

"Trayectorias reproductivas y políticas públicas. Análisis cualitativo en dos generaciones de mujeres indígenas de la Puna jujeña, norte de Argentina"

Raquel Irene Drovetta¹

Resumen

Este trabajo pretende establecer vinculaciones entre las políticas públicas de salud y desarrollo social y los cambios acontecidos en las trayectorias reproductivas de dos generaciones de mujeres indígenas Atacamas de la Puna (Jujuy, Argentina) desde la década del noventa a la actualidad. Metodológicamente trabajamos a partir de los resultados de cuestionarios aplicados a los alumnos de la escuela secundaria de la localidad de Susques; entrevistas en profundidad a mujeres madres y prestadores de salud alopática de la región; bases de datos y padrones de beneficiarios de políticas sociales. Las conclusiones nos permiten mostrar que los cambios en las trayectorias reproductivas de estas dos generaciones de mujeres, responden a la influencia de programas de salud como el Programa de Atención Primaria en Salud, y en el área de desarrollo social, a una importante cantidad de programas subsidiarios de hogares y mujeres madres.

Palabras clave: trayectoria reproductiva- políticas públicas- mujeres indígenas

Presentación de la temática.

Con mayor fuerza a partir de la década del noventa, las mujeres en edad reproductiva de la localidad de Susques en la Puna jujeña, se han convertido en el objetivo de la planificación estatal, fundamentalmente a través de la institución biomédica y el servicio social. Los planificadores de las áreas de de salud y desarrollo social, parecen coincidir en que el alto número de hijos es un factor que contribuye a agudizar la condición de vulnerabilidad de estos hogares, en un contexto en que actualmente el 40% de los mismos tienen jefatura femenina y donde las familias locales frecuentemente están constituidas por madres en edad reproductiva cuyas hijas paralelamente son madres adolescentes.

Específicamente la institución sanitaria, a través del Programa de Atención Primaria en Salud (APS) contando con el accionar de agentes sanitarios, se ha concentrado –sobre todo en las últimas dos décadas- en acciones que han contribuido a modificar la trayectoria reproductiva femenina, a través de la reducción en la cantidad y frecuencia de nacimientos, y en la búsqueda por evitar el embarazo adolescente.

Paralelamente a través de la entrega de subsidios a las familias, el Estado ha pretendido reducir los índices de pobreza de la población local apuntando a la aplicación de políticas de entrega de dinero, altamente focalizadas en las mujeres. Según los resultados

¹ Becaria de Posgrado de CONICET, Doctoranda en Antropología Social por la Universidad de Buenos Aires. Centro de Estudios Avanzados-Unidad Ejecutora de CONICET; Universidad Nacional de Córdoba. raqueldrovetta@cea.unc.edu.ar

de una encuesta aplicada en la localidad de Susques,² el 85% de los hogares recibe a través de algún miembro ayuda, subsidio o plan del gobierno.

Nuestra hipótesis nos conduce a pensar que es posible que dichas políticas generen motivaciones o incidan de forma particular en la autonomía de estas mujeres al momento de tomar una decisión vinculada a la reproducción. En función de esta presunción, indagaremos acerca de las razones que nos permiten suponer que tanto las políticas públicas aplicadas en el ámbito de la salud, así como aquellas que apuntan a subsidiar a las mujeres en condición de vulnerabilidad, han incidido en la configuración de la trayectoria reproductiva de las mujeres locales de dos generaciones.

Metodología de trabajo

A los fines de establecer comparaciones que nos permitan conocer los cambios acontecidos en las trayectorias reproductivas femeninas, desde inicios de la década del '90 a la actualidad, analizamos dos grupos generacionales de mujeres locales. El primer grupo de análisis seleccionado, está constituido por mujeres cuyos primeros partos acontecieron entre fines de la década del '80 y mediados de los '90 (en adelante "primera generación"). Un segundo grupo esta conformado por mujeres de menor edad, que registran el nacimiento de su primer hijo entre fines de los '90 y 2005 aproximadamente (en adelante "segunda generación"). Esta conformación ad hoc de los grupos se justifica en que en ambos casos, las experiencias por las que atraviesan dan cuenta de hechos vitales influidos por los principales cambios sociales, culturales y económicos han impactan en esta comunidad indígena en transición.

Trayectoria reproductiva

Esta investigación se articula básicamente en torno al análisis de las trayectorias reproductivas femeninas, entendiendo que las mismas están conformadas por una serie de acontecimientos por los que atraviesan las mujeres durante el transcurso de su etapa reproductiva, constituyéndose como indicadores superlativos, las etapas del embarazo, el parto y el puerperio. Así, las trayectorias reproductivas enuncian construcciones particulares de hechos que acontecen en la vida de cada mujer, en los que influyen factores tan variados como los procesos de socialización primaria y la interacción con los agentes de salud (Lerner et. al. 2000). Sin embargo advertimos que aspectos como la pertenencia étnica y la generación, se constituyen también como factores fundamentales en la definición de las características que asume dicha trayectoria en la vida de cada mujer.

² La más reciente es una encuesta ha sido confeccionada y aplicada durante 2009, en 176 casos de alumnos y alumnas de la escuela secundaria de la localidad de Susques por la autora y la Dra. Graciela Freyermuth Enciso de CIESAS-Sureste, Chiapas, México. Los resultados aquí trabajados forman parte de un estudio comparativo entre ambas regiones, que se encuentra en pleno desarrollo.

La trayectoria reproductiva, como su nombre lo indica, es un proceso y en tanto tal es dinámico y se transforma a lo largo de la vida de una mujer. Las experiencias de tener un hijo, utilizar métodos anticonceptivos, perder un embarazo, tener un parto domiciliario, someterse a una cesárea, etc. son acontecimientos que pueden tener lugar dentro de una trayectoria reproductiva y suponen para las mujeres y las familias, una carga subjetiva importante, plena de significados.

Existen dentro de un mismo grupo de mujeres variedad de trayectorias reproductivas. Las mujeres del departamento Susques, aún cuando compartan una identidad y una cultura, reflejan en sus trayectorias de manera diversa el impacto de determinados acontecimientos. Sin embargo, las diferencias más radicales se encuentran al comparar grupos de mujeres según la pertenencia a un grupo generacional. De esta manera se observa cambios notables por ejemplo en la transición generacional de madres e hijas, no sólo en la reducción de la fecundidad y el espaciamiento de los nacimientos entre las mujeres de la segunda generación, sino incluso en la relación que establecen con el sistema de salud estatal en su versión local y con otros sistemas terapéuticos. De aquí la importancia de analizar intergeneracionalmente las características de los nombrados momentos reproductivos, y la influencia de las políticas sanitarias y sociales sobre los mismos.

Breve descripción de las generaciones de mujeres en estudio

Nuestro trabajo se centra en analizar a mujeres indígenas Atacama del departamento Susques, en la provincia de Jujuy. La actividad principal en la que se ocupan es el pastoreo de ganado, que implica la movilidad seminómada. Esto determina una particular conformación del espacio destinado a la ocupación femenina, propia de estas unidades domésticas rurales. Además, y como forma de contribuir a la diversificación de ingresos, se dedican al hilado, tejido y confección de artesanías para su posterior venta. En tanto la migración es un fenómeno que en la región continúa siendo prioritario de los varones, las mujeres han debido establecer estrategias que les permitan generar dinero sin movilizarse de la región. La solicitud de subsidios del Estado se ha configurado como una de ellas.

Si comparamos ambas generaciones, entre los cambios más notorios encontramos que las mujeres de la primera generación han accedido a un bajo nivel de educación formal (primaria incompleta) mientras las mujeres más jóvenes en su mayoría completan el ciclo básico de la educación secundaria hasta los 15 años, que es obligatorio, lo que retarda o evita su inserción como mano de obra familiar en las unidades domésticas rurales. En ambos casos, su trayectoria reproductiva está caracterizada por la maternidad temprana, la multiparidad, y la alternancia en las uniones a diferentes parejas a lo largo de su vida,

fenómeno que ya se vislumbra en la nueva generación, aun cuando tengan un escaso recorrido vital.

En el caso de las mujeres de la primera generación, el inicio de su trayectoria reproductiva coincide con una época en donde la presencia del sistema alopático era incipiente, por lo que se han nutrido fundamentalmente de la experiencia de sus madres y abuelas, a través de cuyos consejos atendieron sus embarazos, aplicando prácticas tradicionales.³ Según la práctica tradicional de esta comunidad, sus partos acontecieron en sus domicilios y en algunos casos contaron con la presencia del único agente sanitario de ese momento, que oficiaba también como partero y ejercía prácticas tradicionales, paralelamente a las biomédicas. Esas experiencias reproductivas eran influenciadas por otras mujeres, generalmente de la familia, describiendo así la conformación de un proceso casi exclusivamente femenino y de gran trascendencia para la familia.

En ese contexto sin embargo, los riesgos de la mortalidad neonatal y la mortalidad materna eran elevados, ante la imposibilidad de dar respuesta desde la terapéutica tradicional a los casos de urgencias obstétricas u otras emergencias. La falta de acceso a recursos en atención a la salud materna y la imposibilidad de lograr un traslado rápido hacia tierras bajas en caso de necesidad, se constituyó como uno de los riesgos más importantes que afrontaban las mujeres al momento de dar a luz.

A partir de la extensión del sistema de salud estatal, la presencia de biomédicos y la capacitación de más agentes sanitarios, el Programa de Atención Primaria en Salud (APS) en la provincia de Jujuy se fortaleció paulatinamente. En la búsqueda por disminuir las tasas críticas de morbilidad infantil y materna, el sistema sanitario extendió la obligatoriedad de los controles de embarazo y la institucionalización del parto. Como resultado, estas mismas mujeres de la primera generación que en la década del '80 tuvieron sus primeros partos en su hogar, comenzaron a ser captadas por los agentes sanitarios y controladas por los biomédicos a partir de posteriores embarazos. Su trayectoria reproductiva se vio modificada fundamentalmente por la intervención alopática aproximadamente a partir de la mitad de sus embarazos, que es cuando el programa comienza a ganar fuerza en la región. Esto hace que puedan comparar entre su experiencia inicial y posterior, al interactuar de forma recurrente con personal biomédico.

Este proceso ocasiona cambios notorios en el último tramo de su trayectoria reproductiva, asumiendo características como la medicalización de sus embarazos, partos y en menor medida sus puerperios, así como el acceso a métodos anticonceptivos (de patente). Esta etapa de mayor incidencia de la medicina alopática en sus procesos reproductivos, que transcurre preferencialmente durante los años '90, es sin embargo un proceso naturalizado por el grupo de las mujeres más jóvenes, de la segunda generación, quienes desde el inicio de su vida reproductiva han estado bajo el seguimiento de

³ Como el "ponchado" y los masajes, conducentes a posicionar el feto para facilitar el nacimiento.

profesionales biomédicos. Ellas muestran modificaciones en sus trayectorias reproductivas, en comparación a la historia vital de la generación anterior, resultado de la aplicación de políticas sanitarias específicamente centradas en la salud materna e infantil.

En síntesis, observamos que la primera generación esta constituida por mujeres quienes han transcurrido parte de su trayectoria reproductiva en ausencia de atención biomédica disponible, valiéndose de la autoatención y la terapéutica tradicional, y sólo posteriormente fueron integradas al actual sistema alopático. Las mujeres más jóvenes en cambio, han iniciado sus trayectorias reproductivas bajo el control del sistema público de salud, evidenciando mayores niveles de tolerancia a prácticas biomédicas impuestas y menores niveles de conflicto o evasión de la atención biomédica.

En este sentido, la importancia de considerar en este abordaje el factor generacional, radica en que nos brinda la posibilidad de observar los cambios que acontecen, de forma cada vez más acelerada, en torno a la conformación de las trayectorias reproductivas de las mujeres locales. Simplemente con analizar algunas prácticas de las mujeres de la primera generación, se nos hace evidente cómo estas difieren considerablemente de aquellas que ejercen mujeres de una generación posterior.

Paralelamente, las políticas en el área de salud están acompañadas de otras acciones ejecutadas por el Estado, que desde fines de la década del '90 se ha concentrado en ambos grupos de mujeres, convirtiéndolas en objeto de programas sociales. Si bien estos programas son posteriores al avance y consolidación de la APS a nivel local, se advierten importantes vinculaciones, entre otras cosas porque el control de la salud materno infantil es una de las contraprestaciones que requiere el Estado para el otorgamiento de los subsidios. Otra vinculación importante radica en que los programas se centran en mujeres que han sido madres, categoría que refuerza socialmente el rol reproductivo de estas mujeres.

A través del Ministerio de Desarrollo Social son particularmente las mujeres quienes reciben estos –exiguos– subsidios estatales destinados a complementar sus ingresos, por su rol de madres de numerosos hijos y/o por ejercer la jefatura de hogar. Entre los subsidios estatales más frecuentes se encuentran la “Pensión por madre de siete hijos”, el “Plan Jefe y Jefa de hogar”, “Plan familia”⁴ entre otros, con mayor y menor incidencia según la edad de la beneficiaria, las características de la unidad doméstica, la categoría ocupacional, etc.

Características del sistema sanitario local

El Departamento de Susques es un caso paradigmático, prueba de la extensión casi hegemónica del modelo biomédico en un contexto indígena, donde actualmente funciona un

⁴ A los fines de este trabajo no hemos incluido para el análisis los recientes cambios acontecidos en la distribución de las beneficiarias de algunos programas, a partir de la aprobación de la “Ley de Asignación Universal por Hijo”, a partir de la cuál se ven subsumidos en este, algunos programas anteriores.

aceitado sistema de atención descentralizada de la salud, que incluye presencia de diez puestos sanitarios, a cargo de Agentes de Salud en cada una de las comunidades del departamento Susques.

Este proceso de organización de un sistema de salud, el cual actualmente es considerado -desde el punto de vista de los planificadores- como exitoso en términos de su cobertura, control y registro de la población departamental, data de la década del '60, con la temprana implementación del "Programa de Salud Rural" a cargo del Dr. Alvarado (Isla 1992). Dicha experiencia se constituyó en el primer intento del gobierno provincial por proveer las condiciones mínimas de atención a la salud a los pobladores locales, cuyo territorio fue anexado a la provincia de Jujuy tardíamente, en 1943.

Como resultado de la Conferencia de Alma Ata (1978), Argentina asume el compromiso de extender el Programa de APS en su territorio, mientras en la provincia de Jujuy se decide cambiar el nombre del "Programa Nacional de Salud Rural" por el de "Programa Nacional de Atención Primaria de Salud" (Monsalvo 2008).

Como consecuencia, se sistematizan en la región a partir de las década del '80 las llamadas Giras Médicas,⁵ donde se incluye a un profesional médico en las visitas a las comunidades del interior del departamento Susques y un móvil para efectuar el traslado a las mismas. A partir de 1985 el gobierno provincial, atendiendo a las demandas de quienes solicitan una mayor cercanía entre Susques y los hospitales base, transforma al puesto sanitario de Susques en una Unidad Sanitaria, dependiente del Hospital de Maimará, distante a 80 km⁶. Esto implicó que se incorporaran a la unidad personal de enfermería y significó también la reorganización del Programa de APS, jerarquizándose en función de la antigüedad a agentes sanitarios y supervisores intermedios.⁷ Para 1994 y debido a que la Unidad Sanitaria de Susques continuaba aún sin un edificio propio que le permitiera dar respuesta a las necesidades de atención a la salud, se determina su traslado a las antiguas instalaciones de Vialidad Nacional, dentro de la misma localidad de Susques. Allí se emplaza el servicio en condiciones edilicias poco propicias, situación que durante años significó que los espacios debían compartirse y adaptarse a múltiples usos, determinados por la necesidad del momento. Finalmente en el año 2006 la Unidad Sanitaria es categorizada como una institución hospitalaria de II nivel, lo que implica su independencia de otros hospitales y la posibilidad de sumar mayor cantidad de personal permanente. Al

⁵ La organización de la atención en las Giras médicas al interior del departamento Susques consiste en avisar previamente a la comunidad por acerca de la visita de los médicos. Ese día la población que requiere asistencia se congrega en el puesto sanitario local, incluso aquellos que viene de los cerros y puestos aislados. Ese día se atiende, con una guía y control a las embarazadas ya captadas, cuyos embarazos están en seguimiento.

⁶ Hasta esa localidad se llega desde Susques descendiendo por la Ruta 52 (Corredor Bioceánico), lo que demanda unas 5 horas hasta la localidad de Volcán y de allí otra hora a Maimará, hacia el norte en sentido contrario a San Salvador de Jujuy. Una vez que se inicia el descenso, luego de unas dos horas de camino se abandona la región de la Puna (altiplanicie) y se ingresa a la Quebrada de Humahuaca.

⁷ Fuente, archivo Unidad Sanitaria Susques.

término del año 2008, se inaugura en Susques el nuevo edificio hospitalario, planificado y construido especialmente y por primera vez, para albergar la institución de salud.⁸

El Programa de APS que allí funciona, ha recibido un reimpulso en la década de los '90 a consecuencia de la suscripción de Argentina a tratados internacionales. Entre ellos destacan la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo 1994 con la subsiguiente firma del Programa de Acción de dicha conferencia internacional, suscrito en 1995.⁹ Esta política, aún cuando fue gestada en encuentros internacionales, impacta paulatinamente en lugares remotos como la Puna dado que las cifras nacionales son evaluadas periódicamente por organismos destinados a tal fin. Esto hace que se desde la planificación central (Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia) se demuestre un gran interés por reducir tasas que evidencian un sistema sanitario más deficiente como la mortalidad materna, aplicando para eso políticas altamente focalizadas.¹⁰ Un ejemplo clásico es el reforzamiento en los programas de atención materno-infantil. Esta alta focalización en acciones que redunden en la mejora de tasas críticas como las nombradas, hacen que la mujer en edad reproductiva se convierta en uno de los blancos privilegiados del sistema de planificación central. En este sentido, el llamado Plan Federal de Salud aplicado en Argentina, planeaba para sus objetivos del periodo 2004-2007 un reforzamiento de la APS¹¹ y del Primer Nivel de atención, para lo cual dio impulso a programas como el nombrado.

Incidencia del Programa de APS

La llegada del Programa de APS en la región significó un cambio paulatino en la forma en que se desarrollaban los procesos de atención a la salud y la enfermedad de la población local. En primer lugar, la inserción de la categoría de "promoción de la salud" requirió de los pobladores modificaciones importantes en la visión que hasta ese momento se tenía sobre la atención a la salud. Es que la promoción implica un desafío mayor a nivel institucional, que supone actuar en consecuencia y evitar la instalación y desarrollo de procesos mórbidos. A tal fin se implementan tareas conducentes a mejorar hábitos en la

⁸ "Es un hospital de complejidad II, tiene un primer nivel de atención y cuenta como estrategia de trabajo la atención primaria de la salud, es decir brindará todos los servicios y con una internación de 15 a 16 camas (...) El nuevo Hospital contó con un presupuesto de 2 millones 400 mil pesos de los cuales el gobierno nacional aportó 1 millón 600 mil y el resto el Gobierno provincial". Datos en parte de prensa PPNº201-Dahg110908 -

⁹ La Declaración del Milenio, redactada a partir de la conferencia realizada en New York en el 2000, y a la que Argentina suscribe, incluye ocho objetivos conocidos como los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) que se propone ser alcanzados en 2015, tomando como referencia los registros desde 1990. El quinto objetivo es el de mejorar la salud materna.

¹⁰ La eliminación de los partos domiciliarios es concebida como una de las armas más eficientes para la lucha contra la mortalidad materna.

¹¹ Según el Plan Federal de Salud del Ministerio de Salud de la Nación "La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación"(pp. 20).

población, los cuáles desde la visión de los planificadores biomédicos suponen un riesgo a su salud. Con esta planificación se apunta sin lugar a dudas a favorecer acciones preventivas, en tanto se trata de un contexto con altas tasas de pobreza, dificultad de acceso y comunicación, un perfil étnicamente definido y una situación epidemiológica caracterizada por alta morbilidad y mortalidad infantil, en todos sus tipos.

Actualmente, si bien la Unidad Sanitaria de Susques brinda atención clínica generalista, los recursos se concentran en su mayoría en la atención de mujeres en edad reproductiva. Los datos obtenidos muestran una clara preponderancia del uso del área de tóco ginecoobstetricia por parte de las mujeres de entre 15 y 49 años, grupo en el que las consultas de mujeres superan ampliamente a las de varones, en tanto concentran el 40,5% de las consultas frente al 25% de los varones, en el año 2003, en todo el departamento.¹²

Esto da cuenta de cómo los recursos sanitarios se han volcado con mayor intensidad a la atención de la salud reproductiva femenina y maternoinfantil. Un ejemplo lo constituye la política de institucionalización de los partos, la cuál dio como resultado una notoria reducción de los partos domiciliarios que en la Provincia de Jujuy, para 1980 constituían el 20,8%, mientras para 1989 esa cifra se reduce al 8,4%, posteriormente al 3% en 1999 y permanece en constante descenso alcanzando el 1,69 % en 2005.¹³

Otro logro de objetivos del Programa de APS es el que apunta a la reducción del número de nacimientos, observándose para dicha provincia una reducción que va de 15.538 nacidos vivos en 1980, a 12.973 para 2005.¹⁴ El hallazgo de datos que den cuenta de dicha realidad para el departamento Susques presenta omisiones y falta de sistematicidad, pero se observa consecuentemente una reducción en los nacimientos, de 139 nacidos vivos en 1996, a 104 nacidos vivos en 2008.¹⁵

Esto es observado como un importante logro en términos de los objetivos de dicho programa que apunta entre otras cosas, a lograr la disminución en la fecundidad, a través del uso de métodos anticonceptivos, además de la consabida institucionalización de los partos como forma de reducir los riesgos de mortalidad materna e infantil.¹⁶

Estas son sólo algunos ejemplos de las acciones a través de las cuales la institución biomédica ha logrado incidir en la modificación de las trayectorias reproductivas femeninas, estableciendo fundamentalmente controles en los embarazos y los partos.

¹² Fuente archivo administrativo de la Unidad Sanitaria Susques.

¹³ Información de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) www.deis.gov.ar Acceso 01/2010.

¹⁴ Op. Cit.

¹⁵ Op. Cit.

¹⁶ Aun así, las muertes neonatales prácticamente no se han modificado desde 1996 a la actualidad aunque sí se registran bajas en la mortalidad posneonatal. Algo similar sucede con la mortalidad materna que continua siendo alta en otros lugares de la provincia de Jujuy, pero en el departamento Susques han acontecido casos aislados en 2001 y 2008. Op. Cit.

Trayectorias reproductivas y normatividad. La interacción con agentes de salud.

Una de las bases fundamentales en las que se asienta el funcionamiento de la APS es en los agentes sanitarios, que realizan su tarea en campo, siendo quienes se encuentran en contacto pleno con los usuarios y usuarias del sistema de salud. Según el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy, las funciones de un agente sanitario consisten entre otras cosas, en "...la detección y captación de embarazadas, (y) la promoción del parto hospitalario".¹⁷ Es necesario resaltar que para el cumplimiento de estos objetivos, el rol desempeñado por estos agentes ha sido crucial, en pos de la búsqueda de entendimientos y acercamiento entre racionalidades diversas, sostenidas tanto por los prestadores biomédicos como por la comunidad indígena. Para ellos se ha valido, desde su puesta en funcionamiento, de la contratación como mano de obra de miembros de las comunidades, quienes acceden a la capacitación en salud alopática para formarse como agentes sanitarios, acción que contribuye aún hoy a la extensión de los servicios de salud y a la captación de la población como usuaria de dichos servicios. Incluso, han sabido aprovechar su posición dentro de la comunidad, la legitimidad de la que gozan y el hecho fundamental de ser nativos, para posibilitar el acercamiento entre posiciones, en un contexto donde aún se aplican en forma paralela, recursos terapéuticos provenientes de la medicina tradicional, aunque actuando en una situación de subalternidad (Menéndez 1992) respecto al modelo médico alopático.

La lógica obstétrica es un elemento más que durante décadas se ubicó en la vereda contraria de las representaciones de las mujeres locales de la primera generación. El nacimiento del hijo sobre el cuero de animal y la sangre impregnándolo todo, no tiene para ellas ninguna de las connotaciones que la biomedicina le impone. La pulcritud, la limpieza, la desinfección, los gérmenes, etc. son importaciones y adaptaciones que sólo están llevando a cabo las mujeres madres de esta nueva generación, quienes prestan menores resistencias a la obligación de institucionalizar sus partos. Así, el cambio en las prácticas del nacimiento, resultan de un proceso que tiene su equivalente en un cambio a nivel de las representaciones sociales. Las reticencias de una madre a que su hija ingrese a dar a luz a un hospital parecen comprensibles en tanto ellas no han atravesado por esa experiencia sino al final de su etapa reproductiva, lo que remarca las deferencias intergeneracionales a las que nos estamos refiriendo en este trabajo.

En tanto las suegras, abuelas y hermanas fungieron como asistentes del parto de otras mujeres durante décadas, el cambio por la opción del parto institucionalizado no resulta un proceso fácil de asumir. Las mujeres de mayor edad, e incluso muchas de la segunda generación, no acuerdan con la necesidad de la internación de la parturienta. Influye también el hecho de que estas mujeres probablemente no puedan acompañar durante el parto a la futura madre, dentro de la sala de parto, donde solo puede ingresar

¹⁷ Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy en <http://www.msaludjujuy.gov.ar/> Acceso 01/2010.

una de ellas, debiendo ceder su lugar a la pareja de la parturienta en caso de tenerla. Este tipo de restricciones presenciales aunque existieran, no eran tan rígidas en el espacio doméstico.

Por otra parte, el parto institucionalizado implica un rompimiento con la dinámica que hasta ese momento se consideraba cotidiana. El alejamiento temporal de la madre de la unidad doméstica, su internación y la probable internación social de sus hijos y otros familiares, son acontecimientos que devienen en un necesario cambio de rutinas, que podrían impactar en la realización de las tareas productivas. El pastoreo del ganado sobre todo, es una actividad que demanda la presencia de cuidadores y no siempre puede ser delegado en otro miembro de la familia amplia. Esto constituye un argumento que ha sido esgrimido también por algunas mujeres, para quienes lo más importante era el regreso inmediato al hogar y el restablecimiento de las dinámicas alteradas, aún cuando en ese espacio deben guardar el reposo del posparto, que por disposición cultural es de un mes.

- *"Y qué cuidados tenía después del parto cuando estaba en su casa?*
- *En casa me cuidaba tres diítas mi mamá y después ya mis hermana, en la comida, bien atadas la orejas, todo, no como ahora, tienen guaguas y se van de alta, listo, no se como se hacen, 30 días comiendo "laschi" y sopita, después de los 15 días ya comíamos sopita de frangollo, no comíamos nada de pastas, nos cuidábamos bien, té de manzanita...*
- *¿Porque esa comida?*
- *Porque así nos han enseñado nuestros ancestros, porque es un comida para un enfermo de parto, hay que saber que todo el interior esta dado vuelta todo, delicadito esta, mucho liquido y tomábamos agua de yuyos, de romero, a veces hasta 15 días o más*
- *¿Y eso la ayudaba, la calmaba?*
- *No, porque a veces me quedaba dolor y a veces no*
- *Así que se cuidaba de la comida y del frío*
- *Uuuu del frío más, hay que atarse la cara, bien arropadita con mata, a la semana recién salíamos, salíamos a andar un poquito y andar tempranito a la cama*
- *¿Y el agua?*
- *El agua hay que evitarla, por eso teníamos alguien que nos atiende al principio (Mujer, 45 años, Susques, 2008)*

Otro de los interrogantes que con mayor frecuencia atraviesa nuestra investigación, está relacionado con determinar cómo, cuando y porqué las mujeres indígenas de la Puna jujeña se integraron al sistema de salud biomédico, más allá de las resistencias que interpusieran. La respuesta debe ser buscada en el análisis de las interacciones que a lo largo de las últimas décadas estas comunidades han establecido con los profesionales biomédicos, sean ellos agentes sanitarios, auxiliares obstétricas, enfermeras o médicos. En este sentido y como contrapartida a las resistencias femeninas enumeradas anteriormente, la institución de salud debió implementar estrategias que permitieran vencerlas, generar hábitos en la comunidad, modificar sus representaciones acerca de la atención a la madre, y lograr la adhesión a dicha política. Sin embargo, cuando la sola enunciación de la norma no

fue suficiente para convertir a las mujeres embarazadas en usuarias del sistema de salud, ni bastó con dar respuesta a las demandas específicas acerca de los beneficios de los que las mujeres esperaban gozar en la sala de partos, se generaron otras acciones más, o menos premeditadas.

En este sentido, dentro de las estrategias implementadas desde la institución biomédica observamos la notable influencia de los agentes sanitarios sobre la normatividad en función de la cual se articulan algunas conductas dentro de la comunidad. Específicamente, es notoria la incidencia de estos profesionales sobre aspectos relacionados con el comportamiento reproductivo femenino (Drovetta 2009).

Sabemos que esto no constituye novedad alguna, ya que mucho se ha escrito sobre el interés manifiesto de la medicina (sobre todo desde fines del siglo XIX) por regular los fenómenos reproductivos a través del cuerpo femenino. Sin embargo, cuando esta lógica es implementada en contextos indígenas, presenta características interesantes de analizar. Aún cuando esto excede las posibilidades de este trabajo, pretendemos sin embargo esbozar brevemente el rol que llevan adelante los agentes sanitarios en dichos procesos, ya que consideramos que con su accionar contribuyen a la modificación de la configuración de la trayectoria reproductiva femenina y promueven su medicalización.

En su condición de nativos, los agentes sanitarios ofician como "traductores culturales"¹⁸ y actúan como reproductores de una normatividad biomédica, que en ocasiones supera el ámbito de la prescripción de conductas vinculadas a lo sanitario, en tanto promueve y recomienda conductas de índole moral, sobre todo en aspectos vinculados a la reproducción.

(En referencia a si la usuaria que está presente, tendría más hijos) "Yo creo que ya no más, nosotros estamos todos los días dando consejos, viendo la forma, de qué forma, inclusive con los condones, porque generalmente nosotros vamos a la casas y encontramos primeramente a las amas de casa, y a veces por ahí, encontramos a los "capitanes" como se dice, y de paso por ahí le hablamos, le decimos "mira nosotros usamos esto y listo, hace un intento, utilízalo, porque vas a prevenir. Mirá si traes un hijo más al mundo, es otro gasto, otra casa, otra cama, otra comida más, y estas viendo como te va la vida, no tenés \$10 y es así la vida"... Porque este es mi sector, porque cada uno tiene su sector, entonces nosotros venimos a ver nuestra gente, como está nuestra gente. Inclusive las niñas de ella (refiere a una usuaria de salud presente en la conversación) en este momento todas están "portándose bien", porque hay otras de acá... acá mismo tenemos, que están con 14, con 15 para los 16 y ya están con bebé" (Agente Sanitario, Departamento Susques, 2008)

¹⁸ Freyermuth presenta una situación similar para el caso mexicano de los Altos de Chiapas, donde identifica sujetos que ejercen el rol de "articulador cultural", cuyas funciones van mas allá de la simple traducción, dado que además realizan interpretación y adicionalmente se comporta muchas veces dentro de lo políticamente correcto de cada una de las culturas (Freyermuth et al. 2004).

"Los varones generalmente estamos...este...trabajando con la escuela, con el bachi (bachillerato), allí va el agente sanitario a la escuela. Nosotros vamos así a la escuela, nos dirigimos a la escuela, entonces ahí mermamos el porcentaje de embarazadas. Porque nosotros anteriormente al año teníamos 300 o 350 partos por año en el departamento, y ahora estamos teniendo entre 80-90 por año en el departamento. Cada vez menos, menos, y así vamos cuidando por todos lados, por todos lados vamos....pero a veces la gente no quiere..."
(Agente Sanitario, Departamento Susques, 2009)

Nos referimos a un conjunto de "recomendaciones", ofrecidas a través de consejos y discursos, cuyo objetivo es moldear o modificar una conducta en las usuarias de salud. Preferentemente esto se da sobre la conducta de las mujeres durante su vida reproductiva y el ejemplo más claro es la recomendación del uso de métodos anticonceptivos que hacen los agentes sanitarios. En el caso de mujeres de la primera generación, el contacto es directo, a través de las visitas domiciliarias pautadas en las rondas que exige su labor. En el caso de las mujeres de la segunda generación, sobre todo adolescentes, el contacto puede no ser directo, sino a través de otras vías de socialización como son la escuela y la propia familia, específicamente las madres.

Es de destacar que la posibilidad de lograr la separación entre el ámbito de la sexualidad y la reproducción es uno de los objetivos mas deseados de alcanzar por gran parte de las mujeres. Un camino hacia esto es la utilización de métodos anticonceptivos. Si bien en la actualidad los métodos más conocidos son aquellos donde se utiliza la medicina de patente, originalmente existían formas de evitar el embarazo, basadas en conocimientos tradicionales muchos de los cuales fueron utilizados por mujeres de la primera generación al menos en la primera etapa de su trayectoria reproductiva. Estos conocimientos se transmitían a través de curadoras tradicionales a las mujeres, o entre mujeres como parte de un legado cultural familiar, en mayor medida como parte de un registro mas íntimo de la relación entre mujeres.

Previamente, las acciones que hoy se atribuyen los Programas de Planificación Familiar y las normas que generan, estaban reservadas al círculo íntimo familiar, o a lo sumo a la pequeña comunidad. Sin embargo, con el avance del Programa de APS, el radio de acción se amplía y estas potestades se trasladan a los planificadores del Estado y de allí a las beneficiarias. Para que este avance fuera posible, paulatinamente la familia como espacio de socialización primaria sufrió una retracción, en tanto la racionalidad biomédica con sus normas, pasó a jugar un importante rol en el dictado de las normas regulatorias de la reproducción.

En la actualidad, en Susques no es sencillo para una mujer acceder a un método anticonceptivo si no es por medio de un biomédico que se los entregue. Los agentes sanitarios, quienes se encuentran en mayor contacto con la población local, son quienes en mayor medida administran estos métodos de patente. El otorgamiento de estos elementos

se basa en un criterio propio con que los agentes administran los recursos y los asignan, que responde a una lógica institucional de la APS.

Desde el punto de vista de las usuarias, las mujeres de Susques han encontrado ventajas en la utilización de métodos anticonceptivos, en tanto resaltan que con su uso han obtenido un grado de autonomía antes desconocido. Es que regulando la fecundidad ha logrado diferenciarse no solo de sus madres, y de otras mujeres de generaciones anteriores, sino que de ellas mismas en otra etapa de su vida, específicamente en el caso de las mujeres de la primera generación.

Además de las acciones prescriptivas ejecutadas por la institución de salud, encontramos otras herramientas que inciden en la modificación de la trayectoria reproductiva femenina, como es la “captación” de mujeres embarazadas, que constituye el primer paso para transformar a una potencial usuaria del sistema de salud, en el objeto de acciones destinadas a evitar complicaciones que pudieran surgir en el embarazo y en el parto. Recordemos que en la Unidad Sanitaria no se cuenta con los medios necesarios para realizar cesáreas, por lo que debe preverse la derivación a la capital provincial, de aquella mujer que requiera al momento del parto esta intervención. Así, la “captación temprana” es una práctica institucionalizada y por tal planificada, por medio de la cuál se busca revertir el hecho de que muchas mujeres retrasan o evitan el contacto con los biomédicos cuando saben de su embarazo. Ante esta situación, donde es frecuente el ocultamiento inicial, personal de la institución ha elaborado estrategias destinadas a identificar, en primera instancia, a las mujeres en edad reproductiva, aprovechando el conocimiento que los agentes sanitarios tienen de la composición de las familias de su sector. A partir de este conocimiento, los agentes sanitarios realizan una especie de “monitoreo” sobre este grupo.

"Como son comunidades chicas ya sabemos, son 6 o 7 embarazadas y ya sabes cuál es, la condición de cada una, en los primeros controles ya más o menos tenemos en claro cómo viene su situación familiar, y siempre salta algo, si ya le hicieron un laboratorio, porque la anemia esta alta, o porque no viene a los controles, y ya uno ya va focalizando donde están los problemas" (Personal biomédico, Unidad Sanitaria Susques, 2009)

Esto determina en el universo subjetivo de las mujeres –con más fuerza en el caso de la primera generación- la inclusión de un nuevo actor, los biomédicos, que se integra a un proceso que anteriormente se desarrollaba con la sola presencia de la familia y en ocasiones algún curador tradicional. La mujer se ve impulsada así, a dar lugar dentro de su proceso de embarazo a la figura del representante de la institución biomédica, ya sea a médicos, enfermeras, auxiliares obstétricas y/o agentes sanitarios. Dado que frecuentemente se presentan estrategias de ocultamiento del embarazo en ambos grupos de mujeres, las prácticas alopáticas se ajustan a nuevas estrategias que refuercen la detecciones de estos casos.

- *"¿Qué hace un agente sanitario? Por ejemplo con una mujer embarazada, le puede hacer algún control..."*
- *Captamos, captamos a las mujeres embarazadas por eso hacemos terreno, o sea que vamos a la visita domiciliaria, en la F884 registramos todo, cuánto están midiendo, y que problemas tiene, de salud, bueno, preguntamos si hay alguna señora en edad fértil, bueno preguntamos como esta con su período, si tiene su pareja, bueno, depende de su situación suele o no estar embarazada y bueno por ahí ya entramos a que nos comenten -si, estoy de tantos meses- y bueno, ahí la citamos. O se que ahí ya hacemos una captación, la citamos al puesto de salud para el día que...jueves por lo menos que viene el médico. Bueno viene el médico pero yo ya la tengo captada. Y si no, ya le hago la ficha y con esa ficha le derivo al hospital para que se vayan a hacer una ecografía, y si le sale positivo le hacemos los análisis de rutina.*
- *¿Y las mujeres les hacen caso?*
- *Y bueno, más antes era más, digamos difícil... Porque a veces no se profundizaba en lo que es la salud, en lo que es un embarazo, los riesgos que puede tener. Entonces como que antes la gente estaba acostumbrada en el campo, como que no eran muy cercanos hacia las instituciones como es ahora el puesto de salud y el hospital. Pero ahora como que se dio un poco de "revertición" esto (se refiere a que se revirtió) vuelta esto, igual estamos haciendo promociones nosotros siempre, tratando el contacto con la familia, cosa que, dándole informaciones, mediante charlas, mediante afiches, haciéndoles conocer, algunas veces les damos afiches digamos adrede, para que lean y ellos mismos digamos, se concienticen... pero más años antes era muy difícil... caso de los embarazos, muy difícil y también para la planificación familiar también y bueno, todavía quedan algunos que un poquito les cuesta porque no están acostumbrados, pero bueno pero poco a poco como que va andando, la vecina comenta y bueno...(Agente Sanitario, Susques, 2009.)*

Destacamos una modalidad de relación que se implementa entre los curadores biomédicos y las mujeres de la segunda generación, pensadas para detectar embarazos en adolescentes, que consiste en aprovechar que estas participan activamente en equipos de fútbol y campeonatos locales, para condicionar la participación a un examen físico previo, que las habilite a jugar. A través de este requisito el personal biomédico busca determinar si alguna de las participantes esta embarazada. Si el resultado es positivo, la adolescente no podrá participar de ninguna actividad deportiva, paralelamente a que su embarazo comienza a ser controlado por los biomédicos.

"Han aparecido situaciones que nos ha dado para que aumentemos esa captación, la práctica de deportes por ejemplo, el fútbol en las chicas, porque hay muchísimos equipos, así como los varones, las chicas también arman sus equipos, y que ha ocurrido: vienen jugando hace muchos años y cada vez se han agregado más equipos de competencia femenina, entonces en un momento detectaron que había mujeres embarazadas jugando los campeonatos, y lo vieron como riesgo. Entonces se planteó que se hiciera un examen clínico ginecológico para detectar si están o no embarazadas y nosotros de alguna manera certificar eso y bueno, nos dio buen resultado" (Personal biomédico, Unidad Sanitaria Susques, 2009)

Se hace evidente en esta instancia cómo el sistema biomédico busca estrategias a través de las cuáles intervenir en las trayectorias reproductivas femeninas. La detección

temprana del embarazo le permite al sistema alopático garantizar no sólo la atención del embarazo y monitorear la continuación de este, sino asegurar la permanencia de la madre en el sistema después del parto, promoviendo prácticas de planificación familiar y utilización de métodos anticonceptivos.

En esta instancia que ejemplificamos, se evidencia un exacerbado interés por el control del cuerpo femenino desde edades tempranas, prácticamente desde que la mujer comienza su etapa reproductiva. La mujer se constituye así en el objetivo prioritario de la aplicación de la medicina alopática, que va en busca del acontecimiento reproductivo para regularlo, aun a costa de intervenir en aspectos de la vida cotidiana de estas mujeres.

"Nosotros le decíamos -¿vos cuando menstruaste?...- y no se, no me acuerdo- es la clásica, la negación, porque uno ve la negación... y dio buen resultado eso. Y como tenemos un ecógrafo le decíamos -vení, vení, pasemos por allá- -no, no quiero que me hagan examen, no quiero que me hagan esto- te dicen -bueno entonces vení- le decía, y le contaba lo que una ecografía es digamos, rápidamente y le decía -no, vos estás embarazada, vos no podés jugar- es buenísimo y ayuda eso como estrategia, más allá de que no era bueno hacerles ese estudio a todas, porque tampoco era una buena opción... (Personal biomédico, Unidad Sanitaria Susques, 2009).

El no deseo de algunas mujeres por tener un nuevo embarazo y el ocultamiento de éste, no necesariamente tiene relación con la existencia de presiones sociales, que como ocurre en otras sociedades, que juzga a las jóvenes que han quedado embarazadas sin estar en matrimonio. Particularmente en Susques esta variable que podría actuar como de "control" social, no es válida, lo que nos lleva a pensar que las mujeres más jóvenes, de la segunda generación en estudio, pueden no desear tener un nuevo embarazo, por razones de índole personal y no necesariamente familiar-social. El alejamiento de la posibilidad de un acceso a mejoras en su vida cotidiana, la posibilidad de moverse de Susques y acceder a movilidad hacia otros ámbitos, son actualmente vistas por mujeres jóvenes como obstaculizadas por un embarazo. Esta movilidad era probablemente impensada para mujeres de generaciones anteriores. También inciden en el ocultamiento del embarazo, otras ideas vinculadas exclusivamente con la cosmología local, como el temor a que el feto sea "ojeado" o sufra algún tipo de daño como resultado de la exponerlo tempranamente al conocimiento de la comunidad.

Subsidios estatales: la mujer como objeto de políticas sociales

La vinculación de la mujer con las necesidades comunales es pensada en términos de usufructuar sus roles domésticos de madre y esposa para la resolución de problemáticas colectivas, por lo que no es casual que las mujeres sean el blanco común de los programas de desarrollo que el Estado implementa. Desde el ámbito público (y en ocasiones el tercer sector) se la indica como potencial trabajadora en pos de las mejoras colectivas en micro

emprendimientos, producción artesanal, acciones cooperativas, etc. Esto suma tareas a la ya multi ocupación que ejercen las mujeres sobre todo de hogares de bajos recursos.

El desmejoramiento de las condiciones socioeconómicas nacionales durante la década del '90, impuso condiciones críticas de sobrevivencia también a las familias de la Puna e impulsó a las mujeres a movilizarse en busca de ayuda social, frente a lo cual los hombres se mostraron más reticentes. Así, gran parte de las familias de Susques, reciben subsidios estatales porque fueron las mujeres quienes la solicitaron, ofreciéndose como sujeto de las políticas focalizadas sobre la pobreza, y respondiendo en forma rápida y activa a los procesos de descomposición socioeconómica.

Vale resaltar que según datos del Censo Nacional de 2001, el departamento Susques cuenta con el 42% de su población en condiciones de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). A continuación detallamos algunos de los programas con que el gobierno ha buscado contrarrestar esta inequidad, entre ellas la de los planes sociales, ayudas o subsidios. Es así como el 89% de los hogares monoparentales encuestados¹⁹ a través de los adolescentes que allí viven, reciben algún subsidio por parte del Estado, situación que puede no ser singular si pensamos que la monoparentalidad una de las condiciones críticas para el otorgamiento de algunas de estas ayudas. Sin embargo, cuando analizamos los datos de las familias donde ambos cónyuges conviven, encontramos que el 83% de estos hogares también reciben alguna ayuda del gobierno. De esta manera la hipótesis de que la monoparentalidad era una condición sine qua non para convertir a estos hogares en objeto privilegiado de los subsidios, pierde fuerza. En todo caso debemos pensar que el común de los hogares de Susques está en una situación de pobreza, donde la presencia de una pareja constituida y la potencialidad de contar con dos proveedores, no es garantía de la salida de tal situación. Esto se debe a que las ocupaciones rurales como la cría de ganado, por si misma es una actividad que actualmente, a raíz de profundos cambios en el patrón productivo de la región, no permite más que el sostenimiento mínimo de los miembros a través del autoconsumo o el intercambio de productos. A raíz de esto, ha ganado fuerza la necesidad de complementar ingresos a través de la asalarización masculina y la producción y venta de artesanías, generalmente a cargo de las mujeres. Esto significa que los subsidios estatales constituyen un ingreso más a la unidad doméstica, que aún cuando no sean monetariamente significativos, implican una estrategia para lograr el sostenimiento del hogar, sobre todo de los hijos, ya que fundamentalmente se dirigen a las madres.

A continuación detallamos algunas características de la entrega de subsidios a hogares monoparentales y hogares con ambos cónyuges, según cada uno de los planes.

¹⁹ Caracterizamos este fenómeno a través de los datos del Ministerio de Trabajo de la Nación, el Ministerio de Desarrollo Social, los datos del Censo de Hogares y Población del año 2001 (datos elaborados a partir de Redatam + SP) y el cuestionario aplicado en la escuela secundaria de Susques, a través de los cuales los alumnos dan cuenta de los ingresos con que cuentan los hogares en que viven.

Donde aparecen variaciones según tipo de hogar, es en el otorgamiento de los Planes Jefas y Jefes de Hogar Desocupado,²⁰ cuya condición de entrega es ser jefe o jefa de hogar desocupado, aunque no se especifica que el cónyuge también deba serlo (Neffa 2009). Este subsidio es el más extendido en la región, ya que alcanza al 39% de los hogares de la encuesta. De esta forma, mientras el 52% de los hogares monoparentales reciben este subsidio, también lo hacen el 35% de los hogares conformados por ambos cónyuges. No se descarta en este caso, que en primera instancia el hogar fuera monoparental y posteriormente se sucediera una nueva unión de pareja, conservándose el subsidio a Jefe y Jefa de Hogar; o el caso en que el varón acceda a un trabajo formal y la pareja continúe cobrado el ingreso. La condición de abandono del plan es la ocupación del miembro que figuraba como trabajador desocupado. Sin embargo, dado que la gran mayoría de beneficiarias son mujeres y a cargo de hijos (Neffa 2009) las posibilidades de que ingresen al mercado de trabajo formal sin tener una infraestructura que le permita delegar el cuidado de los hijos menores a cargo, son bajas. La contraprestación que los beneficiarios deben ejecutar no son propiamente empleos, sino trabajos precarios en el área de servicios del sector público, con bajo requerimientos de calificación (Neffa 2009:325).

Parte de las beneficiarias del Plan Jefe y Jefa de Hogar han pasado a la órbita del Plan Nacional Familia²¹ creado con posterioridad, opción posibilitada por el Decreto 1506/205 que permite el traslado voluntario de uno a otro plan. Debido a esta razón, y dado que en los cuestionarios varios adolescentes declaran que su familia recibe este subsidio, la cantidad de casos reunidos entre ambos planes (PJyJHD y Plan Familias) cubren al 45% de los hogares. Las beneficiarias de este plan pueden cobrar hasta \$305 en caso de tener 6 hijos.

²⁰ Quienes acceden al *Programa Jefes y Jefas de Hogar* debe reunir las siguientes condiciones: *Ser argentino, nativo o naturalizado, o extranjero radicado en el país; Ser jefe o jefa de hogar y encontrarse en situación de desocupación; Tener al menos un hijo menor de 18 años, o haberse encontrado en estado de gravidez al momento de la inscripción, o tener hijos de cualquier edad con discapacidad; Los hijos en edad escolar deberán ser alumnos regulares; Los hijos deben cumplir con el calendario de vacunación obligatorio.* Todo beneficiario titular percibe una suma mensual de \$150 en forma directa e individual. A cambio deben realizar contraprestaciones para la cual deberán tener una dedicación horaria diaria no inferior a cuatro (4) horas, ni superior a seis (6). Datos en <http://www.trabajo.gov.ar/jefes/beneficiarios/index.asp> Acceso 01/2010. A inicios de 2003, el plan beneficiaba a casi 2 millones de personas en Argentina, representando el 16% de los hogares del país, con alta concentración en hogares rurales (Neffa 2009).

²¹ El Plan Familias se crea en 2006 y *"busca transferir del Programa Jefas y Jefes de Hogar a las madres solas que así lo deseen, con el fin de fortalecer los aspectos de salud y educativos tanto de la madre como de los niños, y estimular una política social familiar inclusiva en dos líneas básicas. Los beneficiarios/os del Programa Jefes de Hogar con tres o más chicos de hasta 18 años a su cargo, tienen la oportunidad de mejorar la calidad a través del Plan Nacional Familias, con eje en la población femenina. el monto mensual que percibe por el Programa Jefes de Hogar se incrementaría según los menores que tenga bajo su responsabilidad: \$150 - 3 niños/as, \$175 - 4 niños/as, \$200 - 5 niños/as o más".* En <http://www.trabajo.gov.ar/jefes/servicios/planfamilias/index.asp> Acceso 10/2010. El compromiso que asume el/la beneficiario/a que decida pasar al Plan Nacional Familias es certificar, de manera periódica la salud de los niños, niñas y adolescentes que estén a su cargo y permanezcan en la escuela". Datos en <http://www.trabajo.gob.ar/jefes/servicios/planfamilias/index.asp> Acceso 01/2010. En Argentina ya son más de 500.000 los beneficiarios de este subsidio, para mayo de 2008 www.criticadigital.com.ar Acceso 05/2008.

Por otra parte, en un número considerable de casos los adolescentes encuestados manifiestan que algún miembro de la familia es beneficiario de un Plan Trabajar.²² Este subsidio surge a fines de los años '90 pensado como una forma de otorgar empleo transitorio. En nuestro análisis no presenta diferencias en su otorgamiento a los dos tipos de hogares descriptos (monoparentales o con dos cónyuges), ya que en el 12% de los hogares relevados, algún miembro dice contar con este plan. Sin embargo, se trata de un programa que dejó de estar vigente a partir del arribo del Plan Jefe y Jefa de Hogar Desocupado, que si bien presentaba otras características, absorbió parte de ese universo de beneficiarios. Debido a que se constituyó como un subsidio ampliamente extendido y publicitado, muchos continúan denominándolo Plan Trabajar, cuando en realidad se refieren al Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupado. Esto hace que debamos considerar que si sumamos los tres tipos de respuestas (PJyJHD y Plan Trabajar y Plan Familias) el número de hogares beneficiados es de 52% de los hogares de los adolescentes consultados.

El Plan Jefe y Jefa de Hogar Desocupado, es el único subsidio que tiene datos de conocimiento público de los beneficiados, a través de la publicación de padrones en la Web del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Según estos padrones públicos consultados, a enero de 2010, 360.794 personas permanecen como beneficiarios del Programa Jefes de Hogar en la Republica Argentina, de los cuales 17.208 planes (4,8%) son destinados a la provincia de Jujuy. El Departamento Susques por su parte, contiene a 100 beneficiarios (0,58%) del total de la provincia, quienes en casi la totalidad de los casos son mujeres. Sin embargo la distribución de los domicilios de los beneficiarios/as no es equilibrada ya que se consigna que la localidad de Susques tiene 61 beneficiarios/as de planes sociales con 1140 habitantes, Coranzulí 33 planes con 412 habitantes y Cátua 6 planes entre 368 habitantes.²³

En relación a la jubilación o pensión según datos del Censo 2001²⁴, existen 97 beneficiarios en el departamento Susques. Paralelamente los datos del cuestionario arrojan que se reciben jubilaciones o pensiones en el 21% de los hogares monoparentales, duplicando este beneficio al número de hogares con ambos cónyuges. Las pensiones a la viudez pueden estar influyendo en este resultado, ya que pueden seguir cobrándose aun constituyendo una nueva convivencia no legalizada.

En el caso de la Pensión Madre de Séptimo Hijo,²⁵ es un caso particular que no se ata a las condiciones impuestas para recibir otras ayudas. En primer lugar no se trata

²² El Plan Trabajar tuvo en su año record a 140.000 beneficiarios, en 1997. otorgaba \$200 pesos mensuales, acceso a asistencia sanitaria y cobertura de riesgos (Neffa 2009)

²³ La información es de los padrones oficiales publicados en www.trabajo.gov.ar Acceso 01/2010.

²⁴ Datos reelaborados REDATAM es un programa de software estadístico para el tratamiento de los datos a partir de la base de Datos del Censo 2001, que permite el cruzamiento de variables de todo tipo.

²⁵ Según la Ley 23746 promulgada por el Honorable Congreso de la Nación Argentina 28/09/1989 "instituyese el derecho a percibir una pensión mensual inembargable y vitalicia, para las madres que tuviesen 7 o más hijos, cualquiera fuese la edad y estado civil. Condiciones necesarias para obtener

simplemente de un subsidio sino que está establecido legalmente como una pensión contributiva. Para ser beneficiaria, las mujeres requieren de haber tenido 7 o más hijos nacidos vivos al momento del otorgamiento de la pensión. Según datos del Censo Nacional de 2001 el 25% de las mujeres del Departamento Susques han tenido 7 o más hijos nacidos vivos, por lo que deberían de acogerse a este beneficio que actualmente ascienden a \$530.²⁶ Se trata de una de las compensaciones sociales más antiguas quizá de la Argentina, y está entre las más extendidas. En Susques alcanza al 45% de los hogares a los que pertenecen los alumnos que respondieron el cuestionario. La particularidad radica en que las condiciones o requerimientos para ser beneficiaria de este subsidio es haber tenido siete hijos vivos. En este caso no se observan diferencias entre el número de hogares monoparentales y hogares con ambos cónyuges que reciben el subsidio, ya que no es condición que la mujer esté sola a cargo de sus siete hijos para ser beneficiaria.

Respecto de la ayuda material a través de bolsones de alimentos, esta se recibe en el 15% de los hogares de los consultados, doblando el número de hogares monoparentales beneficiados a los conformados por ambos cónyuges. Gran parte de esta entrega de alimento se encuentre dentro de lo que a nivel nacional se denomina Plan de Seguridad Alimentaria.

Finalmente, se encuentran la "becas del gobierno" consistentes en una serie de ayudas estatales que se ofrecen para la continuación de los estudios de alumnos en edad escolar. Estas asignaciones enfocadas básicamente en el nivel medio de educación, se inscriben dentro de un Programa Universal (Plan Nacional de Becas Estudiantiles), donde se incorpora un cupo específico para estudiantes indígenas y jóvenes aspirantes a las becas, que son propuestos por sus comunidades.²⁷ Las becas escolares implican la entrega de un monto bajo de dinero para utilizarlos para la compra de insumos escolares (no para transporte en este caso) a fin de evitar el abandono escolar. Se han extendido a gran parte de la población escolar y el 33.5% de los hogares consultados a través de los cuestionarios, la reciben. Esto es acorde a las expectativas del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas

una pensión por Madres de 7 o más hijos". Ley Nº 23.746. Decreto Nº 2360/90: Ser o haber sido madre de 7 o más hijos nacidos vivos, propios o adoptados; No estar amparada por ningún tipo de beneficio (previsional, jubilación, pensión, retiro, etc.) o prestación no contributiva alguna; No tener bienes, ingresos ni recursos de cualquier tipo que permitan la subsistencia de la solicitante y de su grupo familiar, ni parientes obligados a prestar alimentos, con capacidad económica suficiente para proporcionarlos en un importe igual o superior al de la pensión instituida; Ser argentina o naturalizada. Las naturalizadas deben contar con una residencia mínima y continuada en el país de un (1) año inmediatamente anterior al pedido de la pensión; Las extranjeras deben acreditar una residencia mínima y continuada en el país de quince (15) años inmediatamente anteriores al pedido de la pensión; No encontrarse detenida a disposición de la Justicia. En <http://www.desarrollosocial.gov.ar/pensiones/requisitos.asp> Acceso 02/2010.

²⁶ Este monto es el estipulado para 2008 según información del Ministerio de Trabajo Existen pocos datos al respecto: a julio del 2000 en relación a la Pensión No Contributiva "madre de 7 o más hijos" había 49.572 beneficiarios, lo que implica una distribución porcentual del 14,6 % con un haber promedio de \$151 (Spinelli et. al. s/d)

²⁷ Información "Informe Nacional de la Republica Argentina". Confeccionado por el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas INAI. En www.fondoindigena.org Acceso 03/2010.

(INAI) que supone que el 30% de los alumnos de las comunidades beneficiadas las reciben.²⁸ Sin embargo dentro de este grupo, aún cuando no se especifica, también se encuentran otra ayuda en forma de beca a estudiantes, cuyo aporte proviene de la iglesia a través de la Congregación Claretiana. Suponemos que estas constituyen la mayor parte de dichas ayudas, dado que según datos de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI 2004-2005), el 98% de la población entre 5 y 19 años no recibe beca para estudiar, aunque estos son datos del 2004-2005 mientras los cuestionarios consignan datos de 2009.

Existen otros subsidios que posiblemente tengan beneficiarios entre la población del Departamento, pero no hemos registrado ese dato, por tratarse de subsidios más específico y que fueron surgiendo posteriormente a los Planes Jefes y Jefas de hogar, sin dudas los más extendidos desde 2003 a la actualidad. Se trata del Plan Empleo Comunitario (PEC) de \$150, que incluye a desocupados mayores de 18 años y que financia proyectos de empleo comunitario de hasta 12 meses (230.000 beneficiarios en el país durante 2007). También se ha extendido considerablemente en Seguro de Capacitación y Empleo, para los desocupados que buscan trabajo, que supone la entrega de \$225 durante dos años, y alcanzó a casi 80.000 beneficiarios en 2007. El Programa Manos a la Obra, se entrega a ONG's o grupos de más de tres personas y se financian hasta diez salarios para la compra de insumos.²⁹

Hasta la fecha, y desde los más de 7 años que pasaron desde la implementación de alguno de estos planes y subsidios, no han tenido un aumento, mientras la inflación se ha incrementado y por consiguiente subió la canasta básica de alimentos. Esto remarca que si bien la cantidad de ayuda estatal destinada a la población local es amplia en el sentido de dar cobertura a gran parte de los hogares, no se trata de ingresos suficientes con los cuales una familia podría subsistir exclusivamente, sino simplemente un aporte más a la búsqueda de múltiples ingresos que la unidad doméstica requiere para sostenerse. Como ejemplo basta recordar que el Plan Jefe y Jefeas de Hogar Desocupado, se crea en 2002, cuando el salario mínimo oficial era de \$200 y la asignación del plan era de \$150, ambos bajo la línea de la pobreza (Neffa 2009). Actualmente el ingreso continúa siendo de \$150 mientras el salario mínimo en este país es \$1.500 para enero de 2010.

Algunas incidencias de las políticas sociales en las trayectorias reproductivas.

El objeto de la caracterización precedente acerca de los subsidios que benefician a la población de Susques, pretende llevarnos a pensar la relación entre el dinero que se percibe y el número de hijos del hogar. Tanto la Pensión por Siete Hijos como el Plan

²⁸ Op. Cit.

²⁹ Los datos de Plan Empleo Comunitario; Seguro Capacitación y Empleo y Manos a la Obra, fueron obtenidos de www.criticadigital.com.ar del 04/05/2008. No fue posible obtener al respecto datos oficiales.

Familias responden a esta relación ya que aumentan el monto de dinero otorgado, proporcionalmente a la cantidad de hijos que la beneficiaria declare. En segundo lugar, debemos establecer relación también con la presencia de uno o dos cónyuges a cargo del sostenimiento del hogar, fundamentalmente porque es el varón quien en su categoría de asalariado percibe el monto más alto y estable de ingresos. Cuando este se halla ausente, y por lo tanto no se cuenta con su sueldo, la importancia de la ayuda social aumenta. Una posibilidad es la existencia de otro varón que aún cuando no sea adulto, cumpla ese rol, generalmente adolescentes que han abandonado los estudios tempranamente y se emplean en actividades privadas de la región, borateras, minería, extracción de sal, etc. Así, el ingreso que obtendría el varón adulto puede ser compensado en ausencia de este, por la suma de otros ingresos, siempre que este ingreso sea producto de una actividad diversificada. Si la red de asociativismo y ayuda familiar es amplia, las necesidades del hogar con jefatura femenina tendrán más posibilidades de ser cubiertas a través de la ayuda prestada por la familia extensa.

Un análisis más profundo de los ingresos por ayuda estatal, nos permitirá en el futuro caracterizar el tipo de hogares que se conforman en la región en estudio (monoparentales o no, con jefatura masculina o femenina, con dos o más generaciones en su interior, etc.) bajo la incidencia de la variable económica representada por el ingreso. Por lo pronto sin embargo, esbozamos algunas tendencias.

Se han desarrollado amplias discusiones referidas a las probabilidades de que los hogares con jefatura femenina constituyan hogares con mayores riesgos de ser pobres y no cubrir necesidades insatisfechas (Schmucler et. al. 1997). Siguiendo este razonamiento analizamos en este contexto, la relación entre la condición de pobreza del hogar y su vinculación con el hecho de que la jefatura esté a cargo de una mujer. Los datos del Censo Nacional de Hogares Población y Vivienda de 2001, indican que el total de hogares con NBI en el Departamento Susques es del 42%, mientras el 37% (271 casos) de los hogares del Departamento Susques tienen jefatura femenina. De estos, el 48% (130 casos) presentan NBI, lo que nos permite establecer una mayor relación entre la jefatura femenina y las NBI. Los datos indican una mayor relación entre los hogares con NBI y jefatura femenina (48%) que los hogares con NBI y jefatura masculina (38%). Sin embargo, de los hogares con jefatura femenina (37%) sólo el 64% declara ser mujer sola y no residir con su pareja, mientras que el 36% de los casos, la jefa de hogar convive con su cónyuge. Estimamos que se trata de mujeres que se declaran como jefas de hogar, porque la presencia masculina puede ser intermitente, o el cónyuge puede estar impedido de trabajar por razones de salud.

El objeto del párrafo precedente es invitar a pensar en las estrategias que un hogar con jefatura femenina puede establecer para lograr aumentar sus ingresos y lograr la supervivencia de los miembros. Entre la variedad de acciones posibles, queremos subrayar

la posibilidad de que vislumbre el establecer una nueva unión de la jefa de hogar con un adulto masculino, que permita sumar un ingreso resultado del trabajo asalariado. En la región, la jefatura de hogar, entendida como el encabezamiento económico del hogar, es una situación muy cambiante, ya que la unión con una nueva pareja, aún cuando sea temporal, implica que sea el varón quien asuma la jefatura, sobre todo en términos simbólicos, pero también en términos materiales. Una nueva unión puede acontecer en cualquier momento y significar entre otras cosas, un cambio en la calidad de vida de los miembros del hogar, sobre todo de los hijos de la mujer con parejas anteriores. Si un hogar de estas características está en desventajas con respecto a otros hogares conducidos por un varón, como en este caso, el componente económico tendrá un peso estratégico a la hora de que las mujeres establezcan una nueva unión.

Esto nos conduce a pensar que la nueva unión tiene dentro de nuestro espectro de análisis, una importancia considerable dentro de la trayectoria reproductiva femenina, y constituye una potencial variable de cambio sobre la misma. Sin embargo con las cada vez más frecuentes subvenciones del Estado a las mujeres, estas amplían sus posibilidades de optar por uniones basadas en otras motivaciones antes que las económicas. Aún cuando se trata de hogares vulnerables, reconocemos en estos una gran versatilidad y capacidad de adaptación a contextos adversos, dado que los aportes laborales femeninos son importantes y las estrategias económicas con que las mujeres buscan generar ingresos, son amplias. Esto significa que la ausencia del varón implica una desventaja que sin embargo es plausible de revertir por acciones individuales y también con la ayuda estatal, aún cuando esta última persiga otros objetivos.

En otras palabras, la posibilidad de que la mujer cuente con ingresos de origen estatal, concentrados en su figura, puede dar lugar al atraso en la unión consensual en presencia de hijos, dado que la mujer cuenta con un ingreso más para mantener cierta independencia. Esto devela que la unión con un varón en ocasiones encubre una estrategia de supervivencia femenina ante la necesidad de garantizar sustento para ella y lo/s hijo/s. En términos intergeneracionales, el desafío es contar con datos que nos permitan cerciorarnos de qué manera los subsidios y ayudas estatales están contribuyendo a que las mujeres que son madres, cuenten en la actualidad con un respaldo económico inexistente al momento en que fueron madres las mujeres de la primera generación, estableciendo cambios en el patrón de uniones y consecuentemente en la trayectoria reproductiva femenina. Pensamos en este sentido, que son las mujeres de la segunda generación quienes cuentan con mayores posibilidades de retrasar su primera unión consensual o matrimonio (aún con hijos) mientras las mujeres de la primera generación cuentan con la posibilidad de suspender nuevas uniones, hacia el final de su edad reproductiva.

Finalmente, y siguiendo con la búsqueda por establecer relaciones entre la trayectoria reproductiva y la variable económica, queremos dejar planteada la hipótesis de

que posiblemente en este contexto en particular, la posibilidad de contar con una subvención a las madres, se configure como una motivación de las mujeres hacia la maternidad, y que aún cuando no sea el factor determinante para buscar un hijo, la disponibilidad de contar con una ayuda económica esté probablemente incidiendo en su facilitación. Sabemos que esta posibilidad es motivo de debate al momento de analizar las consecuencias no buscadas de una política estatal de ayuda social, pero reconocemos la importancia de discutir acerca de la incidencia de la variable económica, no sólo sobre la realidad material de la mujer y su hijo, sino sobre todo en el plano subjetivo y del mundo íntimo de estas. Vale remarcar que la vinculación entre la búsqueda de la maternidad y el usufructo de beneficios económicos, es un debate que se da con mayor insistencia en el caso de mujeres pobres e insertas en comunidades con una alta valoración del rol reproductivo femenino. Sin embargo, sabemos que aún con características diferentes, no es un acontecimiento exclusivo de este grupo, sino extendido a muchas sociedades.

Con lo planteado, dejamos esbozado para futuros trabajos la necesidad de profundizar en el análisis de la subjetividad femenina, para observar la incidencia que una política de subvención estatal a mujeres madres, tiene sobre su trayectoria reproductiva y su patrón de uniones. Esto contribuirá a que conozcamos los alcances y repercusiones, muchas veces no buscadas, de una política social.

Consideraciones finales

A lo largo de este trabajo pretendimos mostrar la incidencia de las políticas públicas en salud y desarrollo social, sobre la trayectoria reproductiva de las mujeres indígenas del departamento Susques.

Observamos que en el ámbito de la salud, no es simplemente un proceso de medicalización del embarazo y el parto lo que acontece, sino que se trata de un fenómeno más complejo que implica entre otras cosas, la monopolización de la etapa reproductiva por parte del personal médico alopático. El resultado se plasma en un profundo cambio en el campo de referencia de la mujer, que anteriormente era influenciado por la experiencia de mujeres de generaciones anteriores, cuyos comportamientos eran tomados como modelo, dando lugar a que se reactualizaran a través de las generaciones las prácticas tradicionales que rodeaban a la reproducción. Al no existir ya esta reactualización, se rompe con antiguas prácticas y en su reemplazo se adquieren nuevas, pero ya de la mano de los agentes de salud biomédicos y a través de los programas de salud estatales, a los que las jóvenes son más permeables.

Pero es preciso señalar también, que la trayectoria reproductiva como proceso en el que se enmarcan hechos vitales que acontecen a lo largo de la vida de una mujer, debe ser pensada fundamentalmente términos del acceso a los derechos reproductivos garantizados por la legislación actual, tanto sea nacional como provincial. Esto indica que los derechos

reproductivos deben ser superadores de cualquier intento de imposición de un ideario biomédico.

Por otra parte, analizamos las políticas sociales y de subsidios que reciben los hogares locales, a los fines de establecer finalmente, puntos de contacto entre la posibilidad de contar con ingresos económicos y la búsqueda de la maternidad, dando cuenta de la incidencia de una política de subvención sobre la trayectoria reproductiva femenina.

Existen aspectos que no fueron abordados en este trabajo, pero que dejan abiertas líneas de investigación que puedan responder acerca de la vinculación entre otras políticas estatales y los cambios en la trayectoria reproductiva. Por ejemplo, nos referimos a la obligatoriedad de la educación formal en la segunda generación de mujeres (y las futuras) que incide en la elección de parejas, ya que supone que el semi nomadismo, resultado de la ocupación en el pastoreo de ganado, es suplantado por la migración al pueblo más cercano y el consecuente establecimiento de una red de relaciones diferente para las jóvenes, de las que usufructuaron sus madres.

Bibliografía

- Drovetta Raquel I. 2009. Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la Puna Jujeña, Argentina. En Revista *Barbarói*, Departamentos de Ciências Humanas e Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul, UNISC, Brasil, Nº 31, 2009/2. En <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/issue/view/72>. Pp. 139-154.
- Freyermuth Enciso Graciela, Rosario Cárdenas, Sergio Meneses Navarro e Hilda Argüello Avendaño 2004. *Maternidad Peligrosa. Evaluación de la Atención Institucional a la Urgencia Obstétrica en los Altos de Chiapas*. CIESAS- México, Instituto Nacional de Desarrollo Social, El Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población a través de la Fundación McArthur. Diciembre 2004. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. 196 pp.
- Isla Alejandro (Compilador) 1992. *Sociedad y articulación en las tierras altas jujeñas. Crisis Terminal de un Modelo de Desarrollo*: Edit. CIRA/MLAL/ASAL, Buenos Aires.
- Lerner Susana, André Quesnel y Olivia Samuel, 2000. Constitución de la descendencia y proceso de integración de las mujeres rurales al sistema médico. En *Estudios Demográficos y Urbanos* 44, Vol. 15, Nº 2, mayo-agosto 2000, Colegio de México, pp.325-363.
- Menéndez Eduardo 1992. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En Campos Roberto (Comp.) *La Antropología Médica en México*: Instituto Mora-Universidad Autónoma Mora, Tomo I, México. Pp. 97-114.
- Monsalvo Julio 2008. Atención Primaria de Salud, Una Responsabilidad de Todos. Conferencia presentada en el I Congreso Región NOA y II Congreso Provincial, Jujuy, 20-22/08/08. disponible en http://www.altaalegremia.com.ar/Cuadernillo_N_3_Histor_Atencion_Prim_Salud.phtml acceso 12/2009.
- Neffa Julio César 2009. El Plan Jefes y Jefas de Hogar desocupados (PJyJHD). Análisis de sus características y objetivos. Fortalezas y debilidades. En Neffa Julio Cesar y Enrique de la Garza Toledo (Compiladores) *Trabajo, empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales*: CLACSO, Buenos Aires, Vol. 1, Pp. 281-347.
- Schmucler Beatriz y Graciela Di Marco (Compiladoras) 1997. *Madres y democratización de la familia en Argentina contemporánea*: Ed. Biblos, Biblioteca de Las Mujeres, Buenos Aires.
- Spinelli H. Alazraqui M, Arakaki J, Sequeiros S., Wilner A. S/D. Una experiencia de gestión en el campo social. Programa federal de salud 1997-2001. En <http://www.unla.edu.ar/departamentos/desaco/carreras/maestrias/epidemio/archivos/publicaciones/gestion/experienciadegestion.pdf>.

Fuentes

- Archivo administrativo de la Unidad Sanitaria Susques. Mimeografiado.
- Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo, El Cairo 1994. Declaración del Milenio. En <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>
- Diario Critica de la Argentina. En <http://www.criticadigital.com.ar>
- Dirección de estadísticas e información en salud. En <http://www.deis.gov.ar/>
- Dirección Provincial de APS, provincia de Jujuy. En <http://www.msaludjujuy.gov.ar/>
- Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (EPCI) 2004-2005. En <http://www.indec.gov.ar>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacionales de Hogares, Población y Vivienda 1991 y 2001. En <http://www.indec.gov.ar>
- Ministerio de Desarrollo Social. En <http://www.desarrollosocial.gov.ar/>
- Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy. En <http://www.msaludjujuy.gov.ar/>
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. En <http://www.trabajo.gob.ar/index.asp>
- Plan Federal de Salud, 2004-2007. Ministerio de Salud de la Nación. En <http://www.cippec.net/espanol/salud/.../Plan%20Federal%20de%20Salud.pdf>