

Antropología Experimental<http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>

2021. nº 21. Texto 31: 469-484

Universidad de Jaén (España)

ISSN: 1578-4282 Depósito legal: J-154-200

DOI: <https://dx.doi.org/10.17561/rae.v21.6292>

Recibido: 14-04-2021 Admitido: 08-07-2021

Mujeres indígenas mbyá-guaraní y migrantes bolivianas en Argentina. Comparaciones etnográficas sobre sus partos y atenciones sanitarias**Alfonsina CANTORE***; **María Belén BERTONI****

*CONICET-UNSaM, UBA; **UNS, UBA (Argentina)

alfonsinacantore@gmail.com, belen_bertoni@hotmail.com

Indigenous Mbyá-Guaraní women and Bolivian migrants in Argentina. Ethnographic comparisons on their births and health care**Resumen**

La capacidad reproductiva de las mujeres ha servido de sustento para explicaciones naturalistas de la maternidad. Deconstruir las conllevará un cambio estructural muy largo. Mientras tanto, desde las políticas de salud se interpela a las mujeres por su capacidad reproductiva y su rol de madres siendo ellas las principales destinatarias de planes y programas sociales. En Argentina variadas leyes y normativas amparan a las mujeres y su derecho a decidir sobre las modalidades de parto. Sin embargo, sus decisiones están atravesadas por la desigualdad económica la etnicidad, la condición migratoria, la accesibilidad a los centros de salud, las desigualdades de género al interior de los grupos. A partir de entrevistas y registros de trabajos de campo con mujeres indígenas mbyá guaraní que viven en comunidades al norte de Misiones y migrantes bolivianas que residen en el sudoeste bonaerense analizaremos representaciones y experiencias de parto. Ambos grupos de mujeres pertenecen a conjuntos subalternos que hacen de este un análisis pertinente. Algunos de los elementos que aparecen en sus relatos refieren a conocimientos comunitarios, denuncias de maltratos hospitalarios, incorporación de la noción de "riesgo" y el acceso a beneficios estatales.

Abstract

Women's reproductive capacity has served to support naturalistic explanations of motherhood. To deconstruct them would lead to an extensive structural change. Meanwhile, health policies rely on women's reproductive nature and their role as mothers to become the main target of social plans and programs. In Argentina, several laws and regulations protect women and their right to decide on how to undergo childbirth. However, their decisions are interwoven by economic status, ethnicity, migratory condition, health care access, gender inequality. We analyze childbirth representations and experiences derived from interviews and fieldwork records carried out with two groups: Mbyá Guaraní indigenous women who live in communities in the north of Misiones province and Bolivian migrants who live in the southeast of Buenos Aires province. Both groups belong to subaltern communities and thus the importance of the present analysis. Some of the topics that come up in their stories refer to communal knowledge, denounce hospital abuse, incorporate the concept of "risk" and look for state benefits.

Palabras claveMujeres. Partos. Salud. Migrantes. Indígenas
Women. Childbirth. Health. Migrants. Indigenous

Introducción

Las discusiones feministas siempre se han preguntado qué llevó a ubicar a las mujeres en un plano subalterno en referencia al hombre. Con la categoría de género en los años 70' se dio cuenta de que las diferencias y jerarquías entre hombres y mujeres estaba más relacionada a rasgos culturales que a características biológicas (Marta¹ Lamas, 1986). A estos cuestionamientos se le sumó que las desigualdades étnicas y de clase producen experiencias comunes, pero también diferencias en las experiencias de ser mujeres. Por lo tanto, el género no se vivencia ni significa de la misma manera en diferentes contextos (Verena Stolcke, 1992).

Parte de este debate ha llevado a la pregunta sobre si es la maternidad y la división privado/público es la causa de la subordinación política de las mujeres respecto de los varones. Es decir, si el origen de la opresión puede ubicarse en la "expresión máxima de la diferencia biológica: la maternidad" (Marta Lamas, 1986:182) o si se trata de una institución a través de la cual las mujeres incorporan ciertos mandatos sociales para la crianza y "el buen cuidado" de sus hijos/as, siendo este su principal rol dentro de la sociedad (Mónica Tarducci, 2008).

Siguiendo a Norma Fuller (2005) el proyecto moderno ilustrado exacerbó la identificación de la mujer con la maternidad para las mujeres de sectores medios y altos. En ese proyecto, la "naturaleza femenina" se identificó con características de "buena madre", "guardiana de la salud física y moral de su prole, y las políticas públicas buscaron consolidar la familia nuclear monogámica que consagraba el modelo complementario del padre proveedor y madre reina del hogar" (2005:109). Aunque estas ideas se encuentran en constante cambio, continúa permeando y creciendo en los sectores populares donde la maternidad constituye "un espacio de gratificación y reconocimiento" (Norma Fuller y Patricia Ruiz Bravo, 2019:8).

La maternidad ha sido siempre un punto de discusión del feminismo donde se la reconoce tanto como un mecanismo de opresión sobre las mujeres (Marcela Largade, 1993); como una experiencia que da lugar a la construcción de múltiples subjetividades y prácticas de maternar (Sara Ruddick, 1992). Estas ideas nos llevan a reconocer la heterogeneidad de formas de ejercer la maternidad y la capacidad de agencia de las mujeres al ser madres. Estas vivencias se amplían al incorporar al análisis distintos elementos como lo étnico, lo rural, la pobreza, etc. que permean esas experiencias. En este trabajo pensamos al parto como una de las tantas prácticas donde se expresan diferencias. A través de entrevistas y registros de campo buscamos comparar la atención sanitaria y las experiencias de parto de mujeres migrantes indígenas ahondando en su heterogeneidad y agencia con el registro de sus propias voces.

Siendo que la maternidad es considerada como la característica primordial del devenir mujer en muchos grupos sociales, consideramos relevante prestar especial atención al proceso de embarazo y el parto como hitos fundantes de esta. El parto puede entenderse como el rito de paso en que las mujeres se convierten en madres. A través de este, los/las progenitores/as asumen un nuevo estatus donde interiorizar símbolos, normas y valores culturales de la sociedad (Robbie Davis Floyd, 1992; Brigitte Jordan, 1993).

En Argentina, las problemáticas asociadas al parto y el nacimiento asisten en el último tiempo a un importante debate de la sociedad en general. Se han impulsado normativas, como la Ley 25.673 (2003) sobre Salud Sexual y Procreación Responsable, la Ley 25.924 (2004) sobre Parto Humanizado) que amparan a las mujeres y su derecho a decidir, y, después de largos años de lucha feminista en las calles de Argentina, en diciembre del 2020 fue aprobada la Ley 27.610 sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Como bien señala Jerez (2015) el derecho a decidir sobre los propios cuerpos no es una elección individual, por el contrario, la mayor parte de las veces las condiciones en las que se dan los partos tienen que ver con la posibilidad de obtener recursos son proporcionales a las clases sociales.

En esta línea, nos preguntamos por los múltiples factores que inciden en las prácticas de parto de nuestras interlocutoras. En las poblaciones rurales podemos constatar una creciente

¹ La referencia al nombre de las y los autores (y no sólo sus apellidos) responde a un posicionamiento feminista de visibilizar las investigaciones de autoría de mujeres y colectivos LGTBI+.

hospitalización del parto. Este aumento tiene que ver con políticas públicas de diferente índole: desde la creación de centros de atención primaria a la salud en barrios y comunidades (Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti, 2016; Raquel Drovetta, 2016), estrategias centradas en el biopoder estatal que constan de censos y estadísticas (Rita Lecowicz, 2016), la necesidad de acceso a beneficios estatales (Alfonsina Cantore, 2017) y otras más específicas como es el cambio de política migratoria que conllevó el acceso de las poblaciones migrantes a la salud pública.

En un trabajo anterior (María Belén Bertoni y Alfonsina Cantore, 2018), presentamos relatos sobre el parto de mujeres con quienes venimos realizando nuestros trabajos de campo, a saber: migrantes bolivianas que residen en el sudoeste bonaerense y mbyá guaraní que viven en comunidades al norte de Misiones. Argumentamos que, a pesar de que los contextos etnográficos sean distantes, las mujeres a las que referimos viven en zonas rurales, pertenecen a grupos étnicos subalternos y viven en condiciones de vulnerabilidad social y pobreza económica, que hace que la comparación sea pertinente. En ese primer acercamiento focalizamos en cómo la clase social, el género y lo étnico dialogan y se tensionan con el sistema biomédico en la atención al parto.

En esta oportunidad buscamos profundizar en los diversos recorridos sanitarios que las mujeres realizan durante el proceso de embarazo, parto y puerperio y dada su importancia social es pensado como un estado delicado en la vida de las mujeres lo que implica diferentes cuidados que responden a situaciones biográficas, recursos disponibles, representaciones sociales y relaciones de poder intrafamiliares. Las mujeres, sujetas de esta investigación, relatan múltiples sentidos que les dan a estas prácticas, hospitalarias o no, que se desplazan entre discurrencias con la biomedicina hasta evitar posibles riesgos durante el nacimiento de sus hijos/as hasta la aceptación en busca de otros beneficios.

Presentando a nuestras interlocutoras

Pretendemos aquí pensar las particularidades del sistema de género en cada contexto particular, evitando feminismos unilineales que puedan tener sesgos étnicos y de clase. Patricia Ruiz Bravo y María del Rosario Castro (2011) realizan un balance de la situación actual de las mujeres rurales en América Latina atendiendo a los cambios que produjo la globalización y las políticas neoliberales, generando sistemas económicos transnacionales² y una “nueva ruralidad” que supone recrear límites y relaciones entre lo urbano y rural donde las minorías se ven altamente perjudicadas en sus condiciones de vida. Las autoras puntualizan en algunos aspectos centrales: empleo, educación, pobreza, salud y participación política.

En cuanto al empleo o las condiciones laborales, se observan una feminización de la fuerza de trabajo, ya que las mujeres se insertan de manera creciente en nuevos puestos, sin que ello implique mejores condiciones laborales ni tampoco igualdad de condiciones con respecto a los varones. Las mujeres realizan trabajos como temporeras, subcontratadas, en empleos precarios, con remuneración deficiente y con limitadas oportunidades de formación (FAO 2005 en Patricia Bravo Ruiz y María del Rosario Castro, 2011). Además, los salarios son bajos, las jornadas extensas con alta exigencia física y exposición a agroquímicos, sin acceso a la seguridad social.

En cuanto al sistema de salud, las autoras encuentran que en las zonas rurales y en condiciones de pobreza, las poblaciones tienen mayores dificultades para acceder a servicios de salud de calidad y enfrentan mayores situaciones de discriminación, sumadas a barreras de comunicación (por ejemplo, cuando el español no es su primera lengua). Aun así, describen un crecimiento en la cobertura y en la atención en zonas rurales, específicamente en la atención prenatal y una mayor institucionalización de los partos y uso de anticonceptivos hormonales, que se alternan con usos de métodos tradicionales y de autoatención (Eduardo Menéndez, 2003).

Inicialmente, queremos destacar que, si bien los dos grupos de mujeres que presentamos residen en contextos rurales y desarrollan labores vinculadas con la producción agropecuaria o de agricultura incipiente, también pueden vivir temporalmente en la ciudad o realizar viajes diarios. Los motivos de traslado pueden ser por tareas vinculadas a demandas de las ciudades como

² Específicamente los socioeconómicos de las mujeres migrantes bolivianas en el sudoeste bonaerense fueron considerados en los artículos Graciela Hernández y María Belén Bertoni (2018).

la realización de trámites, demandas de servicios de salud u otras. Atendiendo a estos contextos buscamos comprender el marco en el que vivencian y significan sus experiencias de parto.

En el sudoeste de la provincia de Buenos Aires (Argentina) residen mujeres quechua bolivianas con quienes realizamos trabajo de campo entre el año 2014 y el 2017. Las migrantes provienen del occidente de la República de Bolivia, especialmente Tarija, Culpina, Cochabamba, Potosí, Oruro y La Paz. Ellas comenzaron sus primeras migraciones con sus familias de origen, realizando trabajos temporales a provincias limítrofes como Salta y Jujuy. El varón adulto y soltero era quien accedía a trabajos golondrinas en la agricultura en las zonas de frontera, lo que llevó a que las mujeres fueran invisibilizadas como trabajadoras, confinando su rol de “acompañantes” para encargarse de tareas que requerían menor uso de la fuerza física como cocinar y lavar la ropa de los trabajadores por lo que no recibían salario, a pesar de que muchas veces también realizaban las tareas agrícolas a la par que los varones.

A partir de los años 70 la migración trasciende las zonas fronteras y en los 90 comienzan a instalarse de forma permanente en gran Buenos Aires y en el sudoeste de esta provincia (Roberto Benencia, 2004) llegando a los pueblos rurales de Mayor Buratovich, Hilario Ascasubi y Pedro Luro en el partido de Villarino, nuestro contexto etnográfico. Si bien se produce una feminización de las migraciones (Corina Courtis e Inés Pacecca, 2010), entre nuestras interlocutoras es de tipo familiar (María Belén Bertoni, 2017). Las mujeres vienen con sus maridos que han migrado con anterioridad y tienen sus familias de origen en la zona. Los varones suelen prometer a las mujeres que su estadía será temporal y les presentan la vida y el trabajo en la zona bajo imágenes que no coinciden con la realidad que luego deben afrontar. En las mujeres adultas se observa un alto porcentaje que son hablantes quechua y tienen el nivel educativo primario incompleto.

La producción hortícola cebollera y la venta de lo producido es la principal ocupación laboral que realizan. Las mujeres se ocupan en las labores menos remuneradas, inestables, con mayor desgaste corporal, trabajan como jornaleras en la cuadrilla o seleccionadoras en los galpones de empaque (María Belén Bertoni, 2018). No acceden a puestos de mayor prestigio, estabilidad y retribución económica que los varones controlan (cuadrilleros, tractoristas, productores o encargados). La retribución por el trabajo en la cuadrilla muchas veces es controlada por el varón del grupo familiar, y cuando el grupo doméstico posee o alquila algunas hectáreas propias, las mujeres trabajan como una extensión del trabajo doméstico. Además, para sustentarse –incluso afrontar gastos de traslado a hospitales de alta complejidad– se ven obligas a articular otras labores en servicios domésticos, venta de comida en ferias locales, pequeños almacenes u actividades para planes de becas municipales.

Por su parte, las mujeres indígenas, residen en locaciones ubicadas en los alrededores a la ciudad de Iguazú (Misiones, Argentina). Todas las personas que viven en estos núcleos se autoadscriben como mbyá guaraní, son hablantes de lengua homónima como primera lengua y algunas han incorporado el español en distintas medidas, aunque muchas mujeres continúan siendo monolingües. La subsistencia del grupo dependía tradicionalmente de la caza, la pesca, la recolección, una agricultura incipiente, pero los espacios de monte cada vez más amenazados hicieron que incorporen trabajos asalariados –principalmente los varones– y planes sociales y subsidios estatales como fuentes de recursos (Ana Padawer y Noelia Enriz, 2009). En la última década, la explotación turística –especialmente en Iguazú– se considera una fuente de ingresos para algunas familias. En esta actividad, las mujeres se encargan de la producción de cestería y de la venta de artesanías en lugares turísticos.

Algunos de estos núcleos poseen centro de atención primaria a la salud e instituciones escolares primarias y secundarias en su interior. Ello ha permitido un paulatino crecimiento estadístico de las mujeres en la matrícula escolar³, aunque la asignación de auxiliares bilingües es casi exclusiva para hombres. Por el contrario, en el ámbito sanitario son cada vez más mujeres las que

³ Dato construido comparando las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (2004) y el Censo Nacional (2010).

ocupan estos espacios⁴, lo que se corresponde con las lógicas de género comunitarias y de la sociedad envolvente siendo que son tareas que refieren principalmente al cuidado de la familia.

Podemos encontrar lógicas similares que atraviesan la vida cotidiana de las mujeres con las que trabajamos. Tanto migrantes bolivianas como indígenas mbyá guaraní, además de ser las encargadas del cuidado y la crianza de los más pequeños, los ancianos y enfermos, realizan las tareas reproductivas como cocinar, limpiar la casa o lavar la ropa (generalmente de forma manual). En algunos casos, especialmente de las mujeres migrantes, también operan en el sistema productivo, se consideran trabajadoras, aunque tienen control desigual sobre las ganancias y los recursos. En ese sentido, la identidad del varón como proveedor no tambalea.

Con respecto a la accesibilidad a los sistemas de salud, ambos grupos utilizan los centros de atención primaria y hospitales de baja complejidad que están presentes dentro de las localidades o en zonas cercanas. Sin embargo, para las problemáticas de salud complejas y para la atención de partos, las migrantes deben llegar al hospital interzonal de Bahía Blanca que se encuentra a más de 100 kilómetros de distancia y las indígenas al hospital de nivel II de la ciudad de Iguazú que se ubica a 5 kilómetros de las comunidades a donde la ambulancia llega en 20 minutos.

Tanto para las consultas en los centros de atención locales como en el hospital, las mujeres refieren a diferentes dificultades: los costos de traslado, los horarios de atención, los malos tratos, el escaso tiempo dedicado por el personal de salud para explicarles los diagnósticos y formas de tratamiento, las barreras en el lenguaje, las diferentes representaciones de los padecimientos, sus causas y formas de atención. En el siguiente apartado profundizaremos en aquellas cuestiones vinculadas con el parto.

Múltiples prácticas y representaciones sobre parir

A pesar de las diferentes significaciones y representaciones que las mujeres mbyá guaraní y quechua bolivianas les otorgan a centros de salud u hospitales, podemos dar cuenta de un crecimiento de las consultas biomédicas, particularmente obstétricas, en instituciones de salud públicas. Un hito fundamental en el aumento de tales consultas ha sido la expansión del programa de Atención Primaria a la Salud⁵, que incluyó la construcción de nuevos Centros de Atención Primaria a la Salud (CAPS) y formación de agentes sanitarios/as comunitarios/as (Silvia Hirsch, 2015; Mariana Lorenzetti, 2017; Raquel Drovetta, 2016).

Tomando la reconstrucción histórica de Silvia Hirsch (2015) sobre la política sanitaria, en Argentina desde 1930 se prioriza la salud de la mujer embarazada y el recién nacido, enfatizando en prácticas de maternidad y cuidado aceptables por el sistema de salud oficial. El foco central con respecto a la atención intercultural fue puesto en la salud sexual y reproductiva, lo cual tiene como objetivo la reducción de los procesos de mortalidad materna e infantil. Tal política tuvo un fuerte impacto en mujeres indígenas y migrantes que fueron incorporando progresivamente prácticas biomédicas como parte de cuidado de su salud reproductiva y del cuidado sus hijas/os. Según recrea Raquel Drovetta (2016) en los CAPS se continúa focalizando en la salud materno-infantil como prioridad a ser atendida, promoviendo la implementación de los controles prenatales y del parto hospitalario. Los CAPS se constituyen como espacios de exclusividad femenina, ya que son quienes mayormente consultan por ellas y sus hijos/as.⁶

Las mujeres migrantes e indígenas acuden a este primer nivel de atención ubicado en el barrio o comunidad en la que viven cuando buscan alguna respuesta sanitaria. En el sur bonaerense, si bien estas unidades sanitarias contemplan formas más amables para con los/as migrantes, presentan algunas barreras administrativas que limitan su acceso como la poca disponibilidad horaria, el pedido del turno todas las mañanas para ser atendidas al mediodía, barreras culturales y lingüísticas, y limitada opción para elegir con cual profesional atenderse. Por su parte, en

⁴ Dato brindado por referentes del Ministerio de Salud de Misiones en una charla informal, febrero 2018.

⁵ Este Programa fue acompañado por otros a fin de completar a la cobertura de salud. Entre ellos: Programa REMEDIAR, Programa nacional de Salud Sexual y Procreación responsable, Programa de Salud infantil y materna, Plan NACER, Programa Médicos comunitarios, etc. (Silvia Hirsch, 2015).

⁶ Para los grupos migrantes otro cambio central fue la sanción de la ley 25.871 que marca el acceso de los migrantes al sistema de salud público sin distinción de condición migratoria

Misiones además de compartir algunas de estas dificultades, la atención en las comunidades implica no sólo la consulta a profesionales médicas/os sino, también, a agentes sanitarias/os indígenas que funcionan como nexos con el sistema público de salud y con quienes, en la mayoría de los casos, tienen relaciones de parentesco o amistad, comparten su lengua materna y fueron asignados en asamblea por la mayoría del grupo, lo que les da legitimidad comunitario para realizar esta tarea.

En este marco, las relaciones de género, la ubicación geográfica, las condiciones económicas, las características sociales y culturales hacen que el intercambio con el sistema público de salud sea comparable de un lugar a otro. Es necesario recordar que la relación de estas poblaciones con la sociedad nacional y el Estado ha sido de exclusión y discriminación. No es menor resaltar la atención puesta en las mujeres y su “peligrosidad en potencia” siendo quienes posibilitarían el asentamiento de la familia y la procreación del grupo familiar (Brígida Baeza, 2013). Entre las mujeres con quienes realizamos trabajo de campo podemos establecer algunos puntos de (des)encuentros que se presentan en sus relatos. Algunos de los elementos sobre los que nos explayaremos son: las referencias a los saberes tradicionales y comunitarios sobre cuidados (1), relatos de maltrato en contextos hospitalarios (2), la noción de riesgo (3), y la hospitalización del parto y acceso a Documento Nacional de Identidad (4).

Referencias a conocimientos tradicionales y comunitarios

Siguiendo a Silvia Hirsch (2015), los CAPS al interior de las comunidades y barrios, lo/as médico/as de estos centros, los/as agentes sanitario/as y la presencia de hospitales han tenido un fuerte impacto en el ejercicio de la maternidad y de las prácticas reproductivas de mujeres indígenas y migrantes. Las derivaciones al hospital cuando las mujeres van a dar a luz es una constante en estos grupos. Como mencionamos las migrantes en el sudoeste bonaerense, son derivadas al hospital interzonal de alta complejidad ubicado en la ciudad de Bahía Blanca. Ellas buscan atenderse allí porque refieren tener un mejor trato que en “los hospitalitos” locales y las salas médicas. Al mismo llegan por emergencia o por turnos que demandan por cuenta propia o a través de unidades sanitarias, pero la accesibilidad está supeditada a la posibilidad de pagarse el transporte a otro partido. Para ello, deben salir a trabajar en la cuadrilla o vender comidas en la feria de la colectividad los domingos, ya que generalmente no tienen el apoyo económico de sus maridos o sus familias.

Tal es el caso de Mónica, a quien conocemos en el 2014, tiene 46 años, entró por primera vez a Argentina en 1983 cuando venía a trabajar con su hermano y su tío en la caña de azúcar. A partir de 1990 se trasladó a Buenos Aires con su marido y los mayores de sus cinco hijos/as, el resto nace en Argentina. Mientras hablamos, Mónica carga a una de sus nietas con un aguayo en la espalda y otro corre por el patio, “siempre me dejan a cuidarlos” dice. Cuenta cómo fue su llegada a la Argentina, lo difícil del trabajo en el campo y las dificultades que tuvo para poner su negocio, las estafas que sufrió, la falta de interés de los patrones cuando ella estaba enferma y los abandonos que sufría por parte de su marido. Sin desconocer la complejidad de su relato de vida, nos centraremos en retomar los relatos de sus partos, tres de ellos en el campo y dos en el hospital:

M: A los tres hijos los tuve así. Primero me ayudó mi hermana y yo vi cómo lo hizo [nacer] al bebé [...] Después yo siempre me preparaba porque no estaba mi mamá, ni mi marido, no había nadie. Yo no quería que me vea nadie. Entonces, cuando va a nacer mi bebé agarro y caliente mucha agua, mucha agua y [cuando] siento que me duele, ando todo el día y me tomo así cosas... me tomo un vaso de manzanilla y por ahí con menstisan”... yo me lo paso caminando y llega un momento que siento que va a nacer, me sujeto a esa silla así y ya ahí tiendo una camita para el bebé... y ahí cae el bebé y después yo me levanto y le corto el ombligo

B: ¿Sentada?

M: No, no... tenés que sentarse así en el piso [se arrodilla]

⁷ Ungüento típico de Bolivia que se vende en las ferias de la colectividad y su uso es frecuente en los/as paisanos/as.

B: *¿Y con un cuero de corderito?*

M: *claro... si no pones una frazada que se ensucia, una cosa que yo no uso mucho, lo pones ahí y ahí nace el bebé... después yo me corro un poquito porque es como que te desmayas, quedas débil... y me corro un poquito y cuando ya reacciono agarro el bebé y le corto el ombligo, le desinfecto las tijeras, todo*

B: *¿Con qué desinfectas?*

M: *Con alcohol y le quemo así. Después en un cuenco ya tengo agua tibia y le baño, le envuelvo bien y le dejo en la camita a él y yo me baño. Y me baño y hay veces como que la cabeza te quiere vencer así porque te quedas débil. Y me baño yo y después me cambio de ropa y ya me acuesto con el bebé... así hacía mi mamá y yo la veía que hacía así también. A nosotros nos sacaba afuera [...] [En el hospital] Yo no quería darle de amamantar, pero ahí te hacen amamantar y yo le saco la leche esa que tiene, llora un rato y yo saco todo eso porque si no te llora después el bebé... porque mi mamá dice que en la punta se junta como sangre, no es leche todavía. Entonces yo le lavo bien y le retiro todo eso, y recién le doy de amamantar al bebé. Y no me lloran después...Y en el hospital no puedes, enseguida te hacen darle de amamantar [...] ¡Enseguida te retan! “¡¡Mamá le haces llorar!!!” “Dale, dale” “Pero ¿cómo le voy a dar si no le estoy tirando nada?” “¡No, no! ¡Dale!” (M. Buratovich 14-11-2014)*

En el fragmento seleccionado Mónica da cuenta de los saberes que fue incorporando de experiencias de parto de su madre e incluso partos anteriores que ha tenido en su entorno comunitario. Sus conocimientos tradicionales se ponen en tensión en el espacio hospitalario que teje otras relaciones, restricciones y saberes legítimos como amamantar en tiempos y formas concretas. Esto deriva en la activación de relaciones de poder por parte de las enfermeras vivenciadas por la entrevistada en calidad de “retos” y estrategias de ocultamiento de dichos saberes.

Como en sus anteriores trabajos de parto, el día de nacimiento de su hija, Mónica fue a trabajar toda la jornada al campo. Luego del parto utiliza la placenta para curarse las manchas de la piel provocadas por el trabajo al aire libre. De aquí nos comenta sobre el uso curativo de la placenta y la sangre:

M: *Igual yo los quería tener acá, le dije a mi hija mayor “los chicos afuera, yo lo voy a tener acá, no voy nada [al hospital]” Porque tenía muchas manchas en la cara, en los embarazos también, entonces fue un tema. Cuando vos los tenés en la casa te lo puedes curar vos... con la misma sangre [...] Si vas al hospital te retan, ¿Qué te vas a curar? No, no te puedes curar*

B: *¿Con la misma sangre de la placenta, te la pasas? ¿Para las quemaduras del sol?*

M: *Sí, de la bebé, te limpia todo...Te agarras ahí con la misma sangre del bebé, te pasas. Cuando el bebé nace tiene como toda su flemita, bueno te curas con todo eso. Y se limpia nomás.*

Como nos muestra el registro, Mónica se pone firme en su decisión de no ir al hospital a tener a su hija. Esta elección tiene que ver con poder poner en práctica un conjunto de saberes tradicionales como el uso de la placenta y de la sangre utilizados para procesos curativos que para el sistema médico hospitalario están totalmente escindidos del nacimiento de un/a niño/a. De aquí que a Mónica se le dificulte ejercer prácticas tradicionales en el hospital, por lo que nos comenta: “en el hospital te retan”, “no te puedes curar”. Entre dichas prácticas tradicionales y de autoatención aparece la curación de sus manchas en la cara que están relacionados con su trabajo en la cuadrilla mostrando lo desgastante que puede ser este tipo de tareas. Podemos ver que aquí la clase social y lo étnico se ponen en interacción en sus partos y las prácticas de salud asociadas, como así también el género. Así, los momentos que Mónica menciona a su marido, los representa como poco gratos. Ella nos cuenta que “él venía, me embarazaba y se iba”. La figura de su marido, en sus relatos, no está asociada a alguien con quien compartir las tareas de cuidado,

M: *A él no le importaba nada... si puede tener o no, no le importaba nada [...] él ni estaba. Borracho nomás estaba, no sé dónde. Pero yo los tuve sola nomás* (M. Butratovich, 14-11-2014).

En este sentido, entendemos que las experiencias de embarazo, parto y puerperio deben ser leídas en clave de género, teniendo en cuenta las desigualdades al interior de las familias donde son las mujeres quienes son las cuidadoras centrales y quienes deben articular los itinerarios terapéuticos, buscando resolver las dolencias de ellas y sus hijos/as.

Cuando le preguntamos a nuestra interlocutora por qué decidió tener a su última hija en el hospital, nos referenció que se le cortaron las contracciones en el momento en que se preparaba en su casa para tenerla, pero, además “acá te mandan siempre [al hospital]”. Como leíamos en los fragmentos anteriores, según sus saberes nadie debe verlas cuando están teniendo a sus hijos, debe ser un momento íntimo, de privacidad.

Pero conocimientos tradicionales y biomédicos se entrelazan de forma distinta según la ocasión. Los saberes tradicionales también son puestos en juego para resolver situaciones que la biomedicina no las llega a cubrir o demora en dar respuesta. Los conocimientos de Mónica le sirvieron para asistir a su vecina en el parto, cuando le pidieron ayuda porque la ambulancia tardaba en llegar. Ella asistió el parto e higienizó al bebé:

M: *En una casita de adobe tenía la señora [Señala a la vecina], y eran las cuatro de la mañana [...] Puse agua ahí en la cocina y la bañé y le dejé la placenta. La placenta tenés que atarla ahí al dedo [Señala el dedo gordo del pie derecho] Ahí, porque eso se vuelve si no. El cordoncito tenés que atarle ahí, así sale rápido la placenta. Entonces yo le ataba para que la placenta no demore, a los quince minutos tenés que despedir todo eso. Y como yo siempre me atendía sola ya estaba de partera [Se ríe]*

Mónica tuvo cinco hijos, pero una murió en el hospital, le dijeron que “tenía algo en el corazón”. Para ella su muerte se debió a su sufrimiento durante el embarazo porque entonces “nacen con pena, nacen enfermos”. Las narrativas citadas dan cuenta de una articulación de saberes tradicionales y biomédicos, tanto para la atención y el cuidado como para los sentidos que se les da a las peligrosas y dolencias durante el embarazo y el parto.

Relatos similares encontramos entre algunas mujeres mbyá. A Mariana la conocimos en el año 2016, tenía 28 años y cuatro hijas/os. A diferencia de la mayoría de las mujeres guaraníes, Mariana es muy expresiva, tiene un perfecto manejo del español y es la única mujer de la zona que se presenta como una luchadora de los derechos de su pueblo. Al respecto nos cuenta que tres primeros partos fueron en la comunidad y el último en el hospital:

AM: *yo les preguntaba a las otras mujeres como es el parto en el hospital porque la mayoría ahora van ahí y con mi última hija fui porque tuve miedo. Antes fui a preguntar a la abuela y dijo 'lo de nuestro es más simple, no es como el hospital' [...] porque ellos [las/os abuelas/os] saben en qué momento puede nacer ese bebé*

AC: *¿y la abuela te ayudo, te acompañó?*

AM: *sí, siempre hubo dos señoras que me cuidaron en mis partos: la abuela y la tía.*

AC: *¿ella sabía mucho de parto?*

AM: *la tía no tanto, pero la abuela sí.*

AC: *y ellas estaban cuando nacieron tus tres hijos. ¿y la más chiquita que nació en el hospital? ¿por qué?*

AM: *porque en ese momento no estaba la abuela. Tenía que ir sí o sí en el hospital, yo tenía un poco de miedo porque estaba sola*

AC: *¿cómo se preparan entre ustedes para tener a sus hijas/os?*

AM: *Si la partera tiene todo lo que hay que usar en el parto. Para cortar el ombligo preparan una tacuarita con la que cortan, y lo bañan [...] En el hospital solo lo limpian. En nuestra cultura, cuando nace el bebé, le bañan y partera le meten dedo dentro de la boca del bebé para limpiarle, en cambio en el hospital no, por eso alguno que nace en el hospital vienen con problema en el estómago, en el pecho, porque tragarón alguna cosa, suciedad.*

AC: *¿Y con la placenta hacen algo? ¿La entierran?*

AM: *sí, nosotros la enterramos, para que estén ahí porque la cultura nuestra es así. Por ejemplo, mi primer hijo nació en una comunidad de Andresito. Estamos así dentro monte, también teníamos una casita de barro. Pero ya estaba preparada para el parto. Y ahí ya teníamos un lugar fijo donde se tenía que enterrar la placenta porque algún día, si él quiere, puede ir para saber dónde nació, va a ir y mirar ahí (Iguazú, 1-3-2018).*

Al igual que Mónica, Mariana relata su preferencia de dar a luz en su casa haciendo referencia a la importancia sus saberes comunitarios. La limpieza del/la recién nacido/a, el cordón umbilical, el tratamiento de la placenta y la compañía de quienes están al momento del parto, aparecen como piezas fundamentales en sus prácticas. No es menor la trayectoria de estas mujeres para dar valor a esta práctica, vemos que mientras Mónica maneja los conocimientos que aprendió de sus familiares mujeres, luego tuvo que afrontar los procesos de parto por ella misma debido a la falta de acompañamiento de su marido. Mariana, por su parte, es una luchadora de los derechos indígenas y defensora de las prácticas comunitarias y, por eso, enfatiza en cuestiones tradicionales y religiosas durante el embarazo, el parto y los primeros años del/la recién nacido/a. Estas prácticas son los principios fundamentales para el desarrollo como personas de las/os niñas/os (Elizabeth Pissolato, 2007; Noelia Enriz, 2010).

En ambas trayectorias se alega a lo comunitario en cuanto a la decisión del parto, esas experiencias fueron relatadas por actrices particulares que, a través de sus elecciones, dan respuestas a desigualdades étnicas y de género. Es necesario resaltar que estas experiencias de parto son previas a las nuevas legislaciones como la Ley de Parto Humanizado, lo que señala diferencias en las vivencias y representaciones más actuales.

Relatos de maltrato en contextos hospitalarios

Como venimos presentando las formas de parto no pueden ser desvinculadas de otras relaciones sociales y económicas en las que están situadas. A este contexto, se suman las marcaciones étnicas, pero también condiciones de posibilidad y de acceso a ciertos beneficios. Cuando las identidades étnicas se ponen en juego, se originan prácticas discriminatorias y expulsivas que aparecen principalmente en las representaciones de las migrantes bolivianas. En el caso de los hospitales locales, las mujeres denuncian que “no les prestan atención”, “no te dan importancia”, “no tienen oído”, se les pide un pago irregular para acceder a turnos, han sufrido maltratos o violencia física por hablar otras lenguas y también violencia obstétrica. Estas son experiencias como la de Sabina:

B: *¿Ya te habían hablado del hospital?*

S: *Sí, atienden re mal [te dicen] “¿Te gustó tener? Bueno, ¡Ahora te tenes que aguantar!” “¡Bueno! ¡Tampoco es para tanto!” y vos no dabas más... ¡Peor les hablan a las paisanas! ¡A una chica venía y le dolía y decía “Me duele, me duele” “¡No empujes! ¡estás haciendo que el nene quiera salir! ¡Te estamos diciendo que todavía no es el tiempo!” Decían... Ellas se fueron y ya la chica lloraba fuerte, yo había tenido a ella [su hija que está con nosotras] y la otra chica era una conocida de acá y vos sabes que decía “¡No doy más, no doy más!” Y ella lo quería largar... Ella empujaba y se agarraba, [...] no sé si habían pasado cuatro horas, cuando la veo, salió, así como si se hubiese roto algo... salió toda el agua... Ellas [las enfermeras] se renegaban más por lo que había ensuciado la chica de la cama [...] Y después*

otras me hicieron asustar porque dijeron que había una que era re mala. Menos mal que ya dejó, ella dice que se montaba arriba y te aplastaba la panza, dicen... Y te empujaba... Hay algunas que no entendían [el español] (Pedro Luro, 14-11-2014).

En estos fragmentos podemos observar cómo opera el control biomédico del parto frente a la postura, los tiempos y las necesidades de la parturienta. Se considera que las mujeres “deben ser pacientes” en su propio parto. Así, se ejerce una relación de asimetría entre el personal médico y la mujer embarazada que se corresponde con la violencia obstétrica, pero en este caso se suman cuestiones étnica y lingüísticas que opera en la justificación del destrato o maltrato que reciben las mujeres. En el trato obstétrico las mujeres son inferiorizadas, incluso por otras mujeres (enfermeras y médicas) que las deshumanizan, operando una animalización de las mujeres bolivianas (Elizabeth Jelin, et. al, 2011). Aspectos que se potencian con los estereotipos presentes en el personal de salud, basadas en apreciaciones racistas y descalificantes a las mujeres bolivianas como sumisas, sucias, de pensamiento simple, sin *feedback* al diálogo médico y tolerantes al dolor. Por su parte, las pacientes bolivianas representan la relación médico-paciente desde la desconfianza, los malos tratos, el autoritarismo y los retos del personal médico (Elizabeth Jelin et. al, 2011).

Otra de las mujeres con quien conversamos sobre los partos es María, vino a Argentina en el año 1996 sin documento, bajo la promesa de su marido que “se lo garantizaba”. Tenía 17 años y estaba embarazada de su primer hijo (ahora tiene 5) al que le detectaron chagas, así se enteró que ella también tenía la enfermedad. Nos dice: “encontrábamos muchas vinchucas [en el campo] porque vivíamos en una casita de madera y de chapa”. Para solventarse ella va a hacer “changas” a las quintas de familiares o paisanos y sus hijos la acompañan cuando no deben estudiar. El “salir a changuear” como ella le dice y la crianza de sus hijas le dificultan terminar sus estudios primarios. María nos cuenta sus experiencias de parto y refiere a situaciones con sus paisanas:

M: Sí, cuando llegas mal te atienden [en el hospital], mis cuatro hijos ahí. En el hospital dicen que las tratan mal, pero a mí, gracias a Dios no me trataron mal. Había una partera [y] yo escuchaba los comentarios de las otras mujeres que le pegaban... la partera le pegaba... “Hace fuerte” que se apure le decía... Y yo tenía miedo, pero a mí no me pasó, pero hay gente que son de Bolivia, no hablan nada castellano... yo cuando estaba ahí... había una señora al lado de mi cama y yo no le entendía también a la señora, aunque es de Bolivia igual que yo, pero no le entendía.

B: ¿Porque ella hablaba quechua y vos castellano?

M: Claro, yo no entiendo porque donde yo vivo, soy del sur del Bolivia, ahí casi colinda con Argentina y no entiendo... y ahí escuché que le decían a la doctora, se llamaba L. P... “¿Y? ¿Te calmó los cachetazos que te di?” ¡Así le gritaba! (Pedro Luro, 12-3-2014)

El temor al hospital y a la atención en el mismo, no es una cuestión injustificada. Las mujeres referencian situaciones en las que han sido agredidas o maltratadas, aunque muchas veces estas experiencias no han sido directamente experimentadas por ellas como da cuenta el registro anterior. Pero estas no son las únicas representaciones que las mujeres tienen de los hospitales, también indican la importancia de acceso al mismo para situaciones de gravedad o “riesgo” en el parto, como veremos a continuación.

Siguiendo el análisis de los relatos presentados, podemos ver cómo las demoras en las consultas médicas están vinculadas con los miedos y temores a los malos tratos y a pasar por experiencias desagradables ya transitadas por otras mujeres, aunque también con imaginarios que se fueron reproduciendo por migrantes previas, en otros marcos legislativos, y que muchas veces no coinciden con las experiencias que tienen actualmente. En este punto, con estas experiencias se puede dar cuenta de que estas mujeres siempre referencian a otras para enfrentar su desconocimiento y miedos al sistema hospitalario. En este sentido, las relaciones entre mujeres que han

transitado por el mismo son centrales para ayudarlas a sortear las barreras culturales y funcionan como el sostén que no encuentran en sus parejas.

Sobre la noción de riesgo

Aunque algunas mujeres reconocen prácticas discriminatorias del personal de salud, el parto hospitalario es una creciente tendencia en los últimos diez años. Las mujeres son orientadas por los/as efectores/as de salud para asistir sus partos en hospitales. Al respecto, citamos a continuación el fragmento de una conversación con una agente sanitaria de una comunidad de Puerto Iguazú. Cuando conocimos a Luisa tenía 30 años y hacía pocos meses que se desempeñaba como efectora de salud. Fue designada para este cargo por su perfecto manejo del español, su interés por la salud y su familiaridad con el tema, ya que cuando vivía en el centro de la provincia acompañaba a su tía en tareas de enfermería. Ella tiene un hijo de 13 años y cinco hijas menores. Todo/as nacieron en el hospital con parto vaginal, a excepción de su hija más chica que nació por cesarí. Durante la charla nos comenta que le gustaría volver a ser madre, pero se retrae de la idea cuando piensan en el dolor que produce el parto. De aquí que nos cuenta sobre las recomendaciones que da a las primerizas que se acercan al centro de salud:

Ella le habla mucho a las embarazadas sobre el dolor del parto, “para que estén preparadas, para que puedan enfrentarse con el dolor”. Insiste en que tengan a sus hijo/as en el hospital, porque desde el área de salud para el que ella trabaja dan esa recomendación. Nos dice que “es una obligación, porque querían [desde el área] reducir los riesgos en el embarazo” y agrega “antes se sabía mucho sobre estos temas, pero los riesgos también eran muchos. Mi abuela era partera y una vez la escuché decir esto de los riesgos”. Entonces, ejemplifica con el parto de su hija que nació por cesarí porque no “estaba dada vuelta”⁸, “las parteras [antes] no tenían mucho que hacer, por eso se moría la mamá y el bebé” (Iguazú, 27-2-2018).

En la entrevista aparece la noción de riesgo, la cual está arraigada al sistema de salud alopatóico y es incorporada por el personal indígena y por las parturientas. Esta categoría es influyente en la hospitalización de sus prácticas de parto. La idea de “riesgo” se pone en juego porque, si bien el embarazo no es considerado una patología o una enfermedad, siempre está acompañado por esta noción la posibilidad de que existan problemas de salud que con él devengan y ello justificaría la intervención sanitaria (Isabel Blázquez Rodríguez, 2005).

Las mujeres migrantes también reflexionan sobre la idea de riesgo. María nos cuenta que a pesar del miedo inicial que le producía ir al hospital, actualmente demanda la atención del hospital público para ella y las mujeres de su entorno familiar brindando otras experiencias y saberes:

M: Yo al principio tenía miedo, pero cuando ves que estás mal, tenés que acceder a todo [...] Yo acompañé a mis hermanas al hospital cuando tuvieron sus nenas ahí y, sin embargo, Lunita es discapacitada

B: ¿Ellas querían tener en el hospital?

M: No, ellas no querían, pero a la más grande yo la obligué. Ella tenía miedo, yo la llevé, diciendo que iba porque estaba medio resfriada, la traje acá a la salita y encontré una doctora re buena y le hicimos todos los papeles. Estaba embarazada de siete meses, pero a ella no se le notaba que tenía panza porque no tenía casi líquido, estaba perdiendo líquido, sino la llevaba iba a morir la bebé adentro, ahogada. Ella tenía miedo, decía “No, si voy al hospital me van a matar, me van a sacar el corazón” así decía [...] Y mi otra hermana igual tuvo una nenita que nació discapacitada... Nació con su piecito que lo tenía acá, [señala en el pecho] no sé por qué. Después se lo hicieron bajar, le hicieron nacer, pero como no podía le

⁸ Se refiere que no estaba en posición cefálica

quebraron su otra piernita y está quebradita de los dos pies. Uno que lo tenía mal y el otro lo tenía quebradito... Ella estuvo como dos o tres meses y después iba a rehabilitación, pero no logra caminar. Ahora ya tiene cinco años y no camina... ella [la mamá de Lunita] era menor de edad y yo anduve con todos, con el servicio local, me ayudaron mucho (Pedro Luro, 12-3-2014).

Podemos observar en el registro de entrevista citado la perseverancia de la entrevistada en llevar a sus hermanas menores migrantes recientes en Argentina a atenderse en el hospital público, a veces buscando excusas como la de un resfrió. Su insistencia aumenta en las situaciones que considera más peligrosas. En ese sentido, la entrevistada no desconoce la posibilidad de situaciones de iatrogenia en la atención alopática (Eduardo Menéndez, 1992) como sucedió con el quiebre del segundo pie de Lunita. Sin embargo, el parto hospitalario es justificado en recurrir a un/a médico/a como un especialista quien tiene “conocimiento autorizado”⁹ (Brigitte Jordan, 1993) para tratar partos ante complicaciones como se explica con la pérdida de líquido. En este sentido, las mujeres reconocen los avances de la medicina hegemónica para la reducción de la morbilidad materno-infantil.

Las tecnologías también contribuyen con las supuestas especificidades técnicas de las/os médicos porque permiten anticipar posibles riesgos. Aldana es una mujer guaraní de 28 años, viuda del padre de su primer hijo y, recientemente, vuelta a casar. Con el nacimiento de su segundo hijo nos presta alguna referencia sobre cómo las tecnologías detectan posibles riesgos que son evaluados por estas mujeres cuando van a dar a luz:

Aldana comentaba que ella siempre acompañaba a su padre, el cacique, a todas las reuniones hasta que tuvo su segundo hijo. Su hijo más grande nació por parto vaginal con 2,900 kg y el segundo con 3,400. Con el más chico

“los médicos le habían dicho que iba a cesarí, porque el bebé estaba sentado”. Le pregunté qué controles le hicieron para saberlo y ella contestó diciendo “todos los controles me hice, análisis de sangre durante el embarazo y la otra cuando el bebé estaba por nacer y después ecografías, más de una, me las hice en el hospital. En la ecografía lo vieron sentado”. Contó que en esta comunidad no tienen centro de salud, pero se atienden en la casa del padre. Un médico visita la comunidad una vez a la semana y cuando hay embarazos, lleva a las mujeres a hacerse ecografías, controles y monitoreos en el hospital (Iguazú, 20-2-2018).

En el relato de Aldana la posición poco favorable del bebé al momento del parto, y detectada por la ecografía, es considerado un factor de riesgo que sería agravado con un parto domiciliario. Las mujeres indígenas reconocen no contar en la comunidad con especialistas, ni recursos para llevar partos “complicados” a buen término. La aceptación del parto hospitalizado apuntaría a reducir la morbi-mortalidad materno-infantil y las complicaciones de salud que pueden suceder debido a las condiciones de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres hoy como, por ejemplo, embarazadas con bajo peso, o enfermedades o infecciones no curadas que se transmiten por el canal de parto.

La hospitalización del parto y acceso a Documento Nacional de Identidad

Entre nuestras interlocutoras, relevamos que otras razones comienzan a justificar la intervención médica y las decisiones de las mujeres de acercarse al hospital a tener a sus hijos/as. La hospitalización del parto es creciente tanto en las mujeres jóvenes que transitan su primer parto como en las multíparas que ya han dado a luz. Además de los múltiples discursos que incorporan las mujeres, las diferencias generacionales, las percepciones del riesgo, etc.; pero un elemento

⁹ Consideramos, que nuevos saberes, no sólo del personal médico, se incorporan en los discursos y prácticas de estas mujeres. La escuela, por ejemplo, ha sido un elemento influyente en sus saberes y proyectos de maternidad. Por cuestiones de espacio no ahondaremos aquí.

clave que se presenta es el acceso a ciertos beneficios estatales. Entre las mujeres mbyá guaraní hemos registrado que la posibilidad de documentar y registrar a lo/as hijo/as rápidamente es una referencia constante cuando tienen a sus hijas/os en el hospital. El registro más representativo es el de Alberta, una mujer de 40 años que tienen cinco hijo/as:

AC: *¿y por qué decís que ahora van al hospital?*

A: *porque si no los médicos no te firman para los documentos.*

AC: *¡Ah! ¿y entonces como hacen las personas que lo quieren tener en la aldea?*

Al: *y los tienen igual, pero los médicos no le firman.*

AC: *¿y les hacen los documentos igual?*

Al: *la municipalidad viene cada 5 años a hacer el DNI y se los hacen.*

A: *¡claro! pero no tendrían una partida de nacimiento.*

Al: *no, pero se lo hacen igual. Pero lo dificulta.*

AC: *¿y vos donde preferís?*

Al: *en el hospital.*

AC: *¿por qué en el hospital?*

Al: *porque es más rápido (Iguazú, 15-2-2015).*

En el registro de Alberta la rapidez en la documentación es el componente principal que lleva a las mujeres a parir en los hospitales. La obtención del documento nacional de identidad es un derecho humano básico para todas las personas y que, en poblaciones indígenas y migrantes, ha presentado sus limitantes históricamente. En este sentido la rapidez en los registros nacionales es fundamental para poblaciones que han visto vulnerado este derecho. En este punto, aunque parezca una obviedad, es importante recordar que con el documento de identidad se puede acceder a otros recursos y beneficios del Estado. Registrar a sus hijo/as permite que el/la recién nacido/a y su grupo familiar puedan acceder a programas y planes estatales (Asignación Universal por Hijo, Plan Alimentario, Plan SUMAR, entre otros).

Podríamos argumentar que, con este tipo de políticas, se potencia el rol de madres y cuidadoras, sin embargo, afirmamos que ante las condiciones de pobreza en la que viven estas poblaciones, estos planes y programas son una respuesta económica y sanitaria; pero sobre todo las mujeres se apropian de las políticas públicas de formas muy diversas en busca de mejores condiciones de vida y el bienestar de sus familias.

La solicitud de documentación en mujeres migrantes para acceder a planes estatales (aunque no fue tan recurrente en las entrevistas) también es importante como relevan las entrevistas con mujeres guaraní, ya que ambos grupos comparten situaciones de desigualdad y vulneración de acceso a derechos, lo que nos abre una línea de indagación para investigaciones futuras.

Conclusiones

La antropología ha dado cuenta de cómo los comportamientos reproductivos de los miembros de una sociedad están normados por sus creencias y prácticas. Existen múltiples maternidades, sin embargo, el embarazo y parto (sin ser excluyentes) aparecen en el imaginario de muchas sociedades (incluida la nuestra) como la expresión y la representación máxima de la maternidad. Desde aquí, que podemos hablar de modalidades de parto y formas de nacer. La manera en que cada cultura concibe el parto informa acerca del quién, dónde, y cómo debe ocurrir.

Observamos que existe una visión romántica sobre el parto de los grupos étnicos como superior por quienes levantan la bandera del parto sin intervención considerándolo un valor positivo (Moysés Paciornick, 1979, en Celeste Jerez, 2015). Sin embargo, estas representaciones corresponden a un imaginario que no tiene en cuenta aquellos factores sociales, culturales y económicos por los cuales las mujeres modifican sus prácticas de parir.

A partir de los testimonios recopilados, podemos observar, no sólo críticas hacia la atención biomédica, sino también, las demandas por la misma que algunas veces se complementa con saberes tradicionales, prácticas de cuidado y atención del parto. Así como también la existencia de desigualdades de género al interior de los grupos que interpela las formas de significar y

vivenciar el embarazo y el parto y dar resolución a los padecimientos. Desde aquí que intentamos dar cuenta de cómo estas experiencias se vivencian de diferentes maneras entre nuestras interlocutoras: mujeres migrantes bolivianas e indígenas mbyá-guaraní.

Con el propósito de alejarnos de una visión romántica del parto étnico desarrollamos cómo las políticas públicas que enfatizan en la salud sexual y reproductiva acercaron a las mujeres nuevas prácticas y representaciones sobre el parto. Uno de los discursos que comienza a aparecer es la idea de riesgo, significada de distinta forma por cada una de nuestras interlocutoras. Es interesante notar que esto tiene que ver no solo con las nociones comunitarias sino, también, con las trayectorias biográficas de cada mujer: encontramos que dentro de cada grupo existen mujeres que enfatizan en los saberes comunitarios alegando posibles problemáticas de parir en el hospital, mientras otras consideran la existencia de mayor riesgo durante un parto domiciliario.

Las discriminaciones sufridas en el hospital son un elemento a tener en cuenta, pero ha sido mayormente expresado por migrantes que recuerdan experiencias vividas por sus connacionales en momentos en que la política migratoria con respecto a la atención sanitaria era restrictiva y persecutoria. Por el contrario, entre las mujeres mbyá el parto domiciliario es visto como una demora para el acceso a beneficios estatales.

Otros factores influyentes son lo económico y el espacio geográfico que aparecen relacionados. La cercanía/lejanía con el hospital permea el itinerario de parto porque este queda supeditado a eventualidades como el pago de transporte o el acceso rápido de la ambulancia.

Por último, es notable que en la mayoría de los relatos sobre los partos se enfatiza en quienes están o no para acompañarlas, describimos relatos de mujeres que van al hospital porque al momento de parir no están las personas en las que suelen apoyarse (como una abuela, una madre o una hermana). Encontramos así que una forma de dar respuesta a la atención del parto es tejiendo redes con otras mujeres del entorno. En otras situaciones, ante el abandono cotidiano de sus maridos, las mujeres aprenden sobre cómo dar a luz solas, dando cuenta de desigualdades de género en sus relaciones. Hemos relevado a lo largo de este trabajo como las opresiones étnicas, de género y clase social atraviesan las modalidades, las decisiones y los deseos al momento de parir.

Bibliografía

- Baeza, Brígida (2013) La memoria migrante y la escucha de los silencios en la experiencia del parto en mujeres migrantes bolivianas en Comodoro Rivadavia (Chubut, Argentina). *Anuario Americanista Europeo*, 11,179-197.
- Blázquez Rodríguez, Isabel (2005) Aproximación a la antropología de la reproducción *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 42. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62304208> [consultado el 23-4-2018]
- Benencia, Roberto (2004) "Trabajo y prejuicio. Violencia sobre inmigrantes bolivianos en la agricultura periférica de Buenos Aires". En *Revue européenne des migrations internationales*, 20(1): 97-118.
- Bertoni, María Belén y Cantore, Alfonsina (2018) Memorias del parto indígena y migrante: encuentros y desencuentros con la biomedicina. Experiencias de parto en mujeres colla bolivianas en el sudoeste bonaerense y mbya guaraní en Misiones. En Abbona, A. E. / Roca, I. (editores) *Los pueblos indígenas de América Latina: actas del II CIPIAL* (pp. 1414-1438), EdUNLPam: La Pampa
- Bertoni, María Belén (2017) "Migrar en tramas de género y generación, clase social y salud. Relatos de vida de mujeres bolivianas residiendo en el sudoeste bonaerense" En Hernández, Graciela y Garrido, Beatriz. *Feminismos nuestroamericanos. Ideas y prácticas de investigación. Subalternidades, intersecciones, cuerpos y juventudes*. San Miguel de Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán,169-186.
- Bertoni, María Belén (2018) "Algunas particularidades del trabajo que realizan migrantes bolivianos/as en la horticultura de la cebolla" En Becher, Pablo Ariel [et al.]. (Comps) *I° Jornadas Interdisciplinarias de Estudios Sociales Latinoamericanos*. Bahía Blanca: CEISO
- Cantore, Alfonsina (2017) "Ellas están mucho dentro de sus casas" *Una aproximación a las experiencias de mujeres mbyá guaraní en el norte de Misiones*. Tesis de licenciatura. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires (inédita)
- Courtis, Corina y Pacecca, María Ines (2010) "Género y trayectoria migratoria: mujeres migrantes y trabajo doméstico en el Área Metropolitana de Buenos Aires" en Papeles de POBLACIÓN No63, pp.155-185
- Davis-Floyd, Robbie (1992) *Birth as an American rite of passage*. Los Angeles: University of California Press

- Drovetta, Raquel (2014) "Antarca no' (de espaldas no). Cambios generacionales en la atención del embarazo y el parto en las mujeres de Susques". En: Benedetti, A y Tomasi, J (comp) *Espacialidades altoandinas. Nuevos aportes desde la Argentina Tomo II: Interacciones con el "mundo de afuera"*. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. 195-240
- Drovetta, Raquel (2016) "Intervenciones de salud pública en los procesos reproductivos de mujeres indígenas en la Puna argentina". En Hirsch, S y Lorenzetti, M (ed) *Salud pública y pueblos indígenas en Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad*. San Martín: UNSAM EDITA, 51-70.
- Enriz, Noelia (2010) "Tomar asiento. La concepción y el nacimiento mbyá guaraní". *Anthropologica* 28(28):117-138.
- Fuller, Norma (2005). "Las identidades de género en el Perú del siglo XXI ¿Cambio o reciclaje?" In: VALDÉS, Teresa y VALDÉS, Ximena (Eds.). *Familia y vida privada: ¿Transformaciones, tensiones, resistencias y nuevos sentidos?* Santiago de Chile: FLACSO, 2005. p. 107-132
- Fuller, Norma y Ruiz Bravo, Patricia (2019) "Presentación" *Anthropologica* 37(43) 5-15 <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/21544/21200> Wollrad (coords.), *Espacios de Género: Adlaf Congreso Anual 2012*. Buenos Aires. Nueva Sociedad; Fundación Friedrich Ebert; Adlaf. Pp 288-301.
- Hernández, Graciela y Bertoni, María Belén (2018) El trabajo de las mujeres en la producción cebollera en el sudoeste bonaerense. Testimonios producidos en un taller de historia oral en una escuela de adultos. En *Revista Geograficando*, 14 (1), pp. 1-12
- Hirsch, Silvia (2015) "Salud pública y mujeres indígenas del noroeste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención a la salud reproductiva" En: Langdon, E y Cardoso, M *Saúde indígena: políticas comparadas na américa latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 169-193.
- Hirsch, Silvia y Lorenzetti, Mariana (2016) "Biomedicina y pueblos indígenas en la Argentina. Un recorrido por las políticas de salud". En Hirsch, S y Lorenzetti, M (ed) *Salud pública y pueblos indígenas en Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad*. San Martín: UNSAM EDITA, 19-50
- Jelin, Elizabeth; Grimson Alejandro y Zamberlin, Nina (2011) "Los pacientes extranjeros en la mira". En Jelin, Elizabeth. *Salud y migración regional ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, 47- 57.
- Jerez, Celeste (2015) *Partos 'humanizados', clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos*. Tesis de licenciatura en Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires Disponible en: <http://antropologia.filo.uba.ar/sites/antropologia.filo.uba.ar/files/documentos/Jerez%20-%20Tesis.pdf> [consultado el 24/7/2018].
- Jordan, Brigitte (1993) *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and United States*. Illinois: Waveland Pres, Inc.
- Lamas, Marta (1986) "La antropología feminista y la categoría de género". En *Nueva Antropología*, 1(30): 173-198.
- Lagarde, Marcela 1993 *Los cautiverios de las mujeres. Madres esposas, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México: UNAM.
- Lewkowicz, Rita (2016). *A hora certa para nascer: um estudo antropológico sobre o parto hospitalar entre mulheres mbyá-guarani no sul do Brasil*. Tese de maestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponible en: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/143117>. [Consultada el 24/7/2018].
- Lorenzetti, Mariana (2017) "Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina", *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 11: 148-176
- Menéndez, Eduardo (1992) "Modelo Médico Hegemónico. Modelo Alternativo Subordinado. Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. Campos Navarro R, comp. *La antropología médica en México*. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana, 97-114.
- Menéndez, Eduardo (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8(1), pp. 185-207
- Padawer, Ana y Enriz, Noelia (2009) "Experiencias formativas en la infancia rural mbya-guaraní: la participación y la producción familiar doméstica como procesos de apropiación". *Revista Ava*, 15, pp 315-332.
- Pissolato, Elizabet (2007) *A duração da pessoa. Mobilidade, parentesco e xamanismos mbyá (guarani)*. São Paulo: UNESP.
- Ruiz Bravo, Patricia y Castro, María del Rosario (2011) "La situación de las mujeres rurales en América Latina" en *Mujer rural: cambios y persistencias en América Latina*, Lima, Perú.
- Ruddick, Sara (1995) *Maternal thinking: Toward a politics of peace*. Beacon Press.

- Stolcke, Verena (1992) “¿es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? En: Cuadernos para el debate N° 6, Programa de investigaciones socioculturales en el Mercosur, Instituto de desarrollo económico y social
- Tarducci, Mónica (2008) “Maternidades y adopción: una introducción desde la antropología de género.” En: Tarducci (Comp.), *Maternidades en el siglo XXI*, 15-25.

Fuentes

- INDEC (2004) Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas.
- INDEC (2010) Censo Nacional.