
Título: Mujeres madres wichí y salud, entre el modelo médico hegemónico y el modelo médico tradicional

Mesa 11: Sociología y salud. Percepciones, construcciones y reflexiones sobre el proceso salud-enfermedad-atención como práctica social compleja

Liberal, Camila¹

Resumen

En esta ponencia pretendo compartir, algunos hallazgos que surgieron del trabajo final de grado para la licenciatura en Sociología de la UNVM, que finalice en el 2019. A lo largo de este se persiguió analizar las terapias del cuidado de la salud que aplican las mujeres madres y su lugar como cuidadoras en la comunidad indígena wichí Misión Chaqueña. Se buscó evidenciar las mediaciones y relaciones entre los MMH y MMT. Para ello, se elaboró una perspectiva teórica que pusiera en diálogo los determinantes sociales de la salud y las mujeres madres indígenas como cuidadoras. Ellas, al cumplir la función de terapeutas familiares, ponen en vinculación los modelos médicos, haciendo uso de ellos dependiendo de los recursos y necesidades de cada caso.

¹ Licenciada en sociología, UNVM. Doctoranda en Antropología. CONICET- IDACOR-UNC. 2020-2025 Mail: camilaliberal87@gmail.com

La metodología utilizada para realizar esta investigación fue en primer lugar la etnografía, a partir de la observación participante. En segundo lugar, se realizaron 19 entrevistas Palabras clave: mujeres madres wichí, salud, tareas de cuidado

1. Introducción

En esta ponencia se busca compartir y poner en discusión algunos de los resultados alcanzados en mi trabajo final de grado para la licenciatura en Sociología de la UNVM, defendida en febrero del 2020.

Este trabajo comienza con una contextualización de las comunidades wichí de la cuenca del río Bermejo, y luego se problematiza el lugar de las mujeres madres como cuidadoras y su lugar como primer recurso de atención a la salud en las comunidades. Luego se esbozan los principales determinantes a la salud que existen en la actualidad y a continuación el modo en que se configuran en ese marco los itinerarios terapéuticos que sintetizan las mujeres madres wichís, tensionando las relaciones entre el modelo medico hegemónico y el modelo medico tradicional.

La metodología utilizada para realizar esta investigación fue en primer lugar la etnografía, a partir de la observación participante. En segundo lugar, se realizaron 19 entrevistas semiestructuradas a referentes de las comunidades wichí, curadores y curadoras tradicionales, integrantes del modelo médico hegemónico que prestaban servicio de atención en el territorio al momento de la investigación, y a mujeres madres. Por último, se realizó un análisis normativo y documental sobre las leyes nacionales e internacionales que regulan el derecho a la salud de las mujeres indígenas y programas de atención primaria que establecen el acceso a este derecho.

2. a Breve descripción de las comunidades

La cuenca del río Bermejo, constituye un área cultural en la que la interacción entre los distintos grupos indígenas desde antes de la conquista ha generado rasgos compartidos en las prácticas de subsistencia, la organización sociopolítica y la cosmología (Gordillo,

2006; Califano, 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, 1995).

En las comunidades wichí del este de Salta, actividades tradicionales como la caza, la pesca y la recolección de frutos se encuentra cada vez más restringida debido al avance de la frontera productiva. Como actividades para generación de ingresos se destaca como una de las principales la venta de arte², que hoy constituye una de las actividades económicas más importantes de las comunidades, en ella se puede evidenciar nítidamente la división sexual del trabajo en las comunidades wichí de la cuenca del Bermejo. En ésta para las mujeres corresponden los tejidos³ tradicionales de chaguar (fibra natural que recolectan las mujeres) y lana e hilos industriales en la actualidad. Y para los hombres, producciones en madera de palo santo. Las materias primas necesarias se extraen del monte en el que viven.

A la venta de arte se suman para hombres principalmente, la elaboración de carbón⁴, el trabajo en algunos aserraderos dentro de la comunidad de Misión Chaqueña o en la comunidad wichí cercana de Carboncito. Y asimismo, trabajos temporales informales “changas” sobre todo en fincas que producen en la zona (por ejemplo: Salvita) y en ocasiones trabajan de varilleros (cortando varas de duraznillo para cercos) o cortando madera de palo santo. A esto debe sumarse las transferencias del estado, que

² Utilizo esta palabra, porque si bien en la bibliografía Califano, Dasso (1999); Leake (2008), Suarez (2014), y también de algunas entrevistas surge la categoría de artesanía, considero que la palabra arte evidencia un valor mucho mayor de lo que es elaborado manualmente y en forma creativa por los hombres y mujeres de la comunidad.

³ El tejido por excelencia es la famosa “yica”; un bolso tejido con chaguar y los “choritos” búhos pequeños tejidos con chaguar sobre un caracol, con semillas para los ojos, y una espina de palo borracho para su pico. También elaboran collares, pulseras, aros, cinturones, móviles, monederos y figurillas con formas de animales, entre otros, a partir de fibras de “chaguar”, del uso de semillas, pedacitos de maderas, espinas, frutos, entre otros productos de diversas especies vegetales y animales.

⁴ “Carbón: Desde hace muchos años los varones wichís se dedican a fabricar carbón (jwisnyo) como medio para subsistir. Para ello se internan en el monte donde pasan jornadas enteras dedicadas a la tarea, dado que todo el proceso se realiza allí. La elaboración del carbón, se realiza en hornos grandes de barro, que ellos construyen dentro del monte, y muchas veces, esta actividad es una actividad que se realiza entre el grupo familiar.

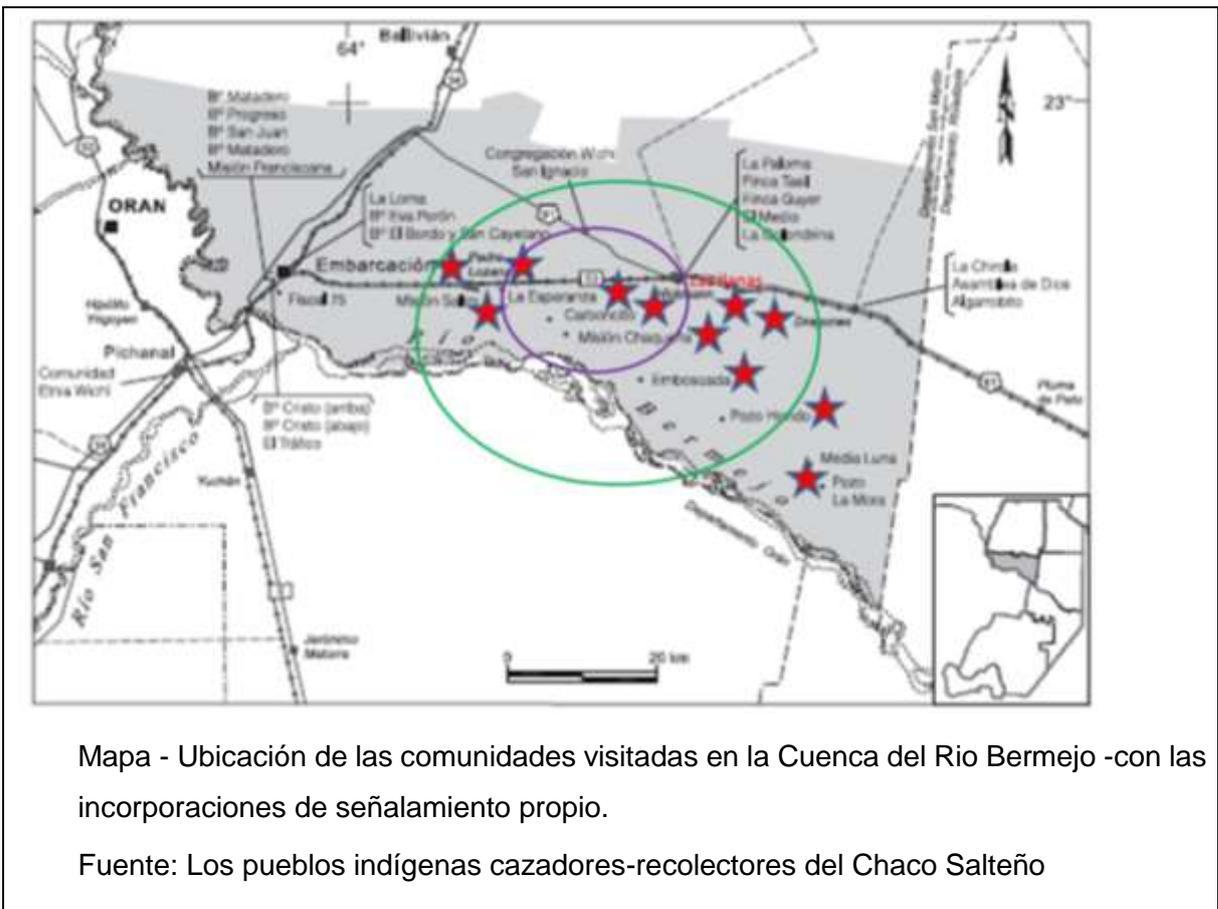
representan un importante, a pesar de su escaso alcance para lograr cubrir las necesidades más fundamentales de los grupos familiares.

En relación a la(s) religión(es), tema que requiere profundidad pero que excede a este trabajo, mencionaré que hay una actividad religiosa muy fuerte en las comunidades. Durante la segunda década del siglo XX, “South American Mission Society (SAMS) fundó Misión Chaqueña, en un lugar llamado el Algarrobal en la provincia de Salta” (Dasso, Franceschi, 2010, p. 71). Esta es una de las comunidades más grandes de la Cuenca, y se sitúa a 45km de Embarcación, una pequeña ciudad de referencia ubicada en la zona de expansión agrícola (con producción de soja, porotos, pimientos, y verduras).

En Misión Chaqueña hay más de cinco iglesias. La iglesia Anglicana de presencia histórica fundante, da origen a la Comunidad: “A principios de siglo XX, uno de los ingenios azucareros de capitales ingleses, La Esperanza, promovió la llegada de la iglesia Anglicana, donando a South American Mission Society (SAMS) los terrenos para fundar la primera Misión: Misión Chaqueña” (Dasso, Franceschi, 2010, p. 72). Tal como sostienen las autoras junto a la evangelización, la salud y la educación fueron las principales preocupaciones de los misioneros anglicanos. Los mismos huyeron al exilio, según surge de las entrevistas en el 1982, a raíz de la guerra de Malvinas, por lo que otorgaron la propiedad de las tierras a la comunidad a sus hijos y sus nietos. Por otro lado están presentes en la comunidad y han cobrado mucha fuerza, la iglesia evangélica, la cuadrangular, la iglesia del séptimo día, la universal, asamblea de Dios y nuevas iglesias anglicanas que se van creando en domicilios particulares.

Por último, acerca de la zona geográfica donde realicé esta investigación, indico en el mapa elaborado por Leake (2008)⁵ las comunidades visitadas.

⁵ En su obra “Los pueblos indígenas cazadores y recolectores del Chaco Salteño: Población, economía y tierras”, realiza una investigación, que permite saldar un vacío de información (sobre todo oficial) y dar algunas estadísticas en relación a la población, a las comunidades



En el mapa puede observarse las diferentes comunidades relevadas por la investigación de Leake (2008), para el departamento de Embarcación, en él he marcado con estrellas rojas aquellas comunidades que he visitado durante el periodo de esta investigación (2016/2019), y he agregado una comunidad que no aparece y que he visitado en múltiples ocasiones. El círculo verde delimita aquella zona de visitas más frecuentes y donde se realizaron observación participante y registros de campos, y con él pretendo evidenciar la zona de la cuenca del Bermejo abordada en este trabajo. Con el círculo

presentes en cada departamento de Salta, entre otros. La metodología aplicada combinó la técnica del formulario de encuestas con la metodología de censos participativos.

violeta he delineado la zona donde he dado mayor profundidad a esta investigación, y donde he realizado las entrevistas a mis interlocutores.

3. Mujeres madres wichís y salud

Para este trabajo la investigación de Mariana Gómez (2016) resulto esencial, la autora tensiona y complejiza la mirada cosmologicista sobre el género en las mujeres indígenas del Chaco. Uno de sus principales aportes ha sido evidenciar como “en la etnografía argentina actual del Chaco todavía existen miradas que cosifican a las mujeres indígenas y a los sistemas sexo género de sus grupos de pertenencia” (p. 55), y explica que esto se debe a que las mismas “están desvinculadas del presente y no dan cuenta de los procesos que atravesaron en el último siglo y que impactaron en sus subjetividades, identidades y condiciones de vida (proletarización, evangelización, escolarización, proyectos productivos de ONG, participación política, etc.)” (p. 55).

A esta instancia, es necesario destacar que “la línea cosmologicista sobre el género se enmarca en una perspectiva cosmologicista sobre los indígenas más amplias que algunas investigaciones etnográficas en el Chaco argentino vienen desarrollando” (Gómez, 2016, p. 57). Además, se trata de investigaciones contemporáneas, y su legado continúa presente y goza de gran prestigio. No obstante, es necesario reconocer que los aportes que han realizado para los estudios de la región son fundamentales. Cabe advertir que esta mirada reproduce los imaginarios hegemónicos sobre las mujeres y refuerza una imagen detenida en el tiempo sobre las comunidades wichís.

Trabajar con mujeres indígenas en términos académicos implicó un importante desafío. Debido a que los estudios sobre mujeres indígenas en Argentina no gozan de una larga trayectoria, de hecho, se trata de un tema poco estudiado hasta la actualidad, y un campo de investigación postergado por la agenda académica. En la actualidad, encontramos importantes avances, no tanto por la cantidad de estudios, sino más bien por la calidad de los aportes al escenario de debate incipiente. En esta línea, el trabajo de compilación de Hirsch (2008) sobre las mujeres indígenas en la Argentina, constituye

uno de los textos pioneros en sistematizar los antecedentes en la línea de estudios que abordan exclusivamente a las mujeres indígenas desde una perspectiva de género. Además, se agregan los de Gómez (2016, 2017), que en el presente instituye un antecedente fundamental, sobre todo para quienes desarrollamos nuestros trabajos en la región del Gran Chaco. Y asimismo los aportes de Drovetta (2009, 2010, 2012, 2014, 2016), que al trabajar con mujeres indígenas de la Puna integra un abordaje de la salud con perspectiva de género.

Las mujeres como actrices fundamentales en el ámbito de la salud se ligan a su lugar de cuidadoras, debido a los cuidados que desarrollan en el marco de las tareas domésticas no remuneradas que tienen a su cargo. En este sentido, la relevancia de la unidad doméstica se basa en que allí se da la primera atención en salud, siendo las mujeres quienes las realizan. El hogar entonces se presenta como “el escenario en el que el cuidado de la Salud es una praxis cotidiana para niños/as; se toman acciones preventivas, se les alimenta, se les cría, se les enseña a manejar el dolor, a darle significado a la enfermedad” (Ruiz Lurduy, González Uribe, Pulido Álvarez, 2016, p. 1562). Por lo tanto, es de mi interés no solo abordar los espacios destinados específicamente al cuidado de la salud, como un dispensario, sino la extensión de las tareas de cuidado en la vida cotidiana. De este modo, evidenciar como las mujeres madres aparecen como el primer recurso de atención a la salud en las comunidades wichí, constituyéndose de esta manera en las principales terapeutas.

Según Palmer (2005), ampliamente citado en los trabajos de antropología, “para los wichí, la condición de ser mujer se define en términos maternidad [...] antes que nada las mujeres son madres, y la maternidad consiste antes que nada en la reproducción de los hombres” (p. 86). Y agrega más adelante que:

“la posición nodal que las mujeres ocupan les confiere una importancia estructural especial porque estimulan y procesan el producto masculino. Los hombres suministran las materias primas carne cruda y semen- y las mujeres transforman en productos culturales en forma

de carne cocida y seres humanos [...] existe, una complementariedad de género tal que los hombres y las mujeres wichí son iguales en cuanto atributos de la naturaleza y culturales” (Palmer, 2005, p. 94).

Es llamativo, y en este sentido acuerdo con Gómez (2016) cuando critica esta corriente, al advertir que Palmer no problematiza la existencia de la ideología patriarcal expresada en el rol maternal de las mujeres wichí, tanto como en la domesticación sexual femenina fundada en mito de origen. Lo mismo sucede con las relaciones de género complementarias. De esta manera, se va desdibujando la desigualdad entre varones y mujeres a partir de la legitimidad sustentada en los mitos (Gómez, 2016, p. 66).

En consecuencia, desandar las construcciones de género es una tarea necesaria. Por lo tanto, caracterizar a las mujeres wichís es una cuestión que debe problematizar la existencia ideológica patriarcal. En este sentido, cabe señalar uno de los principales rasgos distintivos de las mujeres wichís, es la de realizar los tejidos. Concretamente Montani, (2008) sostiene que “ser mujer en la sociedad wichí es ser “tejedora”” (p. 174). El tejido, para las mujeres es un acto tradicional que en el día a día evidencia una trama compleja de género, cultura e identidad indígena.

Asimismo, el tejido no solo es considerado en la actualidad como una actividad que permite un ingreso económico al hogar, sino que también representa un tiempo y un espacio para compartir generacionalmente entre las mujeres. Cabe mencionar que el tejido es una tarea que se aprende en el hogar y es transmitido por madres o abuelas a las mujeres más pequeñas. De hecho, las mujeres desarrollan parte de esta actividad con otras, como por ejemplo la recolección del chaguar -planta del monte de las que extraen las fibras utilizadas para sus tejidos-.

Aunque en la actualidad, como consecuencia al avance de los desmontes y de la frontera agroproductiva en la zona, el chaguar comienza a escasear y se ha comenzado a comercializar desde hace un tiempo, por lo que es vendido en las comunidades donde existen dificultades para encontrarlo fácilmente. Concretamente, muchas mujeres de

Misión Chaqueña compran el chaguar para sus tejidos a mujeres de la comunidad wichí de las Llanas, por ejemplo.

Dentro de las tareas domésticas de las mujeres wichís – abuelas, madres e hijas- encontramos todas aquellas tareas vinculadas al cuidado y crianza de los niños, cuidado y atención de personas mayores, y de los miembros de la familia en general. Entre ellas, se destacan la elaboración de la comida, la limpieza del hogar, las compras de lo necesario para el funcionamiento de la unidad doméstica.

- *¿Qué tareas hacen las mujeres?*
- *Tejer, lavar y barrer un poco, hacer las cosas (Anastasia, mujer madre, 56 años, Misión Chaqueña, abril 2018)*
- *¿Y con qué frecuencia van al monte las mujeres?*
- *Y depende de cada época... época del algarroba, o a veces las épocas de la doca (fruto del monte), o épocas de la miel. O en algunas veces, vamos porque tenemos que buscar para levantar aunque sea un techito para el viento para el frío, para la lluvia, para el calor, el chaguar también (Dora, mujer madre, maestra auxiliar bilingüe, 39 años; Comunidad de Carboncito, abril 2018)*

Asimismo, la recolección de frutos de estación y hierbas medicinales– aunque no todas las mujeres los hagan- y de la leña para el fuego de la cocina.

En relación al tejido en chaguar, y actualmente en lana y otros hilos industriales como actividad económica, cabe destacar que les permite a las mujeres tener un ingreso propio. A pesar de que el valor del arte de su tejido sea excesivamente bajo, es lo que sucede en general con todas las piezas de artesanía que se realizan en la actualidad. En este sentido las transferencias del Estado resultan de vital importancia para las economías de estas mujeres y, en extensión, de sus unidades domésticas.

En la actualidad, según uno de los agentes sanitarios, el 80 % de las mujeres madres en la comunidad cobran la Asignación Universal por Hijo o “el salario”, y la “pensión siete

hijos". En efecto, esto instituye para las mujeres wichís cierto grado de autonomía, por un lado, y, por el otro, refuerzan las desigualdades de género en las cargas de trabajo de cuidados no remunerado. Diversos estudios problematizan la responsabilidad que se les imprime a las mujeres en el cumplimiento de las condicionalidades, y la naturalización de su rol de cuidadoras" (Micha, 2019, p. 359). En efecto parte importante del debate se dio en torno a la titularidad femenina de la asignación, lo que propició la discusión en relación al rol de las mujeres que actúan como canales de la política social, en tanto intermediarias entre el Estado y los niños/as beneficiarios/as finales.

No obstante, ser las designadas para su cobro y contar con este dinero les confiere a las mujeres titulares poder de decisión sobre el destino del mismo (CEPAL, 2012). Micha (2019) sostiene que "además esto les habilita una esfera de control dentro del hogar" (p. 371). Lo que se traduce en que "el ingreso de la Asignación Universal por Hijo genera un margen de autonomía económica para las mujeres titulares, ya que cuentan con este dinero y lideran la toma de las decisiones sobre su uso" (p. 371).

A esto se agrega, que, para muchos casos, la Asignación Universal por Hijo puede constituir el único ingreso (Rodríguez Enríquez, 2012). O, al menos, el único ingreso estable y con un monto fijo en los grupos familiares, que permite garantizar cierta organización mínima en las finanzas dentro de la unidad doméstica. Es necesario recordar que, en su mayoría, los hombres realizan trabajos informales o changas, también el arte en madera o hacen carbón para la venta, y por lo tanto, no hay un ingreso fijo mensual ni se garantiza el monto de ingreso.

Por mi parte, adhiero la propuesta de Micha (2019) quien entiende que "uno de los mayores desafíos es reconocer y valorar esos trabajos que evidentemente ya realizan las mujeres titulares, a la vez que promover sus derechos económicos y sociales mediante el ingreso de la Asignación" (p. 380). En este sentido es necesario que se evite reforzar las desigualdades de género en las cargas de trabajo doméstico no remunerado, como son las tareas de cuidado.

Cabe aclarar también que las tareas de cuidado a la salud de los integrantes de la unidad doméstica, además de no ser remunerados, irrumpen en la economía doméstica, ya que las mujeres dedican su tiempo a atención de los enfermos. Por ende, se restringe el tiempo que dedican al tejido en su vida cotidiana y, por lo tanto, a su venta.

- *Por ejemplo, cuando en la casa alguien se enferma ¿quién lo cuida?*
- *Bueno, por supuesto que eso la mujer de la casa. La mujer se queda en la casa... Ahí una pierde horas que tiene para tejer para vender. (Anastasia, mujer madres, 56 años, Misión Chaqueña, abril 2018)*

Con esto se evidencia que las tareas de cuidado no solo recaen sobre las mujeres, sino que además estas entran en disputas con otras actividades que las mujeres realizan tendientes a fortalecer su autonomía económica y cooperar en la economía familiar. Y, además, es necesario advertir que representa una carga horaria a la vida cotidiana de las mujeres, y en efecto, implica la renuncia a otras actividades. En relación al cuidado de miembros de sus unidades domésticas, cuando son los miembros de las familias los que se hacen cargo de los mayores, la mayor parte de las tareas suelen recaer en las espaldas de las mujeres. “Quienes durante meses y a veces años viven al límite del agotamiento físico y nervioso, consumidas por el trabajo y la responsabilidad de tener que proporcionar unos cuidados y realizar unas tareas para las cuales a menudo no están preparadas” (Federici, 2013, p. 211). Además, en algunos casos, “tienen trabajos fuera de casa que frecuentemente se ven forzadas a abandonar cuando aumenta el trabajo de cuidados” (Federici, 2013, p. 211).

- *¿Las tareas que hacemos en la casa? ¿o en la comunidad?*
- *En ambas... ¿qué tareas son propias de las mujeres?*
- *Bueno...las mujeres más... digamos yo por mi parte... se sienten responsables de la casa y de los hijos y del trabajo*

también. Pero como que uno tiene mucho trabajo, porque a la vez tenés que atender a tu casa, a tus hijos a tu trabajo y el día no te alcanza

- *¿Y vos en qué estás trabajando?*

- *Y yo en realidad, yo hasta el mediodía estoy en mi casa, porque mis hijos van al colegio, tengo que hacer la comida y los otros van a la primaria y como que después del medio día me desocupo. Y ya hago otros trabajos, voy a... al monte a hacer carbón.*

- *¿Y los hombres?*

- *Los hombres no, ellos hacen el trabajo todo el día, entran al trabajo en la mañana hasta el mediodía y después como tres de la tarde hasta las siete, depende algunos hacen carbón... los otros hacen muebles. Las costumbres del wichí, ellos se acostumbran de hacer el trabajo en el monte y viven de eso no más... como que ellos se sienten que son wichí y que como que eran así no más es de que se han criado en el monte, que no son de la ciudad... (Beatriz, , mujer madre, 31 años, Comunidad La Esperanza, abril 2018)*

En esta entrevista, esta mujer madre nos dice que “se sienten responsables de la casa y de los hijos y del trabajo también”, expresando que el abanico de responsabilidades de estas mujeres es muy amplio. En definitiva, en las comunidades wichís de la cuenca del río Bermejo, también se da la conocida “doble jornada laboral”.

Al decir “como que uno tiene mucho trabajo, porque a la vez tenés que atender a tu casa, a tus hijos a tu trabajo y... el día no te alcanza”, la vinculación con el tiempo se manifiesta expresamente. Asimismo, también indica que las tareas domésticas son vividas como un trabajo en el sentido de la responsabilidad que este implica. “Mediante

la denegación del salario para el trabajo doméstico y su transformación en un acto de amor, el capital ha matado dos pájaros de un tiro. Primero, ha obtenido una cantidad increíble de trabajo casi gratuito” (Federici, 2013, p. 38), asegurándose de que las mujeres no se rebelen contra ello, y que estas afirmen su identidad a partir de asumir este trabajo como un acto de amor.

- *¿Quiénes vienen a golpear las manos?*
- *Los vecinos los que viven cerca, más que nada. Vienen a veces más que nada la mamá, la mamá siempre es la que... el hombre es más dejado, pesado, la mamá no, es la amorosa de los hijos.*
- *¿Y por qué crees que son las madres las que vienen a verte?*
- *Y... bueno digo como dije las mamás son las más amantes. Los hombres casi no. Porque inclusive cuando voy visitando yo las casas por experiencia, las que me reciben muy bien son las mamás, las que guardan los papeles, documentos de los chicos, son las mamás. Tienen sus plastiquito, su yiquita (bolso tejido con chaguar) completita. El marido dice “mira mi señora está ahí, está mi señora, usted hablele y yo me tengo que ir al monte, a trabajar, perdóneme, ¡sí! por favor, señor, vaya tranquilo”. Quedamos todo nuestro trabajo de APS, como agentes, nos quedamos siempre, me quedo con la señora, el marido esta poquitito porque tiene un trabajito. Es raro que el marido me va atender.*
- *¿Y si están los dos en la casa, igual te atiende la mujer?*
- *Un ratito está el hombre. No sé, dice bueno mujer me voy. Prudencio, bienvenido, discúlpame tengo que hacer. Por favor, gracias. Me da una silla, está la mamá ahí, en la mesita. Ese*

es el trabajo de APS... las mamás número uno. Raro el hombre, bueno no se en Embarcación, yo estoy hablando de acá, pero yo creo que es así (Justino, agente sanitario, 51 años, Misión Chaqueña, abril 2018)

En todas las entrevistas las mujeres asumen las tareas de cuidado como algo que se atribuye a su lugar de madres. Esto, además, es reforzado y sostenido por el MMH. En todas las entrevistas a los integrantes del MMH, que brindan en ese contexto su servicio, se afirma que las madres son el primer recurso de atención. En efecto, el MMH se apoya en este trabajo que recae sobre ellas.

Asimismo, en estas comunidades, las tareas de cuidado recaen también sobre abuelas e hijas y no solo en las mujeres esposas. Frecuentemente, las tareas de crianza son llevadas a cabo por las abuelas, que dedican mucho tiempo al cuidado de sus nietos y nietas.

En relación a las mujeres como aquellas que aplican las terapias de cuidado en cada caso, y como primer recurso de atención nos permite advertir lo que Tarduci (2008) evidencia al afirmar que “la familia no solo ha sido un excelente lugar para desarticular la falsa dicotomía entre lo público y lo privado, sino también para cuestionar la oposición entre naturaleza y cultura”. En este sentido la “maternidad, que tanto tiene que ver con ella, es un sitio privilegiado desde donde ver desnaturalizar las relaciones sociales, por cuanto ha sido la institución más esencializada al punto de confundírsela con feminidad y hacerla aparecer ligada a principios universales” (p. 10)

A lo largo de este trabajo, todas las madres coinciden en ser terapeutas, con esto me refiero, a que las madres entrevistadas, son quienes aplican las terapias por lo general en sus hogares, y que son ellas quienes toman las primeras medidas ante la primera dolencia o síntoma. Además, ya hemos hablado sobre que son ellas las que toman las decisiones que configuran los diversos itinerarios terapéuticos, lo que las convierte en las principales terapeutas dentro de la comunidad.

En este sentido, las mujeres madres constituyen el primer recurso de atención y en esto se apoya el MMH para brindar sus servicios. Nos dice el médico que “no podría atender sin la ayuda de las mujeres”, evidenciando que son ellas las que toman las decisiones y acciones correspondientes a la aplicación del tratamiento que este prescribe.

En este sentido cabe destacar, que son las mujeres madres las que, en la toma de decisiones, configuran y guían el itinerario terapéutico. La “madre de familia no reproduce pasivamente la prescripción médica. Conserva una especificidad de agente activo al que le interesa mantener y de hecho mantiene su rol tradicional, ya que es curadora desde antes de la aparición de la medicina hegemónica” (Modena, 1990, p. 136). De este modo, constituyen el primer recurso de atención, y al mismo tiempo, el recurso fundamental para la salud en las comunidades. Además, son quienes sintetizan la articulación entre los modelos de atención que existen en la comunidad.

4. Determinantes sociales de salud

En primer lugar, los determinantes sociales a la salud cobran vital importancia porque trazan el margen de acción posible en la configuración de los itinerarios terapéuticos. En este sentido, juegan un papel central en la restricción al derecho humano de la salud, en particular, y a la salud, en general. Entre estos se destacan: la pobreza, las limitaciones económicas y materiales vinculadas con costo económico que implica el traslado al hospital de Embarcación u Orán, e incluso a la misma salita de Misión Chaqueña, cuando son de otra comunidad. Así como también es importante señalar los gastos requeridos para alimentos, bebidas, pañales, medicaciones, entre otros, que se generan durante la atención, las esperas para la solicitud de turnos y estudios, etc. Además estos se incrementan significativamente cuando se requiere internación, prolongando la estadía tanto de quien requiere la atención como de su cuidadora. Esta situación se agudiza en los casos en que las madres acompañantes y cuidadoras van con sus hijos más pequeños. Otro aspecto que determina el acceso a la salud se vincula con la frecuencia del sistema de transporte de colectivos, ya que solo ofrece viajes tres veces al día y no brinda servicio los domingos.

Por otra parte, los determinantes sociales de la salud vinculados con las cuestiones étnicas y culturales constituyen una restricción significativa. Entre ellos se resaltan fundamentalmente dos. La primera es la barrera idiomática basada en la exclusividad de la lengua castellana en la atención, la que suele manifestarse en la dificultad para comprender en forma simple los trámites burocráticos requeridos y, también, el tratamiento recomendado. Por consiguiente, significa una vulneración del derecho a la salud y, principalmente, al consentimiento informado. En segundo lugar, se relaciona con la discriminación que reciben en los hospitales, donde se reproduce una visión hegemónica que los identifica con la idea de “indios, vagos y sucios”.

Otro de los determinantes sociales de la salud que se estudió en este trabajo final, se relaciona con los conflictos socio-ambientales. Principalmente, la privatización de las tierras y los desmontes por el avance de la frontera agroproductiva. De esta manera, se produce una progresiva limitación al libre acceso al monte. En esta línea se agregan las fumigaciones con agrotóxicos en tierras colindantes.

Cabe advertir que todas estas cuestiones constituyen una barrera que determina socialmente a la salud en las comunidades wichí. Además de lo señalado, a todos los determinantes de salud se agregan las opresiones de género para el caso de las mujeres. En este sentido, la mujer wichí en el ámbito de la salud se ve atravesada por múltiples dimensiones que se entrelazan y que se relacionan con su condición de ser mujer principalmente, originaria y pobre. Concretamente, las imágenes y construcciones sociales en las que se sustentan las regulaciones del derecho a la salud y su aplicación, refuerzan el modelo hegemónico de lo femenino. Como consecuencia en las políticas públicas de salud destinadas para mujeres (MMH) se da una doble exclusión: por un lado, están orientadas a la salud sexual y (no)reproductiva en términos exclusivos; y, por el otro, se refuerza la imagen de la mujer blanca como modelo universal. Por estas razones y otras, existe en la actualidad la necesidad de un enfoque de género en salud serio que permita visualizar las inequidades existentes y orientadas a atender las particularidades y necesidad concretas de las comunidades

5. Entre el modelo médico hegemónico y el modelo médico tradicional

A lo largo de este trabajo hemos explicado que son las mujeres madres las que sintetizan las diversas terapias de cuidado y, por lo tanto, que son ellas quienes guían los itinerarios terapéuticos. Tal como hemos mencionado, esto se debe a que las tareas de cuidado de los hijos y otros miembros de la familia están a su cargo.

Se presenta aquí lo observado sobre el MMH para la atención que se brinda en una de las áreas programáticas⁶ de la cuenca de Río Bermejo, concretamente la que se encuentra nucleada en Misión Chaqueña, que cuenta con un centro de salud⁷ y que concentra a las comunidades de Misión Chaqueña, y Carboncito⁸. Es decir que esta área cubre el total de 1700 habitantes de Carboncito y unos 3000 de Misión Chaqueña, haciendo un total de 4700 personas. Sin embargo, si llegan personas de la comunidad de La Esperanza, hecho que ocurre con frecuencia, también son atendidas en este centro de salud.

⁶ “Área Programática es un concepto operativo en la gestión de la Salud Pública. Cada efector de salud, sea Hospital o Centro de Salud, tiene a su cargo un área geodemográfica de responsabilidad. La conducción del efector de salud tiene a su cargo el cumplimiento en su área local de las políticas de salud provinciales. Las políticas de salud públicas deben garantizar el cuidado de la salud de la población. “Salud Pública es la Salud del Pueblo”. Por ello todos los programas establecidos desde la conducción central, deben tener autonomía operativa en cada Área Programática. Aún más, debe ser la responsable del cuidado de la salud de ese ecosistema local que es el Área Programática, ya que la salud de las personas está relacionada con todos sus componentes: suelo, agua, flora, fauna, aire. Guía para el estudio de Área Programática. disponible en:

http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/Guia_estudio_area_Programatica.html. visitado el: 22-01-19

⁷ Integrado por un médico que ofrece servicios en forma permanente, un enfermero, una enfermera y dos agentes sanitarios.

⁸ En la entrevista con el médico, nos informa que anteriormente además tenía asignada la zona de Padre Lozano, Misión Salim y La Esperanza, pero como era técnicamente imposible su área programática quedó conformada por las dos comunidades mencionadas arriba: Carboncito y Misión Chaqueña.

Por otra parte, es importante plantear que el centro de salud de la comunidad, donde funciona el MMH, se ubica en un contexto de marginación dentro del MMH central. Es decir que, a pesar de constituir la manifestación de lo hegemónico y la presencia directa del Estado, al valerse de sus mecanismos e incorporar sus rasgos, adquiere el carácter periférico dentro de los servicios de salud pública. Esto se observa en la falta de recursos mínimos necesarios para brindar un buen servicio. De todas maneras, esta carencia es una preocupación para quienes trabajan allí.

Cabe mencionar que la presencia del MMH comienza con la llegada de los misioneros anglicanos, a principios del siglo XX, y posteriormente, se consolida con el avance de los programas de APS. Además, ésta ha configurado la forma en que es concebida la salud y las diversas terapias que conviven en la comunidad. La incorporación de la atención primaria, con mayor fuerza a partir de los 90', significó la obligatoriedad de la asistencia de partos en la salita. Asimismo, conllevó el desprestigio de los curadores tradicionales, acusados de hacer un trabajo que no era eficaz, y vinculándolo a la noción de "riesgo".

De esta manera, se observa claramente el alcance de las políticas internacionales de APS desde un enfoque de "riesgo" que promueve la atención de los partos por "personal calificado". En concreto, genera importantes efectos en lugares tan pequeños y que regulan la vida cotidiana en estas comunidades, subvirtiendo sentidos en relación a la atención de los partos. De esta manera, se puede decir que se establece una nueva jerarquía de valores orientados al modo en que deben practicarse los partos, y quienes deben y pueden intervenir en ese proceso.

Podemos decir que esta última etapa de consolidación del MMH en la comunidad trajo aparejado la institucionalización del parto en la salita o preferentemente fuera de la comunidad. No obstante, y a pesar de que los domicilios no constituyen desde la perspectiva hegemónica un lugar con las mejores condiciones de higiene recomendadas para el nacimiento, la salita (institución pública del Estado) tampoco lo

es. Esto se debe a la falta intermitente de recursos tales como: agua potable, artículos de limpieza, falta de personal de ordenanza, entre otros.

Por otra parte, en la actualidad, el retraimiento del MMT se debe a su desprestigio y, particularmente, al marco de ilegalidad al que se expone a las parteras o comadrones de la comunidad. Ellas frecuentemente expresan la necesidad de “tener un permiso” que les permita brindar sus servicios libremente.

En este sentido, los diversos programas de APS que llegaron a la comunidad, como el Programa Médicos Comunitarios, significaron una importante mediación que buscó establecer nuevos sentidos en torno a la salud. Asimismo, habilitó la llegada de nuevos actores locales al MMH y ha dado lugar a determinadas aperturas, siempre subordinadas, como la integración de indígenas al sistema de salud pública. En este escenario, la salita de Misión Chaqueña expresa las relaciones complejas y dinámicas que se establecen entre los diversos modelos de atención dentro de la comunidad, donde los vínculos que existen son de solidaridad, colaboración, y/o dominación. Es más, en situaciones conviven en forma conjunta y simultánea estas relaciones distintas.

En la actualidad, las consecuencias de las políticas que buscaron la institucionalización del parto, persiguiendo a las parteras y confinándolas a la clandestinidad, se manifiestan en la derivación de atención de los partos “riesgosos” al Hospital de Embarcación. Por consiguiente, en la práctica se traduce en la realización de cesáreas sin previo trabajo de parto en el hospital; en la ausencia de acompañantes en los momentos de parto, parto y posparto; en la falta de información; y en muchos casos, en un contexto de maltrato y discriminación. En este sentido, la frialdad del espacio en el que son atendidas y la separación de sus familiares son rasgos que se diferencian ampliamente con la atención de los nacimientos con las parteras tradicionales. Esta situación actual de la atención de los partos no se puede explicar sin la presencia de tantos de años de la APS en la comunidad, como tampoco sin comprender que religión y salud están fuertemente ligados desde la fundación de la Misión.

La configuración de los itinerarios terapéuticos es resultado de la articulación concreta que realizan las mujeres madres en busca de un diagnóstico y de un tratamiento. Entonces se presenta como desenlace de lógicas múltiples, donde se articulan efectivamente las cuestiones macro o generales y micro o particulares. En otras palabras, se entrelazan causas estructurales (sentidos en torno a la noción de salud, del prestigio de los curadores y sus terapias, y determinantes sociales de la salud) con causas coyunturales (experiencias previas ante la misma dolencia, recursos disponibles en ese momento). Por ende, a la hora de escoger un tipo de terapia de cuidado, criterios de accesibilidad como la gratuidad y la temporalidad son tenidas en cuenta para tomar la decisión.

A menudo la falta de disponibilidad de los medicamentos farmacológicos de uso frecuente, como el paracetamol, el ibuprofeno y los antibióticos, en menor medida, deriva en dos opciones de terapias. La primera opción consiste en recurrir a la medicina casera o tradicional para buscar aliviar la dolencia y la segunda, en la insistencia en la atención médica. Por último, existe lo que podríamos llamar una tercera opción, que radica en la visita a los oradores de las iglesias.

En relación con la primera opción, donde la medicina tradicional constituye el primer recurso de terapia en el itinerario, retomo la entrevista anteriormente citada: “no hay medicamento en la salita, ahí en la comunidad hacemos remedios caseros”. La medicina casera en algunos casos se presenta como una estrategia que da respuesta a la atención cuando no es posible el acceso a los medicamentos. Incluso, ante la carencia de medicamentos el médico les recomienda excepcionalmente una receta casera a la que ha tenido acceso por su experiencia al vivir con una mujer wichí, su esposa, que conoce sobre uso y aplicación de recetas tradicionales.

El uso de la medicina casera representa en la comunidad una opción inmediata ante la falta de acceso a la medicación alopática. No solo para aquellos a los que les resulta cotidiana o al menos conocida, sino para el mismo MMH que debe valerse de diversas estrategias para poder brindar un servicio de salud en la comunidad y compensar la

escasez de recursos propios. Sin dudas, la valoración del médico sobre la eficacia de este remedio casero para la fiebre se vincula más a una cuestión racional y comprobada: “supongo que se baja con mojarlo con agua al chico” y al mismo tiempo, deja a trasluz en cierto modo lo que para él representan estas recetas: “la albahaca y el burro es como... bueno, como un condimento”, es decir, que aunque la práctica tradicional recomienda el uso de plantas como parte importante de la misma, para él se presenta más bien como accesorio o “condimento”, otorgando la eficacia exclusivamente a lo comprobado y aceptado en el MMH —el uso del agua para bajar la temperatura del cuerpo, cuando no hay fármacos disponibles—, y no al uso de hierbas.

En relación con el uso de las recetas caseras como estrategia de mejoramientos del malestar, podemos decir que no solo se da en los casos donde no se logra acceder a los medicamentos, sino que también se recurre a la medicina tradicional cuando la dolencia que se está buscando aliviar continúa a pesar de haber accedido a la medicación farmacológica.

En este sentido, incluso curadoras tradicionales de la comunidad combinan ambos modelos de atención, si el medicamento no resulta o no está disponible, entonces las plantas cobran un importante protagonismo. Además, las recetas caseras en muchos casos aparecen como una opción para dar inicio a sus itinerarios.

Lo dicho hasta aquí evidencia que, si bien hablamos de itinerario, no hay en rigor un recorrido continuo, sino una serie de cuestiones que aparecen o pueden aparecer, de terapias que se complementan, se adicionan, se dan simultáneamente, y/o que se siguen en el tiempo, sin constituir una secuencia encadenada necesariamente. En síntesis, cada situación concreta que afecta la salud se articula de manera particular y específica en cada itinerario que recorren las mujeres madres. En otras palabras, no existe una relación establecida previamente, sino que fluctúa en las decisiones que se toman en cada caso. Por lo tanto, los itinerarios son una combinación de terapias de diferentes modelos de atención.

La configuración de los itinerarios terapéuticos es resultado de la articulación concreta que realizan las mujeres madres donde se entrelazan causas estructurales (sentidos en torno a la noción de salud, del prestigio de los curadores y sus terapias, y determinantes sociales de la salud) con causas coyunturales (experiencias previas ante la misma dolencia, recursos disponibles en ese momento). Por eso, criterios de accesibilidad como la gratuidad y la temporalidad son tenidas en cuenta para tomar la decisión en relación a la terapia a aplicar.

Cada situación concreta que afecta la salud se articula de manera particular y específica en cada itinerario que recorren las mujeres madres. Por lo tanto, los itinerarios son una combinación de terapias de diferentes modelos de atención.

Todo lo dicho nos permite hablar de una alternancia de modelos médicos y, principalmente, de una complementariedad de los mismos. No obstante, la relación entre ambos es de una amplia complejidad. Allí se tensan hegemonía con subalternidad, mediaciones de la iglesia, penetración del Estado y sus instituciones y, por lo tanto, de sus representaciones sobre salud, medicina y enfermedad. Por consiguiente, las formas en la que se combinan los modelos deben buscarse en una lógica que se adapta a las situaciones cotidianas, que está gobernada por lo contingente y lo pragmático. Es decir que, si bien existe una relación de complementariedad, muchas veces se da en el marco de las tensiones sobre los sentidos y valoraciones que se van produciendo y reproduciendo dentro de la comunidad. Y por lo tanto, se afirma parte de la hipótesis que propone que 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.

6. Conclusiones

En el marco de las tensiones entre el MMH y el MMT dentro de la comunidad y de los determinantes sociales de la salud se configuran los itinerarios terapéuticos guiados por las mujeres madres. No es posible establecer un único itinerario terapéutico. En otras palabras, resulta imposible plantear una tipología, ya que no tienden a adoptar una única

forma. En cambio, lo que se evidenció a lo largo de este trabajo son las principales características que guían el itinerario terapéutico dentro de la comunidad. En primero lugar, establecer a las mujeres madres, o figuras sustitutas, como las principales terapeutas, ya que son ellas quienes aplican las terapias recomendadas o guían el itinerario en la búsqueda de mejorar el estado de salud de su persona a cargo, o de ellas mismas.

En segundo lugar, el itinerario tiene como punto de partida el hogar, donde la mujer madre aplica una primera terapia, sea una medicación -como ibuprofeno, paracetamol- o el uso de una receta casera -como el preparado de algún té, o baño. Entonces, es a partir de esta primera reacción a la terapia, cuando se decide a dónde o cómo continuará el itinerario. En la toma de esta decisión se tendrá en cuenta la dolencia, los recursos disponibles y las opciones reales y concretas que se den en ese momento. Concretamente los recorridos se vuelven independientes y únicos donde la elección de la terapéutica a aplicar principalmente depende de que es lo que están buscando aliviar o mejorar para saber a quién recurrir.

Otra cuestión que surge es que cuando se trata de enfermedades físicas, se asocia más bien al tipo de terapias que puede brindar un médico, mientras que para el orden espiritual se recurre al curador particular exclusivamente, como sucede con el susto. Esto no significa que no se pueda recurrir a ambos, o que deba visitarse primero uno u el otro, Claramente un malestar, puede necesitar de una terapia médica como también la atención espiritual. Sin embargo, se trata de dos terapias que si bien pueden articularse responden a diferentes dolencias y tratamientos fundamentalmente.

En este sentido, solo evidenciando lo hegemónico y sus mecanismos de reproducción es posible comprender la realidad situada. Esta realidad se traduce en diálogos y en rupturas, en (dis)continuidades en la vida cotidiana de los wichís en un momento histórico dado. Sin dudas que la llegada del MMH hace más de cien años, de la mano de los misioneros anglicanos o ingleses, ha logrado disputar sentido en torno a la atención de salud y las construcciones sociales de género. Además este proceso se

complementó con la llegada del MMH de la mano del Estado. De ese modo, se instituye la obligatoriedad de la atención de los partos y la recomendación insistente de su exclusividad, que orientó a la monopolización de la atención de los procesos de salud y enfermedad. Esto significó que, a partir de las áreas de intervención, tal como he demostrado en salud, se introdujo una forma propia de vincularse y de concebir las relaciones dentro de la comunidad, y por tanto, las formas de división sexual del trabajo. Las mujeres se presentan como principal recurso de atención en el ámbito de la salud, porque son quienes sintetizan la articulación entre los modelos de atención que existen en la comunidad. Sin embargo, ellas no reproducen pasivamente las terapias recomendadas, sino que sintetizan en sus prácticas una articulación de las mismas constituyéndose en las principales terapeutas.

7. Bibliografía

Gómez, M. D. (2008.). *El cuerpo por asalto: la amenaza de la violencia sexual en el monte entre mujeres tobas del oeste de Formosa*. En Hirsch, S. (Coord.) *Mujeres indígenas en la Argentina, cuerpo, trabajo y poder*. (pp. 117-151). Buenos Aires, Argentina: Biblos.

----- (2016). *Guerreras y tímidas doncellas del Pilcomayo: las mujeres tobas QOM del este de Formosa*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.

----- (2017). La mirada cosmologicista sobre el género de las mujeres indígenas en la etnografía del Chaco argentino y sus usos ideológicos fuera de la etnografía. *Corpus* [En línea] Vol. (7, N° 1). Recuperado de <http://corpusarchivos.revues.org/1857> vitado el: 07/09/19.

Gómez, M., Sciortino, S. (2015). Mujeres indígenas, derechos colectivos y violencia de género: intervenciones en un debate que inicia. *Revista de la Carrera de Sociología*. Vol. (5, N° 5). Recuperado de <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/entramadosyperspectivas/article/view/1494> visitado el: 28/03/19.

Hirsch, S. (Coord.) (2008). *Mujeres indígenas en la Argentina, cuerpo, trabajo y poder*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.

Modena, M. E. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, Distrito Federal, México: Ediciones de la casa chata.

Montani, R. (2008). *Metáforas sólidas del género: mujeres y tejido entre los wichí*. En Hirsch S. (Coord.) *Mujeres Indígenas en la Argentina. Cuerpo, Trabajo y Poder* (pp. 153-177). Buenos Aires, Argentina: Biblos.

Palmer, J. (2005). *La buena voluntad wichí. Una espiritualidad indígena*. Formosa: APCD-CECAZOEPRAZOL-Grupo de Trabajo Ruta 81.

Tarducci, M. (2013). Abusos, mentiras y videos. A propósito de la niña wichí. *Debate Feminista*. Vol. (48), (pp. 219-231). Recuperado de http://hum.unne.edu.ar/genero_ysex/seminario4/s4clase23.pdf visitado el 06/02/19.

----- (Coord.) (2008). *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.

Torrado, S. (1981). Estrategias familiares de vida en América Latina: la familia como unidad de investigación censal, Parte I. *Notas de población*.