despojo y el empobrecimiento de sus territorios. A pesar de la temida aculturación y los efectos del persistente racismo que sufrieron los migrantes indígenas en los espacios urbanos, hoy las generaciones jóvenes protagonizan procesos de recuperación y revinculación con sus identidades indígenas que se suman a la consolidación de la presencia del tema mapuche en los espacios universitarios y artísticos. En el caso de Eider, esta revinculación se realiza como parte de un proceso de exploración y cuestionamiento de las identidades de género presente en su entorno, que se ve fortalecido por el aporte de los movimientos feministas en curso en los últimos años. En ambas historias, el redescubrirse como jóvenes mapuche no está exento de una crítica hacia la historia de colonialismo y despojo sufrida por su pueblo, pero también de una crítica hacia las dificultades que los y las jóvenes reconocen aún persisten respecto a temáticas de sexualidad, heteronormatividad y diversidad sexual dentro de las comunidades indígenas. Críticos del binarismo, el colonialismo y la heteronormatividad, ambos jóvenes exploran en las posibilidades que les dan sus afiliaciones identitarias otorgándoles un sentido vinculado a su historia familiar y a las luchas y tensiones que viven en su territorio. El caso de Karen retrata las experiencias juveniles de quienes viven en sectores rurales y cruzan sus identidades indígenas con otras pertenencias importantes en el territorio como son las iglesias evangélicas. En su caso, los matices del crisol que conforma la categoría “juventud mapuche” expresan nuevos tonos, anunciando la necesidad de visibilizar la diversidad de posiciones que existen, incluso entre los/as mismos jóvenes, respecto a los conflictos en curso y el destino de sus territorios.

A pesar de su diversidad, las tres historias que hemos relatado comparten elementos comunes. El primero de todos es el que nos habla de la persistencia del racismo en las dinámicas sociales que circundan su infancia y adolescencia, remarcando su pertenencia a una otredad que pasa por marcas corporales, rasgos faciales, color de piel, textura del pelo, formas de ser y de actuar. Cuando Eider recibe el mensaje de ser “demasiado negro” o sus-

ceptible de que se “le pare la pluma” o se le “salga el indio”, las jerarquías sociales que trazan nuestra historia como continente se incorporan a recuerdos que van siendo apropiados y releídos durante la adolescencia y juventud. En el mismo sentido, la sensación de ser demasiado morena y tímida en comparación con sus compañeras que recuerda Karen, expresa los alcances que tienen las experiencias de racismo en las interacciones cotidianas de niños y niñas indígenas. Este sentirse y ser indicados como diferentes, se suma a la inquietud por reconocer raíces de las que sus padres en pocas ocasiones sintieron orgullo. Como relatan los tres casos, los/las jóvenes son herederos/as de los efectos de la discriminación y homogeneización cultural que por décadas promovió la eliminación de las lenguas indígenas y la construcción de un imaginario nacional blanco o blanqueado (Walsh, 2005). Sin embargo, sabemos que esos procesos han sufrido transformaciones importantes gracias a los movimientos sociales y étnicos que se han levantado en el continente desde los años '90 y que, en parte, son los responsables del hecho que las juventudes estén nuevamente ocupando espacios públicos, políticos y artísticos, así como interactuando con instituciones educativas donde la diferencia cultural no solo es reconocida, sino también promovida. La revitalización de la lengua, la incorporación de debates en torno a la autonomía del cuerpo, a la vitalidad de las medicinas indígenas y su relación con distintas formas de lucha del pueblo mapuche, son procesos que hoy en día están al centro de los intereses de las juventudes indígenas, especialmente aquellas que han vivido procesos de migración urbana y que se han insertado en circuitos universitarios e intelectuales. Sin embargo, es preciso indicar que esta es una realidad que cambia al introducirnos en territorios rurales, alguno de los cuales están fuertemente marcados por los conflictos que históricamente han trazado el territorio y que hoy se traducen en un estado de excepción que se extiende desde octubre del 2021 hasta la fecha. En dichos territorios existen tanto jóvenes que apoyan y participan de las diversas colectividades organizadas contra el Estado y empresas dedicadas al extractivismo forestal, como jóvenes que sobreponen su afiliación a otras colectividades como grupos evangélicos por sobre su pertenencia al pueblo mapuche, sin que esto signifique que nieguen su ser indígena.

A pesar de diversidades que se juegan tanto en el campo de lo histórico y político, como de las corporalidades y afectividades, la mayor parte de los testimonios coinciden en considerar el sistema biomédico de salud un espacio del que toman distancia, ya sea por su heteronormatividad en el abordaje de la sexualidad juvenil, por temor a recibir maltratos, por desconocimiento de los servicios y programas dedicados a adolescencia y juventud, o por desconfianzas sustentadas en experiencias previas. Las historias recabadas coinciden no solo en considerar los sistemas de atención biomédicos como alternativas a evitar, a utilizar solo en casos urgentes como la atención de embarazo, sino que también convergen respecto a la enorme deuda que tiene nuestro país en materia de educación sexual integral, con enfoque intercultural. Todos los relatos recabados coincidieron en el hecho de haber recibido escasa o nula educación sexual tanto en el espacio familiar, como escolar y de salud, siendo una experiencia compartida con jóvenes no indígenas. Sin embargo, en el caso de los y las jóvenes rurales como Karen a esta falta de educación sexual se suman las dificultades de acceso a la información y redes de participación que suelen estar más presentes en ámbitos urbanos, como los que frecuentan Cami y Eider, en los que encontraron espacios para cuestionar el binarismo, participar de movimientos sociales y artísticos, que han sido clave para definir sus decisiones en torno a sus relaciones sexoafectivas y de cuidado del cuerpo. En el caso de Karen, en cambio, estos espacios están más restringidos porque tanto desde

las instituciones de educación y salud, como dentro de las comunidades parece prevalecer el paradigma del silencio en torno a la sexualidad juvenil que deja a las jóvenes rurales, particularmente desprovistas de información y de acceso a cuidado en materia de salud sexual y reproductiva. Como ha demostrado diversa literatura, aún existen desafíos importantes en el reconocimiento de la salud sexual como una dimensión diversa de la reproducción, especialmente en mujeres. La incorporación de la mirada interseccional a este fenómeno permite visibilizar que estas dificultades se agudizan en grupos específicos como el de adolescentes indígenas que, como relata Karen, reciben poca información sobre sus derechos, son escasamente escuchadas y cuando están gestando pueden ser víctimas de violencias institucionales de diverso tipo. El relato de Karen, sin embargo, muestra también la dimensión agentiva de estos procesos al referir cómo, a partir de una experiencia tan importante como el nacimiento de su hijo y el desafío que la crianza impone a madres adolescentes, surge la búsqueda de itinerarios terapéuticos que dan espacio a la vinculación de las juventudes con las medicinas indígenas y con el conocimiento que éstas tienen en materia de salud sexual y reproductiva.

Las historias que aquí hemos invocado han querido hacer visible la trama de diversidades que están presentes en las juventudes indígenas, así como los desafíos que presentan al sector salud, reconociendo que insuficientes esfuerzos se han realizado para incorporar la interculturalidad y el enfoque de género en la atención de grupos etarios específicos como los/las jóvenes y adolescentes. Si bien el contexto de conflicto y la larga duración de las violencias desatadas en el territorio mapuche han dejado una huella indeleble en la relación entre jóvenes indígenas e instituciones chilenas, es urgente establecer diálogos entre sistemas de salud y entre generaciones para proteger una de las dimensiones máspreciadas que tiene cualquier comunidad: el cuidado de la vida y el derecho a la salud de sus miembros más jóvenes.

REFERENCIAS

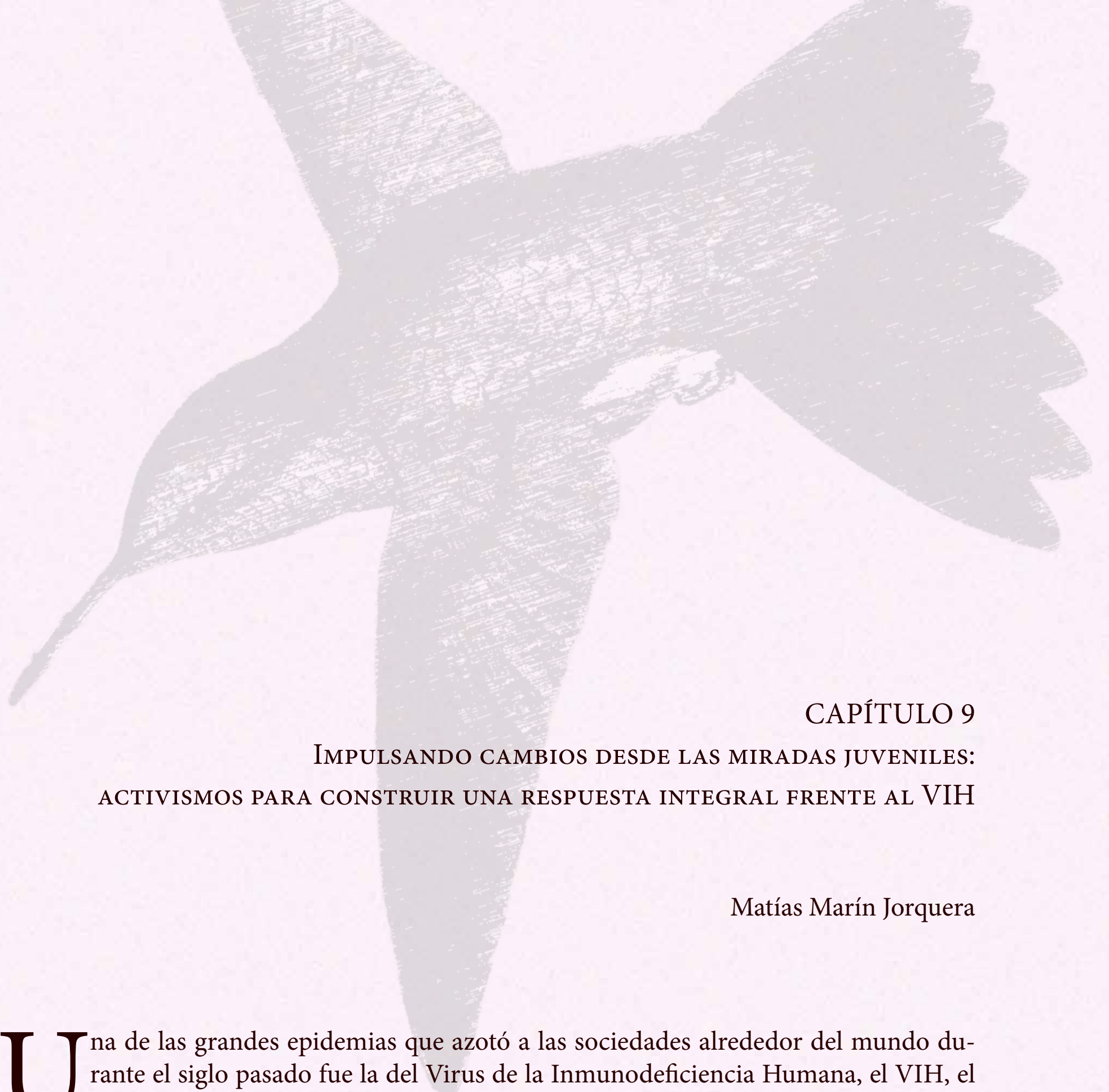
- Bengoa, J., & Caniguan, N. (2011) Chile: Los mapuches y el Bicentenario. *Cuadernos de antropología social*, 34, Article 34. <https://www.redalyc.org/pdf/1809/180922374001.pdf>
- CEPAL. (2011) *Salud de la población joven indígena en America Latina*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/35357/1/S2011118_es.pdf
- Feixa, Carles, C. F., & Gonzalez, Y. G. (2006) Territorios baldíos: Identidades juveniles indígenas y rurales en América Latina. *Revista de Sociología*, 79, 171-193. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v79n0.830>
- González-Cangas, Y. G. (2003) Juventud rural: Trayectorias teóricas y dilemas identitarios. *Nueva antropología*, 19(63), 153-175.
- Hillier, S. A., Winkler, E., & Lavallée, L. (2020) Decolonising the HIV Care Cascade: Policy and Funding Recommendations from Indigenous Peoples Living with HIV and AIDS. *International Journal of Indigenous Health*, 15(1), 48-60. <https://doi.org/10.32799/ijih.v15i1.34001>

- Zapata, C.A. & Hoyos, M. (2005) ¿Existe una condición de juventud indígena? *Nómad*, 23, 28-37.
- INJUV, & DESUC. (2015) *Jóvenes y Juventud Indígena en Chile: Vivencias y tensiones en el Chile contemporáneo*. https://issuu.com/iciis/docs/libro_injuv
- Kropff Causa, L., & Stella, V. (2017). Abordajes teóricos sobre las juventudes indígenas en Latinoamérica. *LiminaR*, 15(1), 15-28. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272017000100015
- Urteaga Castro Pozo, M., & García Álvarez, L. F. (2015) Juventudes étnicas contemporáneas en Latinoamérica. *Cuicuilco*, 22(62), 07-35.
- Walsh, C. (2005) Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad. *Signo y Pensamiento*, 24(46).

SECCIÓN III

Experiencias





CAPÍTULO 9

IMPULSANDO CAMBIOS DESDE LAS MIRADAS JUVENILES: ACTIVISMOS PARA CONSTRUIR UNA RESPUESTA INTEGRAL FRENTE AL VIH

Matías Marín Jorquera

Una de las grandes epidemias que azotó a las sociedades alrededor del mundo durante el siglo pasado fue la del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, el VIH, el cual durante muchos años vivió en la sombra del estigma, ya que estaba asociado principalmente a la población homosexual. Sin embargo, en Chile esta epidemia parece nunca haber causado gran impacto, debido a la escasa promoción de la prevención durante las décadas de los 90' y 00', además del nulo acceso a la educación sexual por parte de la población.

Distinta fue la realidad durante la década del 2010 en Chile, en la que se vivió un aumento significativo en las tasas de nuevos diagnósticos de este virus, lo cual se tradujo en un colapso en el sistema de salud, debido a la llegada de nuevos/as usuarios/as para el programa que atendía esta patología, lo que generó una gran cobertura por los medios de comunicación, quiénes atendían esta nueva realidad que enfrentaba el país.

Este aumento estuvo concentrado, principalmente, en adolescentes y jóvenes. Si en 2010 los diagnósticos fueron 2982, en 2018 esa cifra alcanzó a 6948 personas, la que en 2019 tuvo una leve disminución hacia los 5160 nuevos casos (lo que tendría explicación dada la situación política relacionada al estallido social en Chile, durante el último trimestre de ese año). Estas alarmantes cifras distaban de los resultados obtenidos durante las últimas décadas, desde que se diagnosticó el primer caso en el país.

Mucho más atrás en la historia de Chile, la epidemia del VIH comenzó con el primer caso diagnosticado en 1984. Conocida es la historia del profesor de Maipú²⁰ que fue internado en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, lugar donde falleció el mismo año, el cuál causó gran revuelo dado el contexto político, económico y social que enfrentaba el país.

No fue hasta 2001 que en Chile recién se estableció la Ley del SIDA²¹, en la cual se buscó establecer normas para crear una bonificación fiscal para enfermedades catastróficas (de acuerdo al contexto), además de establecer campañas gubernamentales de prevención, y avanzar hacia la no discriminación de las personas seropositivas.

Han pasado casi cuarenta años desde que se reportó el primer caso de VIH en el país, sin embargo, la realidad actual en torno al virus ha variado significativamente desde la década de los 80' hasta nuestros días. Sin ir más lejos, en la actualidad el tratamiento Anti-retroviral, que se utiliza para controlar la infección, ha transformado la perspectiva que se tenía respecto de este virus: ya no es una enfermedad mortal, sino más bien, una infección crónica. Las personas con VIH pueden vivir su vida de forma normal, mientras se respete la adherencia al medicamento.

Los avances científicos durante estas cuatro décadas también han desarrollado tratamientos para la prevención de la infección, como es el caso de la Profilaxis de Preexposición (PrEp), además se ha desarrollado una estrategia a nivel global para llegar a mayores audiencias, la cual es conocida como “prevención combinada”²². A grandes rasgos, esta estrategia busca entregar herramientas a las personas, con la finalidad de tener información clara sobre cómo prevenir la infección, además de enseñar los diferentes métodos de protección.

Sin embargo, en Chile aún existen asuntos pendientes con respecto a esta estrategia. Por ejemplo, una de las etapas esenciales para aplicar la prevención combinada está relacionada con la educación sexual integral, tema que es complejo de abordar, ya que siempre existen sectores conservadores que se oponen a esta medida. También es importante la entrega de preservativos y otras barreras de protección que puedan ser útiles para prevenir infecciones de transmisión sexual en general. Por otra parte, la estrategia de prevención combinada también hace mención del rol que debe jugar la sociedad civil en esta materia, la cual está orientada hacia el acompañamiento entre pares, así como también, a la creación de espacios amigables para la toma de muestras.

En esto último es importante destacar que muchas personas tienen graves complejidades para enfrentarse al sistema de salud, sobre todo en una atención nueva. Es por eso que el acompañamiento a las personas recién diagnosticadas es fundamental para fomentar la adherencia al tratamiento. Un buen trato en el ingreso al sistema puede garantizar que la persona se quede y quiera seguir recibiendo atención, por otro lado, una mala atención alejará a esa persona y probablemente no querrá volver a una segunda cita.

20 Disponible en línea: [“La historia de Edmundo, el primer chileno diagnosticado con VIH”, La Tercera.](#)

21 Disponible en línea: [Ley 19779.](#)

22 Prevención combinada de la infección por el VIH. Definición en línea Organización Mundial de la Salud: [Prevención Combinada para el VIH.](#)

En este sentido, los hospitales juegan un rol fundamental, pero especialmente los profesionales de la salud del área de infectología o de VIH, dependiendo de cada caso, ya que son el primer acercamiento que una persona recién diagnosticada tiene con esta nueva realidad que deberá empezar a asumir.

Las deudas del Estado chileno en materia de prevención de VIH, sin lugar a dudas, tienen como consecuencia los resultados de nuevos diagnósticos visibles durante la década del 2010's. Razón por la cual, surgió en 2018 la idea de organizarse a través de la Asociación de Jóvenes Positivos - Círculo de Estudiantes Viviendo con VIH (Actualmente JEVIH), para visibilizar la vivencia del VIH/Sida desde una perspectiva de responsabilidad, autocuidado y respeto; además de dar cuenta de las problemáticas en torno a la educación y la salud pública en el país.

Pese a que en un principio la organización sólo tenía presencia en Santiago, con el paso del tiempo se logró incorporar a personas de otras ciudades, como es el caso de Valparaíso y Concepción. Además, a nivel regional se vinculó con la Red Latinoamericana de Jóvenes y Adolescentes Positivos (J+LAC). Con la llegada de nuevas personas, el trabajo se dividió en tres grandes áreas internas: administración, comunicaciones y acompañamiento. El área de administración se ha encargado de llevar cuenta de las diversas actividades en las que se participa, además de conseguir la legalización de la organización dentro de los registros oficiales. Por otra parte, el área de comunicaciones se ha encargado de la creación de contenido audiovisual y campañas comunicacionales orientadas a las vivencias seropositivas. Finalmente, el área de acompañamiento se encarga de generar espacios de contención entre pares, cubriendo una de las principales falencias del sistema de salud, que es el apoyo psicológico hacia una persona con diagnóstico de VIH reciente.

Esta problemática asociada al apoyo psicológico es observada a nivel latinoamericano. Para tomar como punto de referencia, recientemente la Alianza Liderazgo en Positivo y Poblaciones Clave (ALEP+PC) presentó los resultados de su investigación conocida como Índice de Estigma y Discriminación (INDEX)²³, en donde a grandes rasgos, se visualizaba que al 85% de las personas encuestadas les resultaba difícil comunicar que vivían con VIH, además, el 81% no compartía su estado serológico con las personas de su entorno. Estas situaciones hacen referencia, según el estudio, al estigma internalizado que viven las personas seropositivas. En la misma investigación se señalaba, por otra parte, que 5 de cada 10 personas con VIH habían experimentado alguna vez una situación de estigma o discriminación en ámbitos familiares, sociales y comunitarios.

Volviendo a Chile y con perspectivas similares a lo expuesto en el párrafo anterior, la agrupación de jóvenes comenzó en 2018 a realizar encuentros entre pares, principalmente estudiantes que vivían con VIH. Los encuentros de acompañamiento se empezaron a realizar con regularidad en diferentes puntos de Santiago, y con el tiempo, estos se expandieron a Valparaíso y Concepción.

23 Disponible en línea (documento pdf; enlace *Google Drive*): [Informe multipaís índice de estigma y discriminación en personas con VIH 2.0.](#)

Estos espacios son de contención, pero también de aprendizaje mutuo. Muchas personas buscan expresar lo que sienten con respecto a su diagnóstico, conocer a otros y otras jóvenes que comparten su realidad, lo que con el tiempo ha permitido que para quienes participan de estas reuniones, el ser seropositivo sea algo más cotidiano, alejado de la carga negativa con la que generalmente se asocia.

En 2019 y a raíz del calor de las movilizaciones sociales que sacudieron al país durante el último trimestre, también se desarrollaron espacios para conversar respecto de las necesidades que sentían las personas seropositivas en Chile. Sin embargo, con la llegada de la pandemia en 2020, estos encuentros debieron ser pausados, situación que desarrolló aún más complejidades para la vida de las personas con VIH.

SINDEMIA

No es sorpresa que la pandemia por Covid-19 cambió la vida de todas las personas en el mundo. Con la llegada del confinamiento, las actividades cotidianas comenzaron a realizarse de forma virtual. Para todos y todas los y las estudiantes en el mundo, las clases se trasladaron a las casas, por lo que ya no había necesidad de estar en la misma ciudad o región en donde llevaban adelante sus actividades. Esto implicó una carga a la salud mental de la mayoría de las personas en el mundo y en Chile.

Para muchos y muchas jóvenes con VIH que estudiaban en una región distinta, esta nueva realidad implicó el traslado hacia un nuevo hospital donde recibir la atención médica en su ciudad de origen, lo que trajo a su vez complicaciones con el entorno en el que ahora debían enfrentarse. El impacto del Covid-19 hacia las personas con VIH implicaba una nueva realidad: la de sindemia, concepto que hace relación a la afectación de más de una epidemia o pandemia sobre un grupo poblacional. Esta realidad tuvo especial afección en la salud mental de muchos/as jóvenes seropositivos.

De acuerdo con los resultados de la Segunda Encuesta sobre el Impacto del Covid-19 en Personas viviendo con VIH²⁴, aplicada por Onusida Latina durante el primer semestre de 2020, 5 de cada 10 de las personas que participaron en el estudio había tenido complicaciones para recibir su tratamiento antirretroviral, y pese a la recomendación de entrega multi-mensual para evitar el atochamiento en hospitales, sólo 2 de cada 10 personas tenía medicación para más de un mes. La encuesta también reveló que el 43% de las personas encuestadas requería atención psicológica, por la ansiedad que le provocaba la pandemia por Covid-19.

En relación al estigma y la discriminación, esta encuesta develó que el 56% manifestaba que podría sufrir una agresión física, psicológica o verbal, por el hecho de vivir con VIH en medio de la pandemia. Finalmente, el 40% de las personas encuestadas afirmó que no sabía a quién acudir en caso de sufrir una agresión, ya fuera física o verbal, por ser seropositivo. Esta situación resultaba alarmante dado el estricto confinamiento que se estableció en la mayoría de los países del mundo.

24 En línea (documento pdf): [II Encuesta sobre el impacto del COVID-19 en PPVIH](#).

En Chile durante el primer año de convivencia de ambas pandemias, tanto de Covid-19 como de VIH, hubo un notorio olvido hacia la segunda. De hecho, gracias a la presión de la sociedad civil se logró instaurar la entrega multi-mensual del tratamiento, ya que, en algunos hospitales incluso habían llegado al desabastecimiento de los medicamentos, debido a la concentración de profesionales de la salud en la atención del Covid-19.

Como ejemplo de lo anterior, se encuentra el caso denunciado contra el Hospital San José, el cual está ubicado en el norte de Santiago, específicamente en la comuna de Independencia. Sebastián Neira alertó a través de redes sociales, que debido a la pandemia por Covid-19, había recibido menos dosis de las correspondientes, e incluso, le habían sido entregados los medicamentos en un frasco alterado con 10 dosis de Genvoya, medicamento que tomaba a diario para el VIH²⁵.

Estas situaciones pasaban desapercibidas debido a las consecuencias y los estragos que estaba provocando el Covid-19 en el país, lo que para las personas con VIH implicaba desafíos en el cotidiano para solicitar permisos para ir a retirar los medicamentos o para asistir a las atenciones médicas. Si a esta situación se le sumaba el factor de estar en regiones diferentes a las que habitualmente se asistía, se acrecentaba el estrés provocado por la pandemia.

Desde JEVIIH se decidió colaborar con quienes requirieran apoyo en esta materia, trabajando en conjunto con las instancias gubernamentales necesarias en favor de generar un traslado rápido y efectivo hacia diferentes regiones del país. Adicionalmente, se presionó en conjunto con la sociedad civil para obtener la entrega multi-mensual de tratamiento en toda la red hospitalaria de salud pública, con la finalidad de tener menos atochamiento en los hospitales, y así evitar el contagio de coronavirus en personas con VIH, ya que, hasta ese momento, no había información basada en evidencia con respecto a las complicaciones que esta nueva afección podría tener en las personas seropositivas.

Adicionalmente, y tal como ocurrió con gran parte de las actividades cotidianas, en JEVIIH se siguieron realizando las reuniones de acompañamiento, pero de manera virtual. En estos encuentros, muchas personas buscaban recibir contención dada la situación que se enfrentaba a nivel global y cómo esto afectaba a la salud mental de las personas, en especial a quienes vivían con VIH.

El inicio de la vacunación implicó nuevos desafíos, sobre todo con relación a la confidencialidad del diagnóstico. Por una parte, era necesario priorizar la vacunación en personas con VIH debido al riesgo que implicaba en algunos usuarios, la coinfección entre VIH y Covid-19. Pero, por otro lado, era complejo priorizar a las personas con VIH y resguardar la confidencialidad de su diagnóstico. Esta situación fue difícil de resolver y en muchos casos implicó un mal trato por parte del personal de salud hacia las personas seropositivas o directamente la vulneración de sus derechos.

Pese a que en la actualidad la pandemia por Covid-19 parece haber sido superada, es importante recoger lecciones y aprendizajes que se obtuvieron con respecto a las situaciones anteriormente mencionadas, porque las vulneraciones a los derechos de las personas con VIH persisten a diferentes niveles y medidas.

25 En línea: [VIH: Usuarios denuncian falta de medicamentos](#), noticia Tele13.

ACTIVISMOS JUVENILES

En la actualidad, la participación política de las nuevas generaciones no necesariamente se relaciona con un partido político. En las últimas décadas han surgido movimientos sociales que abogan por causas como el aumento de la participación de jóvenes en espacios de decisión, por el cambio climático, por la igualdad de género, por la diversidad sexual, por mencionar alguna de ellas. En estas causas, la participación de jóvenes con VIH tiene una agenda que aboga por los derechos humanos para las personas seropositivas, así como también por la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

También es necesario mencionar que gracias a estos movimientos se han generado cambios positivos en la sociedad, sobre todo orientados hacia una mayor conciencia de los efectos del cambio climático, así como también con un mayor respeto con las diversidades sexuales y con la perspectiva de género en diversos ambientes.

La participación de las juventudes en espacios de toma de decisiones permite tener la perspectiva de las necesidades de esta población con respecto a los cambios que se realizan en la sociedad. No es menor que en las últimas elecciones populares se hayan seleccionado a representantes políticos de nuevas generaciones no tradicionales para el país.

A nivel internacional se incentiva la participación de las juventudes y las adolescencias en espacios de discusión y participación política, a través de diferentes foros e iniciativas de Naciones Unidas que buscan amplificar las voces de tomadores de decisión, con la finalidad de evitar la concentración del poder, además de identificar nuevas formas de brindar soluciones a las problemáticas que se enfrentan en la actualidad con el uso de las tecnologías y del avance científico.

En este sentido, JEVIIH ha participado en diversas iniciativas orientadas a la promoción de derechos. En 2019, la Diputada Camila Rojas Valderrama presentó el proyecto de Ley de Educación Sexual Integral²⁶, en el cual se invitó a la organización para incorporar perspectivas seropositivas dentro de la normativa, en torno a los beneficios de recibir información oportuna y basada en evidencia sobre las infecciones de transmisión sexual en general, para la prevención de las mismas.

Sin embargo, esta iniciativa finalmente fue rechazada en la votación que se efectuó en la Cámara de diputadas y diputados, aunque se dio paso a abrir la discusión en torno a la necesidad de tener educación sexual integral dentro de los planteles educativos chilenos, gracias a los beneficios que esta iniciativa entrega a adolescentes y jóvenes del país, como por ejemplo, en la prevención del abuso sexual infantil, del acoso y del bullying, así como también en la prevención del embarazo adolescente o de infecciones de transmisión sexual, por mencionar algunos.

Con respecto a lo último planteado, es necesario mencionar que desde los activismos juveniles se han levantado en los últimos años, diferentes iniciativas que buscan promover los derechos sexuales y reproductivos. A través de diferentes iniciativas como conversato-

26 En línea (documento pdf): [Proyecto de ley que modifica normas en materia de educación en sexualidad, afectividad y género.](#)

rios, ferias informativas, reparto de folletería, o incluso con la creación de infografías, la sociedad civil busca entregar información basada en evidencia con respecto al VIH y otras ITS. En esta línea es importante destacar que el rol que juegan estas organizaciones está relacionado con cubrir los espacios en donde el Estado se encuentra ausente, o bien, tiene escaso interés por resolver dichas problemáticas.

En línea con lo anterior y entendiendo que uno de los grandes desafíos en torno a la difusión de información en la actualidad está relacionado con los formatos a través de los que se difunde la información, además, entendiendo que las nuevas generaciones tienen mayor afinidad al uso del internet y las redes sociales, surgió el sitio informativo “Sácate la duda”²⁷, creado por JEVIIH en conjunto con la organización internacional “Inspira Cambio”, con la finalidad de generar un espacio virtual de entrega de información.

A través del sitio las personas pueden recibir información relacionada con el VIH y su diferencia con el Sida, además de otras infecciones de transmisión sexual. También en el sitio existen informativos sobre cómo detectar el virus, las diferentes pruebas que existen, de la vivencia seropositiva, la adherencia al tratamiento y de los derechos de las personas con VIH, entre otra información que se puede encontrar. Todo esto está escrito en un lenguaje cercano, lo que pretende tener una mayor cercanía con las personas usuarias.

La creación de espacios virtuales como “Sácate la duda” son beneficiosos para quienes buscan información en internet ya que los contenidos de este sitio son verificados, lo que muchas veces no ocurre con la virtualidad, espacio en el cual muchas veces se difunde información falsa o engañosa relacionada con el VIH, lo que genera un impacto negativo en las personas seropositivas.

La virtualidad entrega lecciones con respecto a la promoción de la educación en sexualidad de las personas, ya que diferentes iniciativas como estas buscan llenar los vacíos de estos contenidos en las mallas curriculares de estudiantes chilenos. Por otra parte, las redes sociales permiten tener un diálogo para resolver dudas relacionadas a estas temáticas, generando otras alternativas para recibir la información que se busca.

En relación a esto último, es importante destacar el rol que juegan las nuevas generaciones en el uso de estos espacios virtuales, ya que también es a través de estos que se difunde, en muchos casos, las ideas relacionadas con los diferentes activismos que se mencionan anteriormente. Para muchas personas jóvenes con VIH, la virtualidad es un espacio de contención a través del cual pueden comunicar lo que sienten respecto de su diagnóstico.

A través de las redes sociales de JEVIIH, llegan cotidianamente mensajes de jóvenes o personas anónimas seropositivas en búsqueda de información y apoyo en el ingreso al sistema de salud. También en muchos casos, se escribe para buscar información respecto de los tratamientos antirretrovirales, sus efectos secundarios o la interacción con otros fármacos, entre otras dudas que surgen en el cotidiano. Generalmente se busca dar respuesta a las personas utilizando herramientas o contención si es necesario, con la finalidad de generar espacios seguros de consulta para quienes acuden a la organización a través de esta vía.

27 Acceso a web: <https://sacateladuda.cl>

CONSTRUIR UNA RESPUESTA INTEGRAL AL VIH

En resumen, las diferentes iniciativas a través de las cuales JEVIIH busca incidir están en la línea de querer impulsar cambios dentro de nuestra sociedad, enfocados principalmente en mejorar la calidad de vida de jóvenes y adolescentes con VIH en Chile. Muchas de las que se mencionan en este texto se desarrollan a través del voluntariado de jóvenes que se han sumado al trabajo que se realiza a diario.

En este sentido la construcción de una respuesta integral a la prevención del VIH debe considerarse desde una perspectiva de derechos humanos, estableciendo metas en los estándares que se espera cumplir a nivel internacional para acabar con esta epidemia, pero siempre en la base del resguardo y el respeto de los derechos de las personas seropositivas en el país.

Para resolver estas problemáticas también es crucial incorporar las perspectivas que diferentes actores pueden aportar a la prevención de nuevas infecciones, además que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con VIH. En esto último, resulta importante mencionar el rol que las juventudes pueden cumplir en generar estrategias innovadoras para lograr los indicadores globales esperados, tal como las expuestas con relación a JEVIIH.

También es importante atender a las diferentes iniciativas que se entienden como prevención al VIH, ya que las personas seropositivas componen un grupo heterogéneo de población, es por ello que la metodología combinada logra llegar a una población más amplia, porque entiende que no hay un solo grupo de personas que viven con este virus.

REFERENCIAS

- Alianza liderazgo en Positivo & Poblaciones clave. (2023) *Informe multi país índice de estigma y discriminación en personas con VIH 2.0*. Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Perú y Paraguay. https://es.slideshare.net/Estrategia_VIH_Colombia/informe-index-multipais-20pdf
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2001) *Ley 19779. Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=192511>
- Cádiz, P. (2020) *Alerta tras denuncias de “falta de stock” de medicamentos para el VIH en medio del coronavirus*. Tele13. <https://www.t13.cl/noticia/nacional/denuncias-falta-stock-tratamientos-vih-coronavirus-29-05-20>
- Pérez, C. (2019) *La historia de Edmundo, el primer chileno diagnosticado con VIH*. La Tercera. <https://www.latercera.com/tendencias/noticia/la-historia-de-edmundo-el-primer-chileno-diagnosticado-con-vih-no-subir/793647/>
- ONUSIDA América Latina y el Caribe. (2023) *II Encuesta sobre el impacto de COVID-19 entre personas viviendo con VIH. Análisis de resultados regionales*. <http://onusidalac.org/1/images/infografia2-encuesta-PVV.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (S/F) *Prevención combinada de la infección por el VIH*. <http://surl.li/lvnyh>

CAPÍTULO 10

DEL BOX A LAS REDES SOCIALES: PROMOVRIENDO SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UNA PERSPECTIVA FEMINISTA

CAROLINA INOSTROZA MENDOZA

Mi nombre es Carolina Inostroza Mendoza, soy mujer, lesbiana y feminista. La Región de Los Lagos ha sido mi hogar la mayor parte de mi vida. De profesión matrona, trabajo hace algunos años en la ciudad de Osorno. Comencé a potenciar mis redes sociales hace 2 años y eso me ha permitido lograr el alcance para poder comunicar a las personas sobre la Educación Sexual Integral. Mi Instagram profesional es @matronaorgasmica. Podcaster en *Sexualidad Descubierta* disponible en Spotify y Youtube.

UN SISTEMA DE SALUD QUE “SE QUEDA CORTO”: UNA EXPERIENCIA DESDE EL SUR DE CHILE

Durante mis primeros años de experiencia laboral como matrona pude percibir un cierto rechazo de parte de las usuarias hacia el servicio público; ya sea por la mala fama de los centros, por miedo de las personas a vivir malas experiencias o inclusive maltrato en la atención, estas experiencias me hicieron sentir que el sistema de salud formal “se quedaba corto” en atender las necesidades de la población en materia de salud sexual. Durante esos años fue fácil percibir la total pérdida de confianza de las personas en las instituciones públicas, considerando que esto también fue parte de las razones que motivaron el estallido social en Chile durante el año 2019. En estas primeras experiencias me di cuenta que la

desconfianza podía llegar a tal punto que podía llevar a que una mujer dejara de asistir a sus controles de salud sexual por 10 años o más, simplemente por no querer exponerse a un sistema que en ocasiones puede ser muy hostil.

En mi experiencia como estudiante e interna de obstetricia fui testigo de múltiples violencias que se ejercen en los distintos espacios clínicos, tanto de profesionales de salud a usuarias como maltrato psicológico entre profesionales e incluso malos tratos a los estudiantes en práctica e internos. Lamentablemente, este tipo de situaciones son recurrentes, preocupantes y dejan entrever también las dificultades que enfrentan los profesionales de salud en los espacios laborales, con consecuencias sobre su salud mental. En el ejercicio de mi profesión me encontré frente un sistema que se resiste al cambio, que reduce las matronas a la toma de un *papanicolau*, a controles de embarazo y a recetar métodos anticonceptivos, una cultura muy aferrada a cumplir metas, preocupada de números y rendimientos.

Entendí rápidamente que la idea de trabajar en salud sexual es mucho más amplia que la que nos proponen institucionalmente. Así a través del tiempo “Matrona Orgásmica”, el nombre que di a mi perfil de Instagram donde realizo mi trabajo fuera del sistema formal, ha acogido distintas peticiones tanto de personas, como de instituciones públicas y privadas que solicitan orientación cuando enfrentan el trabajo con personas de la comunidad LGBTIQA+ o con personas viviendo con VIH, entre otros. Es importante mencionar que vivo en una ciudad del sur de Chile, donde persisten algunos prejuicios como los que expresan personas que piensan que, por tocar a las personas sin guantes, compartir los utensilios, el baño o una piscina, pueden contagiarse de VIH, ¡algo inimaginable considerando la información actualizada de la que disponemos!

Todas estas experiencias e inquietudes y guiada por las recomendaciones de familia y amigos, me hicieron tomar la decisión de abrir una cuenta profesional en Instagram para crear contenido con el objetivo de educar de forma pública, accesible y gratuita. Mi trabajo se dirigió especialmente a mujeres, adolescentes y disidencias en materia de sexualidad y placer, con un enfoque feminista y de género. Una perspectiva que considera las diferentes realidades tanto de oportunidades y desigualdades que vivimos las mujeres, ya sea por nuestro género, etnia, posición socioeconómica, nivel educacional, orientación sexual, identidad de género y edad. Analizando e ilustrando en cada video o post creado, fui observando como cada una de estas realidades suma a la siguiente y crea diversas necesidades en salud sexual de tipo corporal, psicológico, relacional y/o espiritual. Desigualdades y experiencias humanas que necesitan ser visibilizadas, problematizadas, atendidas y reparadas y que pocas veces son consideradas por un sistema de salud que no alcanza a cubrir las consultas de las personas en materia de sexualidad. Estas dudas e inquietudes se presentan en diferentes contextos en las vidas de las personas e interfieren profundamente en su diario vivir y calidad de vida. Al parecer, resolver las dudas de las personas y educar en salud sexual y reproductiva terminan convirtiéndose en una última necesidad para la salud pública. Tener un profesional de forma accesible en redes sociales permite que la información actualizada y de calidad llegue de manera rápida, en un formato breve y amigable para las personas y que está disponible todo el tiempo para quien lo necesite.

REDES SOCIALES Y SALUD SEXUAL: ¿POR QUÉ CONCRETAR ESTE PROYECTO?

Trabajar con la salud sexual de la población es un trabajo complejo y mucho más cuando se posiciona desde las redes sociales (RRSS). Sin embargo, cuando comencé a trabajar en RRSS otras personas habían empezado el camino, creando contenidos relacionados y eso me motivó a concretar este proyecto. Inspirador fue el trabajo de mujeres chilenas que admiro y que fueron pioneras en redes sociales: Sexóloga Laura Leal, kinesióloga de piso pélvico María José Quiñíño, y La Matrona del Pueblo, Rocio Klenner.

Al principio no tenía seguidores, no más personas que las que me conocían. Empecé creando contenidos que pudiese captar la atención de otros grupos y así fue que comenzaron a llegar solicitudes de temas para tratar, consultas frecuentes, “confesiones” de las personas. También realicé encuestas breves para conocer los gustos e intereses de la comunidad que en ese momento se estaba interesando por mi contenido y fuimos creando un espacio personal y seguro de contacto virtual con las personas, en el que ellas pueden conectarse con una profesional de la salud sexual a través de un teléfono celular.

Las necesidades de la audiencia varían ampliamente, las personas desean hablar de sus experiencias sexuales tanto individuales como en pareja, inclusive emergió la inquietud por transitar de relaciones monógamas a no monógamas, el uso de juguetes sexuales para vulvas, penes, tanto en pareja como de forma autónoma. Había inquietudes sobre el uso de lubricantes, métodos anticonceptivos y cómo cambiar entre estos, ciclo menstrual, anticoncepción de emergencia, embarazo, infertilidad, aborto, infecciones urinarias, ausencia de menstruación, síndrome de ovario poliquístico, entre muchas otras. Dentro de los mensajes que me impactaron fueron los que hablaban del temor a los controles ginecológicos con matrona: “No he ido en 10 años, tengo miedo porque la última vez me dolió mucho el PAP”; “Necesito una matrona que no me diga que estoy gorda apenas entre en la consulta”. De los testimonios emergía que las mujeres buscan una atención sin juicios ni llamadas de atención agresivas, una matrona que las escuche, comprenda y acompañe en sus procesos de vida, proporcionando información acorde a sus necesidades, sin sesgos ni estereotipos de género, sin querer imponer valores morales arbitrarios. Me di cuenta que las personas necesitan un profesional que se preocupe verdaderamente por el bienestar biopsicosocial y espiritual en torno a la sexualidad de sus usuarias.

Con respecto al mundo de las relaciones de pareja, el sistema relacional monógamo va perdiendo seguidores a través del mundo y el sur de Chile no es la excepción. Durante el transcurso de estos años he tenido consultas sobre cómo incorporar a un tercero a la relación o cómo abrirla, ¿cómo lo hago?, ¿cómo se lo propongo a mi pareja?, ¿será bueno para nuestra relación?, tengo determinada fantasía ¿cómo la concreto? Es impresionante como en un país que se caracteriza por ser conservador también exista esta variedad de realidades que parecen tan opuestas y coexisten más cerca de lo que a veces imaginamos. Y justamente también faltan profesionales que se desempeñen en esas áreas, sexualidad, vínculos y relaciones, ya que por miedo a una atención que les enjuicie moralmente, las personas prefieren no asistir, no preguntar, contexto que finalmente los expone al riesgo de contagio de infec-

ciones de transmisión sexual, ya que sin la información adecuada no sabrán protegerse en un contacto sexual donde participen tres o más personas, donde pueden ser llevadas a cabo múltiples prácticas sexuales que requieren educación particular. Ante este escenario, en vez de juzgar desde una vereda moral hay que plantearse la manera más ética de resolver las dudas de las personas en materia de salud sexual.

PÚBLICO Y NUEVOS ESPACIOS DE ESCUCHA

Sin duda uno de los mayores temores de crear contenido en redes sociales es la exposición y la opinión pública sobre mi trabajo, en donde se tiende a confundir quién soy como persona y profesional con las ideas que defiendo y como estas resuenan en cada individuo que finalmente deja su opinión en forma de comentario. Al poder desarrollar un perfil profesional en redes sociales puedes describir tu tipo de atención, tus valores, un lugar donde las personas apenas revisan la plataforma se pueden formar una expectativa de lo que encontrarán en el trato con el profesional. En el contenido que se va creando comparto ideas que luego las personas comentan y discuten, es lógico que no a todos les gusten los principios sobre cuales baso mi consulta, pero esta dinámica social en redes igualmente crea una comunidad, permite compartir con personas a distancia, las que lo deseen o necesiten.

Una de las principales señales de que tu contenido está llegando a más personas en redes sociales lo conforma la aparición de “haters”, perfiles en línea aparentemente de personas que se comunican a través del insulto, la agresión y la mofa. Personalmente no les doy mayor importancia dado que sus comentarios no suelen aportar a la discusión, aunque creo que también es importante observar dichos discursos, saber que existen aún, identificar los sectores donde están esas opiniones, porque reflejan a una parte de la sociedad, personas con pensamientos estrictos y rígidos sobre la sexualidad humana, personas que también me he encontrado atendiendo en el sistema público y que generalmente tienen ideas basadas en mitos, temerosos de conocer otras esferas humanas distintas a las propias. Es importante conocerles no solo por las ideas que promueven sino porque transmiten desinformación hacia quienes tienen a su cuidado, reproduciendo la desinformación entre las siguientes generaciones.

Entre los prejuicios que he encontrado de parte de estos grupos, persiste la idea de que las mujeres acosadas son responsables de los ataques que sufren, por su forma de vestir o su forma de actuar, porque transitan en la noche solas en la calle o no son capaces de cuidarse. También hay personas que piensan que hablar de sexualidad es sólo hablar de genitales y relaciones sexuales, centrándose en el coito y nada más. Otros también acusan que la presencia de las matronas en espacios educativos para hacer talleres en salud sexual sexualiza a los niños e incluso los “homosexualiza”. Las diversidades sexuales son consideradas como producto de enfermedades y traumas, creyendo que nuestras elecciones están basadas en eventos de nuestra infancia: “Algo les habrá pasado cuando niño para ser así”. La persistencia de estas ideas demuestra el largo trecho que queda por recorrer en nuestro país en materia de educación sexual de forma que las personas podamos tomar elecciones sobre nuestras vidas sin ser juzgadas y que cada uno pueda escoger su proyecto de vida de manera consciente e informada.

Por otro lado, si bien estos “haters” aparecen en las redes sociales, la mayoría de las personas que encuentro agradecen el espacio de libertad de poder expresarse, hablar sobre lo que piensan, sobre lo que les ocurre en su fuero interno, la ausencia de juicios morales innecesarios en la atención. Cuando me encuentro con estos casos pienso: ¿Quién soy yo para ser quien dicte las reglas de lo que está bien o mal en su intimidad, en su relación y en su vida? Creo que es nuestro rol mostrar a las personas las diversas opciones que existen frente a la situación que enfrentan de modo que puedan actuar con libertad y autonomía. Para que las mujeres tengan la libertad de elección sobre sus propios cuerpos es vital que tomen decisiones por ellas mismas. Un ejemplo de estos procesos de autonomía lo representa el tema de los métodos anticonceptivos. No se trata solo de recetarlos, el objetivo principal es que la usuaria elija o no el medicamento o herramienta que mejor se adapte a sus necesidades y estilo de vida, con eso en mente se debe entregar información veraz, adaptada al nivel de comprensión de cada una de una manera que puedan evaluar riesgos y beneficios, que conozcan los efectos secundarios para así favorecer la continuidad del uso, ya que algunos de estos pueden en ocasiones afectar la calidad de vida. Por ello es importante validar las experiencias, para decidir en conjunto el mejor momento para su retiro o cambio.

Contestar mensajes es una práctica muy enriquecedora ya que me permite acompañarlas en los procesos de su vida sexual respondiendo a sus dudas, al hablar de sexualidad estas son inquietudes profundas e íntimas. Por ejemplo, algunas adolescentes me cuentan cuando han tenido su primer coito, me confidencian su experiencia porque es algo que les apetece hacer, confían en mi acogida y yo estoy feliz de recibirlo, lo valoro. Lo describiría como cuando alguien te cuenta un secreto, una vivencia personal e íntima a la cual no sabe responder o tiene dudas y se siente gratificante ser la persona elegida para recibir dicho relato y acoger su necesidad de información. En general trato de comunicarme con mi comunidad virtual de una manera personalizada, dentro de lo que permite un chat ya que es frecuente necesitar de una consulta para resolver situaciones que merecen ser abordadas de forma integral con tiempo y diálogo fluido. Últimamente hemos tenido que buscar como equipo la estrategia más eficiente de resolver las dudas que nos envían y creamos algunos mensajes estandarizados que utilizamos cuando no podemos responder enseguida, creando post de temas específicos que podemos enviar para dar respuesta a las consultas más frecuentes de manera directa a nuestras usuarias, sin deber descargar nada.

Recibo una buena retroalimentación constante del público, agradecimientos por tocar temas que en otros espacios no se hablan, son tabú y conmigo se da en un diálogo virtual completamente seguro. Aparecen consultas espontáneas luego de haber visto un post de mi perfil que encontraron en su inicio o me cuentan algo que les sucedió en algún momento de su vida y lo desean compartir para analizar también en conjunto, participan y responden preguntas que les dejo frecuentemente lo que permite que exista mayor interacción con la comunidad, pudiendo propiciar un espacio para el juego, sin miedo a perder, equivocarse o ganar, solo participar para descubrir las respuestas o simplemente aportar y eso hace que la información cada vez llegue a más personas.

Los espacios digitales permiten comunicarnos desde el lugar en donde nos encontremos y al instante compartir de forma directa por ejemplo mediante el mecanismo del live, en donde generalmente planteo un tema específico, las personas se van sumando a la transmisión por el tiempo que deseen y desde cualquier minuto ya que es abierto a todo público

mientras se transmite. Pueden comentar públicamente, realizar consultas que leo en el momento y respondo o también mensajes privados que permiten mantener la confidencialidad evitando identificar perfiles con información que suele ser de carácter sensible. Este método acomoda a quienes prefieren conversar desde el anonimato, ya que evidentemente existen personas que desean resguardar sus datos por el estigma social que tienen las discusiones sobre sexualidad, evitando que se sientan inseguros al ser asociados con un perfil como el mío. Además, otra ventaja de trabajar con redes sociales es la posibilidad de generar un espacio profesional de mostrarnos como humanos y alejarnos de la jerarquía y las relaciones de poder que se dan en el ambiente institucional, la relación funcionaria – usuaria, a menudo marcada por el paternalismo, que solo ordena indicaciones desde un podio basado en el conocimiento que se extiende a la persona, creando lejanía y asimetría en la atención.

¿DE QUÉ HABLAN LAS PERSONAS CUANDO QUIEREN HABLAR DE SEXUALIDAD?

Una de las comunidades con las que más he trabajado temáticas en live han sido mujeres madres, quienes enfrentan, por un lado, su intimidad y placer sexual y por otro la maternidad y crianza, que también forma parte de las expresiones de la sexualidad en un nivel afectivo, educativo y ejemplar para las infancias, pues como sabemos, la sexualidad es una esfera de la vida inherente al ser humano. Poder compartir herramientas de crianza para la prevención de abuso sexual, acompañamiento del desarrollo puberal, es una gran oportunidad de intervenir espacios íntimos de vulnerabilidad que son difíciles de dialogar debido a la carga emocional que tienen este tipo de eventos en la vida de las personas. Cada cierto tiempo llegan mensajes que impactan de distinta forma en mí. Recuerdo la vez en donde una mujer narraba su primer acoso callejero en la adolescencia y me contaba que hacía unos días su hija de 12 años había vivido una situación similar de primer acoso sexual en el microbus que la trasladaba en el trayecto de la escuela a su casa. Sentir la indignación de esa madre y el dolor en sus letras hace que me identifique, ya que debido a la cultura patriarcal y machista que aún nos rodea me arriesgaría a decir que el total de población femenina ha sido víctima de por lo menos un tipo de violencia en función de su género. Tristemente es una realidad diaria que viven las mujeres de nuestro Chile y del mundo, por esto es aún más necesario visibilizar estos espacios que tengan como objetivo acompañar y fortalecer a las personas para que puedan defenderse y defender a los más pequeños en contra de este tipo de violencias. Cada uno puede hacerlo desde su propia trinchera, la mía es la obstetricia y por lo que descubrí luego también la comunicación y conexión con otras personas.

En todos los grupos etarios con que trabajo he notado preocupación por el cuerpo, los cánones de belleza impuestos, la cultura de la delgadez, dietas milagro, expectativas del embarazo y maternidad sin considerar el cuerpo y sus muchos cambios. Las mujeres aún temen a verse la vulva con un espejo, piensan que es fea, que no hay necesidad de mirarla, las avergüenza su color, su forma, presencia de vellos, algunas incluso piensan que sus genitales no son “normales” ya que en los libros, películas e ilustraciones tienden a mostrarnos una vulva hegemónica rosada, depilada, piel sin imperfecciones, labios genitales simétricos, cuando la realidad es que estas características pueden variar de múltiples maneras según la expresión de cada cuerpo y las vivencias que haya tenido. En el escritorio del box y, por su puesto, entre la información presente en mi perfil, cuento con una galería ilustrada de diversas vulvas que llama mucho la atención de las mujeres porque no es frecuente verlas

y al hacerlo desaparece la culpa o la creencia de que solo existe una forma deseable de la genitalidad. Tal vez si viéramos más imágenes así podríamos visibilizar que todas las corporalidades son válidas.

Los mitos y tabúes con respecto al cuerpo parecen infinitos, en una cultura donde se vanagloria la delgadez y se desaprueba todo lo que sea diferente: cualquier rasgo físico fuera de lo normativo. A esto se suman los trastornos de la conducta alimentaria reforzados por estos mismos estereotipos corporales provenientes del entorno. En mis contenidos promuevo ideas como que un cuerpo delgado no es sinónimo de salud, solo los análisis de sangre y evaluaciones profesionales pueden confirmar esto. Intento alentar la diversidad y aceptación corporal con imágenes de cuerpos reales como ejemplo ideas en torno al *Body Positive* para disminuir la ansiedad que puede ocasionar exponer el cuerpo y la desnudez a una persona desconocida en un control ginecológico y prenatal.

A través de este ejercicio se crean lazos con otros profesionales que tienen una mirada similar y eso forma vínculos que se agradecen, ya que no somos especialistas en todo y existen situaciones en las que es necesario derivar al colega que corresponda. Otra arista positiva del mundo digital es que te puede conectar con personas de cualquier lugar del mundo y formar alianzas creando contenido aún más innovador y secundariamente que cada uno aumente el alcance de su mensaje al público objetivo más allá de las fronteras: en mi caso, personas que se interesen en conversar sobre sexualidad. A las personas les gusta llegar a un profesional por recomendación de un conocido para no tener que enfrentarse nuevamente al mundo hostil del box, evitar encontrarse con profesionales que carecen de empatía, no saludan al entrar, de trato hostil, que no respetan la decisión, ni consentimiento de la usuaria, que no atienden o consideran su dolor, la culpa, avergüenza, que juzgan por la forma en la que ella decide ejercer su vida sexual.

DEL INSTAGRAM AL PODCAST: NUEVOS FORMATOS PARA HABLAR DE SEXUALIDAD

Del desarrollo de nuestro trabajo en Instagram nace otro proyecto que es el podcast *Sexualidad Descubierta (Con La Pauli y La Caro)* material en formato audio que realizo en conjunto con la matrona Paulina González quién también es parte de “Matrona Orgásmica”, me apoya con las redes, respondiendo mensajes, agendando consultas y elaborando nuevo material educativo. Paulina también comparte la visión del proyecto y el interés de aportar a la vida de las personas experiencias de salud integrales y satisfactorias que tengan como centro principal a la persona, el respeto de los derechos humanos y sus derechos sexuales y reproductivos.

Algo que observamos frecuentemente son las métricas de nuestro contenido, con ellas hemos logrado descubrir las características medias de nuestro público y audiencia tanto del podcast como de redes sociales. En términos generales, del total de oyentes, según género 70% corresponden a mujeres y el otro 30% hombres, no existe mayor detalle de las diversidades sexo genéricas u orientación sexual en estos reportes. Del total de mujeres la gran mayoría se concentra entre el grupo etario de 24 a 45 años, coincidiendo con personas en etapa fértil y de crianza en la vida de las mujeres, lo que también nos da luces de las proble-

máticas frecuentes en dichas edades. Nuestro sueño es también poder llegar a grupos más avanzados de edad, con educación sexual integral para adultos mayores. Desde un punto de vista geográfico, nos encontramos ubicadas en la ciudad de Osorno, el sur de Chile, sin embargo, nuestro contenido se comparte mayormente en las ciudades de Santiago, Puerto Montt y Valdivia dentro del país. Y fuera de las fronteras alcanza a personas en países de habla hispana como México, Argentina y Colombia.

Dentro del contenido que expongo en mis redes sociales también he compartido información de mi vida personal por ejemplo mi orientación sexual, compartir algunas de nuestras historias o viajes, nuestras interacciones permiten dar visibilidad al afecto lésbico. Estar en redes también es importante para que personas de todas las edades y sectores de la población pierdan el temor a lo desconocido, de no haber visto nunca una pareja de lesbianas en sus vidas cotidianas y de forma natural. Al compartirnos de esta forma también resguardamos nuestra seguridad, pues sabemos que por nuestra ubicación geográfica como de momento histórico aún existe algo de miedo a las reacciones homofóbicas de las personas, algunas de las cuales han tratado de desacreditar mi trabajo debido a mi orientación sexual. Sin embargo, el vivir con orgullo la vida que decido muestra una posibilidad de vida, hace que otros también tengan el deseo y orgullo de ser ellos mismos, e incluso puede dar el valor muchas veces para hablar con sus familias y amigos sobre su propia orientación sexual.

De mi experiencia, un espacio amigo de las personas LGBTIQ+ es cada vez más necesario en los espacios institucionalizados donde trabajamos y sobre todo en centros educacionales. Cuando visito colegios me encuentro con profesores que me cuentan que para ellos es muy difícil abordar las temáticas o responder preguntas sobre sexualidad a sus alumnas y alumnos. En los espacios escolares aún se usan las palabras "gay" o "lesbiana" como una burla o insulto entre ellos y el abordaje de este tipo de situaciones queda al criterio de cada docente, quien según su formación personal y bagaje valórico responderá ante este tipo de situaciones, eso puede ir desde no hacer nada, castigar, de abordarlo desde la biología o basarse en mitos y experiencias propias de cómo responder a estas inquietudes de los adolescentes. Generalmente los equipos docentes abordan la sexualidad desde la biología, lo reproductivo y binario, por lo que las personas LGBTIQ+ hasta hoy no cuentan con algún tipo de información sobre el sexo entre personas del mismo sexo, mucho menos los cuidados en la salud asociados y en muchas ocasiones sus identidades hasta el día de hoy no son acogidas. Esto genera una enorme brecha de salud en la prevención del contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS), ya que se continúa enseñando el preservativo para la prevención del embarazo olvidando que su uso evita la transmisión de infecciones tan importantes como el VIH, siendo posible promoverlo tanto en el sexo heterosexual como homosexual.

La educación sexual integral necesita ser dada por profesionales que cuenten con los conocimientos necesarios para poder abordar estas conversaciones de una manera acertada y acorde a la etapa del ciclo vital. Los profesores en su mayoría no cuentan con las herramientas para entregar este tipo de información, por lo que es importante que incorporen estos conocimientos dentro de sus capacitaciones. Los centros de salud hacen alianzas con centros educacionales en materia de afectividad y sexualidad, pero no es suficiente para satisfacer de forma satisfactoria las demandas de este grupo en particular. Desde nuestra formación académica en salud sexual hemos visto esta necesidad y soñamos que las matro-

nas puedan ser parte de los equipos educativos de forma permanente, educando de forma individual y colectiva a alumnos, apoderados y docentes, además de participar en el control de la población dentro de estos grupos de edades.

REFLEXIONES FINALES

Sin duda este viaje por las redes sociales ha ampliado los alcances de mi profesión, me ha permitido conectarme con personas a las que no conocería si solo limitara mi quehacer a los límites de un box. Me ha abierto puertas para llegar a los colegios, trabajando con padres y cuidadores de la sexualidad en las infancias, también un sinnúmero de mujeres han abierto la puerta de sus casas para una atención en salud sexual en domicilio, inclusive me ha conectado con personas en el mundo académico participando de proyectos, entrevistas y colaborando con material audiovisual.

El material que se planifica y produce es educativo, con enfoque preventivo en sexualidad, caracterizado por ser abierto a escuchar y comprender las problemáticas de las personas, considerando a cada persona como un individuo integrado, en quien las distintas circunstancias de salud y enfermedad repercuten en distintas dimensiones de la vida. Las redes permiten crear una comunidad y junto a ellas apoyar causas, aprender juntos de forma lúdica, reconociendo la idea que en la sexualidad no hay reglas, no es blanco y negro, es una experiencia caracterizada por permitirte flexibilidad y una gama de posibilidades. “Matrona Orgásmica” es un espacio donde está permitido no saber y equivocarse sin ser sometido a juicio o castigo.

Para concluir, es necesario reconocer que el avance de las tecnologías nos entrega oportunidades a nuevos escenarios, nuevos desafíos y nuevas maneras de ejecutar nuestras profesiones y pasiones. Sin duda tener una matrona en cada espacio educativo favorece de múltiples maneras a que las nuevas generaciones crezcan con otros paradigmas más informados y flexibles sobre la salud, el autocuidado, el placer y la vinculación con los demás. Esta herramienta llamada internet, así como puede alejarnos del contacto humano directo, piel con piel, también nos conecta de otras formas y en otros niveles. Frente a estas transformaciones sobre las formas de hacer las cosas y desarrollar la vida, hemos decidido adaptar nuestro trabajo a las necesidades y demandas del mundo de hoy.

CAPÍTULO 11

“SI ESTOY VIVO ES POR LOS PARES TRANS CHILENOS QUE ME HAN AYUDADO”: ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL Y PROTECCIÓN DE DERECHOS DE JÓVE- NES MIGRANTES LGBTQI+ EN CHILE

ALEJANDRA CARREÑO²⁸

La movilidad humana, como muchos otros procesos sociales, ha sido históricamente leída desde el paradigma de la heteronormatividad, que considera la heterosexualidad como la norma e invisibiliza la presencia de identidades sexo-genéricas no binarias o pertenecientes a la comunidad LGBTQI+, en los flujos migratorios. En América Latina esta invisibilidad está además reforzada por la presencia de homonegatividad, machismo y violencia de género tanto en las interacciones sociales como en los dispositivos de poder que determinan el funcionamiento de las instituciones, las políticas fronterizas y los intereses económicos legales e ilegales que intersectan las trayectorias migratorias. Considerando que la mayor parte de las personas que migran hacia Chile pertenecen a grupos jóvenes de origen latinoamericano, en el siguiente capítulo analizaremos los testimonios de dos personas que por su propia historia y activismos participan de organizaciones de la sociedad civil dedicadas a abordar las temáticas LGBTQI+ presentes en los flujos migratorios de nuestro país.

28 El capítulo recoge fragmentos de las entrevistas en profundidad realizadas en el marco del proyecto Fondecyt de Iniciación #11190701 “Encuentros y tensiones en la construcción de cuerpos y sexualidades juveniles: las representaciones del mundo joven y del sistema de salud en el Chile actual”. Agradecemos a lxs participantes por su tiempo, por la confianza de compartir sus valiosos relatos y por el trabajo que día a día realizan desde sus respectivas vidas y militancias por hacer de nuestra sociedad un espacio de dignidad, seguridad y libre de violencia para todxs, independiente del género y la condición migratoria en que se encuentren.

CRIS: SER TRANS Y MIGRANTE

Cris²⁹ nació en Venezuela, donde nunca se sintió cómodo con la identidad que le era socialmente asignada. Pasó por todos los procesos que son conocidos para las personas de las diversidades sexo-genéricas: “Es un proceso muy difícil, hasta que el año 2016 me di cuenta que necesitaba transitar, que mi cuerpo no era lo que yo sentía, que necesitaba cambiar mi nombre, ser lo que yo sentía que era (...) yo era una persona trans y lo que necesitaba no se encontraba en Venezuela”. El periodo en que Cris sintió esa necesidad era particularmente complejo para su país: “Cuando fui a buscar alguna organización que me orientara, no existía. Cuando fui a buscar alguna farmacia o algún médico que me atendiera, no existía. O si existía era extremadamente patologizante. Cuando fui a buscar la opción de cambiarme de nombre no había nada. Había rechazo, rechazo”. Ese rechazo que sintió Cris al momento de buscar ayuda es compartido por las numerosas personas trans migrantes con las que trabaja actualmente: “En general, he visto que les compañeres trans piensan 'dónde me puedo hormonar, dónde puedo acceder a cirugía, dónde puedo cambiar mi nombre’”. Cris relata que muchas veces esa búsqueda de alternativas de ejercer sus derechos como personas trans va acompañada de la búsqueda de seguridad, de entornos libres de la homofobia y la violencia que abunda en los territorios latinoamericanos: “En Venezuela el último año fueron más de 19 asesinatos visibles a personas trans, y es complejo verlo, porque además son crímenes súper crudos, como pasa en Brasil, donde hay un sistema religioso bastante complejo. Esas personas huyen, llegan a Chile y acá si no se les reconoce la identidad rápidamente, ¿qué crees que puede pasar? O sea, van a estar en vulnerabilidad y quizá por mucho tiempo”.

Al igual que muchas otras personas en su condición, Cris indagó en diversas alternativas para migrar buscando seguridad, poder vivir una vida libre de violencia en lo que algunos autores han llamado *sexilio*, reconociendo el rol que juegan la violencia, la homonegatividad y la discriminación como factores que presionan el desplazamiento de grupos provenientes de las diversidades sexuales (Galaz & Menares, 2021). Cris enfatiza en la búsqueda de seguridad como uno de los motivos que le hizo decidir venir a nuestro país: “Chile es uno de los países de la región que, junto con Argentina, ha avanzado en el establecimiento de derechos para las disidencias sexuales. En cuanto a temas trans, además, la comunidad trans en Chile es una comunidad muy organizada, que incluso ha aumentado el liderazgo político hoy en día, por lo que hay una referencia a venir a Chile, como que puedo estar seguro en Chile”.

29 Algunos nombres de los participantes fueron modificados para proteger la confidencialidad de sus datos. Los nombres de las asociaciones y sus direcciones web y RR.SS, son reales y de público acceso. Agradecemos a la [Red Nacional de Refugiadas y Migrantes LGBTQI+](#); a [Fundación Colectiva Manifiesta](#); a [Migración Diversa](#); a [Miranda Intercultural](#); a la [Koletiva Las Kabras](#), y a todas las asociaciones que colaboran con un trabajo territorial por la inclusión.

Lamentablemente, al llegar al país las esperanzas de vivir una vida libre de discriminación se desvanecieron tanto porque siguió viviendo intimidaciones en el espacio público, como por diversos obstáculos que encontró en el ejercicio de los derechos que soñaba alcanzar: “La primera barrera, más que ser trans o ser disidente, para mí ha sido más difícil el ser migrante. Porque la comunidad trans incluso me ha recibido mejor, no sé, incluso estoy vivo casi por los pares trans chilenos que me han ayudado. Por ser trans sí me he sentido mal, sí me he sentido discriminado, pero es un tema más de que mi nacionalidad me lleva a estar en esa situación”.

Al respecto, es interesante relevar que Cris siente que su condición migrante fue el principal motivo de discriminación, incluso más importante que su condición de género y que su afiliación a redes del movimiento LGBTQI+ en Chile fue clave para volver a sentirse seguro, conocer sus derechos y emprender la lucha por obtenerlos. Pertenecer a las diversidades sexo-genéricas y ser migrante son condiciones que se van sobreponiendo interseccionalmente, generando condiciones de vulnerabilidad que se traducen en obstáculos en el ejercicio de derechos fundamentales como el derecho a la salud. Cris relata, por ejemplo, las dificultades que ha vivido para acceder a servicios de salud que respeten su identidad de género: “En mi caso en particular, no puedo acceder casi porque sufro más que nada episodios de discriminación, porque aún no he podido cambiar mi nombre y sexo en documentos chilenos, a pesar de que ya tengo 6 años acá. (...) No podemos acceder al derecho, entonces, si estamos ahí mirando interseccionalmente la experiencia, obviamente estamos muy lejos (...). Imagínate que no hay datos ni siquiera que podamos mirar para poder analizar qué pasa con las disidencias migrantes, deben ser muchas las personas que como yo tienen un RUT o un pasaporte con un nombre y un sexo que no les representa”.

En el caso específico de la ley de identidad de género, que Cris estudió acabadamente al decidir venir a Chile, al llegar al país encontró que existen numerosos obstáculos para que sus derechos sean aplicables a personas migrantes: “Porque existe la ley de identidad de género, pero la ley no es para las personas migrantes, sino para quienes tengan residencia definitiva. Y es complejo ahí, como que te pone otra traba y ya es inaccesible tener el derecho a la identidad. Y eso por ejemplo, no sé, imagínate una persona cuando va a un consultorio médico y necesita acceder a una consulta, sea cual sea el mecanismo, sea por sistema público o sistema privado, ya no tener tu nombre en el carnet chileno es complejo. Y, por ejemplo, viniendo de un país como Venezuela que tampoco tiene derecho a la identidad, estás como en un vacío, nadie te reconoce. Y si, por ejemplo, como yo, hiciste un cambio de género visible, hiciste una transición de hormonas, ya tu expresión de género cambia. (...) Yo he experimentado episodios fuertes de discriminación por esto. Y es un tema al final muy burocrático, como administrativo pero también muy violento”. Frente a todas estas experiencias Cris hoy en día realiza activismo a través de redes sociales y a través de la ONG Migración Diversa³⁰, una organización de migrantes para migrantes que brinda asesoría migratoria y apoyo psico-emocional para una inclusión e integración positiva.

30 Web: migraciondiversa.com; Instagram [@migraciondiversa](https://www.instagram.com/migraciondiversa)

PABLO: CREANDO REDES PARA RECONOCER LOS DERECHOS DE LA DIVERSIDAD SEXO-GENÉRICA

Pablo conoce muy bien los mecanismos administrativos que menciona Cris pues ha trabajado por años en temáticas migratorias bajo su rol de trabajador social: “Yo trabajo desde hace años en estos temas, pero llegó un punto en que me di cuenta que la mayoría de las organizaciones humanitarias que están a cargo de la atención de personas migrantes, son fundaciones de iglesia. Y aunque hagan un esfuerzo por abrir la temática, por tener líneas de intervención, siempre va a ser un lugar donde estas personas no se van a sentir cómodas, porque en la misma iglesia están las oficinas y esto hace que las personas se vuelvan a encerrar en el clóset nuevamente y muchas veces no digan que son gays, lesbianas o no digan que están en tratamiento por VIH”. Tal como lo menciona Pablo, numerosos estudios (Mercado Mondragón & Bollo Sánchez, 2023) han demostrado el rol que cumple el paradigma binario desde el que se ha abordado la movilidad humana en dificultar la visibilización de la presencia de diversidades sexuales en tránsitos migratorios y de las vulnerabilidades que enfrentan en los contextos de origen, los procesos de tránsito y llegada. De su experiencia Pablo relata: “Llegan con mucha más vulnerabilidad, se exponen mucho más a posibles ataques de transfobia, homofobia. Y es algo que se invisibiliza (...), por ejemplo hubo un ataque de homofobia a parejas venezolanas y están siendo atendidas por la fundación Scalabrini en este momento, con albergue. Pero, finalmente, el peligro persiste porque no es solamente la población nacional quien les ataca, sino que también sus compatriotas. O sea, ahí hay otro diagnóstico de cómo sus connacionales se burlan, los segregan, los atacan”.

Los ataques homofóbicos y la homonegatividad que sufren las personas migrantes a lo largo de toda la trayectoria migratoria, así como la falta de una perspectiva de género no binaria en la respuesta humanitaria presente en Chile, impulsaron a Pablo a trabajar con las organizaciones migrantes y de ayuda humanitaria, con las instituciones para abordar las necesidades de las diversidades sexo-genéricas migrantes que están formadas, principalmente, por personas jóvenes: “Siempre he creído que hay que hacer un trabajo con las organizaciones de base migrante para que puedan entender, solidarizar y hacer un ejercicio de re-educación en cómo percibimos a los demás”. Este ejercicio comenzó a realizarse el año 2019, fecha en la cual: “Empezamos a acercarnos a unas 20 organizaciones LGBTQI+ y fue un trabajo bien de hormiga. En ese entonces, ninguna de las que logramos ubicar tenía trabajo con población LGBTQI+ ni pretendía tenerlo, porque no estaba dentro de lo que ellos visualizaban como necesidades. Nosotros hicimos un trabajo bien interesante de una cartografía que finalmente se convirtió en el manual. Primero fue una cartografía de espacios seguros, este trabajo avanzó e hicimos una cita con todas estas organizaciones. En ese momento fueron 12 e hicimos un encuentro para discutir sobre migración, refugio, visa, etc. Hicimos esto con el fin de avanzar hacia una red, que luego se constituyó y se lanzó el 2020 junto con una campaña que hicimos con todas estas organizaciones, también un libro que se llamaba ‘200 palabras en una maleta diversa’³¹ que compartimos con La Maricartera, que es una asociación de personas venezolanas LGBTQI+ y ahí seguimos avanzando con la red”.

Uno de los primeros trabajos que realiza la Red Nacional de Refugiadas y Migrantes LGBTQI+ a partir de estos primeros encuentros es la realización del “Manual para solici-

31 Disponible en: https://issuu.com/lamaricartera/docs/libro_200_palabras_en_una_maleta_diversa_versi_n

tantes de refugio y migrantes LGBTQI+”³² en el que quisieron dar una respuesta práctica a la heteronormatividad con que las instituciones suelen abordar el proceso migratorio: “En la guía se habla de estos procesos de encerrarse nuevamente en el clóset es porque las personas sufren muchas vulneraciones en el tránsito, una frontera donde la policía es muy heteronormada, luego en el servicio de extranjería persiste lo mismo. Extranjería no ha avanzado en reconocer otros géneros, sólo es el hombre y la mujer, no deja abiertos a "otros" u "otres", no reconoce a personas trans, ahí estamos súper atrasados como sociedad, las personas vuelven a encerrarse y eso no es posible si estamos hablando de un Estado que reconoce la cuestión de género. (...) El otro día estuvimos en una firma de acuerdos con la red de municipios diversos y estuvo presente la nueva ministra de mujer y género Antonia Orellana y ella recalcó que estos trabajos territoriales eran importantes, nos felicitó por la guía, pero también ahí hicimos un llamado para que extranjería y la modernización de este estado, feminista y que respete una intervención basada en género, también llegue a extranjería”. Pablo reconoce que queda mucho trabajo por hacer y que el Manual constituye solo el inicio de un trabajo que debe ser a lo largo de todo el territorio nacional, involucrando a todos los actores implicados en la cuestión migratoria e incluyendo todas las formas de la diversidad sexo-genérica: “Todavía no hemos hablado mucho de personas lesbianas, y con las mujeres pasa mucho un fenómeno que es la presunción de la heterosexualidad. O sea, la mujer que viene sola, se entiende que tiene o tendrá una pareja que es hombre y que su tema es procrear. Ahí hay todo un tema tenemos que abordarlo. Y así también creo que tenemos que tener la habilidad de abrir estos temas de acompañamiento de personas que ejerzan trabajo sexual, ojalá tener algún convenio con el MINSAL para entregar métodos anticonceptivos, de barrera, PreP, etc.”. Actualmente el trabajo de la Red se extiende a la Colectiva Manifiesta³³ que, con presencia en diversas regiones del país y promoviendo el trabajo de grupo de pares y el apoyo de ACNUR, trabajan promoviendo los derechos de personas refugiadas, solicitantes de la condición de refugiadas y migrantes de la diversidad, que se encuentran en territorio nacional, con el fin de promover su integración independiente de su situación migratoria.

ACTIVISMO POR EL DERECHO A UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA Y A LA SALUD DE LAS PERSONAS MIGRANTES LGBTQI+

Entre de los temas recurrentes que reconocen quienes trabajan en organizaciones de la sociedad civil dedicadas al tema de migración LGBTQI+ se relaciona con el derecho a salud sexual y las vulneraciones que sufren las personas durante los tránsitos migratorios, especialmente quienes pertenecen a las diversidades sexo-genéricas, como relata Pablo: “Por la precariedad de vivir en la calle, del tránsito, del tráfico de personas. (...). Aparte, querámoslo o no, muchas personas de la diversidad y heterosexuales al llegar ocupan la prostitución como una opción de sobrevivencia, entonces son temas que no se han hablado mucho”. Cris también recuerda un caso que le llegó: “Me llegó un caso del norte en el que ella estaba en carpa, eran cuatro personas trans que se apoyaban entre ellos como grupo de amigos, y uno de ellos fue atacado”. Muchas veces frente a estos ataques las personas de la comunidad LGBTQI+ no cuentan con las redes suficientes para protegerse y garantizar su seguridad,

32 Disponible en: <https://otdchile.org/biblioteca/manualparasolicitantesderefugioymigranteslgbtiqa/>

33 Web: colectivamanifiesta.cl; Instagram [@colectiva_manifiesta](https://www.instagram.com/colectiva_manifiesta)

ya que a menudo el exilio implica una desvinculación de sus familias con quienes muchas veces también tienen relaciones conflictuadas, por lo que las redes informales y las organizaciones de la sociedad civil pasan a ser elementos fundamentales en tareas de inclusión y promoción de derechos: “Las redes de amigos y las organizaciones son muy importantes, yo creo que mucho más incluso que las redes familiares. Muchas veces las personas LGBTQI+ no cuentan con el apoyo de su familia, precisamente por el mismo prejuicio. Es donde reciben muchas veces más violencia de forma directa. Entonces, el círculo de amigos se vuelve algo vital, tú escuchas constantemente eso, 'me vine con un amigo', 'me vine con un primo' o 'me vine solo' y entonces te das cuenta que el activismo tiene mucho peso en sus vidas”.

La capacidad de generar redes entre organizaciones del territorio e instituciones del intersector (policías, sector salud, justicia, municipios, etc.) es clave para que las personas que sufren estas vulneraciones a sus derechos tengan capacidad de denunciar, recibir justicia y reparación. Al respecto, la condición de irregularidad se suma a los factores de vulnerabilidad pues, como es sabido, ésta restringe la capacidad de las personas migrantes de ejercer sus derechos, incluidos aquellos que se relacionan con el trabajo formal, la seguridad y la capacidad de denunciar agresiones sexuales, Pablo explica: “Si hablamos de personas en situación irregular, es mucho más complejo poder encontrar otro trabajo. Ahí la irregularidad juega un rol muy importante, en cómo también se definen los primeros procesos de integración y de supervivencia de acceder a trabajos en condiciones seguras, va a ser muy difícil que una persona trans migrante en situación irregular denuncie, por ejemplo, una agresión sexual”. La condición de irregularidad y los diversos obstáculos que encuentran las personas en los procesos de regularización repercuten sobre la posibilidad de cuidar de su bienestar integral, incluyendo su salud sexual y salud mental, ambos ámbitos que han sido identificados por la literatura internacional como particularmente afectados por la precariedad de las migraciones de algunos de estos grupos (Kostenius et al., 2022; Morales et al., 2022).

Por último, una de las preocupaciones más sentidas entre quienes trabajan en este tipo de organizaciones y conocen la realidad de la comunidad LGBTQI+ migrante, tiene que ver con el acceso a salud, especialmente a prevención, detección y tratamiento de ITS, entre ellas el VIH. Aun manteniendo la distancia respecto a los estereotipos y riesgos de estigmatización que pueden circundar cualquier asociación entre migración y VIH (Cabieses, et. al 2019), Cris y Pablo reconocen la necesidad de poner el tema sobre la agenda debido a los múltiples obstáculos que enfrentan las personas migrantes para acceder a servicios de salud, incluyendo aquellos mirados a prevenir la transmisión del VIH, de detectarlo tempranamente y obtener tratamientos que tengan continuidad en el tiempo. Como explica Fer: “Mirando el tema de VIH, el problema principal es que las personas cuando van a los CESFAM (Centros de Salud Familiar) no les dan RUT provisorio, si no dan ese número no acceden al GES (Garantías Explícitas en Salud). Y al no acceder al GES, obviamente no pueden acceder a sus terapias retrovirales. Afortunadamente la comunidad seropositiva es una comunidad organizada y desde Migración Diversa hemos tenido contactos con otras ONGs que rápidamente las testean, que rápidamente tienen sistemas como de apañarse entre sí cuando uno queda sin retrovirales. Y esos son sistemas comunitarios de apañe urgente, pero no debería ser así”. Pablo, por su parte reconoce que si bien existen dificultades por el riesgo de asociar VIH con migración, fue necesario abordarlo en el manual: “No es bueno tampoco ligar el VIH a las diversidades, por eso nos costó mucho incluir una lámina de VIH

en el manual, pero finalmente todas las organizaciones dijeron que era algo muy necesario y que había que hablarlo en ese espacio, porque muchas veces el enfrentarse a instituciones que son heteronormadas hace que las personas no puedan expresar sus necesidades y preocupaciones, por ejemplo, tuvimos varios casos de personas que venían con VIH, que ingresaban a tratamiento y después, en su discurso, no tenían VIH. Ellos asumían que no tenían VIH, no entendían este tema de estar seropositivo, no entendían el tema del control, y ahí hay un trabajo que hay que hacer, porque hay mucha desinformación”. Esta desinformación se suma al hecho que las personas que vienen con diagnóstico previo de VIH pueden haber perdido continuidad en sus tratamientos por falta de insumos o especialistas en sus países de origen, transformando la búsqueda de salud y de control de la enfermedad en un motivo por sí mismo para migrar: “Estamos hablando de personas que, por ejemplo, vienen con tratamiento de VIH de Venezuela interrumpido por dos o tres años, entonces el año que se va a demorar en gestionar su GES o el tiempo que pase para que la persona se sienta segura para comunicar su condición son clave, pueden salvar su vida”.

REFLEXIONES FINALES: AFECTOS, SEXUALIDADES E IDENTIDADES DE GÉNERO EN EL ESPACIO MIGRATORIO

Las historias de Cris y Pablo y de las organizaciones de las que son parte, relatan la necesidad de abordar el fenómeno migratorio desde una mirada interseccional, que nos permita no solo observar las vulnerabilidades que sufren grupos específicos como los colectivos LGBTQI+, sino también su capacidad de búsqueda y creación de condiciones para hacer de la migración una experiencia que mejore sus condiciones de vida y esperanzas a futuro, condiciones entre las que la participación social tiene un rol fundamental. Sus relatos también dan cuenta del enfoque de responsabilidad individual con el que a menudo se enfrenta la temática de migración, juventud y salud sexual en el que persiste la idea que los jóvenes que tienen acceso a información y que comprenden racionalmente las consecuencias de sus actos, no asuman conductas de riesgo. Dada su distancia con la realidad, este enfoque ha sido ampliamente criticado debido a la escasa valoración de los contextos sociales, políticos y económicos en los que se asumen los riesgos, y al hecho que ignoran que las personas no siempre tienen la posibilidad de elegir las condiciones en las que el tránsito migratorio se emprende.

Asimismo, el fenómeno de la movilidad humana ha sido escasamente abordado desde sus dimensiones afectivas y sexuales, autores como Nicola Mai recuerdan que las migraciones están vinculadas a una variedad de motivaciones que si bien son económicas y políticas también son emocionales, afectivas y sexuales (Mai & King, 2009). Tales motivaciones a menudo implican asunciones de riesgos, negociaciones económicas y simbólicas que están a travesadas por relaciones de poder, en las que la salud sexual también se ve implicada (Santos, 2009; Vogel, 2009).

Por estos motivos, los relatos aquí reportados tienen la potencia de llamar la atención sobre los desafíos que enfrentamos tanto desde el campo de estudios de la migración como desde las políticas públicas respecto a la necesidad de comprender y responder a las necesidades sociales y sanitarias de la población LGBTQI+, de visibilizar el impacto que la condición irregular genera sobre estos grupos y de recordar las deudas pendientes en materia

de ejercicio de derechos de diversos tipos que tenemos con grupos específicos como estos. El rol de las organizaciones aquí mencionadas, como el de muchas otras, es fundamental en cuanto abordan vacíos de los que las instituciones no han logrado hacerse cargo integralmente, demostrando a su vez, la importancia de generar vínculos participativos entre los recursos que crean y poseen las comunidades y las instituciones. Por último, estas experiencias nos recuerdan que garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, independiente de su condición sexo-genérica y migratoria, es un deber de los Estados y un deseo de quienes hoy soñamos con conformar sociedades democráticas e inclusivas en las que nadie deba sentir miedo de ser quien es.

REFERENCIAS

- Cabieses, B., Libuy, M. & Dabanch J. (2019) *Hacia una comprensión integral de la relación entre migración internacional y enfermedades infecciosas*. Colegio Médico de Chile, Universidad del Desarrollo, Sociedad Chilena de Infectología. https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/10/documentos-migrantes_final_compressed.pdf
- Galaz, C. & Menares, R. (2021) Migrantes/refugiadas trans en Chile: Sexilio, transfobia y solidaridad política. *Nómadas*, 54, 205. <https://doi.org/10.30578/nomadas.n54a12>
- Kostenius, C., Hertting, K., Pelters, P. & Lindgren, E.C. (2022) From Hell to Heaven? Lived experiences of LGBTQ migrants in relation to health and their reflections on the future. *Culture, Health & Sexuality*, 24(11), 1590-1602. <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1983020>
- Mai, N. & King, R. (2009) Love, Sexuality and Migration: Mapping the Issue(s). *Mobilities*, 4(3), 295-307. <https://doi.org/10.1080/17450100903195318>
- Mercado Mondragon, J. & Bollo Sánchez, A. V. (2022). Migración y diversidad sexual. Procesos de vulnerabilidad de las personas transexuales migrantes del triángulo centroamericano en su paso por México frente a una sociedad binaria y heteronormada. *LiminaR*, 21(1), 1-21. <https://doi.org/10.29043/liminar.v21i1.979>
- Morales, F.R., Nguyen-Finn, K.L., Haidar, M. & Mercado, A. (2022) Humanitarian crisis on the US–Mexico border: Mental health needs of refugees and asylum seekers. *Current Opinion in Psychology*, 48, 101452. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101452>
- Red Nacional de Refugiades y Migrantes LGBTQI+. (2021) *Manual para solicitantes de refugio y migrantes LGBTQI+*. <http://mums.cl/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Red-Migrantes-y-Refugiades-LGBTIQA.pdf>
- Santos, D. (2009) Reading Beyond the Love Lines: Examining Cuban Jineteras' Discourses of Love for Europeans. *Mobilities*, 4(3), 407-426. <https://doi.org/10.1080/17450100903195565>
- Vogel, K. (2009) The Mother, the Daughter, and the Cow: Venezuelan Transformistas' Migration to Europe. *Mobilities*, 4(3), 367-387. <https://doi.org/10.1080/17450100903195466>

CAPÍTULO 12

LA EXPERIENCIA DE INSTALACIÓN DE LA RED CHILENA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Y MIGRACIÓN (RECHISAM) EN CHILE

BÁLTICA CABIESES, PhD

ANTECEDENTES: MIGRACIÓN INTERNACIONAL Y SALUD

De acuerdo a la Naciones Unidas, una persona migrante internacional se define como aquella persona que reside fuera de su país de origen o de residencia habitual y que tiene intención de asentamiento. De acuerdo con datos globales oficiales, el número de migrantes pasó de 71 millones en 1960 a 243 en 2021 (McAuliffe, 2021). Es decir, mientras la población global aumentó 2,7 veces en seis décadas, la tasa de aumento de la migración es de 3,4. La migración internacional en América Latina no es la más prominente en el mundo, sino que en magnitud viene después de América del Norte, Europa y Asia, con un estimado de 15 millones de personas en nuestra región. En Chile, para el mismo período la población inmigrante creció en 14,14 veces, desde 104.805 a 1.482.390, mientras que la población total ha aumentado solo 2,4 veces. Esta aceleración en el tamaño de la población migrante impacta diversas dimensiones del funcionamiento de las sociedades, entre ellas la salud y especialmente en contextos de crisis sanitarias (Cabieses, 2023).

La migración como un determinante social de la salud fue propuesta por diversos autores desde finales de la década del 2000 (Cabieses, 2019; Cabieses et al., 2016; Fleischman et al., 2015) y desde entonces ha servido como un marco teórico sobre cual se han realizado numerosas investigaciones y propuestas de políticas públicas en salud. La desigualdad histórica en el ejercicio del poder de algunos grupos sobre otros en las sociedades modernas desde su concepción colonialista, y sus efectos políticos, sociales y culturales que persisten hasta la actualidad, determina riesgos diferenciales en diferentes ámbitos de la vida cotidiana de las personas, e influencia de manera directa e indirecta en la distribución de

las enfermedades y sus factores de riesgo en todas las poblaciones (Braveman et al., 2011; Braveman & Gottlieb, 2014). Los determinantes sociales de la salud (DSS) se definen como las condiciones con las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que conforman su nivel de poder, ingresos y otros determinantes de la vida (Donkin et al., 2018; Marmot, 2013; Marmot & Allen, 2014; Marmot et al., 2013; Wilkinson, 2000). El enfoque de determinantes sociales de la salud ha sido muy importante en materia de salud pública y salud pública global, incluidos los procesos de movilidad humana a escala global y regional. Hoy se han descrito determinantes económicos, políticos, comerciales, climáticos, globales, además de los sociales, así como también se ha complejizado el grado de interconexión entre diversos componentes de estos modelos de determinantes en una mirada histórica, política, persistente, estructural, interseccional y decolonial, que están en constante revisión y mejora. Todos estos enfoques y miradas han aportado a complejizar, profundizar y cuestionar la dinámica y compleja relación entre migración humana y salud.

La inclusión de la migración como un eje de determinación social de la salud a nivel estructural, fue apoyada por una extensa discusión desde enfoques críticos de la salud pública, para así analizar la relación causal entre salud y desigualdad social desde diversas disciplinas y enfoques, tales como la epidemiología social, la perspectiva eco social, la eco epidemiología, y el entorno de riesgo, poniendo énfasis en diferentes elementos de la estratificación social y de las disparidades sanitarias. Muchos de los conceptos y enfoques surgidos en la discusión sobre los determinantes sociales de la salud son útiles para el análisis de la causalidad de las enfermedades en las poblaciones inmigrantes, que se caracterizan por su alta vulnerabilidad, y también para orientar las intervenciones (Castañeda, 2015). Por su parte, la Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas del 2010 y ratificada por Chile, apoya el enfoque de salud en todas las políticas como mandato presidencial, promoviendo que el Ministerio de Salud colabore con otros sectores de gobierno, académicos y civiles para promover la salud de toda la población que reside en Chile, incluyendo la migrante. La epidemiología crítica y las ciencias sociales ahondan y modernizan estas miradas agregando el enfoque de determinación estructural, histórico, persistente y colonial en las relaciones de poder y en la definición de políticas a gran y pequeña escala con poderosa influencia en salud.

LA OPORTUNIDAD DE ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD HACIA PERSONAS MIGRANTES EN CHILE

De forma progresiva se han implementado mecanismos para ampliar el acceso a los servicios de salud en acuerdo con las disposiciones de la OMS en la 61ª Asamblea Mundial de Salud Resolución WHA61.17 de 2008, la OPS en el 55º Consejo Directivo de la Organización e instrumentos internacionales ratificados por Chile. Específicamente en Chile las disposiciones actuales indican que los y las migrantes que cuentan con permiso vigente tienen derecho al acceso en igualdad de condiciones que nacionales. Aquellos que no posean permisos vigentes y que suscriban un documento declarando carencia de recursos serán beneficiarios del Régimen de Prestaciones de Salud (artículo 6º letra e de la ley 18.469, conocido Decreto 67). La población extranjera independiente de su situación migratoria tiene derecho a la atención del virus de inmunodeficiencia humana y acciones relacionadas a la salud sexual y reproductiva (artículo 9º de la ley 18.469). Así como también, al derecho a la

atención de salud en caso de urgencia vital (artículo 11° de la ley 18.469). Además, existen mecanismos administrativos que protegen el derecho a la salud en esta población y que han ido aportando a una mirada inclusiva y no reversible del acceso efectivo a la salud de parte de personas migrantes internacionales y refugiadas.

El año 2015 se inicia el diseño e implementación de un Plan Piloto de Salud de personas Migrantes Internacionales ejecutado en 2016 y 2017, que tras su evaluación dio paso a la redacción de la Política de Salud de Personas Migrantes Internacionales lanzada en octubre del 2017. El objetivo de esta política fue contribuir al máximo estado de salud de los migrantes internacionales, desde un enfoque de equidad y derechos humanos. Esta iniciativa buscó generar prácticas concretas, capacidades y recursos para acortar de brechas de acceso, uso efectivo, calidad y satisfacción entre población migrante internacional y población local. La política incluye lineamientos estratégicos: (i) Armonización y adecuación del marco normativo; (ii) Sistema sensible a la migración: accesibilidad y aceptabilidad; (iii) Abordaje integral de la salud de migrantes internacionales: sectorial e intersectorial; (iv) Transversalización de la salud de los migrantes en los programas e intervenciones de salud; (v) Monitoreo, seguimiento e información de salud; (vi) Trabajo, salud y migración; (vii) Comunicación y desarrollo de acciones para reducir la discriminación, xenofobia y estigmatización de la población migrante.

Finalmente, a fines de 2021 se aprueba la Ley 21.325 de Migración y Extranjería, que en su Artículo 15, sobre el Derecho al acceso a la salud, plantea que: “Los extranjeros residentes o en condición migratoria irregular, ya sea en su calidad de titulares o dependientes, tendrán acceso a la salud conforme a los requisitos que la autoridad de salud establezca, en igualdad de condiciones que los nacionales. Todos los extranjeros estarán afectos a las acciones de salud establecidas en conformidad al Código Sanitario, en resguardo de la salud pública, al igual que los nacionales”. Reforzando así las medidas progresivas adoptadas por el Estado en pro del acceso a la atención de salud de las personas migrantes internacionales.

En Chile, según la encuesta de caracterización socioeconómica nacional, CASEN 2020, un 75% de la población inmigrante estaba adscrita a Fonasa, un 12% Isapre, 1% en otros sistemas de salud, mientras que el 11% no presenta ningún tipo de cobertura en salud. Estas cifras, en población local, fueron de 78%, 16%, 3% y 4%, respectivamente (según fuentes oficiales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Si bien la proporción de inmigrantes sin cobertura de salud en inmigrantes triplicaba a la población local, esta disminuyó en relación con el año 2017, cuando alcanzaba el 16%. Este factor es señalado como uno de los principales determinantes de la vulnerabilidad de este grupo frente a la pandemia, tales como recientes reportes del Servicio Jesuita a Migrantes y de académicos del país (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020; Servicio Jesuita a Migrantes, 2022).

Pese a los esfuerzos realizados desde las políticas públicas en salud, aún persisten importantes barreras de acceso a la atención de salud de población migrante internacional como lo son la falta de un seguro de salud, la diferencia de idioma, la percepción de discriminación en espacios de atención de salud, la falta de información sobre el funcionamiento del sistema de salud del país de destino (Cabieses et al., 2017). Esto se observa también a nivel mundial y para distintos grupos de migrantes según edad, sexo y país de origen. Una revisión sistemática publicada el 2018 en población menor de 18 años así lo documenta.

Tanahashi (1978) propone que al acceso a la salud se compone de cuatro etapas para lograr una cobertura efectiva: la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y el contacto con el servicio. La disponibilidad se entiende como la disponibilidad de los servicios en concreto, como centros de salud, recursos humanos, insumos, equipos, infraestructura e información. La accesibilidad se asocia a la accesibilidad física como la distancia del centro de salud, la conectividad, la organización y aspectos administrativos. El contacto con el servicio se relaciona con la continuidad de la atención y con la calidad de la atención y su adaptación a las necesidades de los pacientes. Y la aceptabilidad tiene relación con la percepción de las atenciones brindadas en el espacio de salud, vinculada a factores culturales, sociales, creencias y valores (Tanahashi, 1978). Esta última dimensión resulta de particular interés en el caso de abordar la salud de migrantes internacionales y su relación con los sistemas de salud, donde se produce la búsqueda de la atención de distintas necesidades. Este punto es importante, ya que apunta a visualizar cómo las percepciones, creencias, normas y subjetividades influyen en el encuentro de salud, y en este caso en específico en el encuentro de salud intercultural. La literatura nacional ha reportado barreras relacionadas a este encuentro en los espacios de atención de salud desde la percepción de usuarios migrantes, como lo son la diferencia idiomática, el trato durante la atención, percepción de discriminación y comprensión del funcionamiento del sistema de salud (Cabieses et al., 2017). Por otro lado, los profesionales de salud también han reportado no sentirse preparados para poder responder a las necesidades de esta población y reconocen necesitar de herramientas para poder entregar una atención culturalmente competente (Bernales et al., 2017). Toda esta evidencia documenta importantes oportunidades de mejora en materia de salud de personas migrantes y refugiadas en Chile, incluyendo la gestión del cuidado.

CONTEXTO EN EL CUAL SURGE LA RED: LA PANDEMIA DE SARS-CoV-2

Durante la pandemia de coronavirus SARS-CoV-2, que en Chile se inició en marzo del 2020, se aplicaron diversas medidas para controlar el movimiento de los individuos: la cuarentena, cierre de fronteras y restricciones en el transporte redujeron la movilidad de las personas, mientras que la repatriación, la evacuación, y retorno a los hogares, la aumentaron (Finn & Jakobson, 2021). Estas medidas no afectaron de manera homogénea a las poblaciones, existiendo diversos estratos que resultaron más vulnerables en términos sociales y económicos debido a estas medidas sanitarias y, entre tales estratos, se encuentran los migrantes (Bojórquez et al., 2021; Cabieses et al., 2021). En una investigación realizada por el Departamento de Seguridad Nacional de Estados Unidos, se verificó que el COVID-19 afectó proporcionalmente más a los inmigrantes en situación administrativa migratoria irregular (Gibson, 2021). En dicho reporte se señala la falta de cobertura de salud como el factor más relevante de la vulnerabilidad en inmigrantes frente al COVID-19.

El cierre de fronteras, junto con la notoria reducción del reconocimiento de refugiados, provocó una disminución del flujo migratorio regular y el incremento explosivo de inmigración irregular, especialmente por pasos fronterizos no habilitados en el Norte del país. Esto conllevó consecuencias evidentes de aumento de la vulnerabilidad migrante al tener que cruzar parte del Desierto de Atacama, con riesgos asociados a mercados ilícitos para ingresar a Chile, que se intensificaron durante la situación de pandemia (Al-Kassab-Cordova et al., 2023; Blukacz, et al., 2022a; Blukacz et al. 2022b; Blukacz et al., 2023; Cabieses

et al., 2021; Cabieses et al., 2022; Servicio Jesuita a Migrantes, 2020). Con todo, evidencia nacional y regional del proceso migratorio hacia Chile aumentó notoriamente en la última década, demostrando importantes desafíos políticos, económicos y de salud asociados, así como su multifactorial fuerza de influencias de procesos globales como la falta de oportunidades laborales, el cambio climático, inequidades entre países y regiones, guerra, conflicto y violencia, por mencionar algunos principales. Hoy en día, la población extranjera en Chile (usada como sinónimo de migrante internacional y refugiado en este capítulo) equivale a alrededor del 8% del total de la población residente en el país, y sus principales países de origen son Venezuela, Perú, Colombia, Ecuador, Bolivia y Haití.

LA CONSTITUCIÓN DE LA RECHISAM

La Red Chilena de Investigación en Salud y Migración, RECHISAM, es una red de colaboración entre personas investigadoras y profesionales que se dedican a estudiar en temáticas de salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad. Como red articulada, creada en enero del 2021 por medio del consenso de nueve investigadores e investigadoras chilenos/as de diversas universidades y territorios, busca desarrollar un trabajo sostenido en el tiempo con el propósito común de intercambio de conocimiento, cooperación científica y profesional. También busca la transferencia de la investigación y experiencias basadas en evidencia en salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad a acciones concretas de diverso tipo, incluyendo la agencia política, intervenciones e innovaciones en salud, el registro y monitoreo, la inclusión, y la equidad social y cultural en salud.

El equipo fundador de la RECHISAM estuvo constituido por:

1. Andrea Avaria, U Autónoma, andrea.avaria@uautonoma.cl
2. Báltica Cabieses, U del Desarrollo, bcabieses@udd.cl
3. Alejandra Carreño, U del Desarrollo, a.carreno@udd.cl
4. Pastor Cea, U Aysén, pastor.cea@uaysen.cl
5. Caterine Galaz, U de Chile, cgalazvalderrama@uchile.cl
6. Daniel Larenas, U de Chile y U del Desarrollo, d.larenas@udd.cl
7. Alexandra Obach, U del Desarrollo, aobach@udd.cl
8. Muriel Ramírez, UC del norte sede Coquimbo, mramirezs@ucn.cl
9. Alfonso Urzúa, UC del Norte sede Antofagasta, alurzua@ucn.cl

Los objetivos de la RECHISAM son los siguientes:

1. Cooperación para fortalecer líneas de investigación y profesionales en desarrollo, así como desarrollar nuevas líneas de trabajo en la temática de salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad, por medio de la consolidación y ampliación de lazos entre quienes investigan y sus centros y grupos de investigación.
2. Compartir conocimiento y experiencia basada evidencia cuantitativa, cualitativa y multi-métodos, incluyendo investigación- acción y experiencias de implementación en contextos reales de salud y comunidad, sobre la relación entre salud y migración.

3. Promover la investigación y la práctica basada en evidencia en salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad a lo largo del territorio nacional, reconociendo los enfoques principales de determinantes sociales de la salud e inequidades sociales, derechos humanos, interculturalidad, sistemas de salud, intersectorialidad, territorialidad y participación.
4. Vincular a mujeres y hombres investigadores/as y profesionales, así como redes afines de la región de América Latina y otros continentes, dedicados a la temática de salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad.
5. Dotar de conocimiento y experiencia basada en evidencia a la autoridad central, a las autoridades locales y a los equipos de salud de los territorios en la temática de salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad.
6. Incidir en ámbitos social y político en tópicos relacionados a la salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad en Chile y la región.

FUNCIONAMIENTO GENERAL DE LA RED

Se estableció desde el inicio un mecanismo de funcionamiento centrado en la elección por consenso de dos coordinadores nacionales que cumplan sus funciones por un período de dos años consecutivos. De esta manera, se definieron los siguientes procesos de funcionamiento:

1. Se definirá un/a coordinador/a y co-coordinador/a que organizará el trabajo de la red por un periodo de dos años y luego serán renovados por medio de votación ampliada de los miembros de la red. Coordinador/a y co-coordinador/a se sumarán al grupo fundador durante este periodo, en el caso de no ser originalmente parte de éste.
2. Se realizarán reuniones mensuales de trabajo del grupo coordinador, para el progreso de las metas de la red, que se definirán y priorizarán en la primera reunión anual que corresponda.
3. Se propondrán objetivos y un plan de trabajo bianual para orientar las prioridades a desarrollar, se podrán identificar metas anuales y las principales líneas de trabajo. Como punto de partida, se proponen espacios de difusión anual, en donde al menos se debe desarrollar un seminario y al menos dos Webinars temáticos específicos.

Cada miembro de esta red puede aportar a su desarrollo por medio de, por ejemplo:

- Comunicar proyectos de investigación en curso en la temática de salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad en Chile y otros países de existir.
- Comunicar y difundir artículos científicos o reportes de estudios y/o experiencias en salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad en Chile.

- Brindar oportunidades de pasantías, tutorías de tesis de pre y postgrado, apoyo como apoyo técnico, u otro, a miembros de la red, en especial investigadores o profesionales en formación.
- Ofrecer ideas y liderazgo para eventos de comunicación del saber y la evidencia en esta temática, por ejemplo, liderando webinars, foros u otros eventos digitales similares.
- Ofrecer ideas y liderazgo para talleres y cursos que puedan ser ejecutados desde o con apoyo de la RECHISAM.
- Otros que puedan emerger conforme a las actividades que se vayan desarrollando.

Cada miembro se compromete, al aceptar ser parte de esta red, a:

- Participar activamente en reuniones de trabajo, actividades de la red, material y noticias para la Web de la red (www.saludinmigrantes.cl)
- Respetar las diversas visiones que puedan conformarse o expresarse en esta red.
- Aportar a un verdadero trabajo de colaboración transdisciplinaria, que permita promover nuevas formas de mirar el fenómeno de la salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad en Chile.

RENDICIÓN DEL PRIMER PERIODO DE LA RED: RECHISAM 2021 A 2023

A los dos años del inicio de esta red, se pueden declarar los siguientes productos y actividades desarrolladas, en el marco de los objetivos planteados por esta red informal de colaboración e intercambio de conocimiento en materia de salud y migración en Chile:

- Progresión del número de miembros de la red de 9 en enero 2021 a 80 en junio 2023. De diversas universidades, regiones del territorio nacional, académicos y profesionales.
- Tres documentos de posición y abogacía frente a:
 - o No vacunación contra COVID-19 a migrantes en situación irregular: jueves 11 de febrero del 2021 en contra de la exclusión a migrantes irregulares definido por MINSAL en su primera circular. Esto fue posteriormente modificado en marzo 2021 y se incluyó a personas migrantes irregulares en esquemas de vacunación.
 - o Crisis sociosanitaria en el norte de Chile: 12 de febrero del 2021, en concordancia con la urgencia de respuesta humanitaria y de planificación de la migración segura, ordenada y regular en Chile.
 - o Consideraciones especiales a mujeres y niñas migrantes en Chile: 08 de marzo del 2022.

- Tres foros nacionales:
 - o Primer foro nacional: jueves 27 y viernes 28 de mayo del 2021 evidencia y experiencias sistematizadas de salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad en Chile.
 - o Segundo foro nacional: martes 13 de diciembre del 2022, Salud mental de migrantes internacionales en Chile y la región de Latinoamérica.
 - o Tercer foro nacional: miércoles 24 de mayo del 2023, La irregularidad migratoria como factor de riesgo para la salud.
- Una escuela abierta de cinco días consecutivos: Co-construyendo capacidades en equipos de salud para una atención de salud efectiva a migrantes y refugiados en Chile.
- Múltiples seminarios híbridos y online desarrollados con liderazgo propio o apoyando a otras instituciones y agrupaciones interesadas en las temáticas afines a la red.
- Colaboraciones regionales con Lancet Migration América Latina, red SAMI de base andina, OIM regional y OPS para las Américas.

CONSIDERACIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La RECHISAM ha considerado la temática de salud sexual y reproductiva de manera transversal. Por ejemplo, en su sitio web (www.saludinmigrantes.cl) hay una sección completa dedicada a este ámbito de salud pública en contextos de migración, con especial énfasis en la entrega de información para mujeres migrantes gestantes (<https://saludinmigrantes.cl/migrantes-gestantes/>). Esta sección cuenta con infografías de información general sobre servicios que ofrece el sistema de salud chileno en este tema, así como también publicaciones, conversatorios y seminarios, y material adicional de apoyo. A continuación, se presentan ejemplos de infografías disponibles en este sitio web en torno a salud sexual y reproductiva de mujeres, con énfasis en gestación. Asimismo, se presenta un recuadro que describe una selección de seminarios virtuales desarrollados por RECHISAM en conjunto con otras entidades nacionales e internacionales y que incluyen la perspectiva de salud sexual y reproductiva.



Figura 1. Ejemplo de infografía disponible en página web de la RECHISAM relacionada a salud sexual y reproductiva.

Recuadro 1. Selección de seminarios virtuales de la RECHISAM que incluyeron la perspectiva de salud sexual y reproductiva.

Ciclo de Webinars 3i:

1. Webinar “¿Qué sabemos sobre las 3i?: Interseccionalidad, interculturalidad e intersectorialidad en educación y salud en Chile”. Organizan CeSGI ICIM UDD, COLMED Regional Santiago, MINEDUC, MINSAL, MDSYF; junto al apoyo de RECHISAM, Lancet Migration América Latina, Coordinadora nacional de migrantes en Chile y PRODEMU. Link <https://uddtv.udd.cl/video/seminario-que-sabemos-sobre-las-3-i-interseccionalidad-interculturalidad-e-intersectorialidad-en-educacion-y-salud-en-chile/>
2. Webinar Ciclo 3i “Interculturalidad, interseccionalidad e intersectorialidad en educación y salud en Chile: el caso de Niños, niñas y adolescentes (NNA) pertenecientes a pueblos indígenas”. Organizan Centro de Salud Global e Intercultural (CeSGI) ICIM UDD, Colegio Médico Regional Santiago (COLMED), Unidad de Inclusión y Participación - Gabinete Ministerial, Ministerio de Educación de Chile (MINEDUC), Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), Subsecretaría de la Niñez, Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSYF). <https://www.youtube.com/watch?v=1USS2YDwhkl>
3. Webinar Ciclo 3i “El caso de niños, niñas y adolescentes en contextos migratorios”. Centro de Salud Global Intercultural de ICIM UDD en colaboración con Lancet Migration, MINSAL, COLMED, RECHISAM, Coordinadora Nacional Migrantes, Subsecretaría de la niñez Ministerio de Desarrollo Social y Familia, DIPRECE división de prevención y control de enfermedades de MINSAL. <https://uddtv.udd.cl/streaming/webinar-3-interculturalidad-interseccionalidad-e-intersectorialidad-en-educacion-y-salud-en-chile-el-caso-de-ninos-ninas-y-adolescentes-nna-migrantes/>
4. Webinar Ciclo 3i “El caso de adolescentes pertenecientes a diversidades sexo-genéricas”. Organizado por el Centro de Salud Global Intercultural en colaboración con COLMED, Lancet Migración, RECHISAM, Coordinadora Nacional de Migrantes, Subsecretaría de la Niñez Ministerio de Desarrollo Social y Familia y PRODEMU. <https://www.youtube.com/watch?v=51J3jAWaG-w>
5. Webinar Ciclo 3i “El caso de inclusión de la diversidad en la educación superior”. Organizado por el Centro de Salud Global Intercultural en colaboración con COLMED, Lancet Migración, RECHISAM, Coordinadora Nacional de Migrantes, Subsecretaría de la Niñez Ministerio de Desarrollo Social y Familia y PRODEMU. <https://www.youtube.com/watch?v=DhSmAs5kHkc>
6. Webinar Ciclo 3i “El caso de trabajadores de salud y educacionales extranjeros”. Organizado por el Centro de Salud Global Intercultural en colaboración con COLMED, Lancet Migración, RECHISAM, Coordinadora Nacional de Migrantes, Organización Migrantes, Subsecretaría de la Niñez Ministerio de Desarrollo Social y Familia y PRODEMU. <https://www.youtube.com/watch?v=dAT1XBIVewo>

Continuación Recuadro 1.

Webinar Cierre de Proyecto FONIS #SA19I0091, Barreras asociadas al acceso y uso del sistema público de salud para la prevención y detección del VIH/SIDA en población joven del país. UDDTV. <https://www.youtube.com/watch?v=zHdm5dP6RSY>

Seminario Híbrido “Desafíos de la vacunación en el Chile actual: ¿Cómo recuperar la confianza en tiempo de crisis?”, Salón Alma Alta del Ministerio de Salud con inscripción previa y se transmitió en vivo a través de Youtube. Organiza: MINSAL, Lancet Migration América Latina, COLMED, Sociedad Chilena de Infectología y Red Chilena de Investigación en Salud y Migración RECHISAM. <https://uddtv.udd.cl/video/seminario-desafios-de-la-vacunacion-en-el-chile-actual-como-recuperar-la-confianza-en-tiempos-de-crisis/>

Seminario: “INTERSECCIONALIDAD Y SALUD: REFLEXIONES SOBRE LOS DESAFÍOS PARA LA ATENCIÓN DE SALUD EN UN CHILE DIVERSO”:

Parte 1: <https://uddtv.udd.cl/video/seminario-internacional-interseccionalidad-y-salud-desafios-para-la-atencion-de-salud-en-un-chile-diverso-parte-1/>

Parte 2: <https://uddtv.udd.cl/video/seminario-internacional-interseccionalidad-y-salud-desafios-para-la-atencion-de-salud-en-un-chile-diverso-parte-2/>

Parte 3: <https://uddtv.udd.cl/video/interseccionalidad-y-salud-desafios-para-la-atencion-de-salud-en-un-chile-diverso-parte-3/>

Webinar lanzamiento de libro “La migración venezolana en los Andes: La respuesta sanitaria de Perú, Chile, Colombia y Ecuador”, investigadora Báltica Cabieses presentó sobre el caso de Chile. Enlace de descarga del libro: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/5650>

Webinar “Violencia en fronteras en la región de las Américas: una urgencia de salud global” organizado por Lancet Migration en colaboración con UDD. <https://www.youtube.com/watch?v=sVz1YoQqiag>

Seminario “Migración y salud en un contexto de cambio global: Los casos de Chile, Ecuador y Colombia”, UDD Octaedro, el Instituto de Salud Pública, la Universidad Javeriana de Bogotá y el Inter American Institute. <https://www.youtube.com/watch?v=6pmmp03GMRC>

Webinar The Health of Children on the Move, organizado por Health Summit, Lancet Migration y M8 Alliance. <https://www.youtube.com/watch?v=qmRW0b28ZSs>*

*Video no disponible; programa pdf en: https://www.worldhealthsummit.org/fileadmin/user_upload/4_Documents/4.13_2021/4.13.1_M8_Alliance/M8_Alliance_Webinar_Feb_28_-_The_Health_of_Children_On_the_Move.pdf

CONCLUSIONES

La Red Chilena de Investigación en Salud y Migración, RECHISAM, es una red de colaboración entre personas investigadoras y profesionales que se dedican a estudiar en temáticas de salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad. Como red articulada, creada en enero del 2021 por medio del consenso de nueve investigadores e investigadoras chilenos/as de diversas universidades y territorios, busca desarrollar un trabajo sostenido en el tiempo con el propósito común de intercambio de conocimiento, cooperación científica y profesional.

En sus años de existencia, la red Chilena de Investigación en Salud y Migración RECHISAM se ha constituido como un grupo de diálogo, colaboración y aprendizaje mutuo inédito en Chile, que ha tenido como foco el abrirse a una verdadera colaboración transdisciplinaria, que permita promover nuevas formas de mirar el fenómeno de la salud de migrantes, refugiados y personas en movilidad en Chile y la región, a través del intercambio de conocimiento basado en evidencia y diálogo de saberes. La perspectiva de salud sexual y reproductiva ha sido parte del quehacer de la RECHISAM y, con ello, se ha contribuido a reducir brechas prevenibles y modificables de desinformación y miedo sobre prestaciones de salud relacionadas a esta temática en personas migrantes internacionales. También se ha promovido y apoyado la generación y difusión del conocimiento científico en esta materia en nuestro país.

REFERENCIAS

- Al-kassab-Córdova, A., Silva-Perez, C., Mendez-Guerra, C., Herrera-Añazco, P. & Benites-Zapata, V. A. (2023) Factors associated with not receiving the primary series and booster dose of the COVID-19 vaccine among Venezuelan migrants in Peru: A population-based cross-sectional study. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 53, 102563. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2023.102563>
- Bernales, M., Cabieses, B., McIntyre, A.M., & Chepo, M. (2017) Desafíos en la atención sanitaria de migrantes internacionales en Chile. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 34(2), 167-75. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000200002
- Blukacz, A., Cabieses, B., Mezones-Holguín, E. & Cardona Arias, J.M. (2022) Health-care and social needs of international migrants during the COVID-19 pandemic in Latin America: analysis of the Chilean case. *Global Health Promotion*, 29(3), 119-128. <https://doi.org/10.1177/17579759211067562>
- Blukacz, A., Cabieses, B., Obach, A., Madrid, P., Carreño, A., Pickett, K., & Markkula, N. (2022) "If I get sick here, I will never see my children again": The mental health of international migrants during the COVID-19 pandemic in Chile. *Plos One*, 29(17), e0277517. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0277517>

- Blukacz, A., Cabieses, B., Obach, A., Carreño-Calderon, A., Álvarez, M.I., Madrid, P., & Rada, I. (2023) Promoting the Participation of "Hard-to-Reach" Migrant Populations in Qualitative Public Health Research during the COVID-19 Pandemic in Chile. *Int J Environ Res Public Health*, 20(3), 1956. <https://repositorio.udd.cl/items/fb66cd1d-66f5-4169-b0e0-07422a03967a>
- Bojórquez, I., Odgers-Ortiz, O., & Olivas-Hernández, O. (2021) Psychosocial and mental health during the COVID-19 lockdown: A rapid qualitative study in migrant shelters at the Mexico-United States border. *Salud Mental*, 44(4), 167-175. http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/SM.0185-3325.2021.022
- Braveman, P., Egerter, S. & Williams, D.R. (2011) The social determinants of health: coming of age. *Annu Rev Public Health*, 32, 381-398. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031210-101218>
- Braveman, P. & Gottlieb, L. (2014) The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*, 129 Suppl 2(Suppl 2), 19-31. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S206>
- Cabieses, B. (2019) Health of migrants: simple questions can improve care. *Lancet*, 393(10188), 2297-2298. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30545-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30545-8)
- Cabieses, B., Bernales, M. & van der Laet, C. (2016) Health for all migrants in Latin America and the Caribbean. *Lancet Psychiatry*, 3(5), 402. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30006-2)
- Cabieses B.R.T. & Olivari C. (2023) *Salud en fronteras: Retos y oportunidades en salud con enfoque de derechos en migrantes de la Región Andina en Latinoamérica. El caso de la frontera Chile-Perú-Bolivia*. Reporte de resultados de estudio. <https://repositorio.udd.cl/items/19a5c9aa-ce76-47bd-989a-92472deb8053>
- Castañeda, H., Holmes, S.M., Madrigal, D.S., Young, M.E.D., Beyeler, N. & Quesada, J. (2015) Immigration as a Social Determinant of Health. *Annual Review of Public Health*, 36(1), 375–392.
- Donkin, A., Goldblatt, P., Allen, J., Nathanson, V. & Marmot, M. (2018) Global action on the social determinants of health. *BMJ Glob Health*, 3(Suppl 1), e000603. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000603>
- Finn, V.J. & Jakobson, M.L. (2021) Mobility during pandemics: moving borders and citizenship into uncharted territories. *Cosmos + Taxis: Studies In Emergent Order And Organization*, 9(5+6), 109-121. <https://scholarlypublications.universiteitileiden.nl/handle/1887/3213799>
- Fleischman, Y., Willen, S.S., Davidovitch, N. & Mor, Z. (2015) Migration as a social determinant of health for irregular migrants: Israel as case study. *Soc Sci Med*, 147, 89-97. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.046>
- Marmot, M. (2013) Universal health coverage and social determinants of health. *Lancet*, 382(9900), 1227-1228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61791-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61791-2)
- Marmot, M. & Allen, J.J. (2014) Social determinants of health equity. *Am J Public Health*, 104 Suppl 4(4), S517-519. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>

- Marmot, M., Pellegrini Filho, A., Vega, J., Solar, O. & Fortune, K. (2013). Action on social determinants of health in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*, 34(6), 379-384. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24569965>
- McAuliffe, A.T.A. (2021) *Technological, geopolitical and environmental transformations shaping our migration and mobility futures*. OIM Migration. https://publications.iom.int/system/files/pdf/WMR-2022-EN-CH-1_0.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2020) *Síntesis de Resultados Casen en Pandemia 2020*, Trabajo.
- Servicio Jesuita a Migrantes, S., Colegio Médico & ICIM. (2022) *Casen y Migración: Avances y brechas en el acceso a salud de la población migrante residente en Chile*.
- Tanahashi, T. (1978) Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*, 56(2), 295-303.
- Wilkinson, R.G. (2000) The need for an interdisciplinary perspective on the social determinants of health. *Health Econ*, 9(7), 581-583. [https://doi.org/10.1002/1099-1050\(200010\)9:7<581::aid-hec553>3.0.co;2-d](https://doi.org/10.1002/1099-1050(200010)9:7<581::aid-hec553>3.0.co;2-d)

CAPÍTULO 13

“ZOMO ÑI LAWEN”: PLANTAS PARA LAS MUJERES
LA EXPERIENCIA DE TRABAJAR CON MUJERES DE DIVERSAS GENERACIONES Y SU
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA COSMOVISIÓN MAPUCHE

NATALIA JOFRÉ POBLETE

Este texto comienza con una breve contextualización y reseña del proyecto "Zomo ñi lawen. Saberes Mapuche sobre plantas medicinales de Loncoche para la salud sexual y reproductiva de las mujeres", llevado a cabo en 2019. A continuación, se detalla específicamente una de las actividades del proyecto: el trabajo realizado con adolescentes de liceos. Finalmente, se realiza una evaluación reflexiva sobre la experiencia.

CONTEXTUALIZANDO EL PROYECTO Y CONTANDO SOBRE SU EJECUCIÓN

En 2019, tuve la oportunidad de participar en un proyecto titulado “Zomo ñi lawen. Saberes Mapuche sobre plantas medicinales de Loncoche para la salud sexual y reproductiva de las mujeres”. Esta iniciativa tenía como objetivo salvaguardar estos saberes al considerarlos parte del Patrimonio Cultural Inmaterial definido por la UNESCO, específicamente bajo la categoría de “Conocimientos y usos relacionados con la naturaleza y el universo” (UNESCO, 2003).

Estos conocimientos se transmiten principalmente de forma oral, de generaciones mayores a generaciones más jóvenes. Sin embargo, se han visto amenazados por el despojo y la precarización de la cultura mapuche; la migración campo-ciudad, especialmente de la juventud; la pérdida de los vínculos comunitarios intergeneracionales que son fundamentales para la transmisión del *kimvn* (conocimiento); y la disminución de espacios con flora nativa debido a la industria forestal.

La salvaguardia de estos saberes mapuche se llevó a cabo mediante la generación de los siguientes productos y actividades:

1. Guía educativa de plantas bilingüe³⁴, en la cual se describen los usos y saberes cotidianos en torno a plantas medicinales (*lawen*) para la salud sexual y reproductiva de las mujeres, y se presenta parte de la cosmovisión mapuche en relación a su visión de la salud. Para elaborar esta guía, se llevaron a cabo entrevistas como método de recopilación de la memoria oral.
2. Registros fotográficos profesionales tanto de las plantas como del proceso durante el trabajo de campo.
3. Cápsulas audiovisuales, para facilitar la difusión del trabajo a nivel comunitario, comunal y regional.
4. Encuentros entre mujeres de diferentes generaciones en la Ruka Kimvn (Kumen Mogen Lof - Comunidad del Buen Vivir) en la localidad de Rancahue, sector La Paz de Loncoche.

El equipo principal estuvo conformado por mujeres, algunas de ellas mapuche y estudiantes universitarias, otras mujeres madres y sobre los 40 años de edad. Entre todas, construimos la guía educativa de plantas, preparamos y ejecutamos los encuentros, y participamos en los conversatorios de difusión del proyecto.

Para el equipo, era importante transmitir cómo la cosmovisión mapuche reconoce que una relación armoniosa con la naturaleza es clave para una buena salud, al reconocer la importancia de una convivencia justa y respetuosa con todas las formas de vida que son parte de un todo interconectado. La naturaleza se considera viva, y por eso se busca su permiso y sólo se toma de ella lo necesario. A esta convivencia equilibrada con todo lo que existe en el mundo, se le llama *Küme Mogen*, el Buen Vivir, que abarca todos los aspectos de una persona (físico, social, mental y espiritual).

Dentro de esta visión de la salud/buen vivir, destaca lo que llama el pueblo mapuche *lawen*, que se refiere a todo elemento con propiedades medicinales, de origen natural o humano. Coloquialmente a las plantas medicinales se les denomina *lawen*, las cuales pueden ser recolectadas y preparadas por cualquier persona considerando que quien lo haga debe estar en buenas condiciones anímicas y físicas para así sanar la enfermedad.

Pero... ¿dónde están las adolescentes y jóvenes?

34 La guía puede descargarse en: https://www.academia.edu/40142761/ZOMO_%C3%91I_LAWEN

ESTABLECIMIENTO DE VÍNCULOS INTERGENERACIONALES

Como parte de las acciones de los proyectos se contemplaba la generación de lazos entre mujeres de diferentes generaciones, apoyando así a la promoción y conservación de los saberes tradicionales. Para esto, decidimos involucrar en una etapa del proyecto a adolescentes, para lo cual nos contactamos con establecimientos educacionales que pudieran actuar de puente en la vinculación con jóvenes de enseñanza media. De este modo, generamos un lazo con dos liceos de la comuna de Loncoche; Liceo Politécnico Andrés Bello y Liceo Bicentenario Padre Alberto Hurtado Cruchaga. Con ambos desarrollamos dos instancias presenciales:

1. Encuentros - Nüttram Trawün: Entre culturas y adolescentes en la Rvka Kimun, para lo cual nos asociamos con los colegios para poder transportar desde allí a algunas de sus estudiantes.
2. Conversatorios con estudiantes, para contarles sobre los resultados del proyecto.



Durante la ejecución del proyecto nos mantuvimos siempre en contacto con estos establecimientos, para informarles de nuestro trabajo y coordinar conjuntamente el desarrollo de las actividades. Tuvimos muy buena recepción en ambos liceos con respecto a los objetivos del proyecto y las actividades propuestas.



Los encuentros y conversatorios que desarrollamos fueron una medida de preservación de los saberes en torno a plantas medicinales frente a la amenaza de su desaparición debido al alejamiento de las tradiciones y costumbres propias, incluyendo aquellas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, especialmente si se considera que las adolescentes suelen tener

menos acceso a la información sobre estos temas, lo que se ve agravado por el despojo y la precarización de la cultura mapuche. El impacto de la evangelización, el proceso de escolarización obligatorio en Chile y la asimilación de costumbres extranjeras, conocido como endoculturación, contribuyen también a este desarraigo del pueblo mapuche y a la pérdida de su lengua, el *mapuzungun* (CNCA, 2011).

Al primer encuentro en la “Ruka Kimvn” asistieron 19 adolescentes y una profesora, mientras que al segundo encuentro -al día siguiente-, asistieron 18 adolescentes, una profesora y la periodista del liceo. La jornada del encuentro comenzaba con un saludo al territorio donde se emplaza la *rvka*, lugar en el cual se relataban algunas cuestiones de la cosmovisión mapuche. Las actividades realizadas fueron de tipo lúdico y participativo (baile, canto, mini taller), transmitiendo saberes en torno a la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular, desde la cosmovisión mapuche y las plantas medicinales. Al mismo tiempo se les ofreció un servicio de alimentación tradicional mapuche estilo cafetería (sopaipillas, té de hierbas, mate, kuchen, entre otros).

Todas las adolescentes, además, recibieron la guía educativa, postales, autoadhesivos y una bitácora mensual. También se les entregó un mini huerto con tres plantas medicinales básicas para la salud sexual y reproductiva.



Se llevó a cabo un registro fotográfico y audiovisual de momentos específicos durante los encuentros. Por razones de ética y protección, se solicitó a las menores de edad una autorización de registro que debía ser firmada por sus apoderados. Como equipo a cargo del proyecto, recibimos dichas autorizaciones para su resguardo adecuado.

Con respecto a los conversatorios que realizamos en los colegios, éstos tuvieron una alta cantidad de asistentes, tanto hombres como mujeres, habiendo asistido 30 jóvenes en uno de los liceos y 53 en el otro. La idea era la de generar una conversación distendida entre culturas y estudiantes de liceos municipales en torno a la salud desde la cosmovisión mapuche, la autonomía de la salud de las mujeres, y la importancia del cultivo, conservación y uso de las plantas medicinales. En esta misma ocasión también se entregaron postales y adhesivos del proyecto, así como una donación de guías educativas a las bibliotecas de los colegios.

EVALUACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Como en todo proyecto, surgen de manera inevitable preconcepciones sobre lo que va a ocurrir durante la ejecución del mismo, las que se pueden manifestar en forma de expectativas, inseguridades, prejuicios, entre otros. En cuanto a trabajar con adolescentes mapuche, para mí era algo totalmente nuevo, por lo que tenía algunas ideas que en la práctica no ocurrieron así, tales como:

PREJUICIO	REALIDAD
“Las adolescentes no van a interesarse por las actividades lúdicas”.	Participaron activamente de ellas, notándose el disfrute en sus rostros y gestos corporales.
“Las adolescentes son ensimismadas, están metidas en su mundo”.	Aunque esto tiene mucho de verdad, durante la actividad la gran mayoría estuvo receptiva a lo que se les compartía.
“Las adolescentes mapuche deben saber mucho de plantas medicinales”.	Lamentablemente eran pocas las que manejaban información sobre plantas medicinales y sus usos.
“Las adolescentes se ponen nerviosas al hablar de temas relacionados con su cuerpo y sexualidad”.	Efectivamente había nerviosismo, pero al mismo tiempo algunas eran más abiertas para expresarse frente a algunos temas.

Este ejercicio de mirar las preconcepciones en retrospectiva es útil para darse cuenta que siempre los proyectos nos entregan aprendizajes y desafíos que abren posibilidades de transformación. En el caso de la iniciativa que acá comparto, puedo afirmar que fue una experiencia enriquecedora que cumplió a cabalidad con los objetivos propuestos.

Muy importante fue el hecho de que, al finalizar los encuentros, las adolescentes se manifestaron agradecidas y satisfechas con la actividad. Era evidente que estaban contentas, llevándose con ellas además objetos que le permitieran contactar con la experiencia posteriormente en sus casas (un mini huerto, una guía, una bitácora, postales y adhesivos).

A modo de resumen, las principales fortalezas de “Zomo ñi lawen” en relación al trabajo entre mujeres de diversas generaciones fueron:

- Vincularse directamente con escuelas del territorio, manteniendo una comunicación continua y fluida con ellas.
- Incorporar la participación de adolescentes para promover la transmisión de saberes desde mujeres mapuche adultas.
- Proceso de escritura colectiva de una guía bilingüe, es decir, en español y *mapuzungun*, utilizando un lenguaje sencillo para que su contenido sea comprensible para personas de distintas edades, territorios y contextos.
- Divulgar información sobre salud sexual y reproductiva considerando las características culturales del territorio.

Pero no todo es perfecto durante la ejecución de los proyectos, eso está claro. En este caso, me gustaría compartir que, si bien la experiencia de escribir colectivamente entre mujeres de diversas generaciones fue un ejercicio necesario que resaltó las voces de quienes nos involucramos en el proyecto, también enfrentamos algunos desafíos. La falta de sincronización en los horarios y las diferencias en la forma de narrar tuvieron un efecto notable al ralentizar el proceso de escritura.

Por otro lado, también ocurrió que algunas de las mujeres mapuche de mayor edad tenían una visión bastante binaria de las relaciones sexoafectivas, al hablar siempre en términos de “mujeres” y “hombres”, priorizando el componente heterosexual, ya que al dirigirse a las estudiantes se mencionaban a “los pololos” o “con sus esposos más adelante”. De hecho, es bastante común que en los pueblos indígenas se mantengan estas nociones, como lo han señalado algunas mujeres indígenas identificadas como feministas (Cabnal, 2019). En la misma línea, se mencionó la maternidad y el matrimonio casi como eventos “inevitables” en la vida de una mujer, lo cual también me generó ciertas inquietudes, pero, aunque entiendo que en los pueblos indígenas ambas cuestiones tienen un peso tradicional.

Ahora bien, tras haber pasado exactamente 4 años desde aquel momento, también me pregunto: ¿Qué habrá sucedido con las adolescentes que asistieron a la *rvka*? ¿Se habrá despertado en ellas un mayor interés por la herbolaria mapuche? ¿Habrán cultivado más plantas? ¿Habrán querido conocer más de la historia y cosmovisión del pueblo mapuche? ¿Habrán tomado decisiones más informadas y asumido una mayor responsabilidad en la gestión de su salud sexual y reproductiva?

No tengo la respuesta a tales preguntas, y, más bien, se nos presentan ciertos desafíos pendientes a partir de esta experiencia:

- Procurar mantener la continuidad de la experiencia para que no sea una instancia única y luego quede en el olvido.
- Incluir a la diversidad sexogenérica de adolescentes: trans, no binaries, lesbianas, gay, asexuales, entre otros.
- Al trabajar con adolescentes, fomentar la existencia de diversas posibilidades de proyectos de vida, mostrándoles un amplio abanico de opciones.
- Potenciar la vinculación con centros frecuentados por adolescentes, como establecimientos educacionales, centros de salud con espacios amigables, centros culturales enfocados en jóvenes, entre otros.
- Explorar nociones del género y la sexualidad que vayan más allá de los binarios, potenciando la interdisciplinariedad, los saberes locales ancestrales y el cuestionamiento de ciertas ideas y prácticas naturalizadas.
- Incluir el uso de dispositivos y plataformas tecnológicas actuales que son ampliamente utilizados por la población adolescente y joven.

REFERENCIAS

- Cabnal, L. (2019) *Las mujeres indígenas feministas comunitarias de Abya Yala*. Editorial Subversión Feminista, Chile.
- Consejo Nacional de la Cultura y las Artes (CNCA). (2011) *Diagnóstico de desarrollo cultural del pueblo mapuche*. Sección Observatorio Cultural. Publicado: Noviembre 2011. <http://observatorio.cultura.gob.cl/>; <https://www.cultura.gob.cl/wp-content/uploads/2013/04/Estudio-Diagnostico-del-Desarrollo-Cultural-del-Pueblo-Mapuche.pdf>
- Jofré, N., Cayunao, S., Raypán, C., & Paredes, B. (2019) *Zomo ñi lawen. Saberes mapuche sobre plantas medicinales de Loncoche para la salud sexual y reproductiva de las mujeres*.
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). (2003) *Los ámbitos del patrimonio cultural inmaterial*. <https://ich.unesco.org/doc/src/01857-ES.pdf>

CAPÍTULO 14

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN
LAS ESCUELAS: EL CASO DEL PROGRAMA TRES A EN CHILE

ALEXANDRA OBACH, MICHELLE SADLER, PATRICIA MUÑOZ

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene como propósito dar cuenta del Programa Tres A, implementado en la comuna de Lo Prado, y el cual incorpora de manera permanente a profesionales de salud al interior de las escuelas públicas de dicha comuna, las cuales cuentan con índices de vulnerabilidad escolar relativamente altos y están insertas en contextos de pobreza socioeconómica, ambos factores que favorecen la exclusión social (Villalta et al., 2011). El Programa nace el año 2011 como una iniciativa de la dirección municipal de salud y educación de la comuna, en respuesta a un diagnóstico local alarmante de casos de suicidio, malos indicadores nutricionales y aumento de embarazos en adolescentes. La estrategia articula múltiples programas que históricamente operaban de manera aislada en salud, educación, y otros sectores. El Programa diseñó estrategias grupales e individuales de prevención de conductas de riesgo y promoción de hábitos de vida saludables al interior de doce escuelas públicas de la comuna (9 de enseñanza primaria y tres de primaria y secundaria), en torno a tres ejes de acción: alimentación saludable y actividad física; afectividad y sexualidad; y autocuidado. Para su funcionamiento, la Corporación Municipal de Lo Prado articuló presupuestos de educación y salud para la contratación del personal que conforma el equipo -matronas, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos-, algunos quienes se desempeñan de manera permanente en cada escuela, mientras otros rotan por las mismas.

En cada una de las escuelas se implementó una sala de salud, espacio donde los equipos del Programa de cada escuela realizan atención directa y consejería al estudiantado, además de dictar talleres en aula y utilizar los recreos como espacios de promoción de salud.

El componente de Afectividad y Sexualidad del Programa contempla talleres en aula sobre relaciones afectivas y amorosas, toma de decisiones en sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos (MAC), infecciones de transmisión sexual (ITS); consejería en salud sexual y reproductiva (SSR); inicio de MAC y entrega de preservativos en las escuelas; derivación asistida a matronas de los Centros de Salud (para intervenciones que necesitan un entorno clínico, como métodos anticonceptivos reversibles de larga duración); atención a apoderados/as; coordinación con los equipos directivos de las escuelas; y participación en reuniones de apoderados/as. Destaca el hecho que todas estas acciones se han incorporado en el currículo escolar de la comuna.

El quehacer del Programa Tres A se alinea con diversas recomendaciones internacionales, según las cuales el desarrollo de estrategias intersectoriales para el fortalecimiento de la salud de adolescentes es una de las vías a potenciar para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Lobelo et al., 2013). En esta línea, en el año 1995 la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó la estrategia Global Health School Initiative, con el objetivo de expandir mundialmente la Estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud, la cual pone foco en la escuela en tanto centro promotor de la salud de niños, niñas y adolescentes, sus familias y comunidades (OMS, 2017). En el año 2000 la OMS, en coordinación con diversas agencias, desarrollaron la alianza Focusing Resources on Effective School Health, para promover temas prioritarios en relación a la salud en las escuelas (OMS et al., 2000).

Tanto en América Latina como en Chile las iniciativas intersectoriales entre salud y educación para la promoción de salud de niños, niñas y adolescentes son escasas y existe limitada evidencia que avale su accionar (OPS, 2007). De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, las estrategias de salud en las escuelas permiten abordar la SSR de adolescentes desde una perspectiva integral, y sirven para fortalecer, desde la intersectorialidad, valores de salud primaria como el derecho a salud, equidad, solidaridad y respuesta a las necesidades de salud de la población (OPS, 2007). En Chile, desde el año 2008 el Ministerio de Salud viene implementado una serie de estrategias para abordar la salud de adolescentes y jóvenes, las cuales incluyen una perspectiva intersectorial, entre ellas: (i) Implementación de la Estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud, ejecutada solo en algunas comunas del país; (ii) Creación de los Espacios Amigables en Atención Primaria, cuyo objetivo es dar respuesta a las necesidades de salud de la población adolescente, especialmente en los ámbitos de SSR; (iii) Creación de la Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes en 2008 (MINSAL, 2008), y del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes en el año 2012 (MINSAL, 2012), los cuales ponen énfasis en la importancia del trabajo intersectorial para favorecer el desarrollo saludable de este grupo etario.

Los Espacios Amigables se focalizan en facilitar el acceso a salud de adolescentes, superando las barreras de acceso identificadas por la literatura, entre ellas, falta de privacidad en la atención de SSR; falta de vínculo entre adolescentes y personal de salud; horarios de atención coincidentes con jornada escolar; entre otras (Sadler et al., 2011; Rojas et al., 2017; Macintyre et al., 2015). Siguiendo directrices internacionales (OMS, 2006), los protocolos

de dichos espacios en Chile se han ampliado progresivamente para incluir acciones conjuntas entre los sectores de salud y educación. Sin embargo, no se ha especificado un modelo para la colaboración entre ambos sectores. Las iniciativas que existen corresponden principalmente a esfuerzos locales donde prima una vinculación esporádica de salud con las escuelas a través de instancias puntuales de capacitación a estudiantes y docentes en diversos temas, incluidos los de SSR (Obach et al., 2019).

EL PROGRAMA TRES A DESDE LA VOZ DE SUS PARTICIPANTES

Entre los años 2018 y 2019 las autoras estuvieron a cargo de un estudio cualitativo etnográfico con el objetivo de sistematizar la experiencia del Programa Tres A en la comuna de Lo Prado (Obach et al., 2022). Del total de doce escuelas públicas que implementan el Programa, se seleccionaron las tres que cuentan con enseñanza secundaria. En cada escuela el foco del estudio estuvo puesto en las interacciones que se generan en el marco del componente de Afectividad y Sexualidad del Programa Tres A. Para el levantamiento de información se utilizaron las técnicas de observación etnográfica, entrevistas semi-estructuradas, y grupos de discusión con estudiantes, profesionales de salud que trabajan en las escuelas, docentes de las escuelas abordadas, y directores/as de las escuelas. El proyecto contó con la aprobación del Comité Científico del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Todas las personas participantes recibieron información sobre los objetivos y procedimientos del estudio: los y las mayores de edad firmaron un consentimiento informado, y los/as menores de edad (17 años y menos) un asentimiento informado y, además, se pidió el consentimiento de sus padres, madres y/o tutores.

ASPECTOS DESTACADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA TRES A EN LAS ESCUELAS

De acuerdo a las personas entrevistadas, el valor fundamental del Programa es su inserción en las escuelas, lo que permite y facilita el acceso permanente de estudiantes a la consejería y atención en SSR, libre de las barreras burocráticas que se producen en atención primaria, como tomar hora, ser citado en horarios escolares, o tener que presentar diversos documentos como requisito para la atención. Tal como lo relata una psicóloga del Programa, “la principal fortaleza [del Programa] es estar inserto físicamente en este espacio”.

La atención de SSR en las escuelas reduce considerablemente otras barreras, como la falta de confidencialidad y vergüenza que se produce en los consultorios, ya que en dichos espacios los y las adolescentes se sienten expuestos/as a ser vistos por miembros adultos de su comunidad, quienes pueden comentar a sus familiares haberlos visto en los servicios de salud. En la escuela disminuye esta barrera, como lo expresa un estudiante entrevistado:

Un joven fue a pedir condones a un consultorio y la farmacéutica era una vecina de él, entonces le informó a la mamá que había ido a pedir condones; en cambio aquí tú te sientes seguro que no le van a decir a nadie.

La realización de acciones de SSR en las escuelas es de fundamental relevancia pues acerca a los y las adolescentes a la atención de salud, toda vez que los consultorios u hospitales son considerados por ellos/as como espacios ajenos y lejanos.

Otro tema destacado por las diferentes personas entrevistadas hace referencia a los vínculos de confianza que se establecen a través del Programa entre estudiantes y profesionales de salud. La mayoría de los y las estudiantes entrevistados describe a los profesionales del Tres A como “cálidos, amables y cariñosos”, en comparación con quienes atienden en los centros de atención primaria, que son caracterizados por ellos como más fríos y distantes. Esto sucede dado que la cercanía física y presencia continua de profesionales de salud en la escuela permite tiempos de interacción más prolongados y frecuentes, y promueve la generación de vínculos de confianza entre trabajadores de la salud y adolescentes. Esta relación afectiva es señalada por las personas entrevistadas como una de las claves de éxito del Programa Tres A. Así lo relata una estudiante: “Aquí hay confianza, las tías ayudan, te preguntan, se preocupan. Eso yo no lo esperaba”.

Junto con lo anterior, los y las estudiantes plantean que un aspecto central en la relación que establecen con las y los profesionales del Programa Tres A es que no se sienten juzgados, tema central en población adolescente vulnerable sobre la cual generalmente recaen estigmas sociales. Una estudiante entrevistada sostiene: “Ellas [profesionales del Programa] nos quieren como somos”.

Uno de los estudiantes entrevistados, quien es extranjero, relató además que en la escuela no se ha sentido discriminado por el personal de salud como en el consultorio, por su condición migrante:

Es súper distinto, acá son más amigables, te atienden bien, son *chévere*. Allá no [centro de salud], son pesados y más cuando ven que soy extranjero, con más razón atienden con más diferencia.

Además, esta disponibilidad permanente de profesionales de salud, así como el vínculo de confianza que se establece con adolescentes, facilita el acceso de varones adolescentes a SSR, los cuales históricamente han estado invisibilizados como sujetos relevantes de atención en estas materias.

Otro de los aspectos más valorados por los y las estudiantes es el inicio y control de MAC, y la entrega de preservativos que realiza el Programa Tres A en las escuelas: “Las tías del Tres A lo fomentan tanto y nos pasan tanto condón, tanto preservativo... cada clase Tres A: ‘Cuídese, cuídese’”. La entrega de MAC, incluidos los preservativos, va acompañada de una consejería por parte de la matrona. Estudiantes destacan que tanto a hombres como a mujeres se les entrega la misma información respecto a los preservativos y MAC, y que la información entregada abarca tanto relaciones hetero como homosexuales:

El problema era que antes solamente a los hombres les enseñaban a poner el condón, entonces a las mujeres también les enseñaron, fue como que se dieron el tiempo de llevar condones y una ésta [dildo] de madera y los hicieron a todos poner un condón.

Ellos no solo te enseñan en el tema heterosexual sino te enseñan, por ejemplo, a cómo poder ocupar un preservativo cuando tú tienes sexo oral con un hombre y con una mujer, entonces es súper bueno.

De acuerdo a profesionales del Programa y docentes entrevistados/as, todas estas acciones han tenido un impacto en la reducción del embarazo adolescente en las escuelas donde se implementa el Programa. Esta percepción es compartida por los y las estudiantes entrevistados, quienes han observado una disminución en los casos de gestaciones a temprana edad. Así lo comenta una adolescente:

Ha ido bajando... ¿Por qué? Porque uno va y las tías te dan pastillas, ellas te las facilitan, te dan también unos cupones de descuento para las farmacias, también si una necesita preservativo te los pasa sin problemas, te dan hartos para que te duren.

Además de lo anterior, sostienen que los y las profesionales del Programa Tres A, al entregar información sobre SSR, ponen énfasis en la afectividad en las relaciones de pareja, incentivándolos, por ejemplo, a reflexionar sobre el machismo y sus consecuencias en las relaciones, como el caso de la violencia en el pololeo:

Ah sí, eso también es súper bueno porque yo tengo compañeras que el pololo son malitos, uno ve, claro, entonces ahí te enseñan y te van guiando y ya sabe lo que es bueno, lo que no se debe hacer y lo que no te deben hacer a ti (...). A mis compañeras las ha ayudado bastante con sus novios.

El apoyo que entregan los y las profesionales de salud incluye también temas emocionales y de salud mental, como quiebres amorosos y conflictos familiares. Como ejemplo, una adolescente comenta:

La tía me hizo como una especie de terapia de pareja porque estábamos teniendo problemas con mi pololo y nos llevó a los dos, nos sentó, nos conversó y eso ayudó a que mi relación fluyera, que los problemas en mi casa ya no les tomara tanta importancia, entonces como que ella me ayudó a sobrellevar todas las cosas que estaba pasando... eso lo valoro mucho.

Esto deja entrever que el componente de Afectividad y Sexualidad del Programa aborda el autocuidado, considerando también alimentación saludable y actividad física, en un modelo que vela por la salud integral adolescente, haciendo seguimiento a los casos a través de los diferentes componentes del Programa.

OBSTÁCULOS Y TENSIONES EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Junto con los aspectos positivos recién mencionados, las entrevistas también destacan algunas barreras en la implementación del Programa Tres A. Una de ellas tiene que ver con las tensiones en la relación entre personal de salud y profesores/as. En relación a esto, de acuerdo al personal del Programa, una de las principales barreras que enfrentan es la resistencia de profesores y profesoras respecto a su presencia en las escuelas. Según las personas entrevistadas, hasta antes de la introducción del Programa Tres A, el profesorado se hacía

cargo de la mayor parte de las necesidades de los y las estudiantes, incluyendo el currículo formal, educación sexual y el apoyo emocional de estos. Con la instalación del Programa Tres A, estas últimas labores recayeron en los equipos de salud. Si bien esto descomprime la sobrecarga laboral de profesores, no todos ellos están dispuestos a ceder este espacio de vínculo con el alumnado, generándose resistencias percibidas incluso por los estudiantes, como ejemplifica una alumna entrevistada:

Los profes son súper malos con los tíos del Tres A (...), de repente hay una niña que está muy mal y la psicóloga necesita sacarla y los profes no la dejan: “Está en mi clase, no la pueden sacar”. Y yo siento que de repente es como mejor conseguirse un poco de materia a andar con los brazos cortados o andar con el cuello marcado porque te intentaste ahorcar o andar llorando todo el día (...), algunos profesores minimizan el Tres A, como que no ven lo importante que ha sido en el liceo [escuela] y en nosotros tener un Programa así, en verdad sí ayudan mucho.

También se identifican tensiones producto de las expectativas que tiene el profesorado respecto del Programa Tres A. En opinión del personal de salud entrevistado, los/as profesores y profesoras tienden a esperar cambios inmediatos en la conducta de los y las estudiantes al ser atendidos en el Programa. Cuando dichas expectativas no se cumplen, los y las docentes tienden a invalidar y menospreciar la labor realizada, como lo relata una profesional del Programa:

Existe un concepto errado del cambio en los chicos. Desde la perspectiva de los profesores yo creo que como psicóloga me doy cuenta que hay muchos profesores que me dicen: “¡Pero si yo al niño te lo derivé hace un mes!”

En opinión de varios de los y las entrevistados/as, las tensiones producidas en el encuentro entre los sectores de salud y educación, son de responsabilidad compartida de ambos gremios, que no acostumbran a realizar trabajo conjunto. Una matrona entrevistada sostiene:

Es raro que una matrona esté en un colegio [escuela], a veces hasta yo me lo pregunto así como ¿qué hago acá en las jornadas de reflexión de los profesores? Y ahí comienzan a aparecer los comentarios de los profesores, que es como mucho paseo de delantales.

Cabe destacar que las mayores resistencias se producen desde los y las docentes que llevan más años en las escuelas y de mayor edad. Profesores y profesoras jóvenes se muestran más abiertos y dan mayor reconocimiento a la labor del Programa Tres A.

Otra de las limitaciones que enfrenta el Programa, según diversas personas entrevistadas, es la alta rotación de personal. Entendiendo que una de las principales fortalezas es el vínculo que se genera entre estudiantes y personal del Programa, el hecho que los y las profesionales dejen de trabajar o cambien de escuelas rompe dicho vínculo, lo que tiene un efecto negativo en los y las estudiantes. Una alumna entrevistada relata:

El año pasado había una psicóloga que era mujer y que me gustaba mucho hablar con ella de cualquier cosa, que se haya ido ella como que igual me dio lata (...). Encuentro que no debería ser así porque una persona, un psicólogo le tienes que tener confianza y a una persona que estas recién conociendo como que no le vas a tener mucha confianza de contarle tus problemas.

La rotación del personal de salud genera que algunos/as estudiantes deserten de la atención, debido a la frustración que les provoca perder a la persona con la cual habían generado un lazo de confianza. De este modo, la permanencia del personal de salud en las escuelas es un facilitador para el apoyo de los y las adolescentes, y contribuye a un adecuado funcionamiento del Programa.

Otros aspectos que obstaculizan el funcionamiento del Programa son, según el reporte tanto de estudiantes como profesionales del Programa, los talleres en aula que realiza el Programa Tres A. Los y las estudiantes sostienen que los contenidos de los talleres se repiten año a año. Los y las profesionales del Programa, por su parte, dicen no contar con entrenamiento para acciones en aula. Otra problemática manifestada fue la falta de privacidad que existe en las salas de salud. Si bien cada profesional cuenta con un espacio de atención, los y las estudiantes critican la poca confidencialidad que estas instalaciones permiten, ya que los paneles de los box no aíslan las conversaciones. A su vez, el tamaño pequeño de los box en las salas de salud, y las deficiencias en las herramientas técnicas que estos disponen, constituyen un factor limitante en la atención, especialmente para el inicio y control de MAC.

Otros aspectos a mejorar del Programa refieren a temas como acceso restringido a las salas de salud en horarios de recreo, y un exceso de demanda de matronas y psicólogos/as por parte de estudiantes ya que representan los ámbitos (sexualidad y salud mental respectivamente) más solicitados.

Por otra parte, si bien el Programa Tres A manifiesta un claro avance en la mejora del acceso de hombres adolescentes a SSR, de acuerdo a las personas entrevistadas sigue prevaleciendo una práctica en donde las mujeres tienden a acceder más a la atención en SSR que aquellos. Por último, resistencias por parte de apoderados/as respecto al tratamiento de las temáticas de sexualidad que realiza en Programa Tres A, manifestando en algunos casos que pueden inducir a un inicio temprano de la actividad sexual en adolescentes.

A MODO DE CIERRE

Los resultados del estudio confirman que el Programa Tres A supera gran parte de las tradicionales barreras de acceso para la atención de SSR en adolescentes identificadas por la literatura (Chilinda et al., 2014; Macintyre et al., 2015; Rojas et al., 2017; Sadler et al., 2011). Por una parte, el Programa avanza en la concepción de la salud sexual y la salud reproductiva como dimensiones articuladas de la salud desde una perspectiva integral (salud mental, afectividad, alimentación, etc.); e integra el cuidado de la salud en contextos cotidianos de vida de los y las adolescentes, a saber, la escuela. Esto resulta particularmente pertinente en un país como Chile, donde la formación de 12 años es obligatoria y la deserción escolar es baja (Espinoza Díaz et al., 2014). Por otra parte, las barreras derivadas del acudir a

centros de salud -percibidos por adolescentes como lejanos, poco confiables y con poco resguardo de la confidencialidad de la información- se ven disminuidas cuando los equipos de salud se insertan de forma permanente en las escuelas y generan vínculos de confianza con el estudiantado y, además, le entregan información sobre sus derechos en materia de SSR. Esto es de especial relevancia en Chile, donde existe una falta de información respecto a derechos en salud por parte de la población adolescente. Por ejemplo, en el país la ley 20.418, promulgada en el año 2010, consagra el derecho a la atención de todas las personas en lo referente a regulación de fertilidad, explicitando el derecho a la confidencialidad en la atención en su Artículo 3º, y en donde la excepción a la confidencialidad rige solo para menores de 14 años (Art 2º) (MINSAL, 2016). Si bien se espera que con esta ley disminuyan las barreras de acceso a la población adolescente, la realidad muestra que en muchas ocasiones los equipos de salud locales continúan reproduciendo malas prácticas en relación a los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes (Sadler et al., 2011). Cabe destacar que los y las adolescentes en Chile corresponden al grupo más vulnerable en satisfacción de sus necesidades en salud reproductiva, tienen mayor riesgo de embarazos no planificados, abortos inseguros y morbilidad materno infantil, lo que las/os hace más vulnerables al círculo de la pobreza y a desigualdades de oportunidades para su desarrollo (Lavanderos et al., 2019).

Como una manera de sortear estas barreras, el Programa Tres A rompe con la forma de vinculación tradicional entre los sectores de salud y educación que predomina en el país, que se puede caracterizar como una estrategia de entrada y salida, en la cual el personal de salud desarrolla sus funciones principalmente en los centros de salud, realizando acciones específicas en escuelas como capacitaciones puntuales dirigidas a estudiantes y docentes (Obach et al., 2019). El Programa Tres A potencia una nueva forma de vinculación, una estrategia con base en las escuelas donde, además de los Espacios Amigables insertos en los centros de atención primaria de las comunas, el personal de salud se instala en las escuelas de manera permanente, formando parte del equipo de profesionales de los establecimientos educacionales (Mason-Jones et al., 2016). Esta última estrategia, muy poco desarrollada en el país, rompe con la lógica sectorial de salud y se abre al territorio, relacionándose con la comunidad adolescente de forma permanente. A través de esta estrategia se integra la SSR en un modelo de cuidado integral de la salud de adolescentes (Obach, et al., 2019).

El Programa Tres A sigue la línea de lo que fomentan las agencias internacionales para salud adolescente. Si bien el Programa no forma parte de la Estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud en el país, pone en acción gran parte de los lineamientos que dicha estrategia promueve: trabajando de forma articulada y simultánea en las políticas y normativas escolares; promoviendo un ambiente físico y psicosocial saludable; generando una educación para la salud integral; fomentando la participación comunitaria; facilitando la articulación con servicios de salud, sociales, de actividad física y alimentación; y entendiendo que la salud no es ajena a la escuela sino que es parte de ella (PAHO, 2018a). En este sentido, el Programa Tres A aporta al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible vinculados a mejorar la calidad de vida y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes. Además, va en la línea de las propuestas de la guía Aceleración Mundial de las Medidas para Promover la Salud de los Adolescentes de la OMS, donde se proponen una serie de intervenciones basadas en la evidencia para la promoción de la salud de adolescentes, entre las que destaca la Estrategia de Escuelas Promotoras de la Salud (PAHO, 2018b). Junto con lo anterior, estudios prove-

nientes del área de la educación demuestran que el cuidado del clima afectivo en el aula es un aspecto de innovación didáctica en este contexto, convirtiéndose en un elemento que potencia la construcción de aprendizaje. Estas mismas conclusiones pueden ser atribuidas al Programa Tres A toda vez que el vínculo afectivo que se genera entre personal de salud y estudiantes refuerza también la construcción de aprendizaje en áreas específicas como lo son la SSR de adolescentes y jóvenes (Villalta et al., 2011).

REFERENCIAS

- Chilinda, I., Hourahane, G., Pindani, M., Chitsulo, C., & Maluwa, A. (2014) Attitude of health care providers towards adolescent sexual and reproductive health services in developing countries: a systematic review. *Health (6)*, 1706-1713. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.614203>
- Espinoza Díaz, O., Castillo Guajardo, D., González, L.E., Loyola Campos, J., & Santa Cruz Grau, E. (2014) Deserción escolar en Chile: un estudio de caso en relación con factores intraescolares. *Educación y Educadores 17*(1), 32-50. <http://dx.doi.org/10.5294/edu.2014.17.1.2>
- Lavanderos, S., Haase, J., Riquelme, C., Morales, A., & Martínez, A. (2019) Embarazo adolescente en Chile: una mirada a la desigualdad sociodemográfica comunal. *Rev Chil Obstet Ginecol 84*(6), 490-508. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0717-75262019000600490
- Lobelo, F., García de Quevedo, I., Holub, C.K., Nagle, B.J., Arredondo, E.M., Barquera, S., & Elder, J.P. (2013) School-based programs aimed at the prevention and treatment of obesity: evidence-based interventions for youth in Latin America. *J Sch Health 83*, 668-677. <https://doi.org/10.1111/josh.12080>
- Macintyre, A.K., Montero, A., & Sagbakken, M. (2015) From disease to desire, pleasure to the pill: a qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. *BMC Public Health 15*, 945. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2253-9>
- Mason-Jones, A.J., Sinclair, D., Mathews, C., Kagee, A., Hillman, A., & Lombard, C. (2016) School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev (11)*: CD006417. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006417.pub3>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. *Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes 2008-2015*. (2008) Santiago: MINSAL, Gobierno de Chile. 2008. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Pol%c3%adtica-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-J%c3%b3venes-2008-2015-Chile.pdf>
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. *Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Plan de acción 2012-2020*. (2012) Santiago: MINSAL, Gobierno de Chile. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf>

- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. *Guía Práctica Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes; Orientaciones para los equipos de Atención Primaria*. (2016) Santiago: MINSAL, Gobierno de Chile de Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>
- Obach, A., Sadler, M., & Cabieses, B. (2019) Intersectoral strategies between health and education for preventing adolescent pregnancy in Chile: Findings from a qualitative study. *Health Expectations* 22, 183-192. <https://doi.org/10.1111/hex.12840>
- Obach, A., Sadler, M., Cabieses, B., Bussenius, P., Muñoz, P., Pérez, C., & Urrutia, C. (2022) Strengths and challenges of a school-based sexual and reproductive health program for adolescents in Chile. *PLoS ONE* 17(3), e0265309. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265309>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006) *Implementing the reproductive health strategy: Promoting and safeguarding the sexual and reproductive health of adolescents*. WHO Policy Brief 4.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017) *Global school health initiatives: achieving health and education outcomes*. Report of a meeting, Bangkok, Thailand, 23–25 November 2015.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) et al. (2000). *Focusing Resources on Effective School Health: a FRESH Start to Enhancing the Quality and Equity of Education*.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2007). *Renewing Primary Health Care in the Americas*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018a). *Promover la salud en la escuela. ¿Cómo construir una escuela promotora de la salud?* Buenos Aires: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2018b) *Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes (Guía AA-HA!): Orientación para la aplicación en los países*. OPS.
- Rojas, G., Eguiguren, P., Matamala, M.I., Palma, I., & Gálvez, G. (2017) Acceso a anticoncepción en adolescentes: percepciones de trabajadores de la salud en Huechuraba, Chile. *Rev Panam Salud Publica* 41, e77. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.77>
- Sadler, M., Obach, A., Luengo, X., & Biggs, A. (2011). *Barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile*. Santiago de Chile: CulturaSalud / Ministerio de Salud. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/ace74d-077631463de04001011e011b94.pdf>
- Villalta, M., Martinic S., & Guzmán, M. (2011). Elementos de la interacción didáctica en la sala de clase que contribuyen al aprendizaje en contexto social vulnerable. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* 16(51), 1137-1158.

CAPÍTULO 15

CICLO JÓVENES, CULTURA Y DIVERSIDADES: UNA EXPERIENCIA DE CO-DISEÑO Y PARTICIPACIÓN JUVENIL DESDE UNA PERSPECTIVA INTERCULTURAL

OLAYA GÓMEZ AEDO Y VALENTINA VEGA IBARRA

En medio de la pandemia y con la incertidumbre de qué es lo que iba a pasar, nos preguntamos desde la experiencia en Peñalolén ¿Quiénes son las y los jóvenes de hoy? En Chile, según el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), son personas que tienen entre 15 y 29 años, pero en este caso no sólo comprendemos que la juventud se mide por aspectos biológicos que suceden en un rango etario, sino más bien por la experiencia que significa el ser joven, la cual está mediada por aspectos socioculturales y particulares según la realidad de cada persona de manera diversa, acuñando de esta manera el concepto juventudes (Duarte, 2000). En ese sentido, redireccionamos la pregunta: ¿Quiénes son las juventudes de Peñalolén?

Desde esta mirada, la Oficina de Juventudes, hasta antes de la pandemia destacaba principalmente por su trabajo con jóvenes por medio del arte y la música con la Escuela de Bandas y el trabajo de liderazgo juvenil llevado a cabo en el programa *Moviliza Juventudes*, del cual luego de dos generaciones, nace el grupo *Activiza Moviliza*, que marcó la hoja de ruta para identificar las necesidades, inquietudes y áreas de interés que presentaban las y los jóvenes de la comuna, los cuales buscaron movilizarse hacia posibles soluciones y factores de incidencia que transformarían su entorno cercano y sobre todo en la vida de otras y otros jóvenes.

Luego de un trabajo sostenido, que se vio fortalecido y recurrente en la pandemia, las y los integrantes de *Activiza Moviliza*, declararon que su bandera de lucha era en torno a las violencias -en un amplio espectro-, pero en especial las ligadas a las temáticas de género, diversidades sexo-genéricas, desigualdades sociales, medioambiente y la tenencia responsable de animales domésticos. Pero, a su vez, identificaron que con la pandemia todas estas representaciones de la violencia, en muchísimos casos se exacerbaban debido al confinamiento, e impactaron principal y directamente en la salud mental de las y los jóvenes con que se relacionaban.

De esta manera, comienzan a suscitarse una serie de relatos y experiencias que mostraban reunión a reunión, el sentir de las y los jóvenes, que levantaban preocupaciones comunes en términos de salud como: la aparición o aumento considerable de acné, por el uso excesivo de la mascarilla; la preocupación por las relaciones afectivas y sexoafectivas en medio de este contexto que solo permitía conectarse con otras y otros de una manera virtual y no presencial, y que a su vez estaban teñidas por la ansiedad que les producían los cambios físicos que habían padecido en los meses de confinamiento e incertidumbre, sumado además a los duelos que tuvieron que sobrellevar por muerte de familiares cercanos, amigos, amigas, vecinos y vecinas a raíz del Covid-19.

No obstante, a pesar de que el trabajo fue significativo tanto para las y los jóvenes como para las y los adultos que acompañamos el espacio, sabíamos que esos aproximadamente 30 jóvenes no representaban la realidad comunal, ni menos en aspectos diversos; desde este punto de partida se comenzaron a buscar instancias donde hubiese participación juvenil, pero hubo un dato estadístico que nos hizo tomar la dirección a donde queríamos llegar, ya que, en el caso particular de Peñalolén, según los datos arrojados por el Censo de Población y Vivienda del año 2017, un 12,6% de la población pertenece a uno de los diez Pueblos Originarios reconocidos en la Ley Indígena 19.253. Entre ellos, en la comuna de Peñalolén, existe un alto porcentaje de personas pertenecientes al pueblo Mapuche (92% de un total de 30.534 personas indígenas).

En consecuencia, nos propusimos realizar un trabajo conjunto entre las Oficinas Municipales de Juventudes y Pueblos Originarios³⁵, diseñando un espacio donde las juventudes de Peñalolén tuvieran acceso a saberes ancestrales que se ligaban a sus temas de interés y principalmente a la mejora de salud física y mental, con el objetivo de conseguir la participación de las y los jóvenes indígenas en conexión con la red que veníamos trabajando hasta el momento³⁶. Ya que la población más numerosa perteneciente a un pueblo originario, es el pueblo Mapuche, decidimos abordar el ciclo desde la visibilización de la cosmovisión de este pueblo como un aporte al mundo juvenil en relación a sus motivaciones e inquietudes actuales.

35 Estas Oficinas Municipales son parte del Departamento de Servicios Comunitarios de la Dirección de Desarrollo Comunitario DIDECO de la Municipalidad de Peñalolén, la que tiene por objetivo proporcionar asesoría técnica a las Organizaciones Comunitarias, fomentar su desarrollo y legalización; y promover su efectiva y permanente participación en el municipio.

36 Las Oficinas de Juventudes y Pueblos Originarios previamente habían llevado a cabo conversatorios y encuentros entre jóvenes indígenas y no indígenas y las personas pertenecientes a la Mesa de Trabajo Indígena de Peñalolén, abordando temáticas asociadas a las fechas relevantes del calendario anual de cada oficina. Entre ellas, el Día Internacional de la Mujer Indígena, el Día de la Resistencia Indígena y el Día Internacional de la Juventud.

Bajo esta premisa, nos preguntamos ¿cómo empezar?, ¿de qué manera abordarlo? y qué más coherente que consultar y empaparnos de las experiencias de las y los jóvenes que conocíamos en ambas oficinas, para establecer puntos de interés que tuvieran esta vez, perspectiva de género pero sobre todo, una mirada intercultural, identificando de manera preliminar que, la experiencia o eje que cruza de manera transversal a las y los jóvenes, sin importar su origen, ni características personales, es que su relación y experiencia personal con el mundo está mediada por sus cuerpos.

David Le Breton (1995), plantea que la existencia del ser humano es corporal, ya que el cuerpo está al centro de la acción individual y colectiva, en el centro del simbolismo social. Por lo tanto, el cuerpo es una construcción simbólica, efecto de una construcción social y cultural. De ahí que “el cuerpo solo existe cuando el hombre lo construye culturalmente” (p. 27).

Y no es casual que justamente el cuerpo cobre mayor importancia en la adolescencia y la juventud, ya que las experiencias que vivan sentarán las bases de las personas adultas en que se convertirán y que mediará de una u otra manera su relación con su autopercepción, la seguridad que tengan en sí mismos/as, la necesidad que tengan de lograr la validación ante las y los demás, cómo vivirán su sexualidad o que tan propios serán a tener conductas de riesgo, y también posiblemente en esta época se gestan la mayoría de inseguridades y traumas que manifestarán en el futuro, sólo por la forma en que se relacionen con sus pares y las personas adultas en esta época de su vida (Le Breton, 2012).

De esta manera, se fortalece la idea de que la salud tanto en temas corporales, como psicológicos fuese el eje de partida que debíamos abordar y que a su vez los pueblos originarios consideran y trabajan de manera integral desde tiempos inmemoriales³⁷, por medio del entender al ser como un todo que integra variados aspectos y no de manera disociada. Uno de los elementos fundamentales en la medicina mapuche es la relación que se establece entre cuerpo, mente, espíritu y el entorno sacionatural. A diferencia de la medicina biomédica, que solo atiende el cuerpo disociado del ser humano y su entorno.

Por lo tanto, hay una construcción cultural en torno a las concepciones de salud y enfermedad que se sustentan en la cosmovisión del pueblo Mapuche. Pues el cuerpo es el que adolece, el cuerpo se enferma, en el cuerpo habita el sujeto, el *che* (la persona), es una persona que porta una forma de ver e interpretar el mundo y por lo tanto de relacionarse (Le Breton, 1995).

Es así, que, en esta búsqueda de brindar espacios diversos para la construcción de la identidad de las juventudes de Peñalolén, es que en el año 2021 emerge el Ciclo Jóvenes, Cultura y Diversidades, que tuvo como principal objetivo, promover la participación sociocultural de jóvenes indígenas y no indígenas de la comuna de Peñalolén, mediante la sensibilización, visibilización y reflexión en torno a las prácticas y saberes de los pueblos originarios.

37 Las sociedades indígenas han desarrollado saberes y prácticas curativas durante siglos de observación, de experiencias infinitamente repetidas y mediante la aplicación de conocimientos asociados a las propiedades de los vegetales, incidiendo en el alivio de las enfermedades (Montecino y Conejeros, 1985).

ENFOQUE CONCEPTUAL

El abordaje conceptual que nos permitió entrelazar las necesidades de las juventudes y los aportes de los saberes y haceres de los pueblos originarios, mediante un trabajo de co-diseño, fue considerar la formulación del ciclo desde un enfoque intercultural e interseccional como hilo conductor en la realización de los conversatorios y talleres. En ese sentido, por una parte, entendemos la interculturalidad como un proyecto de acción, que busca el respeto y diálogo en torno al reconocimiento de la diversidad cultural y cómo las visiones, conocimientos y prácticas de los grupos humanos pueden contribuir a fortalecer las identidades y el reconocimiento de la existencia de un otro y un nosotros.

Como señala Rossi (2018) la perspectiva intercultural:

Es un proyecto que tiene que ver con la sociedad en su conjunto, porque tiene que ver con las familias, las organizaciones y las instituciones; es personal, porque fomenta la reflexión sobre uno mismo y la autoestima positiva de uno, y entre las personas; es un proyecto pedagógico que exige profesionalidad, saber hacer, técnicas, métodos, y prácticas; es un proyecto cultural en el sentido que crea cultura y, finalmente, es un proyecto ético para aprender a vivir juntos. (p.14)

Por otra parte, un elemento integral para poder practicar la interculturalidad en distintos grupos humanos, es el concepto de interseccionalidad, comprendido como un enfoque que nos permite examinar en varios niveles de análisis las múltiples dimensiones de los sistemas de opresión que se entrecruzan en la vida de las personas. Entre ellos, los sistemas de raza, clase social, género, sexualidad, etnicidad, diversidad funcional, edad, donde todos interactúan mutuamente en la organización social impactando en la vida de personas o colectivos (Dietz, 2017).

SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Para comenzar el diseño del ciclo y que este tuviera una perspectiva juvenil e intercultural, se levantan temáticas relevantes y se cruzan con un análisis de las fechas relevantes y significativas tanto para las y los jóvenes como las personas que estaban en estricta relación con la Oficina de Pueblos Originarios. Lo que llevó a que durante el ciclo se realizaran cuatro conversatorios y cuatro talleres que fluctuaron entre una a tres sesiones.

Tabla 1. Resumen composición del *Ciclo Jóvenes, Cultura y Diversidades*

PARTE	MES	FECHA/S SIGNIFICATIVA/S	CONVERSATORIO	TALLER	SESIONES
1	Mayo - Junio	17 de Mayo	“Jóvenes Indígenas y Diversidades Sexuales”	“Sexualidad para jóvenes Indígenas y no Indígenas”	3 (virtual)
2	Agosto	9 de Agosto	“Prácticas de autocuidado con Medicina Mapuche”	“Autocuidado con medicina tradicional Mapuche”	3 (2 virtuales; 1 presencial)
3	Octubre	2 de Octubre	“Jóvenes que re-conectan y resisten”	“Crea, reconecta y resiste”	1 (presencial)
4	Noviembre - Diciembre	25 de Noviembre	“Küme Newen y violencia de género”	“Ármate de Küme Newen”	1 (presencial)

Fuente: Elaboración propia.

Pero no solo los contenidos eran importantes, sino la forma en que se iban a comunicar, por lo que, para llevar a cabo cada conversatorio se contó con la moderación de participantes de la agrupación antes mencionada *Activiza Moviliza*, quienes fueron las y los encargados de investigar acerca de los contenidos que se iban a trabajar en cada sesión, integrar principalmente en los saludos y despedidas el uso de las lenguas indígenas de los pueblos más representativos de la comuna (*mapuzungün*, *aymara* y *rapa nui*), con el propósito de visibilizar la lengua materna de cada pueblo propiciando la identidad que buscaba el ciclo. Reunirse con las y los expositores previamente y generar la pauta de conversación en relación a lo que a ellos y ellas como jóvenes les interesaba relevar y plasmar; teniendo en cuenta que el ciclo estuvo dirigido a personas jóvenes indígenas y no indígenas de entre 14 y 29 años que vivan, trabajen, estudien o se vinculen con la comuna.

PARTE 1: Tuvo relación con el Día Internacional contra la Homofobia y la Transfobia y el Día del Orgullo LGBT, dando paso al primer conversatorio llamado “Jóvenes Indígenas y diversidades sexuales”, con el propósito de visibilizar las temáticas que hoy son de interés de las y los jóvenes en materia de diversidades sexuales, e invitando a dialogar a una joven, mujer, madre y actriz mapuche de la comuna; una antropóloga social especialista en sexualidad y un artista visual mapuche que plasma en su trabajo la dualidad y las diversidades sexuales desde su cosmovisión.

Por otra parte, el taller “Sexualidad para jóvenes indígenas y no indígenas desde una Perspectiva Intercultural”, consistió en facilitar antecedentes generales sobre temáticas de sexualidad desde una mirada intercultural e interseccional, poniendo énfasis en el cruce que existe entre sexualidad, clase, género y etnia, a través de clases expositivas y prácticas, con el fin de aportar en el debate de jóvenes de la comuna de Peñalolén en torno a las distintas esferas que componen la sexualidad y sus inquietudes e ideas sobre estas, desarrollado en tres sesiones: conceptos básicos sobre sexualidad, diversidad sexual abordada desde procesos históricos, para finalizar con placer y consentimiento como base para aprender sobre el autocuidado.

El desarrollo de la primera parte del ciclo, dejó en evidencia la importancia de visibilizar las voces juveniles indígenas en materia de diversidades sexuales, compartiendo sus experiencias y visión de su cultura por medio de expresiones y logros que permitan a otros y otras jóvenes empaparse de quiénes son, desde dónde vienen y tomar la decisión de cómo presentarse a sí mismos y las y los demás en relación a sus origen e identificación con su cultura. También quedó en evidencia la importancia de una educación sexual integral con perspectiva intercultural, que recoja los saberes desde los pueblos originarios, pero también proyectando y aunando las nuevas posibilidades de entender las diversidades sexo genéricas, por lo que, justamente esta manera de abordar el tema, generó tensiones en las personas indígenas adultas, influyendo en una baja participación de las y los jóvenes del mundo indígena, a pesar de que en el proceso de inscripción hubo bastante interés, consultas e inscripciones. Evidenciando de esta manera la importancia de generar espacios seguros y resguardados para abordar y ahondar estos temas, en especial para lograr la confianza de las y los jóvenes no indígenas.

Como principal descubrimiento para el desarrollo de las próximas instancias del ciclo, se advierte que es de suma importancia contar en este tipo de experiencias con personas facilitadoras que tengan vinculación previa con la temática indígena y el manejo de los contenidos con enfoque juvenil, considerando de esta manera una perspectiva interseccional, donde los temas que se aborden sean desde la comprensión y aplicación de estos conceptos en un sentido más profundo que vincule la experiencia desde una manera concreta y unificada, más que solo mencionar diversas posturas de una manera teórica y desvinculada de la concepción de los Pueblos Originarios.

PARTE 2: Surge a partir de la conmemoración del Día Internacional de los Pueblos Indígenas y el Día Internacional de la Juventud, generando el segundo conversatorio llamado “Prácticas de autocuidado con medicina Mapuche”, donde se presenta la importancia de la medicina tradicional Mapuche como agente preventivo³⁸ por medio de las voces de 3 personas expositoras: una agente de salud del pueblo Mapuche, quien explica sobre

38 La medicina mapuche opera desde el cuidado del cuerpo, mediante la prevención a través de prácticas de autocuidado, por lo tanto, en la cultura mapuche las personas cuentan con un sistema de creencias y prohibiciones relacionado a ellas. A su vez, la salud y enfermedad en el mundo mapuche son en sí una dualidad, pareja de opuestos complementarios en la cual se define la vida de los individuos, donde ambas realidades coexisten y no pueden ser separadas (Citarella, 2000).

los conceptos centrales que están a la base de la cosmovisión del pueblo Mapuche para la comprensión de la Medicina Tradicional; una joven perteneciente a una asociación indígena, quien expuso sobre VIH y Pueblos Indígenas, visibilizando el trabajo que ha llevado a cabo la asociación en esta materia y un joven estudiante mapuche, quien compartió su testimonio de tratamiento con medicina mapuche.

El taller fue realizado por una agente de salud del pueblo Mapuche -que participó del conversatorio-, teniendo como objetivo, conocer los usos y las propiedades de las hierbas medicinales potenciando la idea de autocuidado, por medio de la preparación de un macerado, ahondar en el conocimiento de los ciclos naturales y la elaboración de un exfoliante natural para el acné, finalizando con un taller de manejo del estrés y la ansiedad, y la elaboración de una crema humectante.

En cuanto al taller, se pudo evidenciar una vinculación mayor que en la temática desarrollada en la primera parte del ciclo, debido a dos razones, la primera fue que para la preparación de los productos cosméticos se hace entrega de un kit con todo lo necesario para su realización, y la segunda es que la última sesión del taller fue presencial, acortando la distancia que hasta el momento había presentado la virtualidad, dando la oportunidad de que la última sesión del taller se realizara la recolección de hierbas medicinales, identificando sus propiedades y características para la preparación de la crema hidratante y generando conversaciones en relación a procesos personales, el autocuidado y la necesidad de aprender a pedir ayuda.

Es importante destacar que los productos fueron elegidos en relación a las problemáticas previamente presentadas por las y los jóvenes en diversas instancias y en un contexto de pandemia, las y los cuales manifestaron sufrir de ansiedad, estrés y exceso de acné en este periodo, siendo la medicina tradicional mapuche una respuesta y/o propuesta a abordar la enfermedad desde una perspectiva integral que entienda los signos físicos como una manifestación de lo que ocurre a nivel mental y espiritual.

En cuanto a los aprendizajes es importante destacar que, el principal hito del ciclo fue evidenciar por medio de las experiencias de las y los expositores, la necesidad de contar con centros de atención de medicina indígena en la ciudad, relevando la importancia de una visión preventiva de la enfermedad como ocurre en la medicina mapuche, potenciando la importancia de que las y los jóvenes tengan acceso a esta información de una manera integral, desde lo cosmético pero también desde la salud sexual como fomentar el uso del condón, conocimiento básicos acerca de métodos de anticoncepción y métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

PARTE 3: Se realizó en el marco del Día de la Resistencia Indígena y tuvo como propósito visibilizar las diversas luchas de los pueblos indígenas desde las voces de jóvenes indígenas de la comuna de Peñalolén, comenzando con el desarrollo del conversatorio llamado “Jóvenes que re-conectan y resisten”, el cual contó con la participación de una educadora tradicional e intercultural y artista mapuche; un joven mapuche *wariache* y un diseñador y un educador tradicional e intercultural mapuche, que propiciaron

desde sus experiencias una conversación intergeneracional con las personas asistentes, pero también enfatizaron en la defensa del *Itrofill Mongen*³⁹, la resistencia desde la *waria* (ciudad) y el territorio, y la importancia de revitalizar la lengua del pueblo Mapuche, el mapuzungün.

De esta manera, se pudo apreciar y visibilizar que la resistencia de los y las jóvenes indígenas, hoy está relacionada principalmente a la protección del medioambiente, marcando su forma de ser y estar en el mundo, relevando por su cosmovisión la importancia y el cuidado de la naturaleza, convirtiéndose de esta manera en un agente movilizador.

En cuanto al taller “Crea, reconecta y resiste” se reforzó la idea del *Itrofill Mongen* como una propuesta de entender y ver el mundo por medio del Buen Vivir/*Kume Mongen*⁴⁰, y que tiene que ver con la conexión con la mente, cuerpo y espíritu, que está en estrecha relación con el cuidado a la naturaleza, ya que esta nos entrega lo necesario para desarrollarnos y vivir, pero también nos provee de la medicina necesaria para sanar todas nuestras posibles dolencias.

Esta interrelación se ve plasmada en el taller por medio del arte, en la creación de un árbol genealógico con material reciclado, donde la premisa para su realización fue la visibilización de un relato que resignifique nuestras raíces, las luchas que las y los ancestros han tenido, pero también para hacernos conscientes de cuáles son las nuestras y de cómo queremos vivir. Convirtiéndose de esta manera la presentación de cada experiencia personal en un espacio de escucha, de contar experiencias, resignificando las historias de nuestros ancestros y donde nuevamente el derecho a la salud de una manera digna e intercultural desde el concepto del Buen Vivir marcó la conversación.

PARTE 4: Surge por la visibilización del día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, realizando el conversatorio “Küme Newen y violencia de género” donde dialogaron una joven, mamá, actriz, defensora de la cultura mapuche y las luchas sociales juveniles que vive en la comuna de Peñalolén, una mujer Mapuche, integrante de *Wechekeche ñi trawün* y colectivo de mujeres *Úlcha kushe trawün*, trabajadora social especializada en área de infancia y contexto de violencia intrafamiliar y tres jóvenes que moderaron la conversación y participaron posteriormente del taller “Ármate de Küme Newen” en donde desde una perspectiva intergeneracional por las edades de las personas que participaron quienes contribuyeron desde sus vivencias a la visibilización de la violencia de género en las sociedades indígenas.

Luego del desarrollo de ambas instancias se advierte de manera tangible la importancia de la transmisión del conocimiento por medio del relato oral, propio de las culturas originarias, donde se respeta la experiencia de personas mayores, además de la visión y camino recorrido de la experiencia de las y los colectivos de mujeres mapuche jóvenes, que se

39 “El *Itrofill Mongen* alude a todas las formas que adquiere la existencia en interacción y que provee vida, la que no está autoconcentrada en tan sólo la gente, como sí en la red de la cual estos son sólo una parte” (Marimán, 2016, p.41).

40 La noción de Buen Vivir/*Kume Mongen* en el Pueblo Mapuche se encuentra asociada a la salud, entendida como el equilibrio y armonía del ser vivo, del ser humano frente a todo entorno, tanto familiar como medioambiental.

mixtura con lo cultural por medio de bandas musicales, conversatorios, intervenciones que proponen el diálogo en torno al ser mujer mapuche en la actualidad en relación a las experiencias de las mujeres mayores de la cultura del pueblo Mapuche y su relación con las violencias, ya que muchas de ellas contaron diversos relatos de vida, que estaban marcados por la violencia y principalmente enfocados en términos de violencia de género y sexual, resignificando y apoyando las luchas de las mujeres y jóvenes que expusieron en el conversatorio y declarando que se sienten orgullosas y conscientes de que son las actuales generaciones las que pueden desarrollar un cambio en esta problemática ya que, abordan, enfrentan, actúan, se expresan y forman en relación a las violencias para generar un cambio sustancial.

CONCLUSIONES

El ciclo *Jóvenes, Cultura y Diversidades* se presentó como la puerta de entrada hacia una vinculación significativa entre las juventudes y el mundo indígena desde una mirada intercultural e interseccional de temáticas que han sido manifestadas como interés juvenil, entre ellas, las diversidades sexo genéricas, prácticas de autocuidado, medioambiente y género, por mencionar algunas y que fueron abordadas durante el ciclo.

El ciclo tuvo como principal objetivo promover la participación sociocultural de jóvenes indígenas y no indígenas de la comuna de Peñalolén, mediante la sensibilización, visibilización y reflexión en torno a las prácticas y saberes de los pueblos originarios. En ese sentido, la experiencia estuvo mediada por un proceso de co-diseño entre las funcionarias municipales, representantes de cada oficina y las y los jóvenes del grupo Activiza Moviliza, quienes tuvieron un rol protagónico en la moderación de los conversatorios y participación en los talleres.

Durante la ejecución del ciclo, participaron también personas adultas y mayores indígenas y no indígenas, quienes aportaron desde sus vivencias diversos relatos en torno a las temáticas propuestas, fortaleciendo la transmisión de saberes y prácticas a través del relato oral y su importancia para los pueblos originarios. La perspectiva intercultural e interseccional nos permitió visibilizar la diversidad de vivencias y consecuencias de la discriminación étnica, de clase y de género que viven las personas. A su vez, se generaron instancias para el auto reconocimiento de identidades, jóvenes que conectaron con sus raíces indígenas, entre ellas, aymara y mapuche, cuyos relatos estuvieron cruzados por la memoria de sus padres y abuelos que vivieron la migración desde sus territorios de origen a la ciudad.

Desde sus relatos y vivencias logramos identificar la necesidad de contar con centros de atención con medicina indígena en la ciudad que informen sobre salud sexual y reproductiva, con el propósito de promover el uso del condón, los métodos anticonceptivos y entregar información para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, generando espacios seguros y resguardados que garanticen el derecho a la salud de una manera digna e intercultural.

Por otra parte, las nociones de Buen Vivir e *Itrofill Mongen*, fueron relevantes al momento de transmitir los saberes en relación a los cuidados de los y las jóvenes desde la cosmovisión del pueblo Mapuche, significando un aporte al mundo juvenil en relación a sus

motivaciones e inquietudes actuales, ya que una de las resistencias juveniles que se identificaron se relaciona a la protección y cuidado del medio ambiente, valorando la contribución del pensamiento indígena en esta materia.

Por último, consideramos que visibilizar las voces juveniles en un contexto institucional, como lo es el gobierno local, llevando a cabo una experiencia de co-diseño y participación juvenil desde un enfoque intercultural, fue un ejercicio de intervención en este segmento, donde una de las lecciones más significativas del proceso fue considerar personas facilitadoras con vinculación previa en la temática indígena y manejo de los contenidos con enfoque juvenil, propiciando el encuentro de saberes y experiencias desde la pertinencia cultural, relevando los saberes ancestrales en relación a los intereses juveniles actuales.

REFERENCIAS

- Citarella, L. (2000) *Medicinas y Culturas en La Araucanía*. Santiago, Chile: Editorial Sudamericana.
- Dietz, G. (2017) Interculturalidad, una aproximación antropológica. *Revista Perfiles Educativos*, XXXIX(156), 192-207.
- Duarte, K. (2000) ¿Juventud o juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes de nuestro continente. *Revista Última Década*, 13, 59-77.
- Instituto Nacional de Estadísticas. (2017) *Censo Nacional de Población y Vivienda, 2017*. Gobierno de Chile, Santiago, Chile.
- Le Breton, D. (1995) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2012) *La edad solitaria. Adolescencia y sufrimiento*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Marimán, P. (Ed.). (2016) *Lawentuwün Trürwa Mapu Mew. La Salud en el Territorio de Tirúa*. Equipo CESFAM Municipalidad de Tirúa, Chile: Gulumapu.
- Montecino, S. & Conejeros, A. (1985) Mujeres mapuches: el saber tradicional en la curación de enfermedades comunes. *Serie Mujer y Salud N°2*. Chile: Ediciones CEM.
- Rossi, V. (2018) *Caja de herramientas: Conceptos y herramientas para la comunicación y la mediación intercultural*. Santiago de Chile: OIM.

SOBRE LAS AUTORAS Y AUTORES

BÁLTICA CABIESES VALDÉS

Enfermera-matrona (2002, PUC Chile), diplomada en docencia universitaria (2004, PUC Chile), Magíster en Epidemiología (2008, PUC Chile) y PhD en Ciencias de la Salud (mención epidemiología social) de la Universidad de York Inglaterra (2011). Profesora titular y académica del Centro de Salud Global Intercultural, de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo y Profesora senior visitante del Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad de York. Actualmente es miembro de Lancet Migration para América Latina y miembro de la red chilena de investigación en salud y migración RECHISAM. Fue Vice-Presidenta de la Sociedad Chilena de Epidemiología entre los años 2014-2017. En sus más de 20 años de experiencia en investigación en salud ha sido asesora internacional de OMS sede central Ginebra, OPS sede regional WDC, OIM regional y nacional, del Ministerio de Salud y del Ministerio de Desarrollo Social de Chile. También ha asesorado a diversas instituciones públicas y privadas, incluyendo la Cámara de Innovación Farmacéutica (CIF), compañías farmacéuticas, municipalidades, servicios de salud, hospitales, centros académicos y universidades. Líneas de investigación: inequidades sociales en salud (2000 a la fecha), salud de personas migrantes internacionales (2007 a la fecha) y participación de pacientes en toma de decisiones sobre cobertura en salud (2016 a la fecha). Cuenta con siete libros editados y múltiples reportes de estudios que son de uso público. Ha participado en más de 60 proyectos de investigación en Chile y el extranjero y cuenta con más de 180 publicaciones científicas, además de múltiples informes, capítulos de libro y apariciones en prensa.

ALEJANDRA CARREÑO CALDERÓN

Antropóloga Social de la Universidad de Chile, Magíster en Etnopsiquiatría de la Universidad de Génova y Doctora en Antropología Cultural por la Universidad de Siena. Ha desarrollado investigaciones en el ámbito de la antropología de la salud y las migraciones, focalizándose en temas de salud mental, salud sexual y reproductiva, estudios de género, maternidad e infancia. Es autora del libro "Almas Andariegas: Etnografías del poder, la memoria y la salud entre los aymaras del norte de Chile" y de numerosos artículos científicos y de divulgación en el campo de los estudios migratorios y antropología de la salud. Ha ejercido como docente en carreras de la salud y en ciencias antropológicas en Universidades en Chile e Italia. Actualmente es profesora adjunta de la Universidad del Desarrollo e investigadora del Centro de Salud Global Intercultural, del Instituto de Innovación y Ciencia en Medicina ICIM y lidera investigaciones en temas de infancia y migración. Es miembro de la Red Chilena de Antropología de la Salud, la Red Chilena de Investigación en Salud y Migración. Vive y trabaja en la Región de Los Lagos.

ISADORA CASTILLO CHAUD

Antropóloga Social de la Universidad de Chile. En su investigación de pregrado se aproxima a la bisexualidad desde la perspectiva de jóvenes chilenas/os que viven en la ciudad de Santiago, siendo uno de los primeros estudios realizados en el país que explora específicamente la vivencia de la bisexualidad en tanto identidad. Sus líneas de interés abordan los campos de la antropología del cuerpo, sexualidades, género y violencia. Es activista feminista e integrante de la Coordinación Nacional de la Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres.

ELIANA CORREA MATUS

Enfermera. Magíster en Antropología Médica y Salud Global, Universidad Rovira i Virgili. Diploma en Cultura y Salud: (De) Construcciones y competencias de la antropología médica para la salud pública local y global, en Universidad de Chile. Integrante del Centro de Salud Global Intercultural del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina (ICIM) de la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo. Docente Escuela de Enfermería Universidad del Desarrollo.

OLAYA GÓMEZ AEDO

Magíster en Educación con mención didáctica e innovación Pedagógica de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano UAHC, comienza su camino de investigación por medio de la pedagogía de la danza, el cuerpo y el movimiento, para llegar a las juventudes trabajando como coordinadora (ex) de la Oficina de Juventudes de Peñalolén y hoy actual Coordinadora del programa juvenil Concausa en la Fundación América Solidaria Internacional.

CAROLINA INOSTROZA MENDOZA

Mujer, lesbiana y feminista de la Región de Los Lagos. De profesión matrona, trabaja hace algunos años en la ciudad de Osorno. Comenzó a potenciar sus redes sociales hace 2 años y eso le ha permitido lograr el alcance para poder comunicar a las personas sobre la Educación Sexual Integral. Instagram profesional: @matronaorgasmica. Podcaster en *Sexualidad Descubierta* disponible en Spotify y Youtube.

NATALIA JOFRÉ POBLETE

Antropóloga Social por la Universidad de Chile, diplomada en Estudios de Género y Teoría Feminista, y en Feminismos Comunitarios, Campesinos y Populares en Abya Yala. Ecofeminista decolonial y activista por la comunidad LGBTIQ+. Actualmente sustenta un proyecto personal @_LiberAxió_n_ donde difunde sobre feminismos de Abya Yala enfocado en el bienestar individual y colectivo. Su trabajo como antropóloga ha sido principalmente en temas de género, sexualidades, identidad barrial, patrimonio cultural inmaterial, participación ciudadana y ha colaborado en proyectos de investigación comunitarios e interdisciplinarios.

MATÍAS MARÍN JORQUERA

Activista seropositivo por los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las personas con VIH en Chile. Es cofundador y miembro de la Asociación de Jóvenes Positivos de Chile - JEVIIH, organización que vela por los derechos y por brindar un apoyo entre pares hacia jóvenes y adolescentes seropositivos. Además, forma parte de la Red de Jóvenes y Adolescentes Positivos de Latinoamérica y el Caribe hispano (J+LAC), organización en la cual es coordinador del área de comunicaciones.

PATRICIA MUÑOZ GALINDO

Trabajadora social, con amplia trayectoria en la administración pública de salud y educación. Coordinadora del Programa Tres A de la Corporación Municipal de Lo Prado, Ilustre Municipalidad de Lo Prado, cuyo objetivo es introducir profesionales de la salud en escuelas pública y municipales de la comuna para el acompañamiento y la generación de políticas y estrategias comunales en la línea de la promoción de conductas de vida saludable en materia de afectividad y sexualidad, autocuidado, proyecto de vida, alimentación y actividad física.

ALEXANDRA OBACH KING

Antropóloga Social de la Universidad de Chile. Magíster en Estudios de Género y Cultura de la Universidad de Chile. Doctora en Antropología Social y Cultural por la Universitat de Barcelona. Actualmente es profesora asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo (UDD), y directora ejecutiva del Centro de Salud Global Intercultural, ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana, UDD. Ha participado en diversos proyectos nacionales e internacionales, liderando estudios con fondos públicos y privados. Asimismo, ha asesorado a diversos organismos públicos y privados para la generación de planes, programas y políticas públicas en sus áreas de investigación. Sus líneas de investigación se sitúan en el campo de la antropología de la salud, interculturalidad, identidades, género, salud sexual y reproductiva, salud de adolescentes y jóvenes, salud y migración. Es parte de la Red Chilena de Antropología de la Salud y la Red Chilena de investigación en salud y migraciones (RECHISAM).

MAQUI ORELLANA CAPEROCHIPÍ

Docente, deportista y activista. Licenciada en Historia, Magíster en Historia Latinoamericana con un postítulo en Archivística. Ha trabajado como docente en universidades y escuelas públicas, dedicándose principalmente a la historia reciente latinoamericana y los procesos de autoritarismo en la región. Asimismo, ha participado en diversos proyectos de investigación en la línea de memorias, así como en proyectos de creación de archivos y análisis de éstos en el periodo de la dictadura cívico militar en Chile. Por otro lado, los últimos seis años estuvo en vinculación con programas educativos que tenían como objetivo asegurar el acceso efectivo a la educación superior, trabajando en cargos de coordinación en el área de Comunicación y proyectos de comunidad en la escuela. Como deportista y atleta de kickboxing, ha participado en instancias internacionales (mundiales, panamericanos, sudamericanos), obteniendo podios y medallas de oro en todas estas campeonatos, desarrollándose también como atleta profesional. En la fusión de estas áreas, hace 8 años que activa facilitando talleres de autodefensas para mujeres y disidencias de género, desarrollando propuestas de talleres en escuelas, unidades vecinales, organizaciones políticas, universidades, entre otras. Participando además en instancias de diálogo (foros, conversatorios, etc.) y difusión (libros, podcast, documentales, etc.) de todas las reflexiones que han abierto estos caminos. Actualmente vive en Concepción, donde tiene una escuela de kickboxing donde se forman mujeres, disidencias de género, infancias y varones, dedicándose totalmente al deporte.

MARÍA CONSUELO ROBLEDO DÁVILA

Antropóloga social de la Universidad de Chile y artista aficionada. Se ha desempeñado como profesional independiente en proyectos de investigación académicos, licitaciones para organismos públicos, proyectos comunitarios, de participación ciudadana y artísticos. Sus áreas de trabajo han abarcado temáticas en la salud, migraciones, juventudes, estudios urbanos, género y sexualidad, metodologías cualitativas y creativas, y artes, así como cruces entre estas líneas. Es parte de la Red de Investigación en Cuerpo y Movilidad y corista del Coro Fío-Fío.

MICHELLE SADLER SPENCER

Antropóloga Social y Magíster en Estudios de Género (Universidad de Chile); MSc en Antropología Médica (Universidad de Oxford), Doctora en Antropología y Comunicación (Universitat Rovira i Virgili). Actualmente es investigadora adjunta de la Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez, y directora de la Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. Ha liderado y participado en diversos estudios nacionales e internacionales, con financiamiento público y privado, en temáticas principalmente vinculadas a salud sexual y reproductiva: modelos de atención de embarazo, parto, puerperio y crianza, embarazo adolescente, salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, VIH, entre otros.

JAVIERA ROSSELOT LAZO

Antropóloga Social de la Universidad de Chile. Diplomada en Antropología y Arte por el Laboratorio Transdisciplinario de Arte y Reinvención (LATIR). Ha participado en investigaciones respecto a las defensas medioambientales y la vulneración al DDHH a un medioambiente libre de contaminación. Sus intereses de investigación se enmarcan en la vinculación entre salud y medioambiente, así como en la perspectiva de género tanto en salud como en temáticas medioambientales.

VALENTINA VEGA IBARRA

Antropóloga Social, Universidad Academia de Humanismo Cristiano UAHC. Diplomada en Interculturalidad y Derechos Humanos en la Gestión Pública, Instituto Nacional de Derechos Humanos INDH y Universidad de la Frontera UFRO. Profesional de Apoyo en la Oficina de Pueblos Originarios y Centro Ceremonial de Pueblos Originarios de Peñalolén.



