

“Si no tenemos tierra, no tenemos vida”. Mujeres madres y terapias de cuidado en las comunidades wichí de Embarcación, Provincia de Salta

Autora:

Camila Liberal⁷. Universidad Nacional de Villa María,/ Universidad Nacional de Córdoba. Contacto: camilaliberal87@gmail.com

Introducción

Teniendo en cuenta los procesos socio-políticos contemporáneos, evidenciar y poner en tensión los contextos de desigualdad e invisibilización a los pueblos originarios y, la realidad de las mujeres en estas comunidades es una necesidad urgente. Por ello nuestro objetivo, es acercar el inicio del trabajo final de grado en la carrera de licenciatura en sociología, para enriquecer este proceso con los aportes que surjan en estas jornadas. Como también aportar al debate en la discusión en el ámbito de la sociología de la salud y los estudios de género.

Cabe aclarar que aquí no se comparten resultados alcanzados del trabajo final de grado, sino todo lo contrario, los primeros interrogantes que surgen del dialogo de la teoría y los primeros acercamientos al campo. Y que los mismos están en permanente construcción y elaboración, a raíz de la incorporación de nuevas experiencias que surgen del trabajo emprendido. La propuesta del trabajo final de grado persigue describir y analizar las terapias de cuidado que aplican las mujeres madres a sí mismas y dentro de su grupo familiar, permitiendo advertir cómo se articulan las relaciones de poder basadas en el género, la etnia y los modelos de salud. Esto también permitirá explicar el surgimiento, las

⁷ Estudiante avanzada de en la Lic. en Sociología, Universidad Nacional de Villa María. Estudiante de la carrera de abogacía de la Universidad Nacional de Córdoba. Integrante del equipo de investigación Intersecciones de género, raza/etnia, clase y edad en torno al ejercicio de los derechos sexuales y (no)reproductivos. Universidad Nacional de Villa María, y del equipo de investigación E.L.A.P.S (Espacio Laboratorio de Arte/s, Performance/s y Subjetividad/es) Centro de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad. Nacional de Córdoba- Argentina.

tensiones entre Modelo Médico Hegemónico y el Modelo Médico Tradicional que surgen en las terapias de cuidado que se utilizan.

Este proyecto de investigación intenta contribuir al conocimiento de las prácticas de salud de la medicina wichí, a través de las actividades de documentación y difusión académica. De esta manera, aportar al debate que permita entender cómo surgen los cambios en el territorio, cuáles son los factores que operan y los significados que de los mismos existen en la comunidad. Por otra parte, éste se plantea desde una perspectiva de género que contribuya a problematizar el lugar de las mujeres madres en las terapias de cuidado de la salud y en las comunidades wichí. Y que deconstruya el espacio doméstico y de cuidado como un lugar exclusivo de la mujer en la división sexual del trabajo.

Además, se parte también de la sociología de la salud, con la intención central de estudiar cómo la variable étnica estaría incidiendo en relación a la aplicación de las diferentes terapias que conviven en las comunidades wichí en la actualidad. Se busca así problematizar la relación que existe entre los diversos modelos de atención a la salud y la enfermedad que conviven en las comunidades indígenas rurales y que son aplicados por las mujeres madres a sus hijos y grupos familiares que tiene a cargo (Modena, 1990).

Esta ponencia está sistematizado en una breve introducción, y en dos apartados, el primero titulado: “Si no tenemos tierra, no tenemos vida. Los procesos de salud en la comunidad Wichí de la cuenca del río Bermejo”, y el segundo, “Mujeres originarias y salud”. Por último se esbozan algunas reflexiones finales a modo de cierre.

“Si no tenemos tierra, no tenemos vida”. Los procesos de salud en la comunidad wichí de la cuenca del río Bermejo

La cuenca del río Bermejo⁸, constituye un área cultural en la que la interacción entre los distintos grupos indígenas desde antes de la Conquista ha generado rasgos compartidos

⁸ 1 En estas poblaciones existe una gran dificultad para conocer la cantidad de población y su origen. A pesar de poder conocer por otros medios un dato estimativo, la mayoría de las comunidades están censadas por el INDEC como población rural (Esta categoría reúne a las localidades con una población menor a los 2.000 habitantes y que no forman parte de un aglomerado que supere dicha población). Los casos de las comunidades a estudiar no existen datos específicos del INDEC que den cuenta del total de la población de cada comunidad.

en las prácticas de subsistencia, la organización sociopolítica y la cosmología (Gordillo, 2006; Dasso, 1999). Estos pueblos indígenas; wichí, toba, pilagá, fueron reclutados hasta aproximadamente mediados de siglo XX como mano de obra en la consolidación y expansión de la agroindustria azucarera en Salta y Jujuy, siendo sometidos a formas extremas de explotación (Gordillo, 1995b). A partir de la mecanización de la zafra salto-jujeña en los años 60 y la interrupción de este empleo temporal, acabó la fuente de ingresos que cubría la subsistencia de estos pueblos indígenas durante siete meses al año, que condujo a un mayor empobrecimiento relativo y a un incremento de la presión sobre la pesca, la caza y la recolección (Gordillo, 1995a).

A pesar de las fuertes transformaciones que han sufrido en el territorio tras el avance de la frontera agrícola y ganadera (Boffa, 2014). Actualmente subsisten de las actividades de la recolección, la caza y la pesca en menor medida y de acuerdo a las estaciones del año (Dasso, 1999). Estas conviven con la principal actividad actual para la generación de ingresos, en las comunidades wichí del este de Salta, en la cuenca del río Bermejo; la ocupación en trabajos temporales y la venta de artesanías. Que para las mujeres son los tejidos de *chaguar* y, para los hombres, producciones en madera de palo santo. Las materias primas necesarias se extraen del monte en el que viven. Paralelamente, se le suman algunos subsidios a los que les es posible acceder pero que resultan insuficientes para resolver la totalidad de sus necesidades elementales, como son la vestimenta, la alimentación, la escolaridad de sus hijos, el transporte, la atención a la salud, entre otras.

a)- Modelo Médico Hegemónico y Modelo Médico Tradicional

En el marco de esta propuesta es imprescindible evidenciar lo que se entiende por los diferentes modelos médicos y reflexionar acerca de la relación que existe entre ellos. Para esto se parte de la perspectiva teórica expuesta por Eduardo Menéndez. Aunque este

Por otro lado, en El 2004 y 2005 el INDEC relevó la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) con el objetivo de cuantificar y caracterizar la población que se reconoce perteneciente y/o descendiente de pueblos indígenas. De acuerdo a los resultados de la ECPI, hay 600.329 personas con esta característica. Si bien no existe un dato que cuantifique la cantidad de Wichí de esta zona en particular, podemos conocer la

cantidad de Wichí en el total del país 40.036 de los cuales 36.149 pertenecen a Chaco, Formosa y Salta y 3.887 al resto del país.

autor plantea la existencia de tres modelos médicos, aquí se retomarán sobre todo dos: el modelo médico hegemónico (MMH) y el modelo médico tradicional (en adelante MMT).

Menéndez explica que dentro del MMH se pueden reconocer las siguientes características estructurales, en sus palabras:

“Biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, sociabilidad, individualismo(...), la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores”, en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada,” (Menéndez,1992, p. 102).

Estas características permiten su permanencia como hegemónico. Por ejemplo, que sea legítimo jurídica y académicamente le asegura un lugar privilegiado en relación a otros modelos de atención a la salud, que conviven en el mismo espacio social. Como en nuestro caso son las comunidades wichí de la cuenca del río Bermejo, donde conviven el MMH y el MMT. Asimismo, Menéndez agrega más características estructurales al MMH: la *“identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, (...) tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia en dominio a la cuantificación sobre la calidad.”* (Menéndez, 1992 p.102). Estas refuerzan aún más su posición hegemónica. En específico, este modelo MMH, está representado en las comunidades a investigar en el sistema de salud pública, nucleado en Misión Chaqueña y cuenta con un centro de salud

Cabe aclarar que el MMH está representado por el centro de salud zonal público que cuenta con un médico, un odontólogo, dos enfermeros y agentes sanitarios en la zona programática⁹ a estudiar. En cambio, en el MMT destacamos el uso de plantas nativas y de remedios caseros, la asistencia de parteras, el tratamiento de algunas dolencias con la curandera, entre otras. La intención es dar cuenta de cómo se articulan y conviven en la práctica estos modelos de atención, permitiendo observar la pluralidad de posibles

⁹ La zona programática es aquella que el Estado le ha asignado al médico y a los agentes sanitarios como zona geográfica de trabajo.

aplicaciones de terapias de cuidado. Es decir, si esta articulación es complementaria, contradictoria, excluyente o subordinada en cada problemática de salud, ya sea respiratoria, digestiva, ginecológica¹⁰ (embarazo, parto, menstruación, cáncer de útero), entre otras.

En contraste, el MMT se presenta como la otra parte necesaria de la relación de hegemonía/subordinación, presentes entre ambos modelos. En nuestro proyecto buscaremos dar el matiz particular de cada uno de estos modelos y de su relación, en estas comunidades wichí. Donde las mujeres madres son las que articulan y sintetizan la aplicación y uso real de los mismos, al descansar sobre ellas las tareas de cuidado dentro del grupo familiar.

Parafraseando a Menéndez (1994), la articulación entre ambos tipos de atención debe ser pensada primero en el nivel de las prácticas y representaciones de los grupos subalternos y, posteriormente, en el de los servicios y los curadores especializados. Ya que son los sujetos y grupos sociales los que, crean en sus vidas, en función de sus necesidades y posibilidades, estas articulaciones independientemente de que los servicios de uno u otro tipo se opongan, reconozcan y/o incluyan dichos procesos de articulación¹¹

De esta manera buscar lo “tradicional en sí” constituiría un error metodológico, al aislarlo del conjunto de prácticas y representaciones que opera en el grupo concreto a investigar. Por lo que basarse en el *sistema relacional* en el cual se desarrolla este sistema es la clave para llevar a cabo nuestro trabajo de investigación. Por otro lado, existe la tendencia en América Latina¹² de pensar lo tradicional como no modificable o poco modificable, lo que remite a una suerte de esencialismo cultural, donde esta se autoreproduce o tiene a su desaparición. Para observar el MMT en las comunidades wichí,

¹⁰ El uso de la palabra “ginecológica” es propia del MMH y no correspondería trasportarla al MMT. Sin embargo, en este proyecto se utiliza como categoría para referenciar a situaciones de embarazo, control de embarazo, parto, “mal de matriz”, menstruación, anticoncepción y aborto, entre otros cuestiones del sistema reproductor femenino.

¹¹ Más aún, son los conjuntos sociales los que, en función de sus necesidades, construyen nuevas eficacias simbólicas. Si bien los diferentes procesos económico-políticos e ideológicos erosionan y eliminan formas “tradicionales” de eficacia simbólica “curativa”, ello no supone que la eficacia simbólica desaparezca del proceso s/e/a. (Menéndez, 1994, p. 81)

¹² Menéndez explica que opera en tendencias académicas pero también ideológico-políticas, según las cuales la medicina tradicional es pensada como no modificable, poco modificable o no modificable en lo sustantivo. Remite, conscientemente o no, a una suerte de esencialismo que en sus versiones más radicales propone la reproducción cultural de sí misma o inclusive su desaparición por incompatibilidad con los procesos dominantes. (Menéndez, 1994,p. 75)

debemos dar cuenta de las transformaciones que han surgido en el mismo a raíz de la relación con el conjunto de prácticas que operan en estas comunidades.

Una de las características fundamentales de este MMT es en primer lugar, su la eficacia simbólica, en contraste con la eficacia racional del MMH. En segundo, su tendencia al pragmatismo. Y por último su legitimidad comunal e identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica (Menéndez, 1994, 1992). De esta manera, la medicina tradicional wichí podría ser problematizada desde este concepto de MMT, teniendo en cuenta que existen terapias de cuidado reconocidas como tradicionales y vinculadas a un pasado cargado de valores, pero ampliando su alcance al uso que se hacen en el presente de las mismas. En ese sentido, el proyecto intenta dar cuenta de cómo las prácticas de medicina wichí han subsistido, se han transformado y permanecen vigentes con nuevos significados. Asimismo, Menéndez plantea que la relación que existe entre ambos es, más bien, de carácter de complementación y subordinación, y no de oposición. Sin embargo, se buscará reflexionar sobre la dinámica de este vínculo en el caso concreto a investigar.

De las primeras visitas al campo, orientadas al cumplimiento de los objetivos que se plantean en el proyecto de investigación, se desprenden varias cuestiones a abordar en profundidad en las nuevas visitas y análisis de las entrevistas. Sin embargo, ya podemos observar primeros indicios acerca de la necesidad que existe en la comunidad de encontrar una solución al dialogo entre el MMH y el MMT, y asimismo un cuestionamiento al MMH (a pesar de exigir su presencia en la comunidad). Por otro lado, existe una necesidad de revalorizar el saber ancestral, esto surge a raíz de las demandas de la comunidad que se expresan en el documento T.I.E.R.R.A.:

“Queremos además la preservación y difusión del conocimiento ancestral medicinal y natural para que se institucionalice como aporte al conocimiento de las naciones del mundo y para que sea utilizado para el bien y la curación de nuestras enfermedades presentes y futuras. Exigimos también la inclusión en el sistema sanitario de los médicos tradicionales (chamanes) matronas de nuestras comunidades y facilitadores interculturales para

que se vean reflejadas nuestras necesidades idiomáticas y culturales dentro del sistema sanitario nacional”. (Documento T.I.E.R.R.A, 2015)

Tal como ha sido desarrollado, el MMH se caracteriza entre otras cosas, “*por su legitimación jurídica*¹³ y académica de las prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada,” (Menéndez, 1992, p.102). De las primeras entrevistas a la curandera y la partera, se desprende una fuerte preocupación por la legalidad. Ya que las demandas más importantes en sus relatos están vinculadas a la preocupación del ejercicio de la atención en los partos y el riesgo existe al ser amenazadas con una denuncia penal en caso de que surja un resultado no esperado en la atención.

Aquí podemos ver claramente la *legitimación jurídica* que tiene el MMH, mientras que las parteras representan al MMT, que en este sentido no goza de ninguna *legitimidad legal*. Y aquí es necesario problematizar ¿Cómo podemos pensar nuevas formas de articular prácticas de salud de las parteras en un contexto de mayor seguridad sanitaria tanto, para la mujer que será atendida como para las mismas parteras? ¿Es posible pensar una forma que contemple la cosmovisión de las prácticas de salud de la comunidad y garantizar la mayor seguridad en salud y en el ejercicio de la medicina?

Por otro lado, de una lectura de los programas de salud, se observa que en su mayoría no tienen en cuenta la variable étnica. Recién en el año 2005, cuando se crea e implementa una línea de acción tendiente a mejorar la salud y calidad de vida de los Pueblos Originarios, a través de programa de médicos comunitarios¹⁴ basado en intervenciones socio-sanitarias con equipos comunitarios interdisciplinarios, podemos dar cuenta de una política pública en salud basada en la variable étnica en forma exclusiva. A diferencia de los programas de Atención primaria a la Salud, donde la atención a estas

¹³ El resaltado es personal, para destacar un rasgo a problematizar.

¹⁴ Objetivos específicos de Salud Indígena: Incorporar Agentes Sanitarios Indígenas a los Equipos de Salud y garantizar que todas las Provincias con población indígena organicen equipos comunitarios para su atención. Promover que los Agentes Sanitarios sean seleccionados a propuesta de las Comunidades. Instituir como lineamiento del PMC la promoción de prácticas interculturales basadas en la consulta previa e informada, el reconocimiento del modo de vida, y cosmovisión de los pueblos indígenas. Y aportar a la constitución de un diálogo fluido, participativo, e intercultural entre Nación y los representantes de los Pueblos Indígenas en el marco de la legislación nacional e internacional vigente. (fuente: área de salud Indígena, 2011, p. 1)

comunidades era absorbida en categorías más amplias. En esta línea, será necesario problematizar cómo se configuró en la comunidad la aplicación de este programa e interrogarnos acerca de cuál fue el impacto que generó. Y, por otro lado, el cambio de las políticas públicas de salud y sus programas destinadas a estas poblaciones.

De los primeros acercamientos a campo se trasluce que la exclusión de otros modelos de salud por parte del MMH se vuelve efectiva, quedando fuera las prácticas de medicina ancestral de la comunidad. Por el otro lado el control ideológico, podría ser analizado desde varios matices, pero hasta el momento no surgen más que interrogantes: ¿existe una tendencia a priorizar el MMH en las prácticas de los miembros de la comunidad? En caso de afirmarse ¿en qué caso, ante que dolencias o situaciones? ¿Cuál es el impacto que en este sentido tiene la presencia del MMH en la concepción de salud de las comunidades?

La hipótesis principal es que existe una resistencia de los sectores subalterno, en este caso el Pueblo Wichí a la medicina hegemónica y la continuidad de atención en la medicina tradicional es una expresión de esa resistencia. Ya ha advertido Santamaría que *“tanto los sistemas de educación y salud son importantísimas formas de penetración de la sociedad global”* (2007, p. 27). Por ello, de afirmarse esta hipótesis, podríamos evidenciar como a pesar de la penetración de la sociedad global en las comunidades a través MMH, estas se valen de diversas estrategias de atención para resistir, tales como el uso de plantas nativas, la utilización de terapias de salud propias de la comunidad, entre otras. Como señala Drovetta, para las comunidades de la puna, los sistemas de atención a la salud son coexistentes, y las comunidades se valen de numerosas estrategias terapéuticas para atender sus padecimientos (Drovetta, 2012).

Este abordaje teórico nos permitiría pensar cuál es el papel que el MMH cumple en la comunidad, y surgen interrogantes acerca de si el vínculo con el MMT es de complementariedad, contradictorio o de subordinación. En esta dirección cabe preguntarse si estas relaciones son necesariamente excluyentes, o pueden convivir en diferentes grados en nuestro caso de estudio.

b)- Factores determinantes de la Salud

Estudiar los *modelos* médicos permite observar su funcionamiento en un momento histórico concreto y las vinculaciones entre ellos. Sin embargo, considero necesario dar cuenta de las condiciones sociales de existencia¹⁵ que constituyen el escenario donde estos modelos se despliegan. Asimismo, poder reflexionar acerca del proceso social de la salud. Para esto se retoma el concepto de *factores determinantes de la salud* de Roberto Castro.

El autor analiza cómo la sociología construye sus objetos, postulando un modelo social: “*Los factores culturales y socioeconómicos juegan un papel más importante que los biológicos en la producción de las variaciones en los niveles de salud que se advierten en las diversas sociedades*” (Castro, 2013: p. 15). En específico propone tres niveles para estos determinantes sociales de la salud. El primero, de mayor alcance, implica la globalización y el calentamiento global. El segundo nivel, el modo de producción, la clase social (pobreza) y la condición de género. Y el tercer nivel hace referencia a variables intermedias como el proceso de trabajo y apoyo social. Nuestro trabajo persigue indagar acerca de “*los determinantes sociales (no biomédicos) de salud y la enfermedad, y en segundo nivel, problematizar el concepto mismo de salud y demostrar su carácter socialmente construido*” (Castro, 2013: p. 16).

Al sostener que los determinantes sociales de la salud se encuentran más en el plano social que en el biológico, considero que será necesario para esta investigación analizar el contexto en el que las mujeres madres desarrollan su terapéutica, como lo es el impacto del avance de la frontera de producción, la expropiación de las tierras y los desmontes, propios del modo de producción capitalista. Permitiendo a su vez, dar cuenta de la construcción relacional del MMT¹⁶. En esta dirección, Chris Van Dam (2008) explica que “*Salta es una de las provincias con mayores índices de concentración de la propiedad, donde solo el*

¹⁵ “El proceso salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos”. (Menéndez, 1994: p. 72)

¹⁶ Es obvio que en la medida que incluyamos los procesos de hegemonía/subalternidad de los grupos indígenas americanos el conjunto de características enumeradas respecto de procesos de salud/enfermedad/atención, debe ser relacionado con procesos económico-políticos que condicionan y, en algunos aspectos, determinan estos procesos diferenciales. (Menéndez:1994: 79)

0,4% de las tierras son parcelas de menos de 25 has. Mientras que el 63% son de más de 5000 has.”

Por lo que, *“el histórico proceso de concentración territorial fue acompañado por la creciente sojización del terreno y consecuentes desmonte”*. (Boffa, 2014: p. 4). La zona norte de Salta – como en cientos de lugares más del país – se encuentra en un proceso de

deforestación constante y está obligando a los pobladores a vivir en condiciones extremas, librados a su propia subsistencia. La situación de las comunidades rurales wichí con respecto al avance de la frontera agrícola en el departamento de San Martín, Salta, durante el periodo desde 1990 a 2011, fue una historia de degradación ambiental y cultural progresiva. Esta degradación fue variando en etapas, fue lenta entre 1990 a 2004 y acelerada hacia el 2007, aminorando los últimos 3 años (2008 a 2011), pero sin esperanza de desaparecer, más bien al contrario, cobró una nueva fuerza en la actualidad (Boffa, 2012).

La exigencia del cese de los desmontes, es una constante en las entrevistas, como también en diferentes instancias de organización de la comunidad wichí, expresadas por ejemplo, en movilizaciones llevadas a cabo con el fin de frenar un desmonte latente en sus territorios. Las demandas más frecuentes de la comunidad están orientadas a esta problemática, y al acceso a la salud, como un derecho vulnerado con la pérdida de su monte, al ser privados de la fuente de materia prima para sus artesanías, de alimentación, de su medicina, de leña, entre otros.

Pensar la salud en una realidad cotidiana de desmonte y tala legal e ilegal de los recursos nativos en las comunidades, nos obliga a pensar la relación entre la cultura hegemónica de avance de la frontera productiva y de desarrollo económico, frente a una cultura subalterna que demanda el respeto a su salud, exigiendo su derecho a la tierra y al monte. De las primeras entrevista a mujeres madres wichí se desprende la idea de una fuerte vinculación directa entre el monte y la propia vida. Así una de las mujeres que integra la comunidad relata:

“Para que nosotros tengamos la tierra porque si no tenemos no somos nada y todos los empresarios y terratenientes van a seguir

haciendo y también todos nosotros tenemos que acostumbrarnos a comer lo que es del monte, porque está en nuestra sangre, porque si nosotros no mostramos a nuestros chicos vamos a ver los chicos débiles comiendo yogurt y sino comemos iguana o pichi tenemos vida y fuerza y lo que es nuestro. Comer cosas del monte queremos nosotros que somos wichí, sabemos lo que es nuestro, y lo que estamos viendo es una tristeza, un dolor. No vas a comprar lo que es del monte, No nos tenemos que avergonzar de los que somos (María, curandera, 52 años).”

Los relatos del saqueo son tan cotidianos como la exclusión, el hambre y la violación a los derechos. El territorio del monte no es sólo reducible a una categoría de relaciones de producción capitalista, no es entendido como un mero pedazo de tierra para producir más rentas, sino como un concepto más amplio, un lugar de existencia física, cultural y espiritual. El monte se presenta como la fuente de alimentos, de materia prima para sus artesanías, chaguar para realizar tejidos las mujeres, y palo santo para la producción de artesanía en madera de los hombres. El monte se presenta como la vida, así lo expresa una mujer madre wichí en una de las entrevistas:

“Si no tenemos tierra no tenemos vida, esta es la fuente de vida para las mujeres y la generación de los hijos. Las mujeres trabajan la artesanía, y si no hay monte no hay artesanías, no tienen suficiente tierra para recoger chagua, (...) Las mujeres se arriesgan para ir a buscar chagua. Viene gente de afuera y se llevan las toneladas de nuestra madera. A pesar de que somos los dueños de la tierra (Rosa, 39 años)”

El monte es concebido como una fuente directa de medicina, no sólo como un gran pulmón de oxígeno, sino por su variedad de plantas nativas que utilizadas para con fin medicinal por las mismas comunidades en forma ancestral. También una fuente directa de alimentos, desde plantas, frutos y raíces, hasta la fauna nativa que allí vive y existe gracias a él. Acabar con el monte, es acabar con la cultura, y con toda forma de vida.

Aquí tenemos elementos para pensar a los determinantes sociales de la salud, que se corresponden al primer nivel propuesto por Castro, vinculadas a causas externas a la comunidad (aunque habrá que indagar como la agencia de los actores se traducen en diferentes estrategias de resistencia o de reproducción en su caso) como son el avance de la frontera productiva, la expropiación de las tierras y el desmonte, por un lado, y por el otro la clase de pobreza extrema, la etnia y el género.

Y pensar a su vez, hacia adentro de las comunidades, como la necesidad de generar los mecanismos para su subsistencia los obliga a realizar algunas prácticas que llevan a degradar su monte y a reducir y/o perder especies nativas, y aquí surgen los determinantes en tercer nivel, vinculadas al trabajo, que en este caso podría ser problemático, comprenderlo como tal, ya que se trata de situaciones inestables, en condiciones no formales y sumamente precarias, de aquí surge el interrogante sino se trata más bien de medios de subsistencia.

2- Mujeres originarias y salud

Por otra parte, ya en el plano de los individuos, se retoma el concepto *de terapias de cuidado* para hacer referencia a las diversas prácticas de cuidado que las mujeres madres como administradoras de los recursos, conocedoras de la realidad de sus hogares, cuidadoras de la familia y salud, realizan a sus hijos principalmente y a ellas mismas. Esta tarea la realizan ante una necesidad de asistir, colaborar, prevenir, atender el cuidado de la salud. Una terapia puede ser aplicada por ellas mismas, por un médico, un curador. Asimismo, con terapias entendemos tanto las que responden a la medicina tradicional, la medicina alopática, como también prácticas de auto atención. No solamente están circunscriptas al momento de una enfermedad, sino que tienen que ver con un concepto de cuidado más amplio.

Es necesario aclarar que se trabaja con *mujeres madres indígenas* porque, en la división sexual del trabajo, es en ellas descansa la responsabilidad de atender, entre múltiples prácticas del cuidado, a la salud de la familia, especialmente menores y ancianas y ancianos. La perspectiva de género permite problematizar esta naturalización al partir de la distinción de los conceptos sexo y género. Esteban plantea que:

“En el caso concreto de las mujeres supone teorizar, por ejemplo, que la responsabilización de las mujeres respecto al cuidado de las criaturas o enfermos, una división sexual del trabajo que restringe la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, se explica por una biología y una psicología diferencial que, en último extremo, se relaciona siempre con la capacidad reproductiva femenina (Esteban, 2006, p. 11).”

Paralelamente, Modena señala que “*siempre eje e intermediario de las terapéuticas y fuente de decisiones y afectividad, la madre de familia (o una figura femenina sustituta) incluye en su actividad doméstica cotidiana la atención de dolencias familiares en el momento de su irrupción*” (Modena, 1990, p. 126). Sin embargo, no son sólo mujeres madres, sino que además se trata de mujeres indígenas. Por consiguiente, será necesario considerar las especificidades de la división sexual del trabajo y otras dimensiones del género que son propias de las comunidades indígenas.

En ese sentido, no todas las mujeres son iguales, sino que existen otros criterios de diferenciación y subordinación como la etnia. Es necesario reconocer que el género no es el único principio rector de desigualdades. El concepto de *interseccionalidad* permite un análisis completo que “*defina relacionamente el género, la sexualidad, la raza y la clase como elementos que estructuran las relaciones de poder*” (Lugones, 2012: 133). Pese a esta aclaración, la intención de este trabajo es hacer foco en las problemáticas de género sin olvidarnos las otras dimensiones que definen conjuntamente las posiciones de poder e intervienen en la construcción de legitimidad y reconocimiento. Asimismo, la interseccionalidad en tanto categoría nos permite pensar que hay jerarquías entre las mujeres y que algunas de ellas tienen poder cultural y económico sobre otras.

He escogido trabajar con mujeres madres, porque son ellas las que manifiestan la constante preocupación por los problemas de salud, las que llegan al centro de salud solicitando atención, vistan a un curador/a tradicional o la que preparan un té en sus casas para ofrecerles a sus niños, o simplemente una aspirina. Es un sujeto donde la distribución desigual del poder recae con toda la fuerza, siendo mujeres, pobres y originarias. Evidenciar que son ellas, las personas que además de en muchos casos tener que gestionar

los recursos económicos para su grupo familiar, recae sobre ellas la responsabilidad de conocer y protegerlo.

Esta responsabilidad en el ámbito de la salud es muy notoria, siendo ellas las que siempre recurren al centro de salud a realizar las consultas, porque buscan la medicina para proporcionar a su grupo, porque son ellas las que recurren a la comadrona o curador de la comunidad, las que viajan hasta el hospital de Embarcación¹⁷ que es el más cercano. Porque son a ellas a quienes recurren sus hijos ante una dolencia, o requerimiento de atención. El compulsivo confinamiento del espacio doméstico y sus habitantes, las mujeres, como resguardo de lo privado tiene consecuencias terribles en lo que respecta a la violencia que las victimiza. *“Es indispensable comprender que esas consecuencias son plenamente modernas y producto de la modernidad, recordando que el proceso de modernización en*

En marzo del año 2015 cuando se llevó a cabo el 1° Encuentro Intercultural de Mujeres en la comunidad de Misión Chaqueña las preocupaciones que surgieron ponían a la salud como prioridad. Preocupación que fue renovada en los siguientes encuentros anuales (2° marzo de 2016 y 3° marzo de 2017) en la comunidad de Las Llanas. En éstos se concluyó en la necesidad de encontrar una solución a las problemáticas de salud, la salud de su grupo a cargo, de ellas mismas, y de las demandas de mejoras sanitarias en sus comunidades. Como también la necesidad de pensar a la salud como un proceso que afecta a la comunidad en su conjunto, como son el caso de las problemáticas más recurrentes de alcoholismo, violaciones, violencia de los hombres en sus hogares, desmonte, entre otras y las consecuencias que de allí se desprenden para sus comunidades.

Estos encuentros de interculturales de mujeres tienen por objetivo generar un espacio de encuentro, desde las palabras, los saberes, las miradas, las dudas, los silencios, los cuerpos, las danzas, y las culturas. Como resultado del mismo se gestó un diálogo y creación intercultural de una voz de las mujeres de las comunidades, que se expresó en un documento escrito, para alzar un grito que formará parte del Documento T.I.E.R.R.A en mayo del mismo año.

¹⁷ Este se encuentra una hora de distancia por ripio, a unos 40 Km de la Misión Chaqueña. Se trata de un hospital de baja complejidad. *permanente expansión es también un proceso de colonización en permanente curso.”* (Segato, 2011, p. 18).

Luego del 1° encuentro de mujeres en marzo del 2015, se realizó en mayo del mismo año el 1° Pre encuentro de Mujeres al V Congreso de los Pueblos Originarios de la Misión Chaqueña. Allí se elaboró una propuesta escrita con las modificaciones e incorporaciones sugeridas para el documento T.I.E.R.R.A. donde fue aprobado, luego de su debate, un nuevo punto:

“Exigimos una atención de salud respetuosa y sin discriminación para todos nosotros y en especial a las mujeres durante el embarazo, el parto y posparto. Queremos parir en libertad eligiendo dónde, cómo y con quién parir, con una atención que no intervenga nuestros cuerpos sin consentimiento y que se brinde para ellos toda la información necesaria, que se respete nuestra lengua y nuestra cultura de salud. Para ello exigimos el cumplimiento de la ley nacional de parto humanizado n° 25.929. (Punto 11, Documento T.I.E.R.R.A, 2015)”

Y se amplió el punto número 12:

“Y exigimos un la creación de un espacio donde las abuelas parteras de la comunidad puedan transmitir y compartir sus saberes a las mujeres más jóvenes interesadas en continuar acompañando a las mamás con este saber ancestral. (Punto 12, Documento T.I.E.R.R.A, 2015)”

De aquí se desprende, no sólo la fuerte preocupación de las mujeres en al ámbito de la salud sino la exigencia del cumplimiento del derecho a la salud. Desde el acceso a la medicina del MMH, la demanda de mejoras sanitarias y mayores recursos, como la no discriminación étnica al hacer uso de este modelo de atención. Que se les presenta como violento, y privándolas del acceso a la información efectiva, ya sea por no hablar la lengua, o por desconocimiento de su funcionamiento ante la falta de explicación por parte de los que brindan el servicio, a esto se suma la exclusión inherente del MMH. Asimismo, existe la necesidad de revalorizar su cultura y sus propias prácticas de salud tradicional, y por lo tanto el respeto a las mismas. Esto se plasma como un problema de salud, como la demanda al acceso a partos en la forma tradicional y el reconocimiento de sus parteras para ejercer libremente esta práctica.

Es necesario destacar también, que las políticas públicas de salud destinadas para mujeres (MMH) están orientadas a la salud sexual y reproductiva en términos en forma casi exclusiva. Y en esta dirección surgen preguntas como ¿Se han volcado con mayor intensidad los recursos sanitarios a la atención de la salud sexual y reproductiva, y materno infantil? ¿Existe una gran tendencia hacia la institucionalización de los partos en estas las comunidades? Estos puntos deberán ser tenidos en cuenta a la hora de llevar a cabo la investigación en profundidad.

Hemos podido ver como la mujer en el ámbito de la salud, se ve atravesada por múltiples dimensiones, partiendo que se trata de ser mujer, originaria y pobre. Y a todos los determinantes de salud que afectan a la comunidad en su conjunto, en el caso de las mujeres, se agregan, las opresiones de su condición de ser mujer originaria. Desde una experiencia individual, que se experimenta en su propio cuerpo, ya que desde las políticas públicas, se piensa a las mujeres y sus problemas de salud, desde una perspectiva donde la sexualidad está fuertemente anudada a la reproducción. Y a su vez, al ser mujeres originarias ya que quedan excluidas en la alteridad de la concepción de mujer universal presente en estos programas.

Mientras que por otro lado, en el nivel social, dentro de la división sexual del trabajo, a las mujeres les ha sido relegado el ámbito privado. Esto en el ámbito de la salud es muy notorio, ya que es sobre ellas que recaen las tareas de cuidado de su unidad doméstica.

A modo de cierre

Sin dudas que en la comunidad conviven diferentes modelos de atención, y son las mujeres madres las que al estar a cargo del cuidado de sus hijos y otros miembros de su familia, articulan estos modelos, esto ya ha sido demostrado, por Modena, Drovetta, para otras comunidades. Las preguntas que surgen se orientan a pensar ¿cómo son articuladas estas prácticas de atención, y en qué caso se recurre a las diferentes terapias? Como también cabe preguntarnos acerca de ¿qué relación existe entre estos modelos, y si es a partir de la aplicación en cada caso particular en virtud del tipo de padecimiento que

pueden existir diferentes vínculos entre ellas, en forma complementaria, opuesta, o subordinadas?

En esta dirección, dar cuenta de cuáles son los determinantes sociales de la salud que afectan a las comunidades de la cuenca del río Bermejo, como procesos de avance de la frontera productiva, expropiación de las tierras y desmontes, la pobreza, el género y sumado a ello, agregar a este nivel la cuestión étnica racial.

De esta manera arribamos a la hipótesis, las terapias de cuidado de la salud que aplican las Mujeres madres wichí combinan de distintas maneras elementos del MMH y MMT en la atención de la salud y la enfermedad. Se pueden encontrar distinciones en su articulación dependiendo de las problemáticas de salud, ya sea digestivas, respiratorias o ginecológicas, entre otras. En concreto, cuando las mujeres están embarazadas, escogen realizar los controles en el centro de salud; pero, al momento del parto, pueden recurrir a la partera de la comunidad. Esto nos evidenciaría que la medicina tradicional wichí constituye un proceso de resistencia a la cultura hegemónica y, asimismo, nos advertiría que es sobre las mujeres madres sobre quienes recae la tarea de cuidado de la salud de la unidad doméstica. Ellas representan el primer recurso de atención y aplicación de las diferentes terapias.

Bibliografía

- Boffa, N. (2012). *Avance de la frontera agrícola: la situación de las comunidades Wichí en el departamento de San Martín, Provincia de Salta, Argentina*. En Monitoreo de deforestación de montes nativos en región Chaqueña, Argentina. Observatorio de tierras, recursos naturales y medio ambiente Red Forestal Chaco, Argentina (REDAF), Argentina.
- Boffa, N. (2014). *Periodización de las movilizaciones y organizaciones Wichí en la zona rural del chaco salteño (1983-2011)*. Segunda jornadas interdisciplinarias de estudios agrarios del NOA. En Monitoreo de deforestación de montes nativos en región Chaqueña, Argentina. Observatorio de tierras, recursos naturales y medio ambiente Red Forestal Chaco, Argentina (REDAF), Argentina

- Castro, R. (2013). *De cómo la sociología construye sus objetos: El carácter problemático de los “Determinantes” sociales de la salud-enfermedad.* Idéias | Campinas (SP), n°6, nova série, 1° semestre. (pp. 15-39)
- Dasso, M. Franceschi, Z., (2010), *Etno-grafías: la escritura entre los wichí,* Corregidor, Buenos Aires
- Drovetta R. I. *Subjetividades y prácticas en salud sexual y reproductiva. Mujeres indígenas usuarias de programas estatales de salud en Argentina,* en Carossio A. (Coord.) *Feminismo y Cambio Social en América Latina y el Caribe.* Colección Grupos de Trabajo. CLACSO Editores: Buenos Aires. pp. 204-229. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20120912031117/Feminismoycambio-social.pdf>
- Esteban, M. (2006), *El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista,* en *Salud colectiva*, 2(1), (p.p 9-20). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/731/73120102.pdf>
- Gordillo, G. (1995a), *La subordinación y sus mediaciones: dinámicas cazadora-recolectora, relaciones de producción, capital comercial y Estado entre los tobas del oeste de Formosa,* en Hugo Trincheró, *producción doméstica y capital: estudios desde la antropología económica,* Biblos, Buenos Aires, 105-138.
- Gordillo, G. (1995b), *Después de los ingenios: la mercantilización de la zafra saltojujeña y sus efectos sobre los indígenas del Chaco Centro Occidental,* *desarrollo económico* 35(137), 105,126.
- Gordillo, G. (2006), *En el gran Chaco: antropologías e historias,* Prometeo libros, Buenos Aires.
- Lattuada, Mario; Neiman, Guillermo (2005), *El campo argentino,* ediciones capital intelectual, Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1992). *Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales.* En Navarro Campos, R Comp., *La antropología Médica en México,* Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, T.I., México.

- Menéndez, Eduardo (1992), *Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención*. Caracteres estructurales. En Navarro Campos, R Comp., *La antropología Médica en México*, México, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, T.I. (pp. 97-114)
- Menéndez, Eduardo (1994), *La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?*, en *Alteridades* 4 (7), (pp. 71-83). México. Disponible en: <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf>
- Modena, M. E. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, ediciones de la casa chata, Distrito Federal, México.
- Santamaría, Daniel J. (2007), *Etnicidad y Globalización*, Purmamarka Ediciones, Jujuy, Argentina.
- Segato, R. (2007). *La Nación y sus otros. Razas, Etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de políticas de la identidad*. Prometeo Buenos Aires
- Segato, R. (2011) *Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial*. En Bidaseca, K. *Feminismos y poscolonialidad* / Karina Andrea. Buenos Aires. Ediciones Godot, Argentina.

Fuentes

- Área de Salud Indígena (2011), n/a, disponible en: <http://www.msal.gob.ar/chagas/index.php/component/content/article/8-institucional/40-area-de-salud-indigena-?format=pdf>
- Documento T.I.E.R.R.A (2015).
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.
- INDEC. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) 2004-2005.