

LA REGULACIÓN DE LA PLACENTA EN CHILE. REFLEXIONES ANTROPOLÓGICAS EN TORNO A LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LA LEGISLACIÓN SANITARIA

BÁRBARA BUSTOS*

Departamento de Antropología de la Universidad Alberto Hurtado,
Santiago de Chile, Chile



*barbara.bustos@hotmail.com ORCID: [0000-0003-1392-4192](https://orcid.org/0000-0003-1392-4192)

Artículo de investigación recibido: 18 de enero de 2021. Aprobado: 19 de mayo de 2021.

Cómo citar este artículo:

Bustos, Bárbara. 2021. "La regulación de la placenta en Chile. Reflexiones antropológicas en torno a las políticas públicas y la legislación sanitaria".

Maguaré 35, 2: 127-160. DOI: <https://doi.org/10.15446/mag.v35n2.98461>

RESUMEN

El sistema de salud chileno ha propuesto la modificación reglamentaria que permite la entrega de la placenta a mujeres indígenas y no indígenas. En este artículo reflexiono sobre las racionalidades estatales que subyacen a ese proceso y sobre el papel de la antropología en el abordaje de las políticas públicas con pueblos indígenas. Basada en mi experiencia profesional como antropóloga en la División de Políticas Públicas del Ministerio de Salud de Chile, sugiero que tras la institucionalidad estatal, caracterizada por su formalidad y discursos técnicos-políticos amparados en el lenguaje científico, emergen decisiones y argumentos basados en valores y principios morales. Por medio de notas de campo, participación en reuniones, interacción con funcionarios públicos y revisión de documentos, propongo que la modificación de una normativa regulatoria no es solo un acto administrativo sino un lugar donde se expresan prácticas contradictorias, subjetivas y heterogéneas, que intervienen las formas de estar en la sociedad.

Palabras clave: antropología, evidencia científica, formación disciplinaria, placenta, políticas públicas, pueblos indígenas, salud intercultural, valores y argumentos morales.

REGULATING THE PLACENTA IN CHILE. ANTHROPOLOGICAL REFLECTIONS ON PUBLIC POLICIES AND HEALTH LEGISLATION

ABSTRACT

The Chilean health system has proposed a regulatory modification that allows giving back the placenta to indigenous and non-indigenous women. In this article I reflect on State rationalities that underlie this process and the role of anthropology in addressing public policies for indigenous peoples. Based on my professional experience as an anthropologist in the Public Policies Division of the Ministry of Health of Chile, I suggest that beyond State institutions, their formality and technical-political discourses protected by scientific language, decisions and arguments are based on values and moral principles. Drawing from field notes, participation in meetings, interactions with public officials, and revision of documents, I propose that the modification of a regulatory norm is not only an administrative act but also a scenario where contradictory, subjective, and heterogeneous practices are expressed, and that these practices intervene on how we participate in society.

Keywords: anthropology, disciplinary training, indigenous peoples, intercultural health, placenta, public policies, scientific evidence, values and moral arguments.

A REGULAÇÃO DA PLACENTA NO CHILE. REFLEXÕES ANTROPOLÓGICAS EM TORNO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DA LEGISLAÇÃO DE SAÚDE

RESUMO

Como resultado de uma ampla discussão, o sistema de saúde chileno preparou uma proposta de modificação regulatória para permitir a entrega da placenta a mulheres indígenas e não indígenas que a solicitem. Neste artigo eu reflito sobre as racionalidades de Estado que fundamentam esse processo e sobre o papel da antropologia na abordagem das políticas públicas com os povos indígenas. Com base em minha experiência profissional como antropóloga na Divisão de Políticas Públicas do Ministério da Saúde do Chile, sugiro que após a institucionalidade estatal, caracterizada por sua formalidade e discursos técnico-políticos protegidos por linguagem científica, surgem decisões e argumentos com fundamento em valores e princípios morais. Por meio de notas de campo, participação em reuniões, interação com agentes públicos e revisão documental, proponho que a modificação de uma norma regulatória não é apenas um ato administrativo, mas um lugar onde se expressam práticas heterogêneas e contraditórias do Estado.

Palavras-chave: antropologia, evidência científica, placenta, políticas públicas, povos indígenas, saúde intercultural, treinamento disciplinar, valores e argumentos morais.

INTRODUCCIÓN¹

En julio de 2018, durante mi participación en el Congreso Mundial de Antropología, realizado en la ciudad de Florianópolis, Brasil, inicié una reflexión en torno a los diálogos posibles entre las ciencias de la salud y la antropología, así como sobre el rol de antropólogos y antropólogas en la construcción de políticas de salud intercultural en Chile. Me interesa aquí retomar esa reflexión y sumar algunas ideas alrededor del estudio antropológico del Estado y las políticas públicas. Para ello, me centro en un largo, intermitente y complejo proceso de discusión llevado a cabo entre 2014 y 2016 por un grupo de trabajo multidisciplinario en el Ministerio de Salud de Chile, creado para elaborar una propuesta de modificación al *Reglamento sobre el manejo de residuos de establecimientos de atención de salud* (Ministerio de Salud de Chile, 2009) (de aquí en adelante REAS), medida que hasta 2016 impedía la entrega de la placenta en el sistema público y privado a mujeres indígenas y no indígenas y sus familias que libremente decidieran solicitarla.

A partir de este caso, reflexionaré sobre las racionalidades estatales que están en la base de los procesos de la puesta en práctica de los dispositivos regulatorios en salud. Me interesa hacer evidente cómo la modificación de una normativa regulatoria como el REAS no es solo un acto administrativo o un trámite burocrático, sino que también es una expresión del Estado y de sus agentes, un lugar donde se expresan prácticas heterogéneas y contradictorias que no son inmunes a quienes las idean e implementan, sino que son afectadas por sus experiencias valóricas, trayectorias formativas y laborales, influenciadas por interpretaciones personales, por saberes y entendimientos subjetivos sobre lo que es correcto y aceptable en torno al tratamiento dado a la placenta.

La intención de aproximarme antropológicamente a estos hechos está relacionada con la escasa producción antropológica en Chile de trabajos

1 Agradezco a Eduardo Soto Fernández, matrn, exprofesional del Ministerio de Salud, miembro del Grupo de Trabajo Ministerial a cargo de realizar la modificacin reglamentaria. Eduardo accedi a leer este artculo, haciendo importantes contribuciones y alentndome a seguir adelante con la publicacin. Agradezco tambin la colaboracin del Instituto Brasil Plural, cuyo propsito es contribuir en la elaboracin de polticas pblicas que aporten al desarrollo de las comunidades estudiadas. En especial mis agradecimientos a la profesora e investigadora Esther Jean Langdon por la lectura cuidadosa de este trabajo.

e investigaciones cuyo objeto sean las políticas públicas. Aun cuando, en los últimos cinco años, algunas publicaciones se han situado desde la etnografía del Estado (Espinoza 2018; Espinoza y Carmona 2018; De la Maza 2017, 2018; Cabaña 2019; Rojas 2019), hay muy pocos estudios en esta área que deriven del trabajo etnográfico y desde la perspectiva antropológica, al menos en el escenario nacional. En contraste, existen trabajos, muchos de ellos, interesantes e iluminadores, elaborados desde otras disciplinas como la administración pública, la economía, el derecho, la ciencia política, la sociología y el trabajo social, por mencionar algunas de ellas.

Ahora bien, no podría arregarle a este texto ser resultado de una investigación etnográfica, con todo lo que ello implica. Pero sí se trata de un trabajo antropológico en la medida en que es un intento por desnaturalizar el quehacer profesional cotidiano de la antropología en organismos estatales. Así, este trabajo pone el foco en las políticas públicas, en los aportes de la antropología y en los diálogos posibles con otras disciplinas, en este caso en particular, con las ciencias de la salud. En ese sentido, también es un ejercicio de “reflexividad etnográfica” *ex post*, especialmente, porque busca comprender a quienes investigan como parte del mundo social que estudian, en interacción, observación y participación de los contextos, al mismo tiempo que, parafraseando a Hammerley y Atkinson (1994), preocupándonos por entender y problematizar esa participación antes que intentar anularla:

En su cotidianidad, la reflexividad indica que los individuos son los sujetos de una cultura y un sistema social: respetan determinadas normas y transgreden otras; se desempeñan en ciertas áreas de actividad y estas acciones, aunque socialmente determinadas, las desarrollan conforme a su decisión y no por una imposición meramente externa (llámese estructural, biológica o normativa). (Guber 2004, 85)

Desde esa reflexividad etnográfica busco transmitir lo que estamos haciendo varias/os antropólogas/os hoy, más allá, o junto con, el trabajo más comúnmente conocido y reconocido de la academia.

Esta particularidad no deja de plantear algunos dilemas éticos, en el sentido que expondré a lo largo de este texto, algunos diálogos y decisiones, expresados durante el periodo que duró este trabajo,

sin haber informado y solicitado consentimiento a quienes fueron parte del grupo de trabajo ministerial. Algunos continúan siendo hoy compañeros de trabajo, otros dejaron el Ministerio por motivos diversos. Cómo hacer efectivo el consentimiento y resguardar a las personas en estas circunstancias es un punto que me preocupa y al mismo tiempo un dilema no resuelto. Por lo mismo, he tomado extremo cuidado en el tratamiento de los documentos oficiales y en la forma como presento a los actores y sus posicionamientos. Pienso que no basta con resguardar sus nombres e identidades, algo que cumplo en este trabajo. Creo necesario también explicitar que lo que orienta este trabajo es la búsqueda de un diálogo abierto desde el quehacer antropológico en el Estado con otras disciplinas y quehaceres, que permita entrever las tensiones, dilemas y contradicciones que siempre nos acompañan. Cumplido ese objetivo, se justifica el esfuerzo de reflexión antropológica en y sobre el Estado.

En términos metodológicos, este trabajo se sustenta en la participación directa en reuniones como integrante del equipo de trabajo ministerial que se conformó para realizar la propuesta de modificación del REAS. Las reuniones se desarrollaron entre 2014 y 2016 con periodos de encuentros más sistemáticos (una vez por mes o cada dos meses) y encuentros más distanciados, por ejemplo, cuando la propuesta de modificación reglamentaria ingresó a la Contraloría General de la República, órgano a cargo de revisar la legalidad de los actos administrativos del Estado, lo que implicó la suspensión de las reuniones por al menos ocho meses. Este espacio posibilitó la interacción prolongada con profesionales y autoridades que participaron de esta tarea, conocer sus trayectorias laborales, sus aprensiones sobre la entrega de la placenta, en algunos casos desconociendo y subvalorando las prácticas de salud de los pueblos indígenas. Cada una de las reuniones en las que participé, las registré como notas de campo. Debido al rol de coordinación que jugué durante gran parte de ese proceso, tomé las notas de campo y, a partir de ellas, elaboré actas oficiales y, en algunos casos, minutas dirigidas a las autoridades de la época. Las actas eran compartidas vía correo electrónico con las/os integrantes del grupo de trabajo quienes las revisaban, retroalimentaban y aprobaban. Los registros dan cuenta de las diversas discusiones suscitadas en el camino para la construcción y redacción de la propuesta, las distintas posiciones de los/as funcionarios/as involucrados/as, los puntos de debate, de disenso y de acuerdo entre las partes,

así como los compromisos y responsabilidades de cada participante. Junto con estos documentos, este trabajo se sustenta en la revisión y análisis tanto de los registros de algunas solicitudes de entrega de la placenta realizados por mujeres y sus familias, como de las respuestas otorgadas por la institucionalidad de salud. Todo ello conforma el material empírico en el que sustento mi análisis.

EL ESTADO Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN CLAVE ANTROPOLÓGICA

Mi interés por este foco de atención surgió a partir de mi experiencia subjetiva de trabajo como antropóloga en el Estado y de la lectura de una serie de trabajos antropológicos que definen como objeto de análisis las políticas públicas, desplegando para ello las herramientas teóricas y metodológicas de la disciplina. Resulta interesante constatar la manera en que el desarrollo teórico y conceptual de la antropología de temas clásicos —y no tan clásicos— sirve para pensar también las políticas públicas y el Estado. En consecuencia, nuevas etnografías se aproximan a las políticas públicas desde la teoría de los afectos, la teoría sobre performance, haciendo uso de conceptos como vida cotidiana, identidad, resistencia, por medio de la etnografía y la observación participante (Agudo 2013; Jaramillo 2016; Pink et al. 2016; Taplin, Schiled y Low 2002; Dennis 2009; Shore 2010; Maluf y Andrade 2017; Laszczkowski y Reeves 2017).

Por ejemplo, Cris Shore (2010) llama la atención sobre la construcción y consolidación de un campo de conocimiento que dirige su atención disciplinaria hacia el estudio de las políticas públicas en cuanto ámbito de investigación antropológica. El autor cuestiona las aproximaciones positivistas y mecanicistas a las políticas públicas, por el contrario, plantea perspectivas humanistas y etnográficas que permitan pensar “la formulación de políticas como una actividad sociocultural (regida por leyes), profundamente inmersa en procesos sociales cotidianos y en prácticas culturales que crean y sostienen esos mundos” (Shore 2010, 24). Esta perspectiva posibilita, por un lado, comprender los principios organizativos que estructuran la sociedad y, por otro, entender los regímenes de poder y códigos culturales que moldean los modos en que se comportan los individuos y sus organizaciones.

A partir de un conjunto de preguntas, Shore presenta argumentos orientadores para el estudio antropológico de las políticas públicas que han

resultado inspiradores para la aproximación que aquí hago al proceso de modificación del REAS. Shore pregunta, ¿cuál es exactamente el objeto de investigación de la política pública? ¿Son las instituciones, los funcionarios, sus comportamientos, actividades, creencias o actitudes? ¿Son los contextos más amplios en que estos operan o las decisiones que toman? ¿Nos centramos más bien en el impacto que las políticas tienen en la gente a la cual van dirigidas, o en la forma en cómo las personas y organizaciones responden, resisten y las manipulan? ¿Es acaso preferible una aproximación “genérica” a los procesos de formulación de políticas o una aproximación más particular que considera diferentes campos o sectores objeto de formulación de políticas públicas, tales como la salud, la defensa y seguridad, las políticas económicas, las políticas sociales, etc.? (Shore 2010). El estudio antropológico de las políticas públicas, plantea Shore, exige una aproximación que atienda a todas estas cuestiones. Lo que me interesa destacar en este trabajo es un foco escasamente problematizado por la antropología. ¿Qué se modifica, qué es lo que cambia al momento de realizar una adecuación reglamentaria en salud y qué puede aportar la antropología en ese espacio?

Desde la perspectiva de este autor, las políticas públicas son el reflejo de racionalidades gubernamentales que dan cuenta de maneras de ver el mundo y de formas de actuar en él. A ellas subyacen modelos de persona, sociedad y de relaciones que crean categorías particulares de sujetos y de subjetividades e implantan un conjunto de normas por medio de las cuales los individuos autorregulan y autogestionan sus vidas. Las políticas públicas proveen a los sujetos una narrativa para justificar o condenar el presente, así como para validar o no a quienes se encuentran en el poder. Proporcionan, al mismo tiempo, los medios para unificar el pasado y el presente, otorgando coherencia a las acciones de los gobiernos. Shore postula que las políticas públicas son inherentemente instrumentales, actúan como herramientas para intervenir, regular y administrar a la sociedad. Constituyen fenómenos políticos que se enmascaran en los lenguajes de la eficiencia, la racionalidad y la neutralidad, por lo tanto, funcionan aparentemente mejor cuando operan bajo los parámetros de lo técnico-científico:

Típicamente, la “política” se representa como algo que es a la vez neutral y racional: una mera herramienta que sirve para unir medios y fines o cerrar la brecha entre los objetivos y su ejecución,

en resumen, una forma legal-racional de hacer las cosas. Nuestro argumento es que estos supuestos (incluso la afirmación de “racionalidad”) deben cuestionarse en lugar de tomarse al pie de la letra, y sea lo que sea, la política también debe entenderse como un tipo de poder, así como la encarnación de una cierta especie de razón instrumental. (Wedel et al. 2005, 38. Mi traducción)

Pensar las políticas públicas como campo de interés antropológico, siguiendo a Shore, permite analizar cómo funcionan los gobiernos, comprender tanto los mundos de quienes diseñan las políticas y como los de aquellas personas a quienes van dirigidas. Para ello, la antropología, señala el autor, dispone de herramientas privilegiadas como la observación participante y el trabajo de campo, las cuales posibilitan rastrear conexiones de instituciones y actores locales y nacionales en el marco de sistemas, políticas, planes y programas.

Desde una mirada complementaria, Sônia Maluf y Ana Paula Andrade (2017) definen el Estado como:

un campo de prácticas, acciones y discursos que involucran un conjunto heterogéneo y contradictorio de actores o agentes sociales, con diferentes disposiciones morales y subjetivas. Más allá de las leyes, los textos y documentos, el Estado es también lo que se produce en el plano de lo que hacen sus agentes, que, en lugar de ser apenas ejecutores de las políticas públicas, son también quienes en sus prácticas cotidianas reinventan la política. (Maluf y Andrade 2017, 175. Mi traducción)

La investigación de Maluf y Andrade (2017) reflexiona sobre la compleja relación entre el quehacer antropológico y el estudio de políticas públicas concretas, en este caso, la reforma de la política de salud mental en Brasil. La devolución de los resultados de la investigación antropológica del Estado es un asunto que abordan dichas autoras y resulta de interés para mi reflexión. Mientras la antropología se aproxima al estudio de la política de salud mental desde un enfoque cualitativo y etnográfico, las ciencias de la salud lo hacen privilegiando un modelo basado en la epidemiología clásica, cuantitativo y estadístico (Haro y Martínez 2015; Breihl 2003). Esta constatación las lleva a cuestionar “¿cómo hacer para que los datos cualitativos se transformen en datos relevantes para ser tomados en

consideración en el Estado y las políticas públicas?” (Maluf y Andrade 2017, 177. Mi traducción). Esta cuestión también fue mi objeto de reflexión cuando participaba en las reuniones y debates del grupo de trabajo responsable de la propuesta de modificación reglamentaria de entrega de la placenta en el sistema de salud público y privado chileno.

El involucramiento y acompañamiento de Maluf y Andrade (2017) en el proceso de reforma de la política de salud mental les permitió constatar la resistencia de otros profesionales a recibir a las y los investigadores/as, etnógrafos/as, antropólogos/as, en su multiplicidad disciplinaria. Parafraseando a las autoras, aparece una disputa entre los saberes clínico y psiquiátrico, por un lado, y los saberes sociales y antroposociológicos, por otro. Eso pone de manifiesto “la tensión inherente al quehacer antropológico entre distintas perspectivas y disposiciones morales, donde existe una agenda antropológica que no siempre se condice con la agenda del Estado, aun cuando haya interés por un mismo objeto” (Maluf y Andrade 2017, 180. Mi traducción).

Para Maluf y Andrade, confrontar las políticas con las experiencias sociales de sujetos concretos puede contribuir a la evaluación cualitativa de las políticas públicas. En este sentido, “el aporte de la antropología va más allá de instrumentalizar la aplicación de las políticas y de garantizar una mejor respuesta de la comunidad objetivo, esta contribución implica construir instrumentos teóricos y etnográficos para repensar la lógica misma de esas políticas” (Maluf y Andrade 2017, 18, mi traducción).

También me aproximo al estudio del Estado y las políticas públicas desde su dimensión afectiva. Me parece un aporte en este campo el trabajo de Mateuz Laszczkowski y Madeleine Reeves (2017). En la introducción a esta obra proponen que los afectos son “un elemento fundamental en la comprensión de las dinámicas políticas y, en especial, en la reproducción de los estados” (Espada 2019, 170). Según Laszczkowski y Reeves (2017), el Estado se materializa en la vida cotidiana y se reproduce en la experiencia subjetiva y en la vivencia afectiva de los funcionarios y de los ciudadanos, en actos propios de la administración pública como llenar formularios, redactar informes, solicitar y gestionar certificados de nacimiento o defunción, e incluso en actos implicados en el cruce de fronteras como la vigilancia del terrorismo.

La invitación es a pensar en la carga afectiva que el Estado evoca.

Aunque es comúnmente tratado por los estudiosos como una *fantasía* y un objeto de deconstrucción, el Estado sigue siendo una de las instituciones más poderosas para promulgar y organizar la diferencia en el mundo contemporáneo y como tal, continúa provocando poderosas emociones: esperanza, miedo, deseo, odio, orgullo. (Laszczkowski y Reeves 2017, 2)

Pensar el Estado como objeto de inversión emocional posibilita develar cómo diversas prácticas estatales rutinarias o excepcionales están cargadas afectivamente. Las distintas etnografías incluidas en el volumen editado por Laszczkowski y Reeves (2017) manifiestan, entre otras cosas, que los documentos, las leyes y las normas son objetos a través de los cuales el Estado se expresa día a día, no meros artefactos de la burocracia contemporánea. En efecto, estos son objetos constitutivos de la política como un campo capaz de provocar sentimientos intensos. Para estos/as autores/as el Estado no es necesariamente un aparato puramente racional y regulador. Sus prácticas, procesos y procedimientos habituales están cargados de sentimientos que lo constituyen integralmente. Aproximarse al Estado desde esta perspectiva puede ser útil para entablar diálogos que permitan entender la fuerza de lo político más allá de la racionalidad y de la gubernamentalidad y, específicamente, para entender el poder sostenido del Estado en la conformación de las subjetividades y las relaciones sociales (Laszczkowski y Reeves 2017). En síntesis, se trata de comprender al Estado no como una entidad encerrada aparte de los individuos y de la sociedad, sino como un Estado encarnado, con resonancias afectivas en —y entre— las personas y las cosas.

LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN CHILE

Chile es probablemente uno de los estados de América Latina donde los derechos de los pueblos indígenas están más desprotegidos y son a menudo vulnerados. Es también el único país de América Latina cuya Constitución no reconoce a los pueblos indígenas y sus derechos. De hecho, la Constitución, vigente desde 1980, redactada en medio de la dictadura militar, establece que el único pueblo existente es el chileno. La Ley Indígena N.º 19253 (1992), modificada por la Ley Indígena,

Ley 21 273 (2020), reconoce etnias, lo que no garantiza estándares mínimos de derechos políticos, territoriales, de participación y autodeterminación a los pueblos indígenas en Chile. En 2008, el Estado chileno ratificó, luego de años de negociación, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, que entró en vigencia en septiembre de 2009. Sin embargo, importantes organizaciones de derechos humanos y organizaciones indígenas en Chile han denunciado internacionalmente el incumplimiento de los estándares que esta convención establece en materia de derechos indígenas (Bustos 2014, mi traducción).

Según datos del último censo abreviado, realizado en 2017, un total de 2.185.732 personas se consideran pertenecientes a uno de los nueve pueblos indígenas reconocidos por la Ley Indígena N.º 19253, lo que equivale al 12,8% de la población total nacional. De ese porcentaje, 79,8% se considera perteneciente al pueblo mapuche, 7,2% se considera aymara y 4,1% se considera diaguita. La población que se considera perteneciente al pueblo mapuche representó el 9,9% de la población total efectivamente censada en el país (INE 2018). En lo referente a la distribución regional de la población indígena, la región metropolitana concentra el mayor número de personas que declararon pertenecer a un pueblo indígena u originario, con un total de 695.116 personas. La distribución de la población indígena según área de residencia se concentra mayoritariamente en las zonas urbanas. Del total de personas que declaran pertenecer a pueblos indígenas, 1.759.677 (81%) se localizan en las zonas urbanas, en tanto que 426.115 (19%) viven en zonas rurales (Censo de 2017). Es importante destacar que en 2020, la Ley N.º 21273 reconoció al pueblo chango “como etnia indígena”, de modo que actualmente son 10 los pueblos indígenas reconocidos en Chile.

INTERCULTURALIDAD, POLÍTICA DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS

En estricto rigor, Chile no ha logrado consolidar una política pública de Estado para —y con— los pueblos indígenas. Sin embargo, algunas iniciativas y esfuerzos sectoriales se han sustentado en el discurso de la interculturalidad. La interculturalidad ha sido pensada desde el Estado como una política pública dirigida a los pueblos indígenas, con una mirada idealizada de las relaciones interculturales —vistas como relaciones

armónicas y equilibradas—, que promueve valores como la cooperación y la confianza entre culturas en un marco de horizontalidad.

Aun cuando esta definición reconoce que lo intercultural implica una relación entre dos o más, en la práctica quienes han sido objeto de estas políticas han sido los indígenas (Dietz 2016). Por otra parte, el Estado ha incorporado este enfoque en sus políticas desde una mirada normativa, restrictiva y prescriptiva de lo intercultural, mediante programas que definen qué sería intercultural y qué no, apuntando a un estandarizado *deber ser* de la interculturalidad.

En el caso específico del sector público de salud (el sector privado no establece nada al respecto), desde 1996 se incorporó al marco institucional sanitario vigente una línea de trabajo con pueblos indígenas, que se propuso contribuir a mejorar la situación de salud de los pueblos indígenas sin haber alcanzado a la fecha logros e impactos significativos en materia sanitaria. Esto se evidencia en la desmejorada situación de salud de los pueblos indígenas en relación con la población no indígena:

De manera consistente, la situación epidemiológica de los pueblos indígenas en Chile relevada en los múltiples estudios desarrollados por el MINSAL desde 2003, exhibe para esta población un patrón de transición prolongado, viéndose afectada, por un lado, por altas tasas de mortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, así como por elevadas tasas de suicidio y muertes por agresiones, como la expresión más dramática del daño a la salud colectiva de estos pueblos; y, por el otro, registrando aún una elevada morbilidad por enfermedades infecciosas. Este patrón es, además, étnicamente polarizado, situando a la población indígena en las posiciones más desventajosas: sobremortalidad sistemática a nivel general, a lo largo de todo el ciclo vital individual tanto entre los hombres como entre las mujeres. (Ministerio de Salud de Chile 2014, 95)

El Ministerio de Salud cuenta con una Política Nacional de Salud y Pueblos Indígenas desde 2006 y con un Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas con partida presupuestaria asignada desde 2000. Existen a lo largo del país los recursos humanos específicos en los niveles subnacionales de salud (Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, y Servicios de Salud) a cargo de implementar la política y el programa, considerando la participación de los pueblos indígenas en todo el ciclo

de la política pública. Los recursos financieros asignados a este programa se ejecutan a través de transferencias a los niveles subnacionales de salud, que a su vez establecen convenios con organizaciones indígenas y municipios para el pago de recursos humanos, atención con medicina indígena, capacitación de recursos humanos en interculturalidad en salud y elaboración de materiales educativos, principalmente. Tal vez la estrategia más importante de la política de salud y pueblos indígenas en Chile sean los/as facilitadores/as interculturales, personas pertenecientes a pueblos indígenas, contratadas por el sistema de salud público para actuar como mediadores entre la persona enferma, su familia y comunidad, los establecimientos de salud y la medicina indígena. A pesar de ser el soporte principal de la política y programa de salud y pueblos indígenas, su rol y función no es reconocido formalmente por el sistema de salud público, pues no cuentan con un escalafón en la administración pública y muchos de ellos poseen condiciones laborales precarias, inestables y sin seguridad social.

En este escenario emergen algunas iniciativas locales heterogéneas de centros de salud familiar de atención primaria y hospitales interculturales, cuya característica distintiva principal ha sido la atención de médicos indígenas en estos espacios; sin embargo, aun cuando estas iniciativas abren una posibilidad de acceso a medicina indígena, no se logra impactar y generar cambios a nivel del modelo de atención y del sistema de salud público en su conjunto.

LA PLACENTA ES UN RESIDUO, ¡HAY QUE REGULARLA!:

EL GRUPO DE TRABAJO MINISTERIAL

Entre 2014 y 2016, el Ministerio de Salud de Chile emprendió una discusión referente a la modificación al Reglamento sobre manejo de residuos de establecimientos de atención de salud, REAS (2009). La discusión buscaba hacerse cargo de una demanda histórica, planteada sistemáticamente por los pueblos indígenas en Chile y, al mismo tiempo, responder a los constantes requerimientos de los funcionarios de los establecimientos de salud a nivel nacional, quienes, a través de llamados telefónicos, oficios o correos electrónicos, manifestaban que se veían conflictuados al no tener claridad sobre cómo responder cuando recibían dichas solicitudes. No olvidemos que muchos de estos funcionarios son el primer contacto con las personas y familias indígenas. La normativa

vigente en ese momento los mandataba a denegar la solicitud de la placenta y, frente a dicha negativa, lo que recibían era la frustración de las mujeres. La modificación reglamentaria lo que buscaba era destrabar la prohibición de entrega de la placenta al momento de ser solicitada por mujeres indígenas en establecimientos de salud públicos y privados.

El destino de la placenta se encuentra regulado en distintas normativas del Ministerio de Salud. El Código Sanitario es una de ellas. Promulgado mediante Ley N.º 3385, del 22 de mayo de 1918, ha sufrido innúmeras modificaciones y reformulaciones más profundas, transformándose en el Código actual, que rige desde el 31 de enero de 1968. En su art. 153 establece que “las placentas y otros órganos y tejidos que determine el reglamento podrán destinarse a la elaboración de productos terapéuticos y a otros usos que el mismo reglamento indique”. El Reglamento del Libro Noveno del Código Sanitario de 1997 (Ministerio de Salud de Chile 1997) sobre aprovechamiento de órganos, tejidos o partes del cuerpo de un donante vivo y utilización de cadáveres o partes de ellos con fines científicos o terapéuticos, refiere en el artículo 16º que

los Directores de los establecimientos hospitalarios públicos o privados podrán disponer de las placentas, tejidos cerebrales o pulmonares y demás elementos que resultaren de las intervenciones quirúrgicas que se efectúen en el establecimiento, con el objeto de que se destinen a investigación científica o a la elaboración de productos terapéuticos o reactivos, sea que esto se efectúe por sí o por terceros. (Ministerio de Salud de Chile 1997, 6)

El Manual de Atención Personalizada en el proceso reproductivo, elaborado en el marco de la estrategia Chile Crece Contigo (Ministerio de Salud de Chile 2008), aborda en el capítulo XVI la atención de salud reproductiva de las mujeres indígenas. Propone “garantizar que las familias (si lo desean) puedan quedarse con la placenta, para realizar con ella los ritos pertinentes, además se incorporaran elementos para facilitar su salida (botella para soplar, paños tibios, toma de *werkunlawen*)” (2008, 335).

Pero sin duda, era el REAS (Ministerio de Salud de Chile 2009), la reglamentación que más específicamente concentraba disposiciones en relación con el destino de la placenta. En el artículo 6º define como residuos especiales “aquellos residuos de establecimientos de atención

de salud sospechosos de contener agentes patógenos en concentración o cantidades suficientes para causar enfermedad a un huésped susceptible” (Ministerio de Salud de Chile 2009, 3). En esta categoría se especifica a los residuos patológicos entendidos como “restos biológicos, incluyendo tejidos, órganos, partes del cuerpo que hayan sido removidos de seres o restos humanos, incluidos aquellos fluidos corporales que presenten riesgo sanitario” (Ministerio de Salud de Chile 2009, 3). Es curioso que aun cuando en ninguna parte de este Reglamento se mencionen específicamente y explícitamente a las placentas, sean estas incluidas y clasificadas en una reglamentación para residuos. Es por medio de una definición sanitaria que la placenta se transformó en un órgano residual, cuyo destino debe ser su eliminación.

Desde 2000, cuando tuve mis primeros vínculos y aproximaciones al trabajo en salud, fui testigo de esta solicitud en instancias abiertas y colectivas, como encuentros, talleres y seminarios de salud comunales, regionales y nacionales; así como de solicitudes individuales de carácter formal, realizadas en los establecimientos de salud o en las oficinas regionales y provinciales de la autoridad sanitaria a donde llegaban las mujeres embarazadas y sus familias, muchas veces días antes de concretarse el parto.

El grupo de trabajo ministerial que se conformó para la modificación del REAS incluyó a profesionales del área técnica, matronas/es, enfermeras/os, profesores/as, antropólogos/as, abogados/as, ingenieros/as vinculados/as a ámbitos como salud pública, riesgos sanitarios derivados de alteraciones ambientales, interculturalidad y pueblos indígenas, a equipos a cargo de los programas de enfermedades transmisibles, a responsables del programa de salud de la mujer tanto de atención primaria y secundaria, al equipo jurídico, entre otros. En algunas ocasiones de carácter decisivo o cuando la discusión se entrampaba por falta de acuerdos, contábamos con la participación de jefaturas, autoridades técnico-políticas, por lo general, médicos/as de profesión, con poder de decisión.

La totalidad de los miembros permanentes de este grupo de trabajo eran profesionales (hombres y mujeres), con una larga trayectoria en el Ministerio de Salud y formación en salud pública. Sus experiencias y experticia eran bastante heterogéneas. Algunas de ellas asociadas a la fiscalización y vigilancia. Otras más cercanas a labores de prevención y control de enfermedades, ejerciendo un rol rector y regulador. Otros

integrantes, responsables de transversalizar y promover el enfoque intercultural en los programas de salud y, por último, algunos en un rol de asesoría jurídica y de armonización de las normativas. Un aspecto común presente entre quienes conformaban el grupo era su experticia en la elaboración y adecuación de regulación sanitaria. Gran parte de ellos/as venía trabajando esta materia durante por lo menos cinco años. Algunos habían participado en la elaboración del REAS en 2009. Sin excepción, eran profesionales a quienes los unía la responsabilidad institucional por elaborar normativas y velar para que estas se cumplieran y aplicaran. Todos/as, de alguna manera, eran responsables de la puesta en marcha del reglamento de manejo de residuos.

MÁS ALLÁ DE LA EVIDENCIA. LA DIMENSIÓN MORAL EN LAS POLÍTICAS DE REGULACIÓN SANITARIA

Desde la conformación del grupo de trabajo se empezó a exigir a los/as profesionales de las ciencias sociales a cargo de los temas de salud indígena en el Ministerio que investigaran y presentaran al grupo de trabajo información relevante para dialogar con otros profesionales, especialmente del área jurídica y de las ciencias de la salud, quienes en distintas ocasiones habían manifestado resistencias en relación con la entrega de la placenta por los potenciales riesgos sanitarios para la salud pública; esto indicaba que el asunto iba más allá de la entrega o de la placenta en sí misma. No era casualidad que su regulación hubiera quedado asentada en un reglamento de “residuos”. En la dimensión moral de la política pública, es decir, a partir de las intencionalidades y juicios de valor que definen lo que es correcto, la placenta era y es definida en la reglamentación del sector salud como un residuo patológico peligroso, objeto de control estatal y de sus funcionarios/as para evitar riesgos para la salud de la población. En estos términos, el tratamiento y manejo de la placenta solo les correspondería a algunos profesionales de la salud, aquellos con una formación sanitaria formal y, por lo tanto, quedaría prohibido su cuidado a los/as usuarios/as y requirentes indígenas, vistos como personas sin conocimientos pertinentes para estos fines y carentes de prácticas de cuidado de la salud. De esta manera, los funcionarios/as desconfiaban de lo que las personas indígenas podrían hacer con la placenta. En ese contexto, me parecía que había un espacio de responsabilidad para la expresión de la antropología en ese escenario heterogéneo de disciplinas.

Los argumentos a favor del derecho de las mujeres de pueblos indígenas a solicitar y recibir la placenta en los establecimientos de salud pública debían ser sustentados con evidencia: datos cuantitativos, estudios científicos, investigaciones, registros formales. No bastaba con los testimonios verbales y escritos de un sinnúmero de mujeres que, frente a la negativa de la entrega de la placenta en sus respectivos centros de salud, recurrían a la autoridad sanitaria regional (responsable de fiscalizar las disposiciones contenidas en el Código Sanitario, sus leyes, reglamentos y normas complementarias de ámbitos como higiene, seguridad ambiental, productos alimenticios entre otros) y central del Ministerio de Salud, con relatos escritos donde exponían sus casos, evocaban sus orígenes indígenas y exigían su derecho como miembros de un pueblo, aludiendo a los articulados de normativas nacionales e internacionales. Frente a la negativa de la solicitud, las mujeres y sus familias argumentaban la reivindicación histórica de ser indígena, así como la autonomía del cuerpo al reclamar el derecho a disponer de un órgano que les pertenecía.

Como profesionales del Departamento a cargo de los temas de salud indígena en el Ministerio, sistematizamos la información disponible sobre casos de solicitud de la placenta a nivel nacional entre 2013 y 2014, así como las respuestas del sistema de salud. Por otra parte, realizamos una búsqueda bibliográfica sobre la importancia y concepción de la placenta para el mundo indígena (Alarcón y Nahuelcheo 2008; Davison 1983; Sadler et ál. 2006; Quidel y Pichinao 2002; Torres 2010). Por último, hicimos una revisión comparativa de la legislación internacional sobre la regulación de la entrega de la placenta en países vecinos con características socioculturales y sociosanitarias similares a las de Chile (Ministerio de Salud de Perú 2005; Ministerio de Salud Pública de Ecuador 2008; Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia 2005). Con este material fue posible abordar la discusión en el grupo de trabajo.

LA AUSENCIA DE DOCUMENTACIÓN EN LAS PRÁCTICAS ESTATALES

Una primera cuestión que identifiqué fue la dificultad de los equipos de salud para documentar las solicitudes de entrega de la placenta, debido a la inexistencia de un sistema de registro diferenciado que permitiera acceder a ese dato. Por lo tanto, el universo de requerimientos

que encontramos no representaba el número de solicitudes de las mujeres, sus parejas o familiares para recibir la placenta tras el parto. Afirmo esto con base en las diversas solicitudes que por vía informal conocí en mi rol de antropóloga, trabajando en salud con comunidades mapuche en el nivel subnacional y nacional.

A partir de los pocos casos que conseguimos levantar, reconstruimos el itinerario que seguían las personas, sus solicitudes y las respuestas del sistema de salud. Las solicitudes eran realizadas en primera instancia en los establecimientos de salud, a través de una manifestación en persona y de palabra a la matrona o matrócn de atención primaria o de los servicios de ginecología de los hospitales. Comúnmente en estos espacios no se resolvía la solicitud, algunas quedaban en el camino, otras —las que sorteaban la burocracia y la incomprensión—, escalaban su petición al Ministerio de Salud. Los casos que logramos seguir eran principalmente aquellos requerimientos en los cuales las personas habían decidido oficiar y acudir hasta las últimas instancias, la División Jurídica del Ministerio de Salud, para efectos de obtener una respuesta oficial frente a su solicitud.

Lo que encontramos en las respuestas oficiales del sistema de salud fue la disparidad de los fundamentos y la ambivalencia de respuestas en los casos. “No es posible la entrega”, invocando el articulado del código sanitario y del REAS. Pero en los años previos a la modificación reglamentaria, desafiando todo tipo de pronósticos, comenzó a aparecer la argumentación a favor de la entrega del propio sistema de salud, por un lado, el Convenio 169 de la OIT sobre los derechos de los pueblos indígenas y tribales en los Estados-nación en los que viven y las responsabilidades de los gobiernos de proteger estos derechos, por otro lado, la Ley 20584, conocida como ley de derechos y deberes en salud, que establece en el Artículo 7 el derecho de los pueblos indígenas a recibir atención de salud con pertinencia cultural. Asimismo, aludían a la obligación de los prestadores institucionales públicos de otorgar dicha atención, las recomendaciones de la OMS sobre parto y nacimiento y del Sistema Chile Crece Contigo, señalando que las mujeres que dan a luz en una institución deben conservar su derecho a decidir sobre su vestimenta (la suya y la de su bebé), comida, destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes.

Me interesa destacar que, así como muchas de las solicitudes eran desestimadas por la autoridad sanitaria local, en otras regiones, la misma

autoridad sanitaria se daba a la tarea de solicitar a sus equipos técnicos la elaboración de circulares y oficios, dirigidos a su red de atención, instruyendo que frente a la solicitud de placenta de familias indígenas lo que correspondía era la entrega.

Hay aquí una paradoja interesante. La normativa de regulación no tiene una única aplicación, está mediada por interpretaciones personales de los funcionarios, que entrecruzan saberes y sensibilidades respecto a lo indígena, la interculturalidad y la salud pública. Lo anterior no hace más que poner de relieve distintas maneras de ser Estado y la forma en que se expresa la política en prácticas encarnadas en agentes estatales con concepciones diversas acerca del Estado y de la cabida o no que tienen los derechos de los pueblos indígenas en un Estado que se define como unitario y monocultural. Así, parafraseando a Didier Fassin (2018), aun cuando existan criterios y se definan protocolos, las condiciones de arbitraje que imponen instancias gubernamentales y funcionales cuya tarea es la supervisión y la regulación, dejan una parte importante a la interpretación personal de los agentes del Estado, que a final de cuentas resuelven a partir de su real saber y entender.

Tuve acceso a varios casos de funcionarios de salud que solicitaban respaldo al nivel central del Ministerio de Salud para fundamentar sus respuestas a estas solicitudes. Algunos sentían temor de ser cuestionados por sus jefaturas por no cumplir la norma. Sin embargo, muchos se valían de la normativa nacional e internacional para respaldar las respuestas a favor de la entrega de la placenta. Algunas veces, dependiendo de la sensibilización y voluntad de la jefatura de turno, este tipo de argumentos eran acogidos por la autoridad. Sin embargo, en otros casos, descartaban el mismo argumento y prohibían la entrega de la placenta haciendo valer el REAS sobre la normativa internacional e incluso sobre las indicaciones de algunos departamentos y divisiones del propio Ministerio de Salud. Cabe destacar esa ambivalencia del Estado. Mientras algunos funcionarios de salud hacían valer el reglamento vigente que no permitía la entrega de la placenta, otros se esforzaban por convencer a sus autoridades de que disponer de la placenta era un derecho de las mujeres y sus familias, desplegando argumentos legales y normativos suficientes para respaldar las solicitudes.

LA PLACENTA NO ES UN RESIDUO. PRÁCTICAS INDÍGENAS EN TORNO A SU USO Y DESTINO

Unos pocos artículos antropológicos subrayaban la concepción de la placenta y las prácticas indígenas vinculadas a su tratamiento. Cuando existían, estas aludían principalmente al contexto aymara andino, mapuche y rapanui (Alarcón y Nahuelcheo 2008; Davison 1983; Sadler et ál. 2006; Quidel y Pichinao 2002; Torres 2010). Encontramos también antecedentes sobre el destino que le daban a la placenta los pueblos indígenas en algunos manuales institucionales sobre pautas de crianza y parto humanizado. Por último, también había información interesante en materiales, informes locales (literatura gris) destinados al trabajo de sensibilización de los equipos de salud (Servicio de Salud Iquique 2006; Servicio de Salud Bío Bío 2009; Servicio de Salud Osorno s. f.; Servicio de Salud de Chiloé 2010).

De acuerdo con este *corpus* de materiales, para los aymara la placenta es símbolo de vida y de continuidad en la relación entre la madre y el hijo/a, y se vincula con los antepasados maternos de la familia (Servicio de Salud Iquique 2006). A su vez, para los/as mapuche,

la placenta tiene pertenencia, pues lleva el espíritu de la madre y del niño, por lo tanto, debe tener una buena disposición final. Las mujeres mencionaron que la placenta debe ser enterrada debajo de un árbol nativo o frutal, lo cual daría protección y fortaleza física al niño. (Alarcón y Nahuelcheo 2008, 197)

Por otra parte, Quidel y Pichinao plantean que “tras el alumbramiento, la placenta debe recibir un trato especial ya que el destino de esta tiene gran importancia y repercusión en la vida del niño o niña. De acuerdo con la bibliografía consultada, esta permite ver el futuro de la persona” (2002, 22-23).

Entre los rapanui:

la placenta se conoce como *henua-poki*, algo así como la tierra del niño. Esto hace referencia al simbolismo que acoge a la placenta, como aquel mundo primigenio que es capaz de resguardar la vida del niño, incluso antes de su gestación. La placenta, además se encuentra asociada a una serie de simbolismos y ritos de gran importancia cultural que, además, se encuentra presente en otras islas de la Polinesia. (Torres 2010, 145-146)

La placenta tiene que ver con la continuidad de la vida:

Si bien es cierto esta placenta es donde estuvo viviendo el feto, el bebé hasta cuando nació, se considera como la parte protectora de ese bebé en su territorio, y por lo tanto, esta placenta no se elimina así como basura, como que no sirve. Esta placenta se le da continuidad a través del entierro y con un árbol arriba, va a pasar a ser el alimento para ese árbol. La continuidad de lo que fue dejó de servir al bebé, para comenzar a servir al árbol. El árbol es la prolongación del bebé a través de la placenta. *Tanu henua*, se le dice. (Torres 2010, 145-146)

En síntesis, podemos decir que el mundo indígena otorga a la placenta un uso ritual/ceremonial que tiene que ver con la proyección del ser que nace. El uso ritual de la placenta permite que el niño/a se desarrolle equilibradamente en el plano físico, emocional, espiritual, social y familiar, y que establezca un lazo con tu territorio. Del mismo modo, el uso ritual de la placenta posibilita a la familia y entorno más cercanos del recién nacido fortalecer y reafirmar los lazos de protección y acompañarlo en su formación como persona.

SOBRE EVIDENCIAS Y EVIDENCIAS. ¿QUÉ HACEN LOS PUEBLOS INDÍGENAS CON LA PLACENTA?

Una cuestión que aparecía y preocupaba al grupo de trabajo era el destino que las personas darían a la placenta. ¿Qué hacen los pueblos indígenas con la placenta? ¿Cómo y quién(es) la manipulan? ¿Todos los pueblos indígenas hacen lo mismo con ella? Algo había en estas preguntas. Además de expresar el esfuerzo por entender y conocer las prácticas asociadas al ritual de la placenta, ellas expresaban, por un lado, temor y desconfianza desde el campo de lo técnico sanitario y profesional acerca de ciertas prácticas indígenas y los efectos en la salud pública del supuesto tratamiento inadecuado de la placenta de las familias indígenas. Por otro lado, los interrogantes eran al mismo tiempo el reflejo extremo del rol fiscalizador, regulatorio y de control conferido por ley a los/as funcionarios/as de la salud pública quienes están mandatados para cumplir desde una racionalidad movilizadora por la desconfianza y un rol muy consciente y fuertemente instalado en el quehacer técnico.

También despertaba curiosidad conocer lo que las personas y familias de pueblos indígenas hacían con la placenta: ¿La leen? ¿La entierran junto a un árbol? ¿La dejan sobre el techo de las casas? ¿Se la comen?!

La discusión que se había iniciado y el rumbo favorable que había seguido para entender que la entrega de la placenta constituía un derecho de las mujeres indígenas abrieron repentinamente un camino poco esperado. Se comenzó a instalar entre los miembros del grupo de trabajo la idea de que la modificación reglamentaria debería incluir la regulación y monitoreo del destino final de la placenta por parte del sistema de salud. Es decir, no solo establecer protocolos, flujogramas y mecanismos de bioseguridad para resguardar una entrega segura de la placenta, sino también extender la regulación a lo que las familias hacían con la placenta en su espacio más íntimo. Se trataba de regular la práctica ceremonial ritual de la placenta. Para que se entienda bien, la regulación establecería cómo debía ser esa práctica “segura”, para ser autorizada por el personal de salud.

Esta idea generó malestar entre quienes representábamos en esa mesa de trabajo al Departamento de Salud y Pueblos Indígenas. En efecto, esa era una forma de ingreso del quehacer del Estado en la vida cotidiana y espiritual de las familias indígenas. Era entrar a un terreno al que no habíamos sido invitados. Era ir en una dirección en la que como equipo nunca hubiéramos querido ir. Desconfiguraba el espíritu inicial de la modificación reglamentaria. ¿Por qué el sistema de salud tendría que involucrarse en ese espacio íntimo de las familias? ¿Qué lo facultaba para eso? La primera reacción fue manifestar abiertamente en la reunión nuestra oposición y no de la mejor manera o en los mejores términos. Pero ¿cómo elaborar un relato y transmitir argumentos que nos permitieran dialogar con los funcionarios, buscar puentes de entendimiento, evitando que la intención por regular una práctica cultural en función de la protección de la salud pública, terminara siendo finalmente una medida desmedida?

La manera de revertir esa idea fue acudiendo a la “evidencia”. La documentación de las prácticas culturales en torno a la placenta de algunos estudios e informes, muchos de estos últimos elaborados por los propios equipos de salud, nos permitió argumentar sobre la cuidadosa, respetuosa, y en algunos casos, temerosa relación que han establecido y establecen las personas de pueblos indígenas con la

placenta. Las más preocupadas por el manejo o tratamiento delicado y respetuoso, eran precisamente las familias. Así lo señala el siguiente testimonio recogido por Quidel y Pichinao:

Bueno, eso era muy importante, esta se enterraba cerca de la casa, eso es de mucho cuidado, no se juega con eso, hoy en día en el hospital eso se quema o lo botan, es por eso que eso puede traer mucha desgracia durante la vida de la persona, la persona puede vivir en medio de cosas de fuego. Además, por medio de la placenta, se puede ver el futuro de la persona, viene como escrito. Había que observarlo muy bien cuando la placenta era grande esto demostraba que la vida de la persona iba a ser larga, cuando la placenta era más pequeña, esto demostraba que la vida de la persona iba a ser más corta. Sin embargo, todo este conocimiento se ha perdido por falta de práctica. (Quidel y Pichinao 2002, 22-23)

Si bien esta “evidencia” ayudó a marcar un límite entre lo regulable y lo no regulable, no fue suficiente. El temor profesional de algunos integrantes del grupo de trabajo no amainó. Ahora su preocupación se centraba en las posibles infecciones que la placenta podría transmitir a quienes estuvieran en contacto con ella: el personal de salud a cargo de la entrega, la parturienta y su familia más cercana. Profundizamos en la búsqueda de investigaciones sobre temas de salud sexual y reproductiva, prácticas socioculturales asociadas a los rituales de la placenta en distintos pueblos indígenas en Chile (Alarcón y Nahuelcheo 2008; Davison 1983; Quidel y Pichinao 2002; Sadler et ál. 2006; Torres 2010). El resultado le mostró al grupo de trabajo ampliado que para los pueblos indígenas la placenta no es un simple residuo orgánico. Su adecuado tratamiento es ritual, porque fortalece lazos, protege al recién nacido, resguarda su formación como persona, la relación con su comunidad y otorga la pertenencia a un territorio.

Sin embargo, esta “evidencia” tampoco fue suficiente para calmar las preocupaciones y temores de otros/as profesionales de las perspectivas ambientales y sanitarias. Plantearon, por un lado, no tener las competencias técnicas suficientes para evaluar los posibles riesgos de infección asociados a la entrega de la placenta, sugiriendo la necesidad de contar con una opinión experta al respecto, como la de un médico con especialidad en infectología. Por otro lado, propusieron que se les realice a las mujeres

que solicitan la placenta un conjunto de exámenes previos para evaluar los posibles riesgos de contaminación por sangre, de enfermedades tales como VIH/SIDA, Chagas, HTLV1, hepatitis B, hepatitis C. Indicaban que la realización de estos exámenes serviría para controlar el riesgo de posibles contagios y en ningún momento se cuestionaron esos argumentos basados en la otra “Evidencia”. La reflexión posterior fue pensar en la evidencia con minúscula y Evidencia con mayúscula, en cómo desde las ciencias sociales y desde la antropología podemos contribuir a cuestionar y relativizar la idea de que las ciencias de la salud producen Evidencia, un conocimiento que es verdadero, objetivo e incuestionable. Nuestras prácticas disciplinares pueden ayudar a desnaturalizar la noción de verdad y el estatus superior de la Evidencia atribuible a un determinado tipo de conocimiento, en este caso, el conocimiento biomédico.

Con base en estas diversas perspectivas, indígenas y disciplinarias, puestas en juego, el grupo de trabajo ministerial elaboró la propuesta de modificación reglamentaria que incluía las dimensiones antes descritas, vale decir, los aspectos antropológicos, socioculturales, indígenas e identitarios, los resguardos ambientales de la entrega, los procedimientos y exigencias institucionales para la solicitud y entrega, así como la evaluación con base a exámenes adicionales a los que se realizan a toda mujer embarazada bajo el supuesto de controlar y evitar los posibles riesgos de contaminación por sangre.

Dos eventos marcaron esta modificación reglamentaria. El primero de ellos está relacionado con la preocupación de algunos miembros del grupo de trabajo (mayoritariamente los/as profesionales responsables por el control de las enfermedades transmisibles) por los riesgos para la salud pública que pudiera ocasionar la entrega de la placenta y su mal uso. Hubo voces en el grupo de trabajo ministerial que estimaron necesario solicitar una síntesis rápida de Evidencia sobre infecciones transmitidas por su manipulación, especialmente el contagio de enfermedades transmisibles por la sangre. Una síntesis rápida de Evidencia es una recopilación de los datos disponibles para evaluar la pertinencia de una intervención. Esta es una de las exigencias que el sector salud tiene que cumplir cuando se requiere diseñar, implementar y/o evaluar los resultados de una determinada política pública, sea esta un programa, la formulación de una ley, la adecuación de un reglamento, etc. Una primera cuestión que arrojó esta búsqueda es que los riesgos de manipulación de la placenta

habían sido poco explorados nacional o internacionalmente. No había evidencia científica sobre los riesgos de transmisión de entregar la placenta después de un parto a madres de pueblos originarios.

El segundo evento de este proceso incorporó al debate una voz con mayor autoría y especialización ante los riesgos de infección. Lo que estaba en la base de este requerimiento era que quienes estábamos allí como parte del grupo de trabajo como profesionales de la salud no médicos no teníamos la jerarquía, el conocimiento suficiente ni la experticia requerida para pronunciarnos sobre los riesgos, las infecciones y la salud de la población, pese a haber presentado evidencia antropológica y a contar con los resultados de la búsqueda rápida de evidencia, es decir, primó una racionalidad hiperespecializada y médico-centrada. Para ello, el grupo de trabajo ministerial solicitó incorporar a este grupo a un profesional, médico, especialista en control de infecciones asociadas a la atención de la salud, que participó en las reuniones finales sobre la estrategia y en la modificación del texto final del REAS.

Las observaciones del médico experto cuestionaron y remecieron ciertas verdades que habían sido asumidas como incuestionables por la parte médica del grupo. El profesional médico planteó que los exámenes listados en la modificación del reglamento eran exigidos para la sangre utilizada en transfusiones, no para el acto de entrega de placentas. Desde su perspectiva, no había antecedentes de que las infecciones que los exámenes pretendían pesquisar fueran transmitidas por manipulación de la placenta. Por ello, no se justificaba hacer exámenes especiales adicionales solo para este propósito, distintos a los de cualquier mujer embarazada.

Las palabras del médico no cayeron bien entre algunos miembros del grupo de trabajo. Generaron un debate intenso y cierto desconcierto de mi parte, principalmente por no haber cuestionado oportunamente esas exigencias. Volvieron a aparecer las preocupaciones sobre los riesgos para la salud de la población que la entrega de la placenta pudiera tener. Surgieron una vez más las aprensiones sobre el contagio con algún virus por causa de la manipulación de la placenta. Los miembros del grupo de trabajo con formación en ciencias de la salud, insistieron en que no había evidencia científica que apuntara en ese sentido, además se fundamentó que gran parte de los virus morían al contacto con el

ambiente y que además la placenta sería entregada en bolsa sellada de manera hermética, por lo tanto, el riesgo no era un tema.

La voz autorizada del médico infectólogo en esta ocasión jugó a favor del sentido último de la modificación del REAS, como argumento aliado en la búsqueda de desburocratizar un procedimiento, de respetar y garantizar un derecho, de dar respuesta a una demanda sentida y sostenida durante décadas por los pueblos indígenas. Pese a que muchos no estuvieron de acuerdo con las observaciones del profesional experto, prevaleció su saber sobre el de otros profesionales no médicos de la salud, así como la empatía que las autoridades de la época tuvieron con este argumento.

Las indicaciones técnicas señaladas llevaron a simplificar la modificación reglamentaria, excluir exámenes adicionales y de esa manera desburocratizar una experiencia para quienes libremente decidieran vivirla. En noviembre de 2016 se publicó en el diario oficial la aprobación de la modificación reglamentaria (Ministerio de Salud de Chile 2017) y en junio de 2017 la norma técnica para la entrega de placenta que garantiza el derecho de las mujeres a disponer de ella, respetando sus prácticas culturales, también entrega un marco a quienes trabajan en los establecimientos de salud con las garantías sanitarias para resguardar la salud de la población.

REFLEXIONES FINALES

Espero que este recorrido exponga al Estado en prácticas a partir de lo que sus agentes hacen, en este caso, profesionales de distintas disciplinas, incluida la antropología, que ejercen en el área de la salud y quienes tienen la responsabilidad de desarrollar una tarea sanitaria no tan conocida en el campo de la antropología, vinculada al rol de regulación de la salud pública. En la práctica esto se traduce en el diseño, formulación y adecuación de normativas, reglamentos, protocolos y normas técnicas que, por lo general, cuando son formuladas lo hacen pensando en una población tipo, sin considerar las particularidades y necesidades de grupos específicos como, por ejemplo, los pueblos indígenas.

El trabajo en políticas de salud y particularmente en un campo como la adecuación normativa deja ver que la antropología puede aportar a ese ámbito de diferentes formas: el levantamiento de evidencia y su traducción para perspectivas y disciplinas diversas; el registro de procesos

como la reconstrucción de microhistorias de la política, que en este caso en particular, fue interesante en cuanto permitió repositionar la importancia de responder institucionalmente a una demanda histórica y trenzar caminos posibles para alcanzar el fin último que era la entrega de la placenta a quien libremente la solicitase. Estos registros y reconstrucciones son relevantes también para futuros ejercicios de modificación reglamentaria. La antropología aportó al trabajo del equipo al mostrar la diversidad de voces, otorgando un estatus particular al relato y al testimonio como evidencias de las experiencias subjetivas de vida, tanto de quienes angustiadamente solicitan la placenta como de aquellos que angustiadamente no saben qué responder.

Entramos así a la dimensión moral y afectiva del Estado, de las políticas y de quienes tienen formalmente el mandato de diseñarlas, adecuarlas y contribuir para su puesta en práctica. “La experiencia afectiva común nunca tiene un solo tono, a menudo es mixta, oscilando de un matiz al otro, marcada por la ambivalencia” (Le Breton 2012, 69). Los profesionales del grupo ministerial a cargo de la modificación del REAS vivieron en tensión permanente oscilando entre, por un lado, la adecuación normativa orientada a otorgar garantías de derecho a los pueblos indígenas, y por otro lado, extremar su rol fiscalizador de la normativa que los instala en una racionalidad del control, de la regulación, que piensa al otro/a como un sujeto irreflexivo, desconocedor de las normas de higiene, que carece de conocimientos y prácticas propias de cuidado de su salud, a quien, por lo tanto, hay que educar para que aprenda a manejar la placenta en los términos de la bioseguridad.

El REAS y su posibilidad de adecuación son maneras en que el Estado se expresa en esta práctica en particular, no es un mero acto burocrático y administrativo. Es un acto que conecta a las/os funcionarias/os afectiva y emocionalmente con sus responsabilidades y experticias, que los/as une con lo que desde su experiencia en el Estado es la respuesta técnica correcta, es decir, con su rol regulador para el cuidado de la salud de la población. Como funcionarios involucrados en esta tarea compartíamos una emocionalidad, que se expresaba en la forma como nos relacionábamos con la idea de modificar una norma para posibilitar la entrega de lo que, desde la perspectiva del sistema de salud, constituye un residuo. Se trata de una emocionalidad ambivalente de miedo y desconfianza, que cede un espacio de control y de poder, pero que, al mismo tiempo, desconfía

de algunos comportamientos porque cree que ignoran la norma institucional establecida. Esta emocionalidad nos hizo avanzar y retroceder en las propuestas y decisiones, nos hizo revisar y volver a revisar los requisitos para la entrega de la placenta, sumar nuevas exigencias y sobre exigencias: la solicitud de sumar a la evidencia ya disponible una búsqueda rápida de evidencia científica para pesquisar riesgos sanitarios por manipulación de la placenta; incluir en el equipo de trabajo la voz de alguien “más experto”; también la exigencia para las mujeres embarazadas de adicionar exámenes distintos a los que se hacen habitualmente, todas estas son expresiones de desconfianza hacia quienes solicitan la placenta; además, arrogarse la necesidad de regular lo que las personas realizan con este órgano en un contexto de carácter ritual, resulta ser un mecanismo de control de las vidas y de los cuerpos de las mujeres.

El reglamento es una herramienta cargada afectivamente, en tanto que materializa, por un lado, concepciones de los agentes estatales sobre las prácticas de los pueblos indígenas como no confiables, y por otro lado, en tanto que posibilita retomar una práctica ritual ancestral, considerada por los propios pueblos como una reivindicación política y de derechos. Por ello, lo que se modificó iba más allá del reglamento: no solo cambiaba un articulado, sino la manera de establecer la relación entre el aparato estatal y la ciudadanía. Modificaba al mismo tiempo la manera de tratar la placenta, tanto desde las condiciones de bioseguridad, como desde su tratamiento ritual.

Por otro lado, el caso que aquí he presentado destaca las maneras en que las/os funcionarios de salud pueden en ocasiones cuestionar la normativa, revisarla y reformularla, así como el modo en que las emociones vuelven constantemente a emerger en decisiones que se fundamentan, aparentemente, en racionalidades técnico-científicas, pero que están permeadas por sentimientos de temor y de desconfianza profesional. Cabe insistir en que estas emociones marcan también los caminos de la política pública, a veces abriéndose a posibilidades impensadas que dan cabida a la diversidad de puntos de vista y otras veces cerrándose, burocratizando la vida y manteniendo el *status quo* porque “siempre ha sido así y así deberá seguir siendo”.

En las decisiones de la construcción de política pública llama la atención y entra al ruedo la heterogeneidad de perspectivas, lenguajes, conocimientos, diálogos y disputas inter e interdisciplinarios en el área

de la salud y, en particular del conocimiento biomédico. Hay entonces evidencia y Evidencia. La evidencia tiene estatus distintos, jerarquiza conocimientos y relaciones que configuran las decisiones. El conocimiento científico puede investirse de una autoridad que trasciende al conocimiento mismo pues alcanza el campo de la autoridad política y adquiere el monopolio de la razón. Al mismo tiempo, otros tipos de conocimiento, que no provienen del saber biomédico son examinados con distancia e incorporados a las decisiones parcial e instrumentalmente, de manera que sirvan a los intereses institucionales.

Esos conocimientos son también provisorios, contradictorios y cuestionables, sin embargo jerarquizan las determinaciones estatales traducibles en “prácticas políticas de regulación y disciplinamiento” (Das y Poole 2008, 19), que regulan la vida de los/as otros/as, estableciendo lo que pueden y no pueden hacer, normando cómo deberían ser y cómo deberían comportarse, e ingresando en ocasiones a los espacios más íntimos y privados de las familias: el destino, uso y tratamiento de algo que es propio, la placenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agudo, Alejandro. 2013. “La socialización del consultor antropológico: de la práctica a los marcos normativos de la política pública”. *Revista de Antropología Social* 22, 0: 177-198. DOI: https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2013.v22.43188
- Alarcón, Ana y Yolanda Nahuelcheo. 2008. “Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas”. *Chungara: Revista de Antropología Chilena* 40, 2: 193-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562008000200007>
- Bustos, Bárbara. 2014. “O estatuto da comunidade indígena e realização do ngillatun entre os Mapuche de Tranaman no sul do Chile. Dinâmicas organizacionais e transformações sociopolíticas”. Tesis de doctorado en Antropología Social, Centro de Filosofía e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Breihl, Jaime. 2003. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cabaña, Gabriela. 2019. “Dignidad es cuidado. Hacia una nueva forma de integración social”. *Revista Intervención* 9, 2: 5-24.

- Das, Veena y Deborah Poole. 2008. “El Estado y sus márgenes. Etnografías comparadas”. *Cuadernos de Antropología Social*, 27, 19-52. DOI: <https://doi.org/10.34096/cas.i27.4328>
- Davison, Judith. 1983. “La sombra de la vida. La placenta en el mundo andino”. *Boletín del Instituto Francés de Estudios Andinos* 12, 3-4: 69-81.
- De la Maza, Francisca. 2017. “Tourism in Indigenous Territories: The Impact of Public Policies and Tourism Value of Indigenous Culture”. *Latin American and Caribbean Ethnic Studies*, 13, 1: 94-111. DOI: <https://doi.org/10.1080/17442222.2018.1416894>
- De la Maza, Francisca. 2018. “Gobierno local, política y turismo indígena: enfoque etnográfico en contextos interculturales”. *Revista Antropologías del Sur* 5, 9: 181-195. DOI: <https://doi.org/10.25074/rantros.v5i9.939>
- Dennis, Barbara. 2009. “What Does It Mean When an Ethnographer Intervenes?” *Ethnography and Education* 4, 2: 131-146. DOI: <https://doi.org/10.1080/17457820902972762>
- Dietz, Gunther. 2016. “La interculturalidad: desafíos epistemológicos y respuestas antropológicas”. *El volcán insurgente. Corriente crítica de trabajadores de la cultura* 46: 18-26.
- Espada, Adrián. 2019. “Reseña Affective States: Entanglements, Suspensions, Suspensions. Mateusz Laszczkowski (ed. lit.), Madeleine Reeves (ed. lit.) New York: Berghahn Books, 2017”. *Revista de Antropología Iberoamericana* 14, 1: 169-174.
- Espinoza, Claudio. 2018. “El desafío municipal mapuche. Etnografía de una experiencia política: Tirúa 1992-2008”. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana* 13, 3: 355-379. DOI: <https://doi.org/10.11156/aibr.v13i3.68555>
- Espinoza Claudio y Carmona Rosario. 2018. “Reactivación cultural mapuche y procesos etnopolíticos en la ciudad. las oficinas de asuntos indígenas en la región metropolitana, Chile”. *Papeles de Trabajo* 35: 33-49. DOI: <https://doi.org/10.35305/revista.voi35.19>
- Fassin, Didier. 2018. *Por una repolitización del mundo. Las vidas descartables como desafío del siglo xxi*. Buenos Aires: Siglo xxi.
- Guber, Rosana. 2004. *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Hammersley, Martyn y Paul Atkinson. 1994. *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Haro, Jesús Armando y Ramón Martínez. 2015. “Salud para los pueblos indígenas en México, avances y retrocesos a la vuelta del milenio”. En *Saúde*

- Indígena: políticas comparadas na América Latina*, coordinado por Esther Jean Langdon y Marina D. Cardoso, 33-60. Florianópolis: Ed. UFSC.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). 2018. Síntesis Resultados Censo 2017.
- Jaramillo, Pablo. 2016. "Gubernamentalidades futuristas: gobernar el hogar en la era del optimismo tecnológico". *Contemporánea* 6, 1: 75-95. DOI: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/2316-1329.009>
- Laszczkowski, Mateuz y Madeleine Reeves. 2017. *Affective States. Entanglements, Suspensions, Suspicions*. Nueva York: Berghahn.
- Le Breton, David. 2012. "Por una antropología de las emociones". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad* 4, 10: 67-77.
- Maluf, Sônia Weidner y Ana Paula Müller de Andrade. 2017. "Entre políticas públicas e experiências sociais: impactos da pesquisa etnográfica no campo da saúde mental e suas múltiplas devoluções". *Saúde e Sociedade* 26, 1: 171-182. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017168331>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. 2020. Ley 21273, modifica la Ley N.º 19253, que establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la corporación nacional de desarrollo indígena, para reconocer al pueblo chango como etnia indígena de Chile, entre otras materias.
- Ministerio de Planificación y Cooperación de Chile. 1993. Ley 19253 establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la corporación nacional de desarrollo indígena.
- Ministerio de Salud de Chile. 1968. *Código Sanitario, Decreto con fuerza de Ley N.º 725*.
- Ministerio de Salud de Chile. 1997. *Reglamento del libro noveno del Código Sanitario. Decreto 240*.
- Ministerio de Salud de Chile. 2008. *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública.
- Ministerio de Salud de Chile. 2009. *Reglamento sobre manejo de residuos de establecimientos de atención de salud (reas)*. Dto. n° 6 de 2009 publicado en el diario oficial, 4 de diciembre de 2009.
- Ministerio de Salud de Chile. 2012. Ley 20.584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

- Ministerio de Salud de Chile. 2014. *Perfil epidemiológico básico de la población indígena y no indígena residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Antofagasta*. Serie Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile N° 0011. Subsecretaría de Salud Pública. Santiago.
- Ministerio de Salud de Chile. 2017. Decreto 43 modifica decreto supremo n° 6, de 2009, del Ministerio de Salud, que aprueba reglamento sobre manejo de residuos de establecimientos de atención de salud (REAS).
- Ministerio de Salud de Perú. 2005. *Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación cultural*.
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. 2008. *Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado*.
- Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. 2005. *Guía para el desarrollo de un enfoque intercultural de la salud materna*.
- Pink, Sarah, et. al. 2016. "Refiguring Digital Interventions for Energy Demand Reduction: Designing for Life in The Digital-Material Home". *Digital Materialities Design and Anthropology*, editado por Sarah Pink, Elisenda Ardèvol y Dèbora Lanzeni, 79-97. London: Bloomsbury.
- Quidel, José y Jimena Pichinao. 2002. "Haciendo crecer personas pequeñas en el pueblo mapuche". Versión inédita. Rojas, Carolina. 2019. *Ayudar a los pobres. Etnografía del estado social y las prácticas de asistencia*. Santiago de Chile: UAH, Ediciones.
- Sadler, Michelle et al. 2006. *Significaciones, actitudes y prácticas de familias mapuche en relación a la crianza y cuidado infantil de los niños y niñas desde la gestación hasta los cinco años*. Santiago: FOSIS-MIDEPLAN.
- Servicio de Salud Bío Bío. 2009. *Chumgnechi inche domuche mapuche pewenche poyewal nieupoli tañi pupüñeñ. Guía de autocuidado de la mujer mapuche-pewenche en su proceso reproductivo*.
- Servicio de Salud Chiloé. 2010. *Síndromes culturales en el archipiélago de Chiloé. Sobreparto, mal, susto y corriente de aire*. Proyecto Fonis/Conicyt SA07120072.
- Servicio de Salud Iquique. 2006. *Sistematización parto humanizado en población aymara. Sistematización de un modelo de parto humanizado introducido en la maternidad del Hospital de Iquique*. Hospital de Iquique.
- Servicio de Salud Osorno. S.f. *Muezlemayen Kume Koñin. Encontrándonos para un buen parto*. (s/i).

- Shore, Cris. 2010. “La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la ‘formulación de las políticas’”. *Antípoda Revista de Antropología y Arqueología* 10: 21-49. DOI: <https://doi.org/10.7440/antipoda10.2010.03>
- Taplin, Dana, Suzanne Schiled y Shela Low. 2002. “Rapid Ethnographic Assessment in Urban Parks: A Case Study of Independence National Historical National Park”. *Human Organization* 61, 1: 80-93. DOI: <https://doi.org/10.17730/humo.61.1.6ayvl8toaekf8vmy>
- Torres, Paulina. 2010. “Te kuhane o Te Kaina. El paisaje y la persona Rapa Nui”. Tesis en Antropología, Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Providencia, Chile.
- Wedel, Janine R. et al. 2005. “Toward an Anthropology of Public Policy”. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 600: 30-51. DOI: <https://doi.org/10.1177/0002716205276734>