

Salud y mujeres en las comunidades Wichí de Embarcación, provincia de Salta

Un grito desde la Tierra

Año
2016

Autor
Liberal, Camila

Este documento está disponible para su consulta y descarga en el portal on line de la Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo Alberto Podestá", en el Repositorio Institucional de la **Universidad Nacional de Villa María**.

CITA SUGERIDA

Liberal, C. (2016). *Salud y mujeres en las comunidades Wichí de Embarcación, provincia de Salta*. Villa María: Universidad Nacional de Villa María



II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología - Pre-ALAS- Foro Sur Sur

Grupo temático: Eje 7 "Feminismos, estudios de género y sexualidades"

Título: “**Salud y Mujeres en las comunidades Wichí de Embarcación, Provincia de Salta: Un grito desde la Tierra**”.

Autora: Camila Liberal¹

Palabras Claves: Mujer originaria, Wichí, Colonialidad, Salud, Modelos de salud.

Introducción

En el presente trabajo se persigue aportar a la reflexión de los procesos socio-políticos contemporáneos, que pongan en evidencia los contextos de desigualdad e invisibilización de los pueblos originarios en nuestra Argentina actual, frente a una cultura global hegemónica.

Esta es la presentación de los primeros avances de un trabajo final de grado en la carrera de Licenciatura en Sociología, aquí intentó exponer los primeros acercamientos al campo, y el esbozo de algunas ideas primarias que fueron surgiendo, pero que están en permanente construcción y elaboración, a raíz de la incorporación de nuevas experiencias por un lado, y por el otro exponer los interrogantes que surgen de la misma.

El objetivo de mi trabajo de Tesis, es describir y analizar las terapias del cuidado de la salud que existen en la comunidad indígena Wichí. Caracterizando los saberes locales en torno a las terapias que se utilizan. Y así situar el papel de la medicina tradicional analizando los criterios y prácticas terapéuticas implicadas. Y como resultado de un proceso de transformación de las relaciones sociales en la comunidad.

He escogido trabajar con mujeres madres, porque son ellas las que manifiestan la constante preocupación por los problemas de salud. Es un sujeto donde la distribución desigual del poder recae con toda la fuerza, siendo mujeres, pobres y originarias. Lejos de suponer que son ellas quienes deben realizar estas tareas vinculadas al hogar, espacio privado por excelencia. Se trata pues, de todo lo contrario, poniendo en evidencia 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.

¹ Universidad Nacional de Villa María - Sede Córdoba - camilaliberal87@gmail.com

Este trabajo está sistematizado en una breve introducción, y en 2 apartados, el primero; “Si no tenemos tierra, no tenemos vida”. Los procesos de salud en la comunidad Wichí de Misión Chaqueña, y el segundo, Mujeres originarias y salud. Y por último esbozaré algunas reflexiones finales.

1. “Si no tenemos tierra, no tenemos vida”. Los procesos de salud en la comunidad Wichí de Misión Chaqueña

a)-Factores determinantes de la Salud.

Partiendo de la necesidad de hacer de cada problema, un problema sociológico, que dé cuenta del proceso de historización, en que se dan las relaciones sociales que configuran hoy las prácticas de salud, de la comunidad de la Misión Chaqueña, y así aportar a la historización de las relaciones sociales en que están inmersos los pueblos originarios, que brotan por nuestra sangre y por nuestra historia.

Este trabajo se desarrolla en comunidades del norte argentino, que pertenecen a la región del gran chaco salteño. La Misión Chaqueña, constituye un área cultural en la que la interacción entre los distintos grupos desde antes de la Conquista, y hasta la actualidad, ha generado rasgos compartidos en las prácticas de subsistencia, la organización sociopolítica y la cosmología.

Pueblos sujetos al Genocidio que continúa con el hambre, la indiferencia, la invisibilización de su historia y de su presente, al hablarse de los pueblos originarios como algo que ya no existe, como parte de un pasado que no es nuestro, como aquello que es remanente de una nación consolidada. Un genocidio cultural, al imponerles nuevas formas de consumo y de vida como una posibilidad mejor y superadora. Que también se expresa en el ámbito de la salud a través del modelo Médico Hegemónico, en adelante MMH.

En estas poblaciones existe una gran dificultad para conocer la cantidad de población y su origen. A pesar de conocer por otros medios un dato estimativo, la mayoría de las comunidades, están censadas por el INDEC² 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). El caso de la Misión Chaqueña, si bien se trata de

² Utilizó como fuentes complementarias de información el Formulario de los agentes sanitarios de las comunidades. Como también los datos relevados y elaborados junto a las comunidades por el Hospital Comunitario Móvil Salvador Mazza.

una población censada, y de una comunidad que está compuesta en su mayoría por Wichí, no existen datos específicos del INDEC que den cuenta de esto. Según el último censo se trata de una población rural, esto significa que no hay datos precisos oficiales sobre la población total de la misma, pero que son menos de 2000.

Por otro lado, en El 2004 y 2005 el INDEC³ 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 indígenas⁴. 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 la Misión Chaqueña 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.

Una primera aproximación teórica a nuestro abordaje nos lo brinda Roberto Castro al debatir el carácter problemático de los determinantes sociales de la salud y enfermedad. Castro (2013) 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.”(p.15).

Luego explica, los determinantes de los problemas sociales de la salud desde diferentes enfoques teóricos. Allí también propone tres niveles para estos determinantes sociales de la salud, siendo el primero; de mayor alcance, la globalización y el calentamiento global, en un segundo nivel se encuentra; al modo de producción y a la clase social (Pobreza) y la condición de género. Y el tercer nivel; que hace referencia a variables intermedias, como el proceso de trabajo y apoyo social. Y finalmente, en el plano de los individuos, recurre a la categoría de los estilos de vida.

En este trabajo exploratoria la intención es interrogar acerca de “los determinantes sociales (no biomédico) 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).

³ Fuente: INDEC. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) 2004-2005- Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

⁴ Alrededor del 1% de estas personas tiene ascendencia indígena mixta (sus progenitores pertenecen a distintos pueblos) y no se reconocen pertenecientes a ningún pueblo específicamente. En consecuencia, en esta medición, están formando parte de uno y otro pueblo indígena.

Siguiendo a Castro (2013), al sostener que los determinantes sociales de la salud se encuentran más en el plano social que en el biológico, para conocer los determinantes de la salud “una primera contribución que hacen las ciencias sociales ha sido la problematización y crítica que hacen de las condiciones materiales de vida y de los arreglos sociales que lo hacen posibles” (p.16). En este sentido, considero que será necesario para esta investigación problematizar el Impacto en la salud de la comunidad del avance de la frontera de producción, la expropiación de las tierras y los desmontes, propio del moderno modo de producción capitalista. Ya que desde los primeros acercamientos al campo, el monte se presenta desde sus relatos, como territorio para su existencia, para su vida, como fuente de alimentación, de medicina, y como identidad cultural.

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. Las demandas más frecuentes de la comunidad están orientadas a esta problemática, y a el acceso a la salud, desde un óptica más amplia, considerando que el monte es un lugar esencial para tener una vida saludable.

Otra de las grandes demandas está orientada al abastecimiento de agua potable, derecho que no está garantizado en todas estas comunidades, sino que en su gran mayoría, están destinadas a abastecerse de agua de charcos al lado de rutas, estanques y bebederos de animales.

Tema que atrae el trabajo de organizaciones no gubernamentales, que a través de sus proyectos realizan pozos de aguas en algunas comunidades. Dejando en evidencia la gran ausencia de políticas públicas concretas, destinadas a garantizar un derecho humano tan elemental como el acceso al agua potable. Esa problemática sin dudas, es crucial, a la hora de hacer un trabajo de investigación en el ámbito de la salud, considerando la pluralidad de problemáticas sanitarias que implica el consumo de agua contaminada, estancada, o no potable.

Pensar la salud en una realidad cotidiana de desmonte y tala legal e ilegal de los montes nativos en las comunidades, nos obliga a pensar la relación entre la cultura global 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.

Chris Van Dam (2008) explica que Salta es una de las provincias con mayores índices de concentración de la propiedad, donde solo el 0,4% de las tierras son parcelas de menos de 25 has. Mientras que el 63% son de más de 5000 has.

“Hacia finales del siglo XX, en la región Chaco-Salteña el avance de la tecnología permitió a los propietarios privados convertir estas grandes extensiones de territorios (con sus ríos, bosques y selvas), hasta el momento marginales para la agricultura, en lugares aptos para actividades extractivas y -sobre todo- para el cultivo de la soja” (Lattud y Neiman, 2005, p.60).

Por lo que, el histórico proceso de concentración territorial, fue acompañado por la creciente sojización del terreno y consecuentes desmontes. (Boffa, 2014, p.4)

De sus propios relatos se desprende la idea de una fuerte vinculación directa entre el monte y la propia vida, desde la presencia física hasta la cultural y espiritual, tienen su fuerza en el monte, monte que desde siempre fue su territorio. Por lo cual no podemos pensar la salud de esta comunidad sino tenemos en cuenta estos determinantes sociales de la salud, que afectan la existencia física y cultural de la comunidad y sus miembros.

“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 sin 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, Partera).

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 como un mero pedazo de tierra para producir más rentas, sino como un concepto más amplio, un lugar de existencia física, cultural y espiritual, siendo el monte la fuente de toda forma de vida (animal, vegetal, mineral y humana), incluso la existencia de la misma comunidad Wichí como tal. Así el monte, se presenta como la fuente de

alimentos, la fuente de chaguar para realizar tejidos las mujeres, y de palo santo para la producción de artesanía en madera de los hombres.

“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).

El monte es concebido como una fuente directa de medicina, no sólo como un gran pulmón de oxígeno, sino por su exquisita variedad de plantas nativas que son utilizadas para uso medicinal por las mismas comunidades en forma ancestral. El monte, es 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.

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).

Podemos pensar entonces, determinantes sociales de la salud, que se corresponden al primer nivel, vinculadas a causas externas a la comunidad, procesos de avance de la frontera productiva, expropiación de las tierras y desmontes, por un lado, y conjuntamente con la clase social, que es este caso el la pobreza extrema, y alejándonos en este sentido de Castro considero necesario agregar a este nivel la cuestión étnica racial.

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 de mucho valor para ellos, 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 se desprende el interrogante sino se trata más bien, de medios de subsistencia.

Entonces, si el monte se presenta como la fuente de vida, debemos preguntarnos ¿cómo estos procesos, de avance de la frontera productiva, expropiación de las tierras y desmontes, impactan en las problemáticas sanitarias de la comunidad?, y, ¿cómo afectan estos a los procesos de salud?

b)- Modelo Médico Hegemónico y Modelo Médico Alternativo Subordinado

Para comprender cómo se configura la relación entre una cultura global hegemónica y la cultura subalterna de la comunidad. Y para intentar dar algunas respuestas a interrogantes como ¿cuál es el papel de la medicina del MMH en la comunidad?, y ¿cómo se establecen los vínculos entre ambas formas de concebir y practicar la salud? y entonces ¿cómo y en donde situar el papel de la medicina tradicional? Un abordaje teórico con esta perspectiva, nos los brinda Eduardo Menéndez (1992). Por el momento trabajaré con dos de los tres modelos de medicina que propone, el MMH y el modelo médico alternativo subordinado, en adelante MMAS.

Teniendo en cuenta que el objetivo de este trabajo es describir cómo es que se dan las prácticas en este segundo modelo, y más específicamente las prácticas de medicina Wichí. El primer modelo, va a ser observado a los fines de entender cómo se dan las disputas de poder en el campo de la salud dentro de la comunidad, y cómo se configuran así las prácticas sociales en este plano. Entendiendo que la medicina hegemónica principalmente, en este caso representado por el centro de salud, y otros factores han configurado las relaciones sociales que surgen de las prácticas de la medicina que tienen los miembros de la comunidad.

Eduardo Menéndez (1992) explica que dentro del MMH se pueden reconocer tres submodelos; modelo médico individual privado, modelo médico corporativo público y modelo corporativo privado. En nuestro caso de estudio la presencia del modelo médico hegemónico se da sólo a través del modelo médico corporativo público. En la misión chaqueña el sistema de salud pública, cuenta con un centro de salud, 5 agentes sanitarios, y un médico que vive en la población, sin embargo es necesario destacar que no es originario de la comunidad. Las prácticas médicas de este sistema son las de carácter hegemónico, respondiendo a necesidades solo a nivel de atención primario de la salud.

Para el autor, el MMH en todas sus formas presentan las mismas características estructurales:

“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).

En la Misión Chaqueña, surge de las primeras dos entrevistas a mujeres curanderas y parteras, la preocupación en este sentido, ya que una de las demandas más importantes están vinculadas a la preocupación del ejercicio de la atención en los partos y el riesgo que tienen al ser amenazadas, con una denuncia penal, en caso de que surja un resultado no esperado al momento del parto. De su relato, se da cuenta de la amenaza, ante el riesgo de un parto domiciliario, y la posibilidad de ser judicializadas si algo sucediese.

Aquí podemos ver claramente la legitimación jurídica que tiene el MMH, mientras que las parteras representan al MMAS, 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 marco de mayor seguridad sanitaria para la mujer que será atendida por un lado, y por el otro, 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?

Menéndez (1992) agrega más características estructurales al MMH: “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.”(p.102).

Y de estas podemos observar con los primeros acercamientos a campo, que sin duda 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? ¿Cuál es el impacto que en este sentido tiene la presencia del MMH en la concepción de salud de las comunidades?

Y al MMAS lo explica así: “En este modelo se integran las prácticas reconocidas generalmente como “tradicionales”. Pero esta calificación no sólo connota una suerte de “pasado” cargado de valores, sino que clausura toda la serie de prácticas alternativas que se van constituyendo como dominantes” (Menéndez, 1992, p.102). De esta manera podemos pensar que la medicina tradicional o ancestral Wichí podría ser problematizada desde este MMAS⁵, teniendo en cuenta que existen prácticas de salud reconocidas como tradicionales, vinculadas a un pasado cargado de valores. Y es en virtud de estas últimas que este trabajo intenta dar cuenta de cómo las prácticas de medicina Wichí han subsistido, se han transformado y permanecen vigentes con nuevos significados.

Este abordaje teórico nos permitiría pensar cuál es el papel del modelo médico hegemónico cumple en la comunidad, y nos surgen interrogantes acerca de si el vínculo con el modelo médico tradicional es de complementariedad, es contradictoria o de subordinación. O quizás yendo más allá del autor, interrogarnos acerca de si estas relaciones son necesariamente excluyentes, o pueden convivir en diferentes grados en este caso de estudio.

Considero que hay algunas cuestiones que no se pueden dejar de lado, tales como las demandas de la comunidad que se expresa en el documento Documento T.I.E.R.R.A⁶.

“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)

⁵ Sostiene que las principales características del mismo son: “Los caracteres básicos de este modelo son: concepción globalizadora de los padecimientos y problemas (las acciones terapéuticas suponen casi siempre a la eficacia simbólica y a la sociabilidad como condicionantes de la eficacia), tendencia al pragmatismo, ahistoricidad, asimetría en la relación curador-paciente, participación subordinada de los consumidores, legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas, identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica, tendencia a excluir a otros de su “saber y prácticas curativas”(Menéndez, 1992, p.103).

⁶ Tratado Interétnico para la Refundación de la República Argentina. Este documento fue elaborado por la comunidad hace 6 años en el año 2010, en el primer congreso de los pueblos originarios en la Misión Chaqueña, donde se reúnen cada año los caciques y miembros de la comunidad, a revisarlo, modificarlo, y defenderlo. En él se manifiestan las demandas más importantes para las comunidades de la Zona de Embarcación y la cuenca del Río Bermejo.

Como también, considerar que la mayoría de los programas de de salud no tienen en cuenta la variable étnica, y que no parece haber existido una política pública nacional de salud diseñada teniendo en cuenta la variable étnica. Que recién hasta 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 partir de intervenciones socio-sanitarias con equipos comunitarios interdisciplinarios, a través de programa de médicos comunitarios⁷. Aquí será necesario problematizar cómo se configuró en la comunidad la aplicación de este programa que se desarrolla dentro del programa de médicos comunitarios. E interrogarnos acerca de cuál fue el impacto que generó en las comunidades.

2- Mujeres originarias y salud

Existe una clara relación entre salud y mujeres, ya que son ellas quienes en sus hogares aplican y deciden qué terapias de cuidado serán utilizadas para su grupo a cargo. Con terapias de cuidado, intentó hacer referencia a las diversas prácticas de cuidado que las madres como administradoras de los recursos, conocedoras de la realidad de sus hogares, cuidadoras de su familia y de su salud, realizan a sus hijos principalmente y a ellas mismas. Tarea que les ha sido delegada en la división sexual del trabajo, y que realizan ante una necesidad de asistir, colaborar, prevenir, atender el cuidado de la salud. Ya sea aplicada por ellas mismas, por un médico, un curador, o de una medicina (droga o planta), etc. Cuando propongo esta idea de terapias entiendo tanto terapias de medicina tradicional, medicina alopática, o prácticas de autoatención.

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, o la que preparan un té en sus casas para ofrecerles a sus niños, o

⁷ 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.
- 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.

simplemente una aspirina. Es un sujeto donde la distribución desigual del poder recae con toda la fuerza, siendo mujeres, pobres y originarias.

La idea de trabajar con mujeres madres, es lejos de suponer que son ellas quienes deben realizar estas tareas vinculadas al hogar, espacio privado por excelencia, y naturalizar la responsabilidad que les ha sido delegada. Se trata pues, de todo lo contrario, poniendo en evidencia 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 Embarcación⁸ que es el más cercano. Porque son a ellas a quienes recurren sus hijos ante una dolencia, o requerimiento de atención. La intención de este trabajo, es poner en evidencia que dentro de la división sexual del trabajo, le ha sido delegada a la Mujer las tareas vinculadas al ámbito doméstico, privado.

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 permanente expansión es también un proceso de colonización en permanente curso. (Segato, 2011, p. 18).

No solo a partir de los acercamientos a campo, y de la observación y los diálogos con diferentes actores de la comunidad, se desprende esta fuerte vinculación, sin que además en marzo del año 2015, cuando se llevó a cabo el 1º Encuentro Intercultural de Mujeres. Las preocupaciones que surgieron ponían a la salud como prioridad. No solo la salud de su grupo a cargo, como las problemáticas y demandas de mejoras sanitarias, sino además, pensando a la salud como un proceso que afectaba a la comunidad en su conjunto, como sucedía cuando surgían las preocupaciones por el alcoholismo, el desmonte, las violaciones

⁸ 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.

a las mujeres cada vez más recurrentes, la violencia de los hombres en sus hogares, y los riesgos que esto implicaba para la comunidad.

Este encuentro tenía 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 propia de las mujeres de las comunidades, que se expresaban en él un documento escrito, para alzar un grito que formará parte del Documento T.I.E.R.R.A en mayo del mismo año.

Luego del 1° encuentro de mujeres en marzo del 2015, 2 meses después se realizaría en mayo el 1° Pre encuentro de Mujeres al V Congreso de los Pueblos Originarios. Donde se elabora una propuesta escrita con las modificaciones e incorporaciones al documento T.I.E.R.R.A. que sería presentada por ellas mismas, en el V Congreso de los pueblos originarios de Misión Chaqueña.

Así, es como, en el V Congreso de los pueblos originarios de Misión Chaqueña, 24 y 25 de mayo de 2015, se agregarían un nuevo punto al Documento T.I.E.R.R.A:

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 ampliará 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. (Documento T.I.E.R.R.A, 2015, Punto 12)

Sin dudas de aquí se desprende, no sólo la necesidad de las mujeres en al ámbito de la salud, como un derecho, como el acceso a la medicina del modelo médico hegemónico, y la no discriminación en la inserción de ellas en ese sistema, que se les presenta como violento y de exclusión, sin acceso a la información, a veces por no hablar la lengua, a veces

simplemente por desconocimiento de su funcionamiento, sumado a la exclusión inherente del MMH.

Sino también, como un problema de salud, que tiene que ver con sus derechos culturales, como el acceso a partos en la forma ancestral y reconocimiento de sus parteras. Y la necesidad de recuperar, y de proteger las prácticas de salud del modelo médico subordinado.

En este sentido es necesario destacar, que las políticas públicas de salud (MMH) están destinadas a la Salud sexual y reproductiva en forma casi exclusiva. Y en este sentido surgen preguntas como ¿los recursos sanitarios se han volcado con mayor intensidad a la atención de la Salud Reproductiva femenina y materno infantil? ¿Existe una gran tendencia hacia la institucionalización de los partos en las comunidades, y en el sistema sanitario nacional? A estas alturas no me atrevería a afirmarlo, sin embargo, esta tendencia se hace cada vez más evidente.

En este sentido vemos 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 no solo quedan excluidas en la alteridad de la concepción de mujer universal (propia del feminismo eurocéntrico) que se encuentra presente en estos programas, sino que no podemos dejar de pensar que las relaciones de Género se ven modificadas Históricamente por el colonialismo (Segato, 2011).

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.

Reflexiones Finales

A modo de cierre, comparto algunas ideas que fueron surgiendo de estos primeros avances. En primer lugar, dar cuenta de cuáles son los determinantes sociales de la salud, que afectan a la comunidad de la misión chaqueña, como procesos de avance de la frontera

productiva, expropiación de las tierras y desmontes, la pobreza, y sumado a ello, agregar a este nivel la cuestión étnica racial. Sin dudas el avance del modo de producción capitalista y su cultura hegemónica, han avanzado sobre las comunidades y su territorio, atentando con su fuente de vida, como lo es el monte. En ese sentido debemos preguntarnos ¿cómo estos procesos, de avance de la frontera productiva, expropiación de las tierras y desmontes, impactan en las problemáticas sanitarias de la comunidad?, y, ¿cómo afectan estos a los procesos de salud?

En este mismo apartado, se da cuenta de la vinculación que existe entre MMH y el MMAS, desde este abordaje teórico nos permitiría pensar cuál es el papel del modelo médico hegemónico cumple en la comunidad, y nos surgen interrogantes acerca de si el vínculo con el modelo médico tradicional es de complementariedad, es contradictoria o de subordinación. O quizás yendo más allá de la propuesta de Menéndez, interrogarnos acerca de si estas relaciones son necesariamente excluyentes, o pueden convivir en diferentes grados en este caso de estudio.

En el segundo apartado “mujer originaria y salud”, partiendo de reconocer que las relaciones de género se ven necesariamente modificadas históricamente por el colonialismo moderno y de la necesidad de poner a la par al género, la raza y la colonialidad, y no pensarlos como algo excluyente. Vemos como la como la mujer Wichí en el ámbito de la salud, se ve atravesada por múltiples dimensiones, partiendo que se trata de ser mujer, originaria y pobre. Y además de 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. Por un lado desde la dimensión de las políticas públicas (MMH), son excluidas en la alteridad de la concepción de mujer universal (propia del feminismo eurocéntrico).

Mientras que por otro lado, en la dimensión 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.

Bibliografía

- Boffa, Natalia (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)
- Boffa, Natalia (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)
- Castro, Roberto (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.
- 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.
- Rapaport, Mario (2000). Historia Económica, política y social de la Argentina. Ediciones Macchi. Buenos Aires. pp. 45-80.
- Segato, Rita (2007). La Nación y sus otros. Razas, Etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de políticas de la identidad. Buenos Aires Prometeo
- Segato, Rita (2011) Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial. En Bidaseca, Karina Andrea. Feminismos y poscolonialidad / Karina Andrea. Buenos Aires. Ediciones Godot Argentina.

Fuentes

- Area de Salud Indígena (2011), n/a, www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/area-de-salud-indigena.
- Documento T.I.E.R.R.A (2015).
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.
- INDEC. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) 2004-2005.