

ARTÍCULO ORIGINAL

MUJERES SUBALTERNAS ANTE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA REGIÓN NOROESTE ARGENTINO

Pauper, indigenous and migrant women to health services

Vanesa Vazquez Laba¹ y Milena Páramo Bernal².

Resumen

El propósito de este trabajo es dar cuenta de los obstáculos que tienen las mujeres subalternas, es decir, indígenas, campesinas, inmigrantes y de sectores populares rurales del Noroeste argentino (NOA) para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. Esta investigación tuvo como línea teórica-metodológica una base etnográfica, realizando un total de 40 entrevistas a profundidad, con lo cual se hizo énfasis en las prácticas explícitas o soterradas que persisten en el sistema de salud; el cual no siempre acompaña las decisiones de estas mujeres muy seguramente dadas las ideologías sexistas y discriminadoras que se ponen de manifiesto en la relación médico-paciente, que actualizan los prejuicios de clase, refuerzan las relaciones de poder y de esta forma, limitan el goce efectivo de las mujeres a sus derechos sexuales y reproductivos.

Palabras claves: género; subalternas; indígenas; pobreza; inmigrantes; salud sexual; salud reproductiva; rural.

Abstract

The purpose of this paper is to report on the obstacles that subaltern women, indigenous, rural, immigrant and rural popular sectors in Northwestern Argentina (NOA) to access the services of sexual and reproductive health. This

Fecha de recepción: 01 de diciembre de 2012; Fecha de aceptación: 12 de marzo de 2013.

¹ Dra. en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora CONICET. Docente de la Universidad de San Martín y de la Universidad de Buenos Aires.

² Maestranda en Sociología Económica IDAES-UNSAM.



research had an ethnographic theoretic-methodological line; for this, a 40 depth interviews were conducted with emphasis on explicit or underground practices that persist in the health system, which does not always follow the women decisions almost certainly by loaded sexist and discriminatory ideologies that are revealed in the doctor-patient relationship, which I updated class prejudices reinforce power relations and thus limit the enjoyment effective women to their sexual and reproductive rights.

Keys words: gender; subaltern; indigenous, poverty, immigrants, sexual health, reproductive health, rural.

Introducción

El presente trabajo se propone dar cuenta de las dificultades que tienen las mujeres subalternas, es decir, indígenas, campesinas, inmigrantes y de sectores populares rurales del Noroeste argentino (NOA) para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, haciendo especial foco en los distintos mecanismos “culturales” que les impiden ser beneficiarias plenas del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable PNSSPR y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

La investigación se situó en algunas localidades de tres provincias del NOA: La Quiaca y Yavi en Jujuy; Salvador Mazza y Aguaray en Salta; y Tafí del Valle en Tucumán. En términos generales el NOA se caracteriza por la presencia de numerosas comunidades originarias; alto flujo de población migrante fronteriza (boliviana en el caso de Jujuy y Salta); indicadores socio-económicos precarios; recursos, acceso y cobertura de servicios deficientes; cifras de embarazos no deseados, embarazo adolescente y de mortalidad materna por encima de la media nacional y, adicionalmente, barreras socio-culturales y políticas para el abordaje público de los temas de salud sexual y reproductiva. Aspectos todos relevantes en la investigación.



En la Argentina rural, el limitado acceso que tiene la población a los servicios sanitarios sumado a la escasa información que adquieren sobre salud-enfermedad en general y sobre salud sexual y reproductiva en particular, produce múltiples situaciones que afectan directamente el bienestar de las mujeres. Una de las más graves remite a las altas tasas de mortalidad materna. En la Argentina, en 2008 la tasa nacional de mortalidad materna fue de 4,0 por cada cien mil nacidos vivos; en 2009 de 5,5, y en 2010 de 4,4. Esta última cifra traducida en vidas significa que 331 mujeres murieron por complicaciones en el periodo de embarazo, parto o puerperio. Las cifras en 2010 para las provincias del NOA fueron Salta 5,8; Jujuy 3,7 y Tucumán 3,0.

Desde el año 2003 a través de la sanción de la Ley 25.673 se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) con distintos objetivos entre los cuales se cuenta elevar el conocimiento de la población sobre la salud sexual y procreación a los fines de que se logre: adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir tasas de morbimortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados y promover la salud sexual de los adolescentes; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.

Si bien el PNSSyPR llega con insumos y servicios a todas las provincias y dentro de ellas a zonas alejadas de los centros urbanos, hemos identificado diferentes dificultades para cubrir el espectro de las demandas de las mujeres ya sean por razones políticas, institucionales, ideológicas y culturales particulares de cada provincia.

Se partió de la hipótesis que sostiene que los servicios de salud en zonas rurales y fronterizas discriminan y expulsan a las mujeres pobres y con rasgos culturales indígenas, por lo tanto no pueden hacer efectivos los derechos sexuales y reproductivos contemplados en el PNSSyPR el cual cumple con la provisión de insumos (métodos anticonceptivos) y con brindar información, escasa, según pudimos corroborar), lo cual no contribuye a la



mejoría de los índices de mortalidad materna por abortos clandestinos, entre otras realidades.

Por tanto, el primer objetivo de esta investigación es detectar los obstáculos que pone el sistema de salud a través de la práctica médica cargada de ideología sexista y racista frente al colectivo de mujeres con perfiles étnicos. Y en segundo orden, analizar el despliegue de estrategias que construyen y reproducen las mujeres para planificar sus vidas reproductivas.

A continuación, desarrollamos los debates y definiciones teóricas en torno a nuestro problema de investigación.

Salud sexual, salud reproductiva e interculturalidad

Marcela Cerruti¹ advierte que todavía es poca la preocupación a nivel investigativo por los problemas de acceso y uso de los servicios de salud de la población migrante, así como por el trato y atención recibida. Los estudios al respecto ponen el énfasis en la transmisión de enfermedades como consecuencia de la migración, los problemas de salud generados por el proceso migratorio y las pautas sanitarias, de consumo y uso de servicios diferenciales entre poblaciones nativas e inmigrantes. En cuanto a las investigaciones sobre salud sexual y reproductiva, señala que el énfasis está puesto en las diferencias de actitudes y comportamientos reproductivos de migrantes versus los nativos, y las dificultades que encuentran los migrantes para acceder a los recursos sanitarios del área.

Sabemos que el concepto de *salud* es un constructo humano que ha cambiado notablemente a lo largo del tiempo. Las modificaciones han estado sujetas a diversas consideraciones, de tal modo que su definición fue variando a partir de la incorporación de las condiciones físicas, por un lado, como así también, de la consideración de los aspectos psíquicos y sociales de las personas. Se modifica la idea de concebir a la salud como "una", "única" y "estática"; como algo meramente personal del sujeto o como resultado de la interrelación del individuo con el medio que lo rodea. Por el contrario, a partir de las distintas reformulaciones que fue adquiriendo -desde la definición de la



Organización Mundial de la Salud en 1946 y su ratificación en 1984-, se ha puesto de manifiesto su carácter "dinámico" y vinculado a los cambios socio-cultural y ontológico-epistemológicos que afectan a la dimensión ideológica y política de la salud².

Por otro lado, particularmente la *salud reproductiva* se encuentra íntimamente relacionada con la salud sexual y con su correlato de los derechos sexuales y reproductivos, siendo problemáticas de gran complejidad que se instalan en la agenda pública generando debates en torno a temas fundamentales pero que han estado invisibilizados por mucho tiempo, como son la inequidad de género y la clase social, el poder patriarcal, el poder médico, la sexualidad como fuente de placer independiente de sus consecuencias procreativas, los derechos de las minorías sexuales, la maternidad libremente elegida o el derecho al aborto³.

Como resultado de conferencias internacionales y acuñando distintos enfoques, la Organización Mundial de la Salud adoptó una definición de salud reproductiva que incluye a la salud sexual. Hoy en día, esta misma es aceptada y difundida en los distintos foros internacionales, gobiernos y organizaciones no gubernamentales de diferentes Estados:

“Salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, o en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad a su libre elección y el derecho y acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres gravidez y partos seguros y proporcionen a las parejas la mejor chance de tener una criatura saludable”.⁴



El ejercicio de la sexualidad de manera autónoma y responsable, libre de riesgos y de coerción o violencia, desligada de la procreación obligatoria, con la posibilidad de que las parejas decidan el número de hijos a través del acceso a la información sobre su vida sexual y reproductiva y los métodos anticonceptivos eficaces de acuerdo a su edad y paridad, y el acceso de hombres y mujeres a servicios de salud de calidad que les permita no sólo decidir el momento más apropiado para tener hijos sino cuándo optar por la maternidad y evitar riesgos; han sido de las variables que se han introducido con fuerza creando un nuevo paradigma de interpretación de la salud³.

En la cuarta Conferencia Mundial de la Mujer realizada en Beijín en el año 1995, se destacó la estrecha relación existente entre los temas de salud reproductiva, pobreza y vulnerabilidad social de las personas mirando, fundamentalmente, al sector femenino de la población. Se comenzó a considerar a la salud reproductiva en relación con la pobreza y la calidad de vida de las mujeres, aprehendiendo sobre las relaciones dentro del hogar, la interacción entre el trabajo productivo y reproductivo de las mujeres y las estrategias de generación de ingresos que desarrollan los diferentes miembros de las familias. Se tomó conciencia de que dichas definiciones deberían cruzarse con el contexto económico, político, social y cultural de las poblaciones. Se torna indispensable conocer si las personas viven en situación de vulnerabilidad, pobreza, discriminación y/o exclusión social ya que esto devela, en algún sentido, el grado de alcance a los servicios de salud, como así también, la calidad de los/as mismos/as y la repercusión sobre la salud de las mujeres, los varones y las familias.

Por otro lado, el movimiento por la Salud de las Mujeres ha revisado críticamente los conceptos biologicistas y naturalistas en la salud, y en general los atribuidos a las identidades y roles tradicionales asignados a cada género y de esta manera resaltan y analizan sistemáticamente los marcos socio-históricos en que estos se producen y reproducen, su vinculación con las



relaciones de poder sociales y sus riesgos y necesidades específicas en materia de salud.

Los nuevos paradigmas en la concepción de la salud han integrado el concepto de “buena vida” como meta en la perspectiva de desarrollo humano. Este planteo “significa no sólo satisfacer las necesidades básicas sino desarrollar las capacidades de desear, proyectar, usar la imaginación, construir conocimientos, experimentar, en definitiva, poder gozar de experiencias placenteras y evitar dolores innecesarios”⁵

Sin embargo, aún queda pendiente la transformación de la educación médica centrada en el desarrollo de habilidades clínicas de carácter más técnico para incluir como parte del capital de conocimientos la capacidad de reconocer y revisar los saberes instituidos, las creencias, premisas y principios éticos en los que se fundamentan las prácticas; integrar el enfoque de derecho a la salud y apropiarse de los conocimientos y habilidades que permitan iluminar los determinantes de género en las condiciones de vida y en la salud de las personas. y la posibilidad de intervenir para prevenir inequidades.

En este sentido, la *interculturalidad* se convierte en una necesidad para mejorar la relación médico paciente y poder acercarse a poblaciones que todavía quedan excluidas de la cobertura de los Servicios de Salud y Programas Nacionales. La idea de *subalternidad* en las mujeres está íntimamente vinculada con estas exclusiones. Los estudios feministas poscoloniales, se han dedicado a develar las múltiples relaciones de dominación y exclusión que algunos sujetos padecen –mujeres inmigrantes, negras, indígenas, pobres, entre otras-, y su relación con cuestiones raciales, de orientación sexual, de clase social, de elección religiosa y de género, por supuesto⁶.

Sabemos que el concepto de interculturalidad está inmerso en complejos y amplios debates en cuanto a su uso, pero a grandes rasgos y bajo la perspectiva en las Ciencias sociales y la Filosofía, se distinguen cuatro maneras de entender la interculturalidad. En primer lugar, es una definición relacional que reconoce diferencias culturales y propone espacios de



comunicación igualitaria, pero invisibiliza las relaciones de poder que subyacen entre los pueblos y culturas; en segundo lugar, es funcional porque si bien reconoce y acepta los saberes propios de los pueblos originarios, se apropia de ellos. incluyéndolos dentro de un discurso hegemónico funcional para la sociedad dominante. En tercer lugar, y en contraposición a las dos primeras posturas, la Interculturalidad extendida propone focalizarse en los “otros/otras” como instancia para deconstruir estos discursos hegemónicos monoculturales. Y la cuarta, es la que este artículo utiliza para su análisis: la interculturalidad es descolonizadora, es decir, parte del cuestionamiento de las relaciones de poder y dominación que se generan en los sujetos a partir de la interseccionalidad de raza, género, edad, orientación sexual, cultura y demás, lo que dificulta la integración y comunicación entre diferentes grupos en una sociedad moderna⁷.

Asimismo, se sostiene que el sistema de salud argentino limita el acceso y uso de servicios de salud a toda la población. La escasez de recursos financieros, humanos, de infraestructura, insumos, conjugado con la mala administración de la institucionalidad pública en salud y la sobresaturación de los sistemas, propician una expulsión indiscriminada. Esta es la situación de base, sin perjuicio de reconocer que la discriminación sobre la población de migrantes limítrofes, especialmente mujeres en edad reproductiva, se constituye en otro factor expulsivo de grupos diferenciados de los sistemas de salud⁸.

Nuestra investigación devela las dificultades de accesibilidad de las usuarias migrantes, indígenas y criollas de la región del noroeste argentino, relacionadas con las resistencias dentro del sistema sanitario por parte de los profesionales de la salud, a partir de modelos ideológicos referidos a la maternidad, sexualidad y género que reactualizan prejuicios de clase y refuerzan relaciones de poder médico-paciente⁹. Asimismo, las formas que las mujeres tienen de acceder a los insumos y servicios, así como su manera de planificar sus vidas reproductivas, hacen más complejo este fenómeno.

En el próximo apartado se desarrolla la metodología de la investigación y formas de análisis de la información recogida en los trabajos de campo.



Metodología de la investigación

La investigación se basó en una línea teórica-metodológica basada en el método etnográfico y las escuelas comprensivistas de la teoría social, así como la teoría feminista que recupera el concepto de “experiencia” de las mujeres ha aportado la conexión entre acción y significado muy importante para una nueva forma de construir conocimiento. Asimismo hemos trabajado fundamentalmente con fuentes orales como formas interpretativas, es decir, como el producto de un individuo en sociedad que hay que localizar y contextualizar. En este sentido, los testimonios tienen el potencial que “nos sitúa ante el yo biográfico como hecho social total” (Alonso, 1998: 70/71; en Vazquez Laba. et. al., 2012: 52).

En este sentido, el trabajo de campo ha sido fundamental para la recuperación de los relatos orales y la construcción del dato. El mirar, escuchar e indagar sobre el mundo de la vida cotidiana de las mujeres ha sido esencial a la hora de reconstruir el sentido que ellas le otorgan a su realidad personal y social. De acuerdo con estas postulaciones, en los trabajos de campos se emplearon diferentes técnicas de recolección de información tales como la entrevista en profundidad, las notas de campos, las observaciones participantes y las entrevistas estructuradas. La transcripción y posterior análisis del material respetó las situaciones generadas en el campo significando e interpretando los silencios, risas y llantos de las mujeres como, así como las dificultades y barreras comunicacionales por los diferentes idiomas nativos.

Por tanto, el trabajo de campo lo llevamos adelante durante los meses de febrero y marzo de 2012, en las localidades de Aguray y Salvador Mazza (provincia de Salta), La Quiaca y Yavi (provincia de Jujuy) y Tafí del Valle (provincia de Tucumán). Se realizaron un total de 40 entrevistas en profundidad a mujeres indígenas, inmigrantes, criollas y 10 a médicos generalistas, ginecólogos, agentes sanitarios, obstétricas, enfermeras. Para la definición de dichas zonas conjugamos tres criterios relevantes para la investigación: la alta



concentración de población indígena, altas tasas de mortalidad materna y de embarazo adolescente.

En cada localidad recorrimos las instituciones públicas de salud, en primer orden los hospitales que, según las posibilidades de cada provincia y localidad, se distinguen por sus mayores o menores niveles de complejidad, muy especialmente observamos las áreas de maternidad en relación directa con la prestación de los servicios de salud sexual y reproductiva. También conocimos algunos Centros de Integración Comunitaria (CIC) y Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) por la posibilidad que tuvimos de acompañar recorridos programados de médicos generalistas y agentes sanitarios a comunidades dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud, estrategia que por lo demás, se encarga de operacionalizar los objetivos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a nivel rural. Igualmente, accedimos a realizar algunas entrevistas en las casas de las usuarias para conocer sus condiciones de vida y las de sus comunidades.

La definición de los lugares a visitar dentro de cada provincia resultó de la consideración de varios elementos: en primer lugar, la concentración de población indígena y rural en la localidad, la distancia relativa entre la localidad y el centro urbano, y del resultado de combinar el trinomio embarazo adolescente, mortalidad materna y aborto. También se sumó como criterio de selección la participación previa de algún integrante del equipo de salud (médicas-os y enfermeras) en el Diplomado ofrecido por la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina) en asocio con la organización Católicas por el Derecho a Decidir sobre Salud Sexual y Reproductiva que, además de la garantía de acceso a las instituciones de salud pública, permitiría la constatación de modificaciones relativas en la prestación de estos servicios.

La unidad de análisis la constituyen las usuarias de los servicios de salud: mujeres indígenas, algunas cacicas, mujeres rurales, migrantes bolivianas, criollas y promotoras sanitarias. El lugar privilegiado para el contacto de las mujeres fue el hospital, la “salita” bajo el supuesto que aquellas



usuarias -aunque fuera por esa única vez- podrían dar cuenta de su experiencia de acceso, estrategias de acceso y percepción sobre la atención. También se realizaron entrevistas en otros lugares de la comunidad como iglesias y casas. Dado el amplio acceso que tuvo el equipo de investigación a las instituciones de salud pública se logró entrevistas con funcionarios/as de distinto rango y especialidad: directoras/es de hospitales, médicas/os, enfermeras/os, obstétricas/os, trabajador(a) social, psicóloga y grupos de agentes sanitarios.

Tanto la entrevista semi-estructurada como la guía de entrevista en profundidad estuvieron dirigidas a las mujeres y relevan información socio-demográfica básica e indagan sobre sus experiencias de acercamiento y/o permanencia en el sistema para atender su salud sexual y reproductiva, como así también, de sus posibilidades de acceso a los recursos e insumos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La guía de entrevista construida para el personal institucional da cuenta de la especialidad de su práctica, el grado de conocimiento y valoraciones sobre los procedimientos médicos relacionados con el proceso de anticoncepción, parto y aborto al igual que sus percepciones sobre los problemas para que las mujeres accedan al sistema de salud específicamente, los servicios de salud sexual y reproductiva. Si bien lo que más importa en esta investigación son los testimonios y análisis de las usuarias, resulta de utilidad poder contrastar opiniones.

Los obstáculos de la práctica médica frente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres subalternizadas

Uno de los hallazgos de la investigación ha sido detectar que las usuarias del sistema de salud en zonas rurales se enfrentan a diferentes obstáculos que no están directamente relacionados con la falta de una política pública sino más bien con el incumplimiento de la misma por parte de los efectores de salud, y por cuestiones culturales vinculadas a la discriminación sexista y racista frente a las mujeres pobres.



Asimismo, podemos sostener que el sistema de salud en la Argentina se encuentra bien extendido a lo largo y ancho del territorio nacional. El mismo se divide en tres sectores: público, privado y las obras sociales, y subsectores que responden a las directivas del Ministerio de Salud de la Nación a la vez que gozan de autonomía provincial de acuerdo al esquema federal. Sin embargo, la complejidad que supone la diversidad de actores, roles, niveles de coordinación y de responsabilidades hace que la descoordinación y la fragmentación sean una característica del sistema de salud en el país. El sistema público -que interesa a esta investigación-, opera a través de hospitales de baja y alta complejidad, Centros de Atención Primaria (CAP) y Centros Integrales de Salud (CIS) en las provincias que presentan rasgos de desarrollo heterogéneo de acuerdo a las brechas de desigualdad entre las provincias.

El PNSSyPR, en tanto política nacional, se coordina y ejecuta dentro del sistema de salud pública y su provisión pasa por los distintos niveles de servicio y compromete la totalidad de recursos físicos y humanos disponibles, aunque como se ha dicho, con arreglo a las disposiciones de la política provincial, y como veremos -y este es un hallazgo importante- a la práctica y decisión del efector de salud.

La Política Nacional promueve el logro de objetivos generales y ofrece un modelo de actuación común en la práctica profesional con relación a la ejecución del Programa. En el trabajo en campo encontramos que la información sobre métodos anticonceptivos, el acompañamiento a las mujeres y la aceptación de aborto en casos de riesgo de salud de la mujer, son tareas puestas en práctica en su mayoría por el esquema de atención primaria, que aunque comparten los esquemas ideológicos conservadores sobre sexualidad y maternidad que comporta el sistema médico en general, ejercen una tarea de sensibilidad social y actúan en ocasiones con autonomía de estos valores. No ocurre lo mismo con las categorías ocupacionales de mayor rango, hablamos de médicos, ginecólogos y directores de hospitales donde hay un mayor “deslizamiento” de sus creencias y valoraciones personales⁹.



Por otro lado, hemos detectado que los discursos médicos son poco amigables con las mujeres indígenas, inmigrantes e inclusive con las criollas pobres ya que la ideología que se desliza en su práctica profesional está cargada de prejuicios en torno a las diferencias de las mujeres, prejuicios de género, de discriminación étnica-racial y de exclusión social. En consecuencia, los profesionales transforman sus opiniones morales en prescripciones médicas¹⁰.

Asimismo, este orden médico establecido normaliza los cuerpos y homogeneiza a las mujeres y, por lo tanto, impone formas de vida y cuidados universales sin detenerse en las diferencias y diversidad de situaciones y culturas de las usuarias que llegan a los centros de salud. De esta manera, la práctica médica se transforma en un ejercicio violento hacia las mujeres no sólo por los juicios morales que invoca sino, fundamentalmente, por la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres por no cumplir con la ley vigente.

El aborto no punible en Argentina está tipificado para tres casos: cuando existe malformación fetal; cuando corre riesgo la salud de la mujer en gestación; o cuando es producto de una violación. De los testimonios recogidos tenemos algunos relevantes cuando indagamos sobre situaciones de aborto legal:

"Ahora nos dieron un curso en el Ministerio, y nos dijeron la forma segura de aborto, a mí no me parecía correcto" (entrevista a ginecólogo, La Quiaca, 2012).

"Nosotros acá tenemos algo bastante saludable, acá las mujeres no abortan, son abortos espontáneos, algunos provocados pero, no hay una práctica del aborto como en otros lugares. Por lo general aquí las mujeres no abortan, no es lo más común, no hay personas que hagan abortos, ni nada de ese tipo" (entrevista a Director hospital Tafí del Valle, 2012).

Estos fragmentos de las entrevistas dan cuenta del rechazo que persiste en la ideología médica sobre la idea de interrupción de un embarazo aún cuando es una práctica legal. No obstante, queremos destacar la diferencia que venimos observando entre la práctica profesional de los médicos y el personal jerárquico de las instituciones visitadas y los agentes sanitarios que recorren



las comunidades y los barrios atendiendo y acompañando a las mujeres. Estos últimos tienen desarrollada una mayor sensibilidad frente a las problemáticas que atraviesan las mujeres pobres indígenas e inmigrantes, en comparación con la que se observa dentro de las instituciones, que en muchos casos ellas califican como “maltrato”; dichos agentes realizan a la vez un trabajo de promoción y de distribución de métodos anticonceptivos y control de los embarazos.

Evidentemente, el modelo médico que se ejerce en los consultorios sigue siendo el que pone énfasis en la jerarquía del papel de la madre, invisibilizando las diferencias entre las mujeres, sus historias de vida, sus deseos y demandas, en definitiva, no considerándolas personas y sujetos de derechos. De esta manera, es claro que se refuerzan las relaciones de subordinación y subalternización hacia el sistema médico hegemónico.

Asimismo, se subestima la medicina tradicional como expresión cultural de las comunidades originarias y se rechaza cualquier posibilidad de diálogo entre las tareas preventivas y/o curativas de sus prácticas culturales. Para los médicos hay un incremento en los niveles de riesgo cuando las indígenas continúan con el uso de “yuyos” -plantas medicinales utilizadas por los pueblos indígenas para prevenir y/o curar enfermedades, embarazos y realizarse abortos- tanto para evitar un embarazo como para interrumpirlo. Consecuentemente, esa desvalorización de los saberes originarios que se trasmite en los consultorios muchas veces termina expulsando a las mujeres del sistema de salud.

En la Comunidad Guaraní de Salvador Mazza las mujeres denuncian un trato diferenciado y un maltrato por parte de los trabajadores de la salud. Lo cual atribuyen a su pertenencia étnica; por esto es que las mujeres se resisten a acercarse al hospital ya sea para realizarse controles referentes a su salud, como a la institucionalización de sus partos ya que *"su atención no se compara como a ellas las criaron"* (entrevista a indígena guaraní, Salta, 2012). Así dan cuenta de una relación médico-paciente para nada armoniosa generada a partir de la negación de sus prácticas y conocimientos ancestrales.



Dentro de esa comunidad, la mayoría de las mujeres son asistidas en sus partos por sus madres, siendo en sus casas donde se "*sienten más protegidas*" (entrevista mujer indígena guaraní, 23 años, Salta, 2012) y cómodas ya que no alteran sus prácticas, pero además debido al abandono y discriminación verbal y físico que padecen en las instituciones. Este ejercicio de asistencia en el parto "*devela un alto grado de especialización de los propios miembros de las familias que poseen conocimiento para tratar un amplio espectro de padecimientos*"¹¹. Conocimientos, medicinas y prácticas que no son reconocidas por las políticas nacionales de salud lo que implica "la retracción del modelo de atención a la salud tradicional o indígena"¹¹.

Los siguientes relatos evidencian que el trato de los efectores de salud y su irrespeto a sus prácticas las vulnera y las expulsa:

"Es que no... digamos que no se compara como a nosotros nos criaron. Digamos que a nosotros los aborígenes el hospital no nos reciben bien. Cuando estamos por tener (parir) ellos llegan de último como pasó hace poco con mi otra tía. Cuando uno llama a la ambulancia no viene, no viene rápido. Mi cuñada lo tuvo acá porque la ambulancia no vino" (entrevista a mujer indígena guaraní, Salta, 2012).

"Pero uno tiene en casa mejor trato que en el hospital (para parir)" (entrevista a mujer indígena guaraní, Salta, 2012).

"Es que nos va mejor tenerlo en casa que en el hospital. Es que en el hospital nos dejan sola a veces, yo la pasé así, como sin médico. Pues como que la doctora decía falta, falta y cuando llegó el momento ella se había ido no sé a dónde. Si muchas veces pasa así... Uno está sola acostada en la camilla y lo hacen esperar. Yo estaba ahí y pensé que se me iba a salir" (entrevista a mujer indígena guaraní, Salta, 2012).

"Claro, mi mamá sabe atender partos... sí, yo tenía mi bebé movido y me atendió ella. Pero no quiere (atender partos en casa) porque muchas veces la retan a ella (en el hospital)" (entrevista a mujer indígena guaraní, Salta, 2012).

En consecuencia, resulta imperiosa la implementación de un programa con perspectiva intercultural que sea diseñado en función de acercarse a su cosmovisión de la salud. Que permita garantizar el derecho de las comunidades al acceso a una atención integral de su salud sexual y reproductiva, y a la vez que colabore en "superar la barrera cultural entre proveedores y usuarios/as indígenas" generando relaciones de confianza entre ambos¹². Sin embargo, el factor cultural no agota la explicación de los



obstáculos al acceso a dichos derechos por parte de las mujeres. En este sentido, estas problemáticas se enmarcan dentro de amplias relaciones sociales que construyen entramados complejos de desigualdades de clase, etnia y género.

Ahora bien, frente a esta situación que muchas veces resulta hostil para las mujeres en los centros de atención a la salud, ellas mismas se encargan de desplegar una variedad de estrategias para sortear los obstáculos impuestos – aunque invisibles-- por el sistema sanitario. Estas se exponen en el siguiente apartado.

Estrategias de la subalternidad frente a los obstáculos del sistema de salud: Los testimonios de las mujeres indígenas, inmigrantes y criollas

Existe una multiplicidad de prácticas explícitas o soterradas que persisten en el sistema de salud a la hora de prestar servicios a las mujeres en general y a grupos específicos de mujeres, que advierten de la gravedad de esta realidad dado que se trata de la salud sexual y reproductiva -materia en la cual el país tiene indicadores por mejorar. Si las mujeres no pueden o, aún pudiendo, no quieren hacer uso de los servicios de salud reproductiva -desde los componentes de información, métodos anticonceptivos, consultas especializadas y demás-, lo que termina pasando es que el objetivo referido a la mayor autonomía de las mujeres en las decisiones sobre sexualidad y reproducción -así como prevención y cuidado de la salud-, va a mostrar avances en algunos grupos de mujeres, pero no en otros que suelen ser los más rezagados social, económica y culturalmente.

Esta situación ha generado en el colectivo de mujeres estudiado diferentes respuestas que nosotras, desde el análisis de los testimonios, hemos denominado “estrategias” para sortear dichos obstáculos. En principio, sostenemos que las mujeres no dejan de llevar adelante la decisión tomada -ya sea en relación a continuar un embarazo como a interrumpirlo-, pero lo que debe destacarse es que no se garantizan los derechos de las mujeres materializados en el Programa Nacional.



No obstante, podemos destacar que la investigación arrojó que en las mujeres subalternizadas existe la idea de la planificación de sus vidas reproductivas –aunque no se nombra en estos términos. Esa nueva forma de concebir la familia y la maternidad al interior de sus comunidades devela un cambio que podría estar vinculado al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, fundamentalmente en el trabajo que hacen las Consejerías en la información y provisión de los métodos anticonceptivos. Estas mujeres testimoniaron que no es fácil incorporar la idea de “planificar” los hijos con sus parejas, sin embargo, han inventado estrategias para poder proveerse de los métodos anticonceptivos, generalmente, los menos visibles y los que no les implique ir seguido a los centros de salud como, por ejemplo, el método inyectable (que sólo requiere ir al hospital cada tres meses o a lo sumo una vez por mes), y de esta manera no dar tantas explicaciones a sus maridos.

Algunos testimonios:

“Estas rondas sanitarias las hacen los médicos cada 15 días; la médica se sube al caballo y sube al cerro y no sabe con qué se va a encontrar. Las mujeres bajan en busca de cuidado e información. Hay un hospital en Maimará. Las mujeres de los cerros de ocupan de su salud; actitud activa de las mujeres en el cuidado de su salud” (informante calificada, Jujuy, 2012).

“Hay importantes avances porque hay más información y el resultado es más aceptación. La función tradicional de la mujer indígena es ser madre. Ellas desde jóvenes toman decisiones sobre la planificación; y los varones se quejan de la planificación. La postura de la mujer indígena ha cambiado mucho, ya no es lo que dice el varón. Hay problemas con los partos, hay complicaciones para las mujeres. Las mujeres convencen al hombre” (entrevista a informante clave, agente sanitario, comunidad wichi, 2012).

“El tema es que hay muchos mitos con los temas de los anticonceptivos y a nivel de las comunidades aborígenes hay que ir con una charl; para ellos también tiene que ver con una historia de infidelidad, algunos maridos las acusan de eso, que es porque tienen otro. Entonces es todo un tema muy cultural con el que siempre rebotamos para el uso de anticonceptivos. Y a veces la mujer aborígen que lo usa lo hace a las escondidas” (entrevista a Directora de Hospital Salvador Mazza, Salta, 2012).

Ahora bien, en relación al tema del aborto éste fue tratado tangencialmente. Hay una idea generalizada de que entre las comunidades indígenas el aborto no se da, por lo que genera sorpresa que se mencione el uso de “yuyos” y “pastillas” entre las mujeres indígenas para no continuar con



una gestación. Aquí también corroboramos que las mujeres de sectores subalternos apelan a la práctica de interrumpir un embarazo cuando consideran que esa gestación no debe seguir su curso. El problema reside en que la mayoría lo realiza en forma clandestina y en condiciones insalubres que ponen en riesgo sus vidas. En dos de los hospitales visitados (en La Quiaca y en Salvador Mazza), ingresan recurrentemente mujeres y jóvenes con infecciones graves a raíz de un aborto mal realizado.

Trascribimos algunos relatos del trabajo de campo:

"...yo ahí tome una pastilla y me puse en la vagina y ahí bajo normal, me puse y tomé y bote algo como un moquito pero nada de figura como agua, como yo no quería quedar embarazada..." (Mujer boliviana, 46 años, La Quiaca, Salta, 2012).

"Buscan ir a abortar a Bolivia... van a buscar pastillas, te ponés una y al tiempo te ponés otra y listo" (usuaria indígena, 19 años, Aguaray, Salta, 2012).

"El aborto se hacen con cáscara de quebracho blanco, lo hierven y lo toman, y se expulsa; a veces se intoxican; esporádicos; esto se usaba como método... Se practican aborto porque no lo deseaban. No quieren tener porque no es un proyecto de vida. Generalmente se da en las adolescentes. En cambio, las criollas demandan más las pastillas del día después" (Nota de campo, informante calificado, 2012).

Estas estrategias que incorporan las mujeres -la idea de planificación de los hijos y de la interrupción de un embarazo utilizando el sistema de salud-, dan cuenta de nuevas formas de concebir la sexualidad, la maternidad y la familia; el rol de las mujeres está cambiando porque con la información que adquieren en los centros de salud, a través de los agentes sanitarios y en la calle, atraviesa su vida cotidiana haciéndolas tomar conciencia de sus derechos de planificar su vida reproductiva de manera segura y efectiva. Las mujeres demandan y deciden cada vez más sobre sus vidas reproductivas y esto está llevando a modificaciones en las relaciones de género dentro de las comunidades.

Los siguientes testimonios dan cuenta de lo dicho:

"Tomé la decisión sola, sin mi marido, dije que ya tenía muchos hijos y basta" (mujer indígena kolla, 45 años, 8 hijos, La Quiaca, Jujuy, 2012).



"Le dije a mi marido que no quería más hijos" (mujer indígena Kolla, 43 años, 5 hijos, La Quiaca, Jujuy, 2012).

"No quiero tener más hijos en escalerita" (mujer indígena guaraní, 36 años, 6 hijos, Salvador Mazza, Salta, 2012).

En síntesis, las ideas de planificación de los hijos y de interrumpir un embarazo toman forma de "estrategia" en el caso de las mujeres estudiadas ya que no son prácticas que ellas puedan realizar de manera abierta y segura. Es decir, cuando las mujeres deciden planificar sus embarazos apelan al sistema de salud pero muchas veces son expulsadas por actitudes discriminatorias; por otro lado, cuando quieren interrumpir un embarazo –en los casos que son legales-, recurren en última instancia al sistema médico ya que éste no garantiza su derecho y terminan recurriendo a los círculos clandestinos.

Conclusiones y debates

Esta investigación ha detectado que los comportamientos reproductivos de mujeres indígenas e inmigrantes jóvenes que están planificando sus vidas reproductivas con métodos anticonceptivos, no son comprendidos y en muchos casos son juzgados por la institución médica. La cultura o las identidades se convierten en obstáculos para mejorar el diálogo y el vínculo médico-paciente; las estrategias que implementan las mujeres de forma individual o colectiva no sólo manifiestan la forma de utilizar los servicios sino, puntualmente, una manera más de sortear la violencia institucional médica.

Ha sido indispensable para esta investigación reconocer las diferencias al interior del colectivo de mujeres, en cuanto a sus concepciones y prácticas de cuidado de la salud en relación a sus comunidades y etnias. De esta manera, pudimos observar que el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable es muy importante y ha provocado modificaciones a nivel personal y colectivo en las mujeres -en relación a sus vidas productivas-; pero también lo consideramos insuficiente ya que como hemos desarrollado a



lo largo del artículo las mujeres todavía tienen muchas dificultades para acceder de manera rápida, eficaz y segura.

Los obstáculos que siguen persistiendo en el sistema médico que tienen relación con las formas de pensar y valorativas de los efectores de salud, es un problema estructural que debe modificarse porque interviene directamente en la atención sobre las usuarias. Puntualmente, hemos destacado que las mujeres en ciertas situaciones apelan a “estrategias” para planificar sus vidas reproductivas ya que se sienten discriminadas por los médicos.

Las estrategias que las mujeres implementan develan por un lado que, a pesar de la subalternización –mujeres pobres, indígenas, inmigrantes-, aparece la idea de planificación e interrupción de los embarazos como decisiones tomadas e inmodificables. Lo que observamos es que el sistema de salud no acompaña esas decisiones y muchas de las veces trata de revertirlas, como los testimonios han demostrado.

Consideramos que estas actitudes por parte de los efectores de salud responden a cuestiones ideológicas sexistas y raciales vinculadas con los colectivos que asisten que en su mayoría son comunidades indígenas e inmigrantes. El sector médico, o por ignorancia o por desinterés, no sólo no incorpora la perspectiva de la interculturalidad en el vínculo médico-paciente sino que, muy por el contrario, su práctica médica se ejerce desde el más puro fundamentalismo basado en el modelo médico hegemónico que cosifica y homogeneiza las historias corporales de las mujeres, lo que hace que el sistema sea cada vez menos efectivo y más expulsivo.

En este sentido, consideramos que los debates pendientes en relación a los hallazgos que hemos obtenido a partir de esta investigación cualitativa giran en torno a lo que plantea Marcela Cerruti: se deben realizar más investigaciones empíricas que den cuenta de las diferencias de las poblaciones vulnerables que habitan las fronteras o los lugares alejados de los centros



urbanos, ya que los sistemas sanitarios deberían adecuarse a las lógicas de vida de estas poblaciones.

Por otro lado, estos estudios evidenciaron la necesidad urgente de que las políticas públicas incorporen la perspectiva no sólo de género –en lo que se ha avanzado bastante- sino también, la interculturalidad como dimensión de trabajo para poder alcanzar mejores resultados con las poblaciones que quedan fuera del sistema por los obstáculos que la misma institución médica les pone, así como por las deficiencias que tienen estas políticas en relación a lo comunicacional.

Esto significa, incorporar a la práctica médica el paradigma de la “buena vida” como concepto de salud que dialoga con las capacidades, saberes y conocimientos de las poblaciones indígenas para llegar a que éstas puedan experimentar vidas sin violencia y derecho a decidir sobre sus propios proyectos personales y colectivos.

En este sentido, y por último, consideramos que la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos es una acción que el Estado debería enfatizar en todo el territorio nacional y que llegue a todos los sectores sociales. Las acciones estatales deberían estar orientadas a proteger, garantizar y promover dichos derechos, defendiendo políticas integrales y transversales desde el género, etnia y orientación sexual, ofreciendo servicios de calidad para todas y todos en sus diversidades.

Es un reto importante tanto para el Estado como para la sociedad civil poder desarmar la violencia estructural hacia las mujeres, esto es, otorgarles la posibilidad del control de sus propios cuerpos y de su sexualidad; de que su integridad esté garantizada; que puedan decidir de manera libre y que cuenten con los medios para que sus decisiones se cumplan en condiciones materiales y emocionales óptimas, lo que se traduce en una profunda transformación que debe empezar con la aplicación integral de los Derechos Humanos, Culturales, Económicos y Sociales.



Bibliografía

1. Cerrutti, M. *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*. UNFPA, CENEP; 2010.
2. Mayobre, P. y Caruncho, C. "Salud y Género" en *Novos Direitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia*. Santiago de Compostela: Tórculo Edicións; 1998
3. Checa, S. "Del Control de la Natalidad a los Derechos Sexuales y reproductivos" en *La integración del enfoque de género en el abordaje de la salud: Aportes conceptuales y metodológicos para fortalecer a calidad y la equidad*, Buenos Aires: FLACSO. (s/f)
4. Organización de Naciones Unidas (ONU), *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, Nueva York: A/CONF.171/13/Rev. N°1; 1995
5. Nussbaum, M.; Sen, A. *La calidad de la vida*. Oxford: Clarendon Press; 1993
6. Vazquez Laba, V; Rísquez Buonaffina, M y Perazzolo, R. *Voces desde los mérgenes. Mujeres inmigrantes, violencia y ciudadanía en Mallorca-España*: Palma, Edicions UIB; 2012
7. Servicio Ecuménico de Apoyo y Orientación a Migrantes y Refugiados (CAREF), "Migrantes y derechos a la salud sexual. Guía de información y recursos". Argentina: Centro de Derechos Humanos Universidad Nacional de Lanús y Unicef Argentina; 2012
8. Jelin, E (dir). E. Jelin, A. Grimson, N. Zamberlin, L. Mombello, M. Cerrutti, S. Caggiano y L. Abel, (Eds). *Salud y migración internacional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y social (IDES); 2010



9. Carril, E y López Gómez, A. Aborto en Uruguay: reacciones de los profesionales de la salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres. En: R. Castro y A. López Gómez. (Eds.). Poder médica y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Universidad de la República; 2010
10. Blima Schraiber, L. Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para un debate. En: R. Castro y A. López Gómez. (Eds.). Poder médica y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Universidad de la República; 2010
11. Drovetta, R. Subjetividades y prácticas en salud sexual y reproductiva. Mujeres indígenas usuarias de programas estatales de salud en Argentina. Documentos de trabajo del Grupo CLACSO Feminismo y Cambio Social en América Latina y el Caribe. CLACSO Editores; 2012
12. Aizenberg, L. Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural. En: Revista Latinoamericana de Población, num 9. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES); 2011





Forma sugerida de citar: Vazquez Laba V, Páramo Bernal M. Mujeres subalternas ante los servicios de salud en la región noroeste argentino. Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad. [Serie en internet] 2013 mayo [citado mayo 2013];3(3); [aprox. 23 p.]. Disponible en: <http://www.medicinasaludysociedad.com>.

