

EXPERIENCIAS DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN MUJERES INDÍGENAS DE LA PUNA JUJEÑA. UN ANÁLISIS INTERGENERACIONAL. Raquel Irene Drovetta. Tesis de doctorado en Antropología Social, Universidad de Buenos Aires, 2011. Directora: Dra. Graciela Freyermuth Enciso.

El objetivo central de este trabajo fue describir y analizar los cambios acontecidos en la atención del embarazo, el parto y el puerperio en dos generaciones

de mujeres indígenas del departamento Susques (provincia de Jujuy, Argentina), su vinculación con la forma de atención terapéutica aplicada -ya sea medicina

alopática, tradicional o doméstica- y la incidencia de los factores étnicos, de género y generacionales en la constitución de sus trayectorias reproductivas.

La situación problemática que origina esta investigación se vincula directamente con la necesidad de explicar cómo, a diferencia de otros contextos latinoamericanos también habitados por comunidades indígenas, en la región en estudio el sistema de salud estatal, a través de prestaciones basadas en concepciones occidentales y biomédicas, logró instalar cambios en las conductas maternas y reproductivas de las últimas dos generaciones de mujeres.

Metodológicamente, trabajamos con el análisis de entrevistas en profundidad realizadas entre 2006 y 2010, a mujeres que pertenecen a las denominadas *generaciones reproductivas*. Se trata de una construcción *sui generis*, ya que no responde necesariamente a la constitución tradicional y etaria de una generación, sino que estos grupos se organizan sobre la base del criterio *ad hoc* del año en que acontece el primer parto de cada mujer. De esta manera, determinamos una primera generación reproductiva conformada por aquellas mujeres cuyo primer parto aconteció entre 1975 y 1992, que se denominó "primera generación", mientras que las mujeres, cuyo primer

parto fue entre 1993 y 2010, se las identificó como pertenecientes a la "segunda generación". El corte temporal propuesto entre ambas generaciones permite observar la transición entre un modelo de salud tradicional e indígena a la predominancia del actual sistema alopático. Cada uno de estos grupos de mujeres, dan cuenta de experiencias diferentes en cada uno de sus embarazos, partos y puerperios, en función del impacto que ha tenido el Programa de Atención Primaria de la Salud (APS) local en sus trayectorias reproductivas.

Contrariamente a lo que ha sucedido en otros contextos con población indígena de América Latina, donde se han hecho evidentes las resistencias a la implementación de la medicina alopática, la lógica biomédica fue instalándose en Susques, con algunas resistencias y contradicciones, pero con una sistematicidad que se refleja en la modificación de las trayectorias reproductivas femeninas entre mujeres de las dos generaciones en estudio. Los notorios avances en relación a la atención de la salud materna en el departamento Susques, se vinculan a las características que asume el proceso de extensión del modelo biomédico estatal en dicha región, donde actualmente opera un funcional sistema de atención descentralizada de la salud, que incluye la presencia

de diez puestos sanitarios a cargo de agentes de salud en cada una de las localidades del departamento. Esta red de atención primaria tiene como cabecera a la Unidad Sanitaria Susques y ofrece cobertura a unas 3.500 personas.

Nuestro estudio se articula en torno al análisis de las trayectorias reproductivas femeninas, circunscribiendo las mismas a las instancias de embarazo, parto y posparto. En este abordaje entendemos que las trayectorias reproductivas están influidas en su constitución fundamentalmente por tres factores: la generación, que implica el posicionamiento de la mujer en una estructura familiar y comunitaria en función de su edad; la etnia, que determina su lugar e identidad indígena frente a una sociedad mestiza o blanca; y el género, que da cuenta de las limitaciones u oportunidades de las mujeres frente a otras mujeres y hombres.

La generación, el género y la etnia, también son aspectos determinantes en la conformación de las relaciones entre usuarias y prestadores de salud. Para estas mujeres la pertenencia a una u otra generación reproductiva determina aspectos de la vida cotidiana como el acceso al sistema de salud para la atención de los embarazos, partos y puerperios, -reflejándose en la construcción de sus trayectorias reproducti-

vas- y la incidencia de políticas de salud pública implementadas a través de la Unidad Sanitaria Susques y el Programa de APS desde la década del '80. En este sentido, son notables las diferencias que encontramos al comparar ambas generaciones, observándose cambios no sólo en la reducción de la fecundidad y el espaciamiento de los nacimientos, sino también en la relación que establecen las mujeres con el sistema de salud estatal en su versión local y con otros sistemas terapéuticos.

Esto se debe a que el proceso de avance de la medicina alopática tuvo diverso impacto en aquellas mujeres que tuvieron su primer parto hasta inicios de la década '90, en relación a las que atravesaron por esta experiencia posteriormente a esta fecha. Son las mujeres de la primera generación reproductiva el caso paradigmático, mediante el cual pudimos observar cómo a través de la interacción con agentes de salud, más específicamente agentes sanitarios, fueron cambiando sus prácticas y representaciones y paulatinamente accedieron a realizarse controles prenatales, institucionalizaron sus partos y en menor medida permitieron el seguimiento de sus puerperios. Sin embargo, este cambio comenzó después de haber dado a luz a sus primeros hijos en sus domicilios, contando con la atención

exclusiva de curadores tradicionales y/o familiares, fundamentalmente mujeres de la familia amplia.

Por su parte, las mujeres de la segunda generación reproductiva han transcurrido por experiencias diferentes. A pesar que la mayoría de ellas nacieron en sus domicilios, sus hijos han nacido en la Unidad Sanitaria Susques, lo que revela un cambio fundamental y una incidencia mayor de la medicina alopática sobre las etapas reproductivas femeninas. El aumento en la interacción con los agentes de salud entre una y otra generación se tradujo en un cambio importante en las representaciones de las mujeres sobre la importancia de controlar sus embarazos e institucionalizar sus partos.

Paralelamente, este proceso de avance del modelo alopático implicó la retracción de los terapeutas tradicionales que actuaban en estas instancias reproductivas, restringiendo su intervención en la atención del parto y en menor medida en la terapéutica del embarazo y el puerperio. En una suerte de lucha por la apropiación del campo de atención a la salud y la enfermedad durante las instancias reproductivas femeninas, el modelo biomédico impulsó acciones para desanimar a las mujeres a que consulten o atiendan sus padecimientos con terapeutas tradicionales. Esto condujo a que las mujeres de la

segunda generación desarrollen itinerarios terapéuticos casi totalmente vinculados a la institución biomédica, dado que desde los inicios de su edad reproductiva son identificadas por el sistema de salud.

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

Es así como los agentes sanitarios en su trabajo con las familias de la región, se comportan como instrumentos de inserción de las normas biomédicas y de consolidación de la prevención y promoción de la salud. Han desarrollado entre la población una función de máxima importancia, al lograr “traducir” las normas biomédicas en un intento por adecuarlas a la cosmovisión tradicional. El ser nativos de la región les permite interactuar con la sociedad local de la que son parte, sirviéndose del recurso de una racionalidad compartida que

tiene su base en comunes procesos de socialización primaria.

Dado que el accionar del Programa de APS se ampara en la lógica biomédica de la reducción de “riesgos”, tanto para la madre como para el hijo, ha impactado notoriamente sobre el ejercicio de los roles familiares tradicionales relacionados con la sexualidad, la reproducción y, en menor medida, la maternidad. La posibilidad de que la familia y los terapeutas tradicionales participen del momento del parto casi ha desaparecido en pos de favorecer, en esta instancia, el desempeño del rol del profesional biomédico, facilitando la medicalización de la trayectoria reproductiva a la par de la reducción de tasas críticas de morbimortalidad materna.

Nuevas líneas de investigación se han abierto a partir de este trabajo, las cuáles suponen la necesidad de indagar, por ejemplo, cuáles y de qué tipo son los obstáculos que impiden generar acciones en salud pública, similares a las que resultaron de la intervención sobre la salud materno-infantil, que redunden en mejoras en las tasas de desnutrición y mortalidad infantil. En el mismo sentido, otros análisis sugerentes requieren establecer mayores vinculaciones entre la persistencia de problemáticas epidemiológicas como las nombradas y la ausencia de una política intercultural en salud destinada específicamente a comunidades indígenas.