

BIOMEDICINA Y POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN UN CONTEXTO RURAL INDÍGENA DE LA PUNA JUJEÑA, ARGENTINA



Raquel Irene Drovetta

Centro Estudios Avanzados - Universidad Nacional de Cordoba – Argentina



Resumen

El objetivo del presente trabajo es presentar algunos resultados de una investigación centrada en indagar los procesos de salud/enfermedad/atención (en adelante s/e/a) por los que atraviesan las mujeres indígenas y sus familias, quienes habitan en áreas rurales de la Puna jujeña, al norte de Argentina. La selección del espacio social rural se debe a que es quizá uno de los contextos menos frecuentes donde abordar la problemática de la mujer y la salud. Para estas comunidades indígenas el programa de Atención Primaria en Salud (APS) significó la gradual reducción de las tasas de morbi mortalidad infantil y materna, resultados evaluados como exitosos por los planificadores. Sin embargo, dicho proceso fue acompañado de una progresiva desaparición de los recursos y prácticas de la medicina indígena y de quienes la ejercían en su condición de terapeutas tradicionales. Se observa también que la institución biomédica se centró fundamentalmente en el cuidado y atención de la salud femenina durante la etapa reproductiva, pretendiendo incidir sobre sus trayectorias reproductivas, en desmedro de las mujeres fuera de la edad reproductiva.

Palabras claves: salud reproductiva – mujeres indígenas – sistema de salud

Introducción

El presente trabajo pretende constituirse en un aporte al conocimiento de las particularidades de los procesos de salud y enfermedad en contextos indígenas y es el resultado de una investigación, que desde 2006 la autora viene desarrollando en la región. La metodología utilizada se basa en entrevistas en profundidad a mujeres en edad reproductiva usuarias del sistema de salud alopático, a curadores y curadoras tradicionales y a profesionales biomédicos de la institución local.

Las mujeres campesinas, por denominarlas según la función productiva a la que adscriben ellas y las unidades domésticas a las que pertenecen, constituyen un universo aún por develar, debido a que los abordajes más comunes se dan alrededor de problemáticas que tienen como sujeto a mujeres urbanas, más frecuentemente que a mujeres rurales. Además, las mujeres en las cuales centraremos nuestra mirada analítica, además de campesinas son mujeres indígenas, lo que complejiza aun más el escenario.

El abordaje de esta problemática desde la teoría de género, nos permitirá hacer evidentes determinados aspectos de la relación entre curadores (biomédicos y tradicionales) y mujeres usuarias del sistema de salud, que suelen ser conflictivos. La perspectiva de género rescata de la invisibilización las luchas de poder que rodean al control de la trayectoria reproductiva femenina.

Por otra parte, la vinculación entre mujeres indígenas y sistema sanitario estatal es analizada desde la antropología médica crítica (AMC) “que basa sus análisis en que todo conocimiento relacionado con el cuerpo, la salud y la enfermedad es culturalmente construido, negociado y renegociado en un proceso dinámico a través del tiempo y el espacio” (CHAMORRO y TOCORNAL, 2005, p.118). Este enfoque permite, entre otras cosas analizar el impacto que la práctica de la medicina moderna, también llamada biomedicina, tiene en los grupos sociales: desde las relaciones de poder que se establecen entre curador y paciente, hasta las estrategias de los actores para servirse de los conocimientos provistos por varios modelos médicos para atender sus padecimientos.

Vale aclarar que la diferencia entre cosmovisiones hace que encontremos diferencias entre los conceptos de *enfermedad* y *padecimiento*: mientras la *enfermedad* refiere a una concepción especializada de las patologías del cuerpo, el *padecimiento* refiere, en cambio a la experiencia subjetiva que los individuos tienen de ella (CASTRO, 2000).

Sabemos que los procesos de s/e/a no son privativos de ninguna sociedad, sino que en su universalidad asumen características particulares en cada una de ellas. En este sentido, de la misma forma que las patologías son particulares a cada grupo social, las respuestas que la sociedad ensaya frente a estas, constituyen también resultado de la construcción de su subjetividad.

Este es el caso de comunidades indígenas, cuya “dinámica demográfica se caracteriza, en general, por una alta fecundidad y mortalidad, con estructuras etarias más jóvenes respecto a la población no indígena” (DEL POPOLO y OYARCE, 2005, p.1).

El desafío es indagar los efectos de la aplicación de la racionalidad biomédica en este contexto, donde la dinámica que se genera alrededor de los procesos de s/e/a, es diferente a las que se observa en otros escenarios. Aquí conviven, en diversas circunstancias y condiciones, una serie de prácticas en torno a la salud y la enfermedad, que componen lo que Menéndez (1992) ha caracterizado como “modelos médicos”.

Para el autor, la biomedicina constituye en la actualidad el *modelo médico hegemónico*¹ el cual está encarnado en las prácticas médicas que emanan del Estado e impactan en estos contextos, generalmente a través de programas específicos para áreas rurales.

El término hegemónico responde a que dicho modelo se caracteriza por desplegar *un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud*, lo que implica que en tanto intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos (MENÉNDEZ, 1992) entra en conflicto con otras prácticas que persisten al interior de las comunidades indígenas de la Puna, organizadas en torno a lo que se llama el *modelo médico tradicional*. Bajo este último, se agrupan acciones y conocimientos cuyo sustento ha sido construido socialmente y sobre esta misma base se retroalimentan. Implican desde prácticas mágico-religiosas, hasta la farmacopea más compleja, herencia ancestral del mundo indígena. Se incluyen también el curanderismo, el chamanismo, el uso de hierbas medicinales, la medicina doméstica, etc. y donde además, existe la preferencia por la auto atención como primera estrategia para actuar sobre la dolencia (propia y de los cercanos) la consulta con un curador tradicional como paso posterior, ya sea porque fracasa el auto-tratamiento, o bien porque se busca aumentar la eficacia terapéutica combinando esta con la atención biomédica.

Es que el *modelo de auto atención*, o la llamada medicina doméstica tienen un papel central en los procesos de atención de los padecimientos, ya que constituyen la primera estrategia del actor en pos de encontrar alivio. En muchas oportunidades, las prácticas domésticas de consumo de elaborados en base a plantas naturales, los rezos, la adivinación en hojas de coca², etc. permanecen durante todo el tratamiento, como acompañamiento e incluso refuerzo de las actividades que realiza el curador biomédico sobre el síntoma en particular.

Así, los procedimientos médico-curativos se articulan en torno a acciones de fortalecimiento de la acción curativa en sí misma, ya que se combinan y superponen, según se crea necesario. En este contexto es muy frecuente que un “*padeciente* trate síntomas diferentes, con curadores diferentes, lo que equivale a recurrir a uno u otro sistema médico,

dependiendo de su conceptualización de la enfermedad” (CHAMORRO y TOCORNAL, 2005, p.122).

Paralelamente, y en tanto esto implica las interconsultas y los tratamientos paralelos, los actores despliegan estrategias de ocultamiento que buscan evitar las sanciones de los biomédicos. Es que la incompatibilidad más evidente, se da entre el sistema biomédico y los curadores tradicionales, siendo más frecuente que el paciente oculte al biomédico la presencia de estrategias paralelas, que el caso contrario. El modelo alopático se conduce frente a los padecimientos, entendiendo que su lógica debe primar.

Se construye así un camino sin retorno, dado que la derivación es en un solo sentido: es probable que un curador tradicional derive para el tratamiento de determinados síntomas a la atención biomédica, pero es improbable que suceda lo contrario, al menos en esta región donde la racionalidad biomédica del Modelo de Atención Primaria en Salud³ se extendió con pretensiones monopólicas.

Modelo médico alopático y organización de la APS en la región de la Puna

La Puna es una altiplanicie árida a 3.500 m.s.n.m. ubicada en la provincia de Jujuy, al norte de Argentina, en el límite con las repúblicas de Chile y Bolivia. Su población está compuesta predominantemente por indígenas de la etnia Colla y en menor número Atacamas, quienes se distribuyen en áreas rurales o en pequeñas comunidades⁴. Progresivamente desde fines de la década del setenta y con mayor énfasis durante los años ochenta, la población se ha ido sumando como usuaria a la oferta de atención a la salud propuesta por el gobierno argentino a través del Programa en APS.

Como primer paso de la aplicación y extensión de este modelo, se desarrolló una estructura sanitaria que implica entre sus objetivos centrales, la identificación de las mujeres en edad reproductiva y la “captación” de las mujeres embarazadas. Esta tarea recae en los Agentes Sanitarios, personal del sistema público de salud que se encuentra en contacto directo y frecuente con las comunidades rurales. Como espacio más cercano a la unidad doméstica rural se instala la posta sanitaria, con un Agente Sanitario a cargo, destinado a atender las necesidades básicas en salud, así como relevar datos de las familias, sus condiciones sanitarias y epidemiológicas, con el objeto de identificar “riesgos”. La prevención y detección temprana juega aquí un rol importante.

En un segundo nivel jerárquico y con contactos menos sistemáticos, se encuentra el *médico en gira*. Este se encarga de resolver en visitas mensuales a las comunidades rurales, si los padecimientos detectados por el Agente Sanitario necesitan un mayor nivel de atención, supervisando así la tarea realizada por éste en campo. Será este profesional quien atienda los partos de las embarazadas, pero en la unidad sanitaria, donde son derivadas cercanas a fecha de nacimiento.

A grandes rasgos esta es la política sanitaria que prima, la cual se ha visto reforzada aún más en la década de los noventa a consecuencia de la suscripción de Argentina a tratados internacionales. Entre ellos destacan la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo 1994 con la subsiguiente firma del Programa de Acción de dicha conferencia internacional, suscripto en 1995. Inclusive, la reducción de la tasa de mortalidad materna se convirtió en una de los objetivos centrales redactados en un documento posterior conocido como la Declaración del Milenio,⁵ documento al que Argentina también suscribe.

Esta política aún cuando fue gestada en encuentros internacionales, impacta paulatinamente en lugares remotos como la Puna dado que las cifras nacionales son evaluadas periódicamente por organismos destinados a tal fin. Esto hace que se desde la planificación central (Ministerio de Salud de la Nación y ministerios provinciales) se demuestre un gran interés por reducir tasas que evidencian un sistema sanitario deficiente, como la mortalidad materna, aplicando para eso políticas altamente focalizadas⁶. Un ejemplo clásico es el reforzamiento en los programas de atención materno-infantil.

Esto se produce en un escenario donde los indicadores que dan cuenta de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas, no se modifican en décadas, mientras la Mortalidad Materna desciende en el mismo sentido que las expectativas internacionales lo desean⁷.

Esta alta focalización en acciones que redunden en la mejora de tasas críticas como las nombradas, hacen que la mujer, como señalábamos al inicio, se convierta en uno de los blancos privilegiados del sistema de planificación central. Esto explica los esfuerzos sanitarios que se destinan a su cuidado mientras atraviesa la etapa reproductiva, específicamente durante el embarazo y el parto, y en menor medida el puerperio.

Esto responde a una concepción de salud particularmente restringida, que de ser revertida generaría un concepto de salud más amplio, que abarque al menos tres instancias fundamentales: la salud materna, la salud reproductiva⁸ y la salud de las mujeres, términos que no son sinónimos, sino que están íntimamente vinculados.

La problemática que emerge más visiblemente de este proceso, es que durante los años de vida en que una mujer no se reproduce, su salud no es prioritaria para el sistema de atención estatal. Entre los aspectos más frecuentemente desatendidos son los vinculados a procesos mórbidos ocasionados por una trayectoria reproductiva intensa, como las mujeres que cargan, temporalmente o de por vida, con enfermedades, lesiones o discapacidades asociadas al embarazo y el parto,

las complicaciones por aborto, las consecuencias agudas y crónicas de las enfermedades de transmisión sexual, las consecuencias psicológicas y físicas de la sexualidad prematura entre los adolescentes y las consecuencias psicológicas y físicas de la coerción sexual, entre otros (LESLIE, et. al. 2001, p.180).

Esta carencia es posible de revertir si, entre otras cosas, la práctica sanitaria estatal se articula en torno al concepto de *salud de las mujeres*, dirigiendo la atención sus necesidades como un conjunto social que incluye también a aquellas que están fuera de la edad reproductiva, contemplando el diagnóstico y tratamiento de problemas de la *salud no reproductiva*. Este cambio en la forma en que se asume un concepto de salud, implica que se concibe a la salud de la población femenina como diferente de la masculina, no sólo en lo aspectos biológicos, sino por la diferencia en sus roles sociales, los cuales son determinados social y culturalmente; en otras palabras, “la salud de las mujeres debe definirse como algo que incluye la salud reproductiva, pero que va más allá de ella” (LESLIE, et. al. 2001, p.174 y p.176), constituyéndose esta propuesta en un enfoque superador. La propuesta implica que la salud reproductiva, que incluye también a la salud sexual, se ubique en el centro, “como un continuo entre la salud materna y la salud de las mujeres” (LESLIE, et. al. 2001, p.166).

Terapéutica doméstica y mujeres

La visión que prevalece es que el ámbito de la terapéutica doméstica es territorio femenino por excelencia, responsabilizándose a la mujer en su rol de madre-esposa, como la primera terapeuta de la familia (MÓDENA, 1990).

El avance del sistema sanitario impulsó la visión de que la *madre* en tanto transmisora de la salud y/o enfermedades, era responsable de la “reproducción” de una generación sana (NARI, 1994). En ella se delegan a tareas y responsabilidades de atención de enfermos, tanto niños como ancianos, hasta el límite de la idealización de la acción femenina en materia de salud. De esta forma se contribuye sumando actividades a los ya múltiples roles que debe cumplir tanto en relación a la producción como la reproducción social.

En este tipo de hogares de bajos ingresos, la mujer adulta se desenvuelve entonces a través de la realización del *triple rol femenino*, en el intento por dar respuesta a la gran cantidad de demandas que recaen sobre ellas orientadas al logro de ingresos, al cuidado de infantes y cuidados domésticos, así como los papeles de administración comunitaria, que comprenden el aspecto colectivo de la producción. El conflicto mayor reside en que la mujer, ya responsabilizada de desarrollar tareas vinculadas a la producción y la reproducción, deba ahora hacerse cargo también del bienestar colectivo (MOSER, apud GARRIDO 2004).

Aún cuando en estas comunidades rurales, la realización de las tareas productivas son compartidas entre hombres y mujeres, el dominio del espacio privado –específicamente la cría y cuidado de animales- es exclusivo de la mujer, mientras el hombre desarrolla actividades en el espacio público –por ejemplo vendiendo su mano de obra en otras regiones- lo que contribuye a reforzar la marcada división del trabajo y su íntima relación con la distribución espacial familiar (GÖBEL, 2002).

En tanto, la vinculación con las necesidades comunales (el aspecto colectivo) es pensada en términos de usufructuar sus roles domésticos de madre y esposa; no es casual que las mujeres sean el blanco común de los programas de desarrollo que tanto el Estado como diversas Organizaciones No Gubernamentales⁹ asentadas en la zona implementan. Es sobre todo con ellas con quienes estos grupos entablan relaciones duraderas, apelando a la multiplicidad de roles que desempeñan en la unidad doméstica.

La contradicción más evidente es que el ámbito de lo privado-doméstico al que referíamos más arriba, permanece intacto, mientras desde lo público y el tercer sector se la indica como potencial trabajadora en pos de las mejoras colectivas en micro emprendimientos, producción artesanal, acciones cooperativas, etc. espacios que se tienen como de dominio *público*. Todo esto contribuye a aumentar la multiocupación a la que hacemos referencia.

Estamos ante un indicador de que el bienestar del grupo familiar no necesariamente coincide con el bienestar de la mujer, rompiendo así con la clásica percepción de que el bien del uno es el bien de todos. Es en este sentido hay quienes advierten (WOORTMAN, 1995, p.36) “que la existencia de afirmaciones de este tipo es riesgoso, ya que constituye un reduccionismo de los intereses de la mujer a los de su familia”.

Este tipo de argumentos, dieron lugar a la visión que ha alimentado por décadas el espectro de que la familia es una unidad sólida y homogénea, una suma de intereses

cohesionados. Esto genera que ya no sea simplemente posible referirnos a *estrategias familiares de supervivencias* sin hacer las siguientes salvedades: los individuos que componen la familia no son necesariamente una suma de intereses enlazados; y al interior de la familia se reproducen acriticamente las desigualdades de género.

La mujer desde la mirada biomédica

Desde una mirada médica, la mujer como objeto de estudio, pero sobre todo como campo de intervención, ha sido en casi todas las épocas una “favorita”. Su potencial de traer al mundo vida y la paulatina apropiación que de este proceso ha hecho el campo médico, ha sido asombrosa. “Con el avance del positivismo, el discurso médico se convirtió en el depositario de los saberes legítimos sobre la salud familiar y la reproducción” (FULLER, 2004, p.195).

En la Puna el parto constituía antaño un momento privado, donde la familia extensa desarrollaba un rol fundamental en la preparación del hogar y la atención y cuidado de la parturienta y su hijo. Posteriormente y en tanto el sistema sanitario se extendió, la medicalización del parto fue excluyendo de escena a todos los actores que no fueran biomédicos, en función de determinar la “patologización” del embarazo y la institución de la categoría de “riesgo” como concepto de exclusión utilizados por los legos. Así, las normas médicas proponen que sólo quien posea los conocimientos de la racionalidad obstétrica y biomédica y se encuentre legitimado por esa institución, puede desenvolverse en tales circunstancias. Incluso entre los organismos planificadores de salud acuerdan sobre el hecho de que las parturientas deben atender sus partos con “personal especializado”, definiendo que entienden por ello a

un trabajador de la salud con formación médica y conocimientos sobre atención del parto (partera, enfermera diplomada o médico), que posee las aptitudes profesionales necesarias para atender partos normales y encargarse del diagnóstico, el tratamiento o la remisión a otros establecimientos de los casos de complicación obstétrica (UNFPA 2004, p. 7).

Lo que décadas atrás era un espacio monopolizado por la atención y cuidados de una mujer curadora tradicional y la familia, hoy es una sucesión de hechos planificados en función de evitar los riesgos que, según la racionalidad biomédica, son intrínsecos al embarazo sin controles y un parto domiciliario no atendido por médico o enfermera (Plan Federal de Salud, MSN, 2004).

También desde la lógica biomédica, el parto institucionalizado funciona como un reaseguramiento más de la continuidad de la madre en el sistema sanitario. Esto se debe a la intención de apropiarse institucionalmente de los destinos reproductivos de la mujer, a través de la facultad de incidir en su trayectoria reproductiva por medio de la recomendación de aplicar prácticas anticonceptivas inmediatamente después del parto (LERNER et. al, 1996). Para que este avance fuera posible, paulatinamente la familia como espacio de socialización primaria sufrió una retracción, en tanto la racionalidad biomédica con sus normas, pasó a jugar un importante rol en el dictado de las normas regulatorias de la reproducción.

El resultado se plasmó en una relativa “autonomización” de la mujer frente a sus decisiones en materia reproductiva, paralelamente a una marginalización del hombre en su rol de pareja, en pos de una mayor participación del médico (LERNER et. al, 1996). En otras palabras, el “control de la sexualidad de la mujer, antes en manos de la familia y el cónyuge, es disputado por el discurso médico que, aunque identifica la femineidad con maternidad, enfatizará la importancia de regular la fecundidad para preservar la vida de las mujeres” (MANNARELLI, 1990 apud FULLER 2004, p.195).

La no coincidencia entre los *itinerarios reproductivos* dados (LERNER et. al, 1996) y los esperados, puede ser visto como un gesto de la autonomía a la que nos referíamos, en tanto refleja un mayor control de la decisión femenina en el momento y número de embarazos, el uso de métodos anticonceptivos, etc. Sin embargo, también constituye una evidencia de mayor medicalización de espacios que se creían privados o exclusivos de la influencia femenina.

Previamente, las acciones que hoy se atribuyen los Programas de Planificación Familiar (PPF) y las normas que generaban, estaban reservadas al círculo íntimo familiar, o a lo sumo a la pequeña comunidad. Sin embargo, con el avance del modelo de APS, el radio de acción se amplía y estas potestades se trasladan a los planificadores del Estado y de allí a las beneficiarias. En comunidades rurales como las de la Puna, donde la población se encuentra altamente dispersa y en continuo movimiento (debido a que su ocupación radica en la cría de ganado en forma semi-nómada) la *detección y captación* de mujeres embarazadas por parte de los Agentes Sanitarios en sus rondas, constituye una prioridad del Programa de APS. La captación aumenta las posibilidades de lograr que la embarazada se realice los controles periódicos y culmine con un parto institucionalizado en la Unidad Sanitaria, atendida por biomédicos.

Esto conduce a que en última instancia, el sistema médico estatal se asegure el control sobre el *itinerario terapéutico*¹⁰ femenino, donde la generación de la normatividad referida a la reproducción, deja de ser patrimonio exclusivo del círculo íntimo y pasa a ser moldeada por una política estatal.

En otras palabras, no es simplemente un proceso de medicalización del parto lo que acontece, sino que se trata de un fenómeno más complejo que implica, por un lado ciertamente, la monopolización del momento reproductivo por parte del personal médico alopático. Pero por otro lado, existe también un cambio en las representaciones de las mujeres, acerca de lo que es más conveniente a su salud y la de su hijo, y esto sería el resultado de las continuas transacciones¹¹ ideológicas y simbólicas con los agentes de salud biomédicos.

El resultado es un profundo cambio en el campo de referencia de la mujer, que anteriormente era influenciado por la experiencia de mujeres de generaciones anteriores, cuyos comportamientos eran tomados como modelo, dando lugar a que se reactualizaran a través de las generaciones las prácticas tradicionales que rodeaban la reproducción. Al no existir ya esta reactualización, se rompe con antiguas prácticas y en su reemplazo se adquieren nuevas, pero ya de la mano de los agentes de salud biomédicos y a través de los programas de salud estatales.

Por último, uno de los cambios que se esperan ver, posiblemente sea la disociación entre reproducción y sexualidad, que en este contexto aún no emerge con claridad. En las comunidades indígenas de la Puna, la iniciación sexual no está necesariamente separada del ingreso a la vida reproductiva, fenómeno que se vislumbra para mujeres de otros contextos. Aquí, debido a la ausencia -por disposiciones culturales- de la etapa del “noviazgo” como instancia de conocimiento entre los miembros de la pareja, a la unión sexual generalmente le sigue los hijos, sólo en algunos casos la convivencia o en su defecto la soltería de la madre cuando el varón no asume su responsabilidad, hecho altamente frecuente. Recordemos que los matrimonios legales y/o religiosos, no tienen en esta zona la importancia para la vida social, económica y religiosa de las personas, que tienen en otras regiones de los Andes (GÖBEL 2002).

Las políticas y las necesidades de las mujeres en materia de salud

Existe aquí una compleja trama de relaciones entre actores que demandan el monopolio de la atención del parto, entre los que se destacan los dos modelos médicos arriba nombrados, el modelo médico hegemónico y el modelo médico tradicional. Desde el Estado y como una política conducente a homogeneizar las trayectorias de las pacientes, se implementan masivamente programas de atención materno-infantil, logrando que en la actualidad, en mayor o menor medida, todas las mujeres de la Puna tengan en común su integración al sistema biomédico¹².

Sin embargo, la extensión de este modelo de APS como modelo hegemónico, significó también la reorganización de un universo de actores que hasta hace unas décadas, se dedicaban a la atención de la mujer embarazada, como es el caso de las comadronas. Al ser desplazadas y sus conocimientos seriamente cuestionados, en substitución se instalaron una cadena de actores con roles muy bien definidos y por lo tanto limitados. Esto constituye una clara contradicción a los principios de la Conferencia de Alma Ata, cuyo tratado ya incluía en 1978, la recomendación de

inclusión, según proceda, de personas médicas, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadoras sociales, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida en que se necesiten, con la preparación debida social y técnicamente, para trabajar como un equipo de salud y atender a las necesidades de salud expresadas de la comunidad (Declaración de Alma Ata, párrafo VII, inciso 7, 1978).

Pero más allá de los incumplimientos institucionales, las prácticas curativas tradicionales continúan aplicándose en ambientes más íntimos, generalmente intrafamiliares. En el caso de las mujeres embarazadas, aún cuando sus partos sean institucionalizados y se realicen durante el embarazo los controles requeridos por los agentes sanitarios, la practica del “ponchado”¹³ como técnica realizada a los fines de lograr el correcto posicionamiento del feto antes del parto, lo siguen realizando los “médicos particulares”¹⁴.

Sin embargo, no son muchas las técnicas que perduran ante la hegemonía del modelo alopático. Con la institucionalización del parto, se desatienden aspectos relacionados con la alimentación previa y posterior al dar a luz que debe consumir la madre, el reposo absoluto que debe guardar los treinta días posteriores al parto, evitando la exposición al aire y a algunas visitas indeseadas, incluso el destino de la placenta, alimento de la *Pachamama*, acciones que dan cuenta de un conjunto de esquemas terapéuticos fuertemente ritualizados

(CHAMORRO y TOCORNAL, 2005), que son dejados de lados por la racionalidad biomédica.

Esto nos lleva a pensar que la invisibilización en la que cae el modelo de s/e/a tradicional, si bien no garantiza su eliminación, sí conduce a la que paulatinamente se pierda, diluido entre otras prácticas y contribuyendo al proceso de aculturación en el que están inmersas estas comunidades. La ausencia de una concepción de salud intercultural que conciba las particularidades de las creencias locales, coincide con el accionar de un modelo alopático que busca homogeneizar procesos terapéuticos.

Algunas consideraciones finales

A lo largo de estas páginas pretendimos reflexionar sobre algunos aspectos que hacen a la salud femenina y que generalmente pasan ante nosotros como acontecimientos totalmente naturalizados. Sin embargo, en comunidades indígenas, donde la cosmovisión que guía la producción de subjetividad social es intrínsecamente diferente a la de otros contextos, el traslado de la ocurrencia del parto del hogar a la unidad sanitaria, constituye un acontecimiento insoslayable. Remite incluso, a un proceso de medicalización que paulatinamente se fue instalando en la Puna, ocasionando cambios permanentes en las trayectorias reproductivas de estas mujeres.

Los resultados de tal proceso están en evaluación desde la mirada de sanitaristas y epidemiólogos, pero resta que sean abordados más profundamente por las ciencias sociales, a los fines de dimensionar el impacto ocasionado, por ejemplo en las representaciones femeninas respecto a las intervenciones sobre su salud y su cuerpo. Esto hará factible evaluar si, tal cuál lo indica nuestra hipótesis, en un contexto con marcadas desigualdades de género, la extensión del modelo alopático no se constituye como una herramienta más de control de los cuerpos femeninos o si, por contrario, es potencialmente en manos de las mujeres un instrumento de independencia y libre determinación.

HEALTH BIOMEDICINE AND POLICIES REPRODUCTIVA IN A RURAL CONTEXT ABORIGINAL OF PUNISHES HER FROM JUJUY, ARGENTINA

Abstract

The objective of this paper is to present some results of an investigation the processes of health/sickness/attention (from now hsa) that indigenous women and their families -that are inhabitants of the rural areas of the Puna Jujeña- go through. The election of the rural social space is based in the fact that it is one of the less frequent contexts where to tackle women and their health problems. To indigenous communities of the province of Jujuy , in North Argentina , the program which is called Primary Attention in Health (APS in Spanish) meant the gradual reduction of children's morbidity and mortality. Those results where evaluated as successful by the planners. However, that process was followed by a progressive reduction of the resources and practices in indigenous medicine and of those people that exerted it, as traditional therapists. Also the biomedical institution focused basically in women's health trough their reproductive stage, trying to affect their reproductive trajectories, not considering if women were or were not within their reproductive age.

Key words: reproductive health – indigenous women – health system

Notas:

¹ Si bien otros autores como Llovet (2001, p.397) ponen en cuestión este concepto, considerando que la evolución del pensamiento médico superó la etapa de hegemonía, continuaremos utilizándola a los fines de este trabajo, por considerar que define los rasgos principales de las prácticas médicas de la región en estudio.

² La especificidad de la lectura de hojas de coca para determinar un diagnóstico es del yerbatero, al igual que su uso para distintos tratamientos (CHAMORRO y TOCORNAL, 2005, p.126).

³ El 12 de septiembre de 1978, en Alma-Ata (Almaty desde 1994, capital de la entonces República Socialista Soviética de Kazajistán), los representantes de 134 naciones acordaron la Declaración llamada *de Alma Ata*, en la que se instó a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial, a que adoptasen medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo.

⁴ El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Argentina (INDEC) clasifica como *población rural a la que se encuentra agrupada en localidades de menos de 2.000 habitantes y a la que se encuentra dispersa en campo abierto* (2009).

⁵ La Declaración del Milenio, redactada a partir de la conferencia realizada en New York en el 2000, incluye ocho objetivos conocidos como los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) que se propone ser alcanzados en 2015, tomando como referencia los registros desde 1990. El quinto objetivo es el de mejorar la salud materna.

⁶ La eliminación de los partos domiciliarios en concebida por el las planificaciones estatales de Argentina, como una de las armas más eficientes para la lucha contra la mortalidad materna.

⁷ A tal fin se invita a observar las cifras de mortalidad materna de la década del noventa en la provincia de Jujuy, y las posteriores al año 2000, las cuales coinciden con objetivo plasmado en la llamada Metas del Milenio, de reducir la mortalidad materna a la mitad para el año 2000.

⁸ En este trabajo, tomamos por salud reproductiva a los conceptos construidos a lo largo de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, por entender que es la concepción de mayor dimensionalidad, en tanto su contenido explicita aspectos de la subjetividad, la cultura, la política, la economía, las relaciones sociales, la ética, los valores, etc. (CORREA, 2001, p.136). Esta perspectiva básicamente reconoce que la salud reproductiva implica el derecho de toda persona a regular su fecundidad segura y eficientemente; tener y criar hijos saludables; comprender y disfrutar su propia sexualidad; permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción (SALLES y TUIRÁN, 2001, p.94).

⁹ Mientras buscan dotar de herramientas a las mujeres para que a través del “empoderamiento” logren revertir condiciones de desigualdad de género, aún resta evaluar también si los cambios que se promueven no responden a los discursos aprendidos de las agencias de desarrollo que financian estas iniciativas (FULLER, 2004, p.209).

¹⁰ Con Itinerario Terapéutico *se refiere a los patrones de conducta de las personas en los episodios de enfermedad y la búsqueda de la salud, en el cual influyen elementos como lo que se percibe como enfermedad, la eficacia y prestigio que se atribuyen a las tradiciones médicas presentes en la zona, las posibilidades de acceso económico y geográfico a los distintos sistemas médicos, los costos/beneficios percibidos por la familia y el consultante y, por último, la relación social y cultural con los agentes de salud involucrados* (CITARRELLA 1995 citado en CHAMORRO y TOCORNAL, 2005, p.129).

¹¹ Lerner (1996, p.548) utiliza el término *transacciones remitiendo a procesos más complejos (ideológicos, simbólicos, relacionados con la constitución de la descendencia) así como a las relaciones sociales que se dan entre los individuos, los agentes de salud, la pareja, la familia y la comunidad. Las condiciones y posibilidades de interacción y transacción dependen de la inserción de los individuos en la estructura social y de la asimetría de papeles y relaciones de poder que se definen e identifican entre los actores y las instituciones.*

¹² La integración al sistema biomédico no garantiza, al menos en estas comunidades, un real cambio en las condiciones epidemiológicas de la población, ni un descenso proporcional al nivel de medicalización, en las tasas como la de mortalidad infantil por ejemplo. Es que el aumento en la integración de la población a una estructura sanitaria sin modificaciones en el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas por ejemplo, en la Puna ha tenido un bajo impacto. Al respecto véase Bolsi (2005), y sus análisis sobre la sobre mortalidad posneonatal que acontece en la Puna, en relación con la capital de la provincia.

¹³ Dicha técnica es conocida también en otras regiones de Latinoamérica como “manteado” y es realizada exclusivamente por curadores y curadores tradicionales. Consisten en ubicar a la embarazada sobre una manta y sobre ella movilizarla suavemente, ya que se supone que estos movimientos suaves contribuyen a posicionar correctamente el feto en dirección al canal de parto.

¹⁴ Denominación que entre las comunidades indígenas locales se les da a los curadores tradicionales. en cambio a las mujeres curadoras tradicionales simplemente se les conoce como “curanderas”.

Referencias

BOLSI A. Ruralia, tradicionalismo y población en la Puna de Jujuy durante el siglo XX. En: *Mundo Agrario, Revista de Estudios Rurales*, Centro de Estudios Históricos Rurales. Universidad Nacional de La Plata, número 10, Primer semestre de 2005.

CASTRO R. *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2000.

CHAMORRO A.; C. TOCORNAL. Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: hacia una etnografía médica contemporánea. En: *Estudios Atacameños*, Chile, Universidad Católica del Norte, San Pedro de Atacama, número 30. p. 117-134, 2005.

CORREA S. Salud reproductiva, género y sexualidad; legitimación y nuevas interrogantes. En STERN C. y G. FIGUEROA (Coord.) *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México, El Colegio de México, 2001.

DEL POPOLO F.; A. OYARCE 2005. Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la CIPD y de las Metas del Milenio. EN *Seminario internacional Pueblos indígenas y afro descendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información socio demográfica para políticas y programas*. CELADE-División de Población CEPAL. Disponible en www.cepal.org Acceso 25 de noviembre de 2007.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA) *Mortalidad materna. Actualización 2004. El parto en buenas manos*, New York, 2004. Disponible en <http://www.unfpa.org/public/> Acceso 3 de agosto de 2009.

FULLER N. Identidades en tránsito: femeneidad y masculinidad en el Perú actual. En *Jerarquías en Jaque, Estudios de Género en el área Andina*. Perú, CLACSO, 2004.

GARRIDO H. Mujeres y trabajo en el área de Trancas (Provincia de Tucumán). En: III CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA RURAL: ANTROPOLOGÍA Y RURALIDAD: UN REENCUENTRO. Tilcara, Jujuy, 3 al 5 de marzo de 2004. Actas en CD.

GÖBEL B. La arquitectura del pastoreo: uso del espacio y sistemas de asentamiento en la Puna de Atacama (Susques). En: *Estudios Atacameños*, Chile, Universidad Católica del Norte, San Pedro de Atacama, número 23, p. 50-76, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (INDEC) *Datos Censo de Hogares y Población 1991 y 2001. República Argentina*. Disponible en www.indec.mecon.gov.ar Acceso 6 de septiembre de 2009.

LERNER S.; A. QUESNEL; M. YANES. La Pluralidad de trayectorias reproductivas y las transacciones institucionales. En: *Estudios Demográficos y Urbanos* 27, Vol. 9, número 2, Colegio de México, p. 543-578, septiembre-diciembre, 1996.

LESLIE J.; J. RUBIN-KUTZMAN; A. GOLDANI. La definición de salud reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres. En: STERN C. y G. FIGUEROA (Coord.) *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México, El Colegio de México, 2001.

LLOVET J. El papel de los distintos actores sociales. En STERN C. y G. FIGUEROA (Coord.) *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México, El Colegio de México, 2001.

MENÉNDEZ E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En CAMPOS R. (Comp.) *La Antropología Médica en México*, Tomo I, México, Instituto Mora-Universidad Autónoma de México, 1992.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN *Bases del Plan Federal de Salud 2004- 2007*, mayo de 2004. Disponible en: <http://www.cippecc.org/nuevo/> Acceso 2 de agosto de 2009.

MÓDENA M. Madres, médicos y curanderos, México, SEP/CIESAS, 1990.

NARI M. Del conventillo a la casita propia: vivienda y reproducción en la ciudad de Buenos Aires, 1880-1920. En: *Todo es Historia*, p. 34-41, número 321, abril 1994.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Declaración De Alma Ata, 1978. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm> Acceso 4 de julio de 2008.

SALLES V. y R. TUIRÁN. El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma?. En: STERN C. y G. FIGUEROA (Coord.) *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. México, El Colegio de México, 2001.

WOORTMANN K. Teorías do campesinato en WOORTMAN K. *Herdeiros, Parentes e Compadres. Colonos do Sul e Sitiantes do Nordeste*, San Pablo, Hucitec 1995.

Data de recebimento: 23/09/2009.

Data de aceite: 11/09/2009.

Sobre a autora:

Raquel Irene Drovetta es Licenciada en Sociología. Doctoranda en Antropología por la Universidad Nacional de Buenos Aires. Profesora Adscripta Cátedra Antropología Social y Cultural, Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba. Becaria de Posgrado de Conicet. Miembro del Programa de investigación "Sociedad, Salud, Enfermedad y prácticas de curar" del Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba.