

Prácticas y saberes en torno a la salud sexual y reproductiva en comunidades guaraníes de la provincia de Salta: continuidades y rupturas

*Silvia Hirsch*¹

Resumen

Esta ponencia está basada en una investigación antropológica sobre salud sexual y reproductiva llevada a cabo en tres comunidades guaraníes de la provincia de Salta. El objetivo fue registrar y analizar los conocimientos y saberes en torno a la salud reproductiva de adolescentes (12-19 años) y jóvenes (20-29 años) guaraníes. Asimismo, se indagó en la convivencia de dos prácticas en torno a la salud reproductiva: la proveniente del sistema de salud pública oficial y la proveniente de las prácticas tradicionales de las mujeres indígenas.

Los datos ponen de manifiesto las continuidades y rupturas con algunos saberes y prácticas transmitidos por la generación de las madres y las abuelas. En cuanto a la menarca y la menstruación se registra una mayor continuidad de conocimientos culturales tradicionales que en otras áreas vinculadas a la reproducción. Sin embargo, emergen nuevas prácticas y saberes en cuanto al cuidado del embarazo, el parto y el uso de métodos anticonceptivos. El objetivo de esta ponencia es analizar las continuidades en los saberes y prácticas de la reproducción, y examinar las representaciones que tienen los prestadores de la salud pública de las prácticas y actitudes en torno a la salud sexual y reproductiva de las mujeres guaraníes.

Palabras claves: salud reproductiva, indígenas, mujeres, adolescentes.

Los pueblos indígenas de la Argentina han atravesado situaciones de marginalidad y destitución a lo largo de su historia. Asimismo han mostrado una enorme capacidad de resiliencia y de transformación social y cultural frente a la presión de la sociedad nacional. En este contexto, las relaciones de género y el rol de la mujer en los pueblos originarios también manifiestan transformaciones significativas. Un ejemplo concreto de ello lo constituyen las prácticas y saberes en torno a la sexualidad y la reproducción, en especial en el caso en el cual está basada esta investigación: entre las mujeres jóvenes de las comunidades guaraníes de la provincia de Salta.

El acceso y uso de los servicios de salud pública por parte de los grupos guaraníes se ha generalizado, en las comunidades hay centros de atención primaria a la salud, y los hospitales se encuentran relativamente cercanos. Sin embargo aún persisten una serie de conocimientos culturales y cuidados relativos a la sexualidad y la reproducción que se transmiten de generación en generación. Tradicionalmente, las prescripciones con respecto a las funciones reproductivas eran debidamente respetadas y las parteras se ocupaban de la atención durante el embarazo y el parto. Apesar de que en los últimos 20 años, el rol de las

¹ FLACSO. Dirección de mail: shirsch@fibertel.com.ar

parteras ha disminuido y la atención a las embarazadas y parturientas recae sobre los efectores de salud pública, las prácticas tradicionales en torno a la salud aún siguen vigentes en los pueblos originarios. La mayoría de los partos se realizan en hospitales públicos y tanto la prevención y el seguimiento de las prácticas reproductivas son competencia de ambos sistemas: los tradicionales y aquellos del sistema de salud público. Es decir, se observan continuidades y quiebres en el marco de la salud sexual y reproductiva de las mujeres guaraníes. Otro elemento de cambio se observa en el creciente número de madres adolescentes, muchas de las cuales tienen su primer hijo entre los 14 ó 15 años. El comportamiento que marca un cambio es la disminución de las uniones conyugales motivadas por el advenimiento de un hijo y la facultad de seguir siendo solteras. Asimismo, las mujeres entre 20 y 29 años han comenzado a adquirir algunos conocimientos de los métodos anticonceptivos (píldora, DIU, inyectables, entre otros) para regular la cantidad de embarazos. A pesar de ello, muchas adolescentes no recurren a estas técnicas y prefieren los métodos tradicionales basados principalmente en plantas medicinales (algunas de ellas abortivas) o bien continuar con el embarazo. Aquí se pone de manifiesto, el rol de las madres y abuelas como las trasmisoras de conocimientos sobre la menstruación, el embarazo, el parto, la anticoncepción, y la interrupción del embarazo.

Esta investigación se sustenta en la importancia de documentar procesos reproductivos a nivel generacional e intergeneracional, los cuales sirvan para brindar un mayor conocimiento de la salud reproductiva de las mujeres jóvenes y adolescentes indígenas, de sus opciones, necesidades y carencias. Es escasa la información que reciben las mujeres indígenas con respecto a su salud sexual y reproductiva o, al menos, ésta no es congruente con las realidades sociales y culturales de este grupo. Por lo tanto este proyecto tiene una dimensión etnográfica, anclada en el trabajo de campo, que se enmarca en los estudios de género, reproducción y salud, desde una perspectiva socio-antropológica. El objetivo general de esta ponencia es explorar y analizar los conocimientos, prácticas y saberes en torno a la reproducción de las adolescentes (12-19 años) y jóvenes (20-29 años) guaraníes de comunidades rurales y peri-urbanas de la provincia de Salta indagando y profundizando, a la vez, en la convivencia de dos prácticas en la atención de la reproducción: la proveniente del sistema de salud pública oficial y las prácticas tradicionales. Por ende esta ponencia también incluye la descripción y el análisis de las opiniones de los efectores de salud pública acerca de las prácticas y conocimientos de las mujeres guaraníes. La recolección de datos está basada en trabajo de campo realizado en tres comunidades de indígenas guaraníes del departamento San Martín, en la provincia de Salta. Las dos comunidades peri-urbanas son 9 de Julio y Cherenta ubicadas en la periferia de la ciudad de Tartagal y la comunidad rural Yacuy, que se encuentra a 18 km, de esta ciudad. Los guaraníes de las comunidades rurales son agricultores que también se dedican al trabajo asalariado temporal y permanente. Algunas de las mujeres se dedican a la venta

del producto agrícola y al comercio transfronterizo, algunas trabajan en la ciudad de Tartagal como empleadas domésticas, y un número significativo reciben subsidios sociales. En las comunidades periurbanas, algunas mujeres también trabajan como empleadas domésticas o personal de limpieza en el centro de Tartagal o en los barrios aledaños, y un porcentaje significativo recibe subsidios sociales. Se realizaron un total de 178 entrevistas a mujeres de 12 a 29 años, y 18 entrevistas a mujeres. Asimismo se realizó un total de 18 entrevistas a profesionales de la salud: incluidos tocoginecólogos, médicos clínicos, obstetra, enfermeros y agentes sanitarios.

Perspectiva antropológica de la reproducción y la sexualidad

Desde la antropología se aborda la reproducción y la sexualidad femenina como un proceso sociocultural en el cual cada sociedad categoriza, estructura y conceptualiza las funciones reproductivas de diversas maneras. Browner (1986) en un estudio realizado en México analizó la manera por la cual el comportamiento reproductivo de las mujeres y su toma de decisiones con respecto al uso de métodos anticonceptivos está influenciado por la familia, los vecinos y la comunidad cuyos intereses con frecuencia entran en conflicto. Estos, a su vez, están imbricados en complejos procesos políticos y económicos. Scheper-Hughes (1997) sugiere que la pobreza interactúa de múltiples maneras que inciden en la mortalidad infantil y en moldear las prácticas e ideas acerca de la reproducción y la maternidad. En este sentido, para entender los procesos reproductivos, las creencias y prácticas en torno a ellos, debemos hacer referencia a las estructuras de desigualdad existentes en la sociedad y a las condiciones socio-económicas. Los sistemas de género están inmersos en los contextos locales, por lo tanto los roles y relaciones de género manifiestan variabilidad tanto intercultural, intracultural e intergeneracional. El parto ha sido investigado en diferentes contextos sociales y étnicos no solo analizando la reproducción biológica, pero también como una producción social en el cual se plasman los valores culturales de la sociedad (Davis-Floyd y Sargent 1997). Asimismo, la sexualidad expresa todas las contradicciones de las relaciones de poder, género, clase y raza (Ross y Rapp 1981) y no puede abstraerse del entorno social que lo rodea. La sexualidad es una fuente de tensión para las adolescentes en particular, y sus consecuencias son negociadas entre los grupos de pares y las generaciones de progenitores. En las comunidades indígenas las familias y las comunidades constituyen el eje no sólo de la regulación de las parejas sexuales y de las prácticas, sino también de la transmisión del conocimiento sexual, a pesar de que en contextos peri-urbanos, las prácticas en torno al cuidado del embarazo y el parto han cambiado tomando mayor relevancia la intervención del sistema de salud público.

Estudios sobre reproducción en comunidades indígenas

En la Argentina, el estudio de las prácticas reproductivas en comunidades indígenas es un área de vacancia en la investigación, si bien varios antropólogos han investigado este tema, aún hay mucho por relevar (Hirsch 2004, 2006). En el caso de los grupos indígenas chaqueños y de tierras bajas, etnógrafos como Métraux (1996) y Karsten (1923) mencionaron la importancia de la menarca y los rituales de iniciación. Ambos autores describen los rituales que atraviesan las jóvenes tobas durante la menarca y los peligros a los cuales están expuestas durante ese período. Newbery (1975) basándose en su investigación de campo llevada a cabo en la década del 70 entre varios grupos chaqueños (toba, pilagá y matakó) hace mención a la práctica del encierro para la niñas cuando se produce la menarca y las restricciones en la alimentación y la actividad. Newbery menciona que "no es la sangre lo que es tabú en la mujer que menstrua o que acaba de parir un hijo. Es el sexo y su potencia lo que hay que cuidar y del que hay que precaverse." Cabe mencionar la importancia del enfoque de Mary Douglas que desde una perspectiva simbólica aborda la sangre menstrual como un contaminante. Esta definición cultural de un contaminante esta basada en una percepción compartida de esa sustancia como anómala al orden simbólico o cultural. Los contaminantes son codificados como algo sucio, se refieren a material simbólico fuera de lugar. Los contaminantes son también peligrosos para el orden social. Douglas considera que la sangre menstrual es un contaminante cuyos efectos deben ser contenidos por tabúes estrictos.

Citro (2008:29) en su estudio sobre la iniciación entre las mujeres tobas de Formosa explica que "la llegada de la menstruación en una joven determinaba la separación o despojo de aquello lo tanto, de "los hábitos de pensamiento, sentimiento y acción" que la acompañan. La fase de separación que se iniciaba con la primera menstruación marcaba claramente el alejamiento de aquel estado de niñez, pues la joven inicianda debía obedecer una serie de prescripciones dictadas por el mundo adulto." Gomez (2006) indica que entre las tobas del oeste de Formosa, la menarca implica el ingreso de la mujer al mundo adulto, pero también un " proceso de creación de identidad de género, íntimamente relacionada a las experiencias subjetivas corporales del género femenino." Actualmente en muchos grupos indígenas la llegada de la menarca no es marcada con el mismo proceso ritual que ocurría anteriormente, en efecto las reglas y las prácticas se han tornado más laxas, pero aún así persiste la práctica del encierro de la joven y las nociones de polución, peligro y restricciones alimentarias.

El estudio de las prácticas culturales en torno al parto fue abordado de manera comparativa por la antropóloga Brigitte Jordan (1993) quien estudio el parto en Holanda, Suecia, Estados Unidos y entre los maya de Yucatán, México. Jordan analiza de que manera inciden factores biológicos y socio-culturales en el parto y describe por ejemplo, que el dolor

es más visible en las salas de obstetricia en los Estados Unidos que en Holanda, Suecia o Yucatán. En el caso de las mujeres mayas el dolor aparece descrito en los relatos de las experiencias del parto de las mujeres como normal y también pasajero. Las mujeres atraviesan un proceso de socialización en el cual son introducidas a los sistemas de nacimiento (birthing systems) de su cultura y reciben a través de relatos, conversaciones y observaciones un conjunto de saberes acerca de lo que significan las prácticas en torno al parto. Estos sistemas de "birthing" prescriben lugares apropiados para dar a luz. En general, estos son de dos tipos: un lugar especializado y específico, y un lugar dentro de la esfera cotidiana de la mujer. Una mujer puede dar a luz en su casa, o bien ir a un lugar especializado como ser una clínica u hospital. La elección del lugar donde se va a dar a luz tiene consecuencias en los recursos disponibles y en las clase de interacción social que se va a producir. Esta elección va a implicar que se asigne la responsabilidad por el resultado del parto a diferentes actores

Jordan analiza el proceso de toma de decisión en el parto y lo considera una categoría relevante para el análisis comparativo. La toma de decisión está imbricada con la pregunta referida a quien se adueña del parto. Es decir, quien determina lo que debe ocurrir y cuando, quien determina lo que debe considerarse como normal o anormal y quien asume la responsabilidad por el resultado final del parto (Jordan 1993:87).

Con el objetivo de analizar los mecanismos socio-culturales que giran en torno a los partos Jordan (1993:152) introduce la noción de "saberes dominantes" (authoritative knowledge) que define de la siguiente manera : "La observación central es que para un dominio en particular existen varios sistemas de conocimiento, algunos de los cuales por consenso tienen más peso que otros, porque explican el estado del mundo mejor o porque están asociados con una base de poder más fuerte o ambos. Frecuentemente un tipo de conocimiento predomina. La constitución del saber autorizado o dominante es un proceso social continuo que se construye y refleja las relaciones de poder dentro de una comunidad. Por lo tanto, al tener predominancia un sistema de conocimientos sobre el otro, se va a deslegitimar e ignorar el sistema no dominante." Como veremos más adelante esto es lo que ocurre con los conocimientos y prácticas nativas en torno al parto en un contexto étnico diverso como se observa en el norte argentino.

Las prácticas y conocimientos en torno a la reproducción forman parte del ámbito de lo privado y doméstico para las mujeres guaraníes. Si bien los hombres conocen las restricciones y recaudos que pesan sobre las mujeres, y también son parte de ellas, éstas son transmitidas de manera intergeneracional de madres a hijas, y se han mantenido en un espacio relativamente resguardado de influencias externas.

Menarca y menstruación en las mujeres guaraníes

La llegada de la menarca constituye un rito de pasaje de fundamental importancia para las jóvenes guaraníes, si bien esta práctica ha cambiado de manera significativa en las últimas dos décadas, aún constituye un proceso marcado por transformaciones que engloban una serie de creencias y prácticas determinadas.

En guaraní a la menarca se la denomina “oyimondĩ” que significa encierro. Este término alude precisamente al período de encierro que atraviesa la joven con la llegada de la menarca. Durante este período las jóvenes deben ponerse bajo el cuidado de sus madres o abuelas quienes las guiarán en esta fase. Cabe señalar que las jóvenes de Cherenta y 9 de Julio que no hablan en guaraní se refieren a la menstruación en castellano con los siguientes términos: período, menstruación, estoy enferma, estoy con la visita. En primera instancia en el momento en el cual la joven observa que ha comenzado a sangrar debe informar inmediatamente a su madre, abuela o tía. Es a partir de este momento cuando deberá permanecer dentro de la casa y en su cama por un período de aproximadamente tres días. Las madres y abuelas de las jóvenes indicaron que ellas estuvieron hasta 6 meses dentro de la casa. En algunos casos la madre colocará una manta o sábana alrededor de la cama de la joven para separarla de los demás miembros de la familia con quienes comparte la habitación. Durante los días que permanezca encerrada deberá tener una dieta restringida, abstenerse de realizar una serie de actividades que se describen más abajo, podrá salir solamente para ir al baño, hablar lo mínimo indispensable, y respetar las restricciones y prácticas que su madre le enseñe. Si la joven tiene que salir fuera de su casa para ir al baño por ejemplo, debe hacerlo cubierta por una toalla.

Después de la primera etapa de la menarca y cuando la joven deja de sangrar retoma sus actividades cotidianas. A partir de ese momento y cada vez que menstrue deberá tomar en cuenta una serie de restricciones que se detallan a continuación:

Restricciones alimenticias y de las prácticas cotidianas

1. Acostarse en posición recta.
2. No mirar televisión porque “se apaga la vista.”
3. No bañarse durante la menarca porque pueden salir varices o se puede producir hinchazón.
4. No salir mucho para no ser callejera más adelante.
5. No salir de noche porque salen los sapos, porque se puede pegar una tela de araña en los ojos y producir ceguera.
6. Realizar algunas actividades (lavar la ropa, coser) porque si no va a ser vaga.
7. No hablar mucho porque va a ser charlatana
8. No comer frituras, gaseosas, carne de cerdo, pollo, cosas dulces

La mayoría de las jóvenes entrevistadas respondieron que se debe hacer reposo durante 3 días, preferentemente en la cama y acostarse derecha, como indicaron muchas porque “si no iba a ser jorobada y que “no mire a ningún lado porque sino iba a ser curiosa. Hay que estar encerrada sino va a ser callejera” (Fresia, 18 años, Cherenta). Durante el encierro se deben realizar algunas actividades que marcan la socialización de las

mujeres en las tareas que deben desempeñar en el ámbito doméstico. Por ejemplo, lavar ropa dentro de la casa, barrer, y aprender a realizar tareas domésticas. Como indica Cintia (21 años, Cherenta) *"tenía que hacer cosas en la casa sino iba a ser vaga y no tenía que salir."* Las actividades que se realicen durante la menarca o que no se respeten van a dejar una impronta en la vida y el carácter de la joven, es decir que son determinantes de futuras acciones y constituyen modelos explicativos de conductas. Con la menarca se les instruye a las jóvenes que ya no deben jugar con los varones, que ahora son señoritas y deben comportarse de otra manera.

Mi mama me contó que no tengo que salir afuera, no hablar con nadie, no ver la televisión, de no agarrar aguja. No acercarme a mis hermanos sino le pueden corretear el arco iris, porque ellos van a traer leña, la sangre es muy olorosa (Emilce 23 años, Yacuy).

Mi abuela me explicó que una vez que me baje no tengo que salir afuera, no tengo que andar descalza sino con el tiempo mis pies se van a partir, cada vez que tenga un hijo. No tengo que ver la televisión, me puedo quedar ciega a temprana edad. Mi abuela dijo que tengo que levantarme bien temprano para no ser vaga (Rosa, 19, Yacuy).

Si tomo gaseosa interrumpe la menstruación. Comer banana me hace bajar mucho (Emilce, 23 años, Yacuy).

Ema (21 años, Yacuy) mencionó: " no comer carne que tenga grasa, chanco, gallina, mortadela sino me va a agarrar epilepsia. Se tiene que comer arroz hervido. Para desarrollarme otra vez otra chica me dio de tomar agua santiguada.

Las mujeres guaraníes toman cuidadosos recaudos durante el período menstrual para no encontrarse con determinados animales que según ellas puede resultar en embarazo. Ellas consideran que la sangre menstrual atrae por su olor a los animales lo cual es extremadamente peligroso en particular las víboras y los sapos. En el caso de la víbora si esta se acerca a una mujer menstruante puede embarazarla y el cuerpo del bebé será mitad persona mitad víbora. La orina de sapo también puede producir embarazo y es muy temida. Por lo tanto, las mujeres evitan caminar por el monte, el río o la chacra. Esta creencia es la más difundida y compartida y fue mencionada por todas las jóvenes entrevistadas con la excepción de aquellas que no se habían criado en la comunidad.

Helga (17 años, Yacuy), estaba acostada por ser el primer día que me bajó y mi prima vio una víbora, pero traté de no asustarme para no atraer a la víbora.

Maria (12 años Yacuy) mi abuela me dijo que no tengo que ir al cerco, ni al río porque me puede corretear la víbora, el arco iris. También el sapo es peligroso porque si me orina el sapo puedo quedar embarazada.

Yesica (17 años, Yacuy), no se pude tocar las plantas porque se secan, la sangre es peligrosa.

Embarazo en mujeres guaraníes

El embarazo en la mujer guaraní es una etapa que es considerada natural en el desarrollo de una mujer, y en este sentido es percibido como un período que no amerita las mismas restricciones y recaudos que ocurren durante la menstruación. En entrevistas realizadas con mujeres mayores de 50 años, se concluyó que la edad promedio para el primer embarazo era entre los 17 y 18 años. El embarazo adolescente no está estigmatizado de manera negativa, el problema no es la edad en la cual la mujer se embaraza una mujer, lo que importa para la familia es que la joven tenga pareja. Varias jóvenes solteras me indicaron que sus padres se enojaron cuando se enteraron de que ellas estaban embarazadas. Pero al transcurrir el embarazo y nacer el bebé fueron aceptadas y contenidas por sus familias. Asimismo, ser madre soltera tampoco resulta un obstáculo para que la joven encuentre una pareja más adelante y forme una familia. En la mayoría de los casos de embarazo adolescente de jóvenes que concurren a la secundaria estas abandonan sus estudios. Algunas terminan el secundario varios años después de haber tenido hijos. En el caso de Yacuy de 33 mujeres que fueron madres entre los 14 y 19 años, 5 tienen el secundario completo, en Cherenta de 23 mujeres que fueron madres entre los 14 y 19 años, 3 tienen secundario completo y en 9 de Julio de 10 mujeres que fueron madres entre los 14 y 19 años, 3 tienen el secundario completo.

El cambio generacional que se observa entre las jóvenes guaraníes en cuanto al embarazo no es el descenso de la edad del embarazo, pero una mayor incidencia de embarazos fuera del marco de la unión conyugal. Estos embarazos no planeados producen incertidumbre en las jóvenes y preocupación en cuanto al mantenimiento de los hijos, si bien estas jóvenes saben que encontrarán contención en sus padres o abuelos.

El embarazo adolescente no constituye un fenómeno nuevo entre las mujeres indígenas, por lo general la edad de embarazo era y continua siendo entre los 15 y 20 años Sin embargo en los últimos años, se han registrado casos excepcionales de embarazo entre los 12 y 14 años. Las niñas guaraníes a partir de los 6 o 7 años colaboran en la casa y ayudan a sus madres con el cuidado de sus hermanos menores. A partir de la menarca comienzan a tener una participación mayor en las tareas domésticas. En las comunidades que nos atañen hay numerosas mujeres que trabajan fuera de la casa, ya sea en la venta del producto agrícola, el trabajo doméstico o el comercio. Estas mujeres dejan a sus hijos bajo el cuidado de sus madres o tías pero también de sus hijas mayores. La participación de las jóvenes en el ámbito doméstico permite a las madres dedicarle más tiempo al reposo post-parto y al cuidado de sus bebés. Esto ha sido documentado entre las mujeres toba de Formosa y muestra el importante rol que cumplen las hijas en la crianza de los hermanos menores al ayudar a sus madres en el cuidado de los hijos lactantes (Bove, Vallengia, Ellison 2002). Pero también la realización de estas tareas prepara a las jóvenes en lo referente a la maternidad y la crianza de los niños.

Restricciones en torno a las prácticas cotidianas durante el embarazo

1. No alzar cosas pesadas
2. No estar mucho tiempo sentada
3. No estar en contacto mucho tiempo con el fuego
4. No tener relaciones sexuales a partir de 4 mes
5. No dormir mucho
6. Barrer mucho
7. Evitar ciertos alimentos que tienen consecuencias nocivas para el nonato, como ser las menudencias de pollo, las bebidas alcoholicas.
 - a. Menudencias de pollo,
8. No comer mucho, tomar sopa y líquidos
9. No asustarse porque puede dañar al bebé
10. No ir a donde hay ñandúes

Maria (27 años, Yacuy) no se debe cargar cosas pesadas durante el embarazo porque puede dañar al bebé. Yo acarree baldes de agua y tuve una fuerte hemorragia, y tuve que ir al hospital donde me hicieron un raspaje. Mi abuela decía de no barrer mucho, no alzar cosas pesadas no hablar mucho sino el bebe se cruzaba.

Mi abuela Elena me daba consejos, me decía que no este mucho tiempo sentada porque si no el bebe va a ser flojo, que lave la ropa porque ayudaba a aflojar la cintura. No levante cosas pesadas, tenia que barrer mucho para que no salga peludo. Durante el embarazo tenia que consumir sopa y agua que tome sopa para que la placenta caiga bien. No se puede tener relaciones en el embarazo porque le puede marcar la frente a su hijo y puede causar aborto o infección urinaria. No se puede ir al monte porque a los ñandúes no le gusta las embarazadas siente celos por la mujer embarazada y le corretea eso le pasó a Fany (Soledad 27, Yacuy).

Durante el embarazo las jóvenes se realizan controles prenatales en el Centro de Salud de la comunidad. En las comunidades de Cherenta y Yacuy los ginecólogos realizan visitas semanales para realizar los controles y derivan al hospital para realizar análisis y ecografías. El 90% de las jóvenes ha realizado al menos 2 controles prenatales. Asimismo, las jóvenes están familiarizadas con el seguimiento de su salud durante el embarazo, es decir que saben que deben asistir con su tarjeta de control al médico, y que se les hará análisis de sangre, ecografías, etc. Las mujeres responden positivamente a las recomendaciones del médico y son muy pocas las que transgreden las sugerencias de médicos y madres.

Parto

Las jóvenes guaraníes reciben consejos de sus madres y abuelas acerca de cómo comportarse durante el parto. Estas instruyen a las jóvenes de que no deben gritar durante el parto, deben hacer fuerza, y sobre todo hacerle caso al doctor y a las enfermeras. Los dolores de parto se pueden aliviar caminando, pero también hay que “aguantarse”. Las mujeres mayores indican que deben soportar el dolor preferentemente en silencio y no “quedar mal delante del médico”. Varias jóvenes mencionaron que sus madres no les dieron consejos acerca de cómo desenvolverse durante el parto, pero que algunas amigas

les dijeron que tenían que “hacer fuerza”. Otras indicaron tener miedo a que le hicieran cesárea porque conocen a una amiga o pariente a la cual le hicieron este procedimiento. Una de las jóvenes entrevistadas dio a luz en su casa atendida por su madre, al entrevistar a ambas y preguntarle porque no fue al hospital la madre respondió que no quería que a la hija le hicieran cesárea, que le pusieran inyecciones o suero, y que por lo tanto ella la atendió a su hija. Esta mujer de 58 años tuvo 12 hijos, y todos nacieron en su casa y ella sola atendió sus propios partos. En general los partos domiciliarios en la comunidad se deben a que la ambulancia no llega a tiempo a buscar a la parturienta. El 90% de los partos son hospitalarios desde hace aproximadamente una década. “No hay que mezquinarse y tener vergüenza del medico” fue expresado por la mayoría de las jóvenes entrevistadas. Las jóvenes guaraníes no reciben “preparación para el parto” por parte del sistema de salud pública, dado que no hay cursos de este tipo por falta de personal y de recursos.

Métodos anticonceptivos

Entre los guaraníes, como en otros pueblos indígenas, existe una farmacopea derivada de plantas para regular la menstruación, prevenir e interrumpir el embarazo. En cuanto al uso y al conocimiento de plantas, raíces y hierbas no todas las mujeres comparten estos saberes y muchas tienen un mayor conocimiento de métodos anticonceptivos basados en fármacos generalmente adquiridos en Bolivia o distribuidos por el hospital. La mayoría de las entrevistadas indicó que conocía alguna planta pero que no la había utilizado. Sin embargo, hay confusión con respecto a los efectos de estas plantas, algunas mujeres respondieron que las plantas y hierbas son abortivas, sirven para regular la menstruación o prevenir el embarazo. Las plantas más mencionadas son: el ajeno, orégano, perejil, ruda, cáscara de cebil, llantén, burro.

La abuelita de mi marido dice que hay que tomar el llantén cuando viene la menstruación para aliviar los dolores y después no quedar embarazada (Clara 27, Yacuy)

La mayoría de las jóvenes entrevistadas manifestaron que prefieren no usar métodos anticonceptivos porque estos “producen cáncer”, y en el caso de las pastillas “engordan”. Varias mujeres indicaron que compran anticonceptivos en Bolivia, esto se debe a que en Bolivia son mucho más económicos, no se necesita receta, y de esta manera evitan sacar turno, y esperan varias horas para ser atendidas en el hospital de Tartagal. Por lo general lo que adquieren en Bolivia son inyecciones de Depo Provera, la cual tiene una duración de 3 meses, esto les resulta muy conveniente al evitar la visita mensual al hospital.

Uso inyecciones de Depo Provera porque es más económico, cuesta 5 pesos, use 5 veces después deje de usar y me duró 2 años. Fue decisión de los dos, porque no

tenia tiempo, trabajaba mucho. Pero me hizo hinchar las piernas y la cara (María 29 años, Yacuy).

Uso el inyectable. Fue idea de los dos me asusté con los partos y no quiero tener más, además quiero seguir estudiando (Heidi 21 años, Yacuy).

Usé Depo-Provera, compre en Bolivia, cada 3 meses, 6 aplicaciones, empecé a usarlo hace 2 años, pero no me venia el periodo, fui a la ginecóloga y me decia que era normal. Fue mi decisión, una amiga lo recomendó después del segundo parto use la pastilla 6 meses. Hay mujeres que se cuidan sin decirselo al marido (Soledad 26 años, Yacuy).

Las mujeres tienen poca información acerca de los métodos anticonceptivos, muchas no acuden a los médicos para consultar acerca de los efectos adversos que puedan producirles los MAC, y además circulan muchos rumores en cuanto a los efectos que producen. El dispositivo intrauterino (DIU) es el método menos usado y esto se debe no solo a la falta de conocimientos sobre los MAC pero también a que las mujeres sienten « vergüenza » de mostrar los genitales.

Según informaron los médicos y agentes sanitarios entrevistados, ellos explican a las mujeres los métodos anticonceptivos, y les recomiendan que los utilicen, pero muchas mujeres rechazan estos consejos dado que sienten que hay que aceptar los hijos que lleguen. La mayoría de las mujeres jóvenes, menores de 25 años respondió que hablan con su pareja acerca del uso de anticonceptivos y que deciden entre los dos si desean tener más hijos. Sin embargo, en algunos entrevistas a mujeres de entre 34 y 45 años estas respondieron que en su caso no discutieron sobre planificación familiar con sus parejas y que consideran que la mayor parte de las mujeres jóvenes tampoco lo hace. En este sentido se observan diferencias generacionales en toma de decisión en torno a los MAC y la comunicación con sus parejas. Las mujeres del grupo etáreo entre 15 y 25 muestra mayor interés por aprender sobre métodos anticonceptivos y lograr mayores espacios intergenésicos. Ahora bien empíricamente esto no se observa dado que los espacios intergenésicos cada vez menores.

Efectores de salud pública y mujeres guaraníes: cambios y continuidades en las prácticas reproductivas

Las entrevistas con médicos, enfermeros y agentes sanitarios tuvieron como objetivos recabar datos sobre las diferencias culturales que observan los médicos sobre sus pacientes indígenas, cuales son sus perspectivas acerca de las prácticas reproductivas de estas mujeres y cuales son sus observaciones acerca del comportamiento de las mujeres en el embarazo, el parto y el uso de los anticonceptivos. Siete de los tocoginecólogos y médicos clínicos entrevistados trabajan en la zona hace más de 15 años y algunos hace

más de 20 años, sus observaciones aportan datos fundamentales para comprender los cambios en las prácticas reproductivas de las mujeres indígenas, su nivel de aceptación de las acciones de la salud pública y también analizar su propia percepción acerca de la especificidad cultural de las pacientes.

Los médicos coincidieron en que las mujeres se realizan los controles regularmente y que los agentes sanitarios cumplen una función muy importante en este aspecto al darle seguimiento a las mujeres embarazadas.

Dr. A (Tocoginecólogo, Hospital de Tartagal): las mujeres están cumpliendo con el control pre-natal, no le digo los 5 controles básicos pero aunque sea dos tienen y hay otras que se destacan porque tienen sus 7 controles, pero tratan por todos los medios, son muy pocos los que vienen sin control, pero la mayoría aunque sea un control tienen.

Los médicos y enfermeros observaron el descenso en la edad del primer embarazo.

Dr. A: he visto desde los 12 años, que es la más chica, con marido generalmente a los 15 años están embarazadas, no hay diferencia entre el criollo y el aborígen, con respecto a la planificación familiar, directamente no hacen planificación, no planifican acá.

El Dr. B observa lo siguiente con respecto a las pacientes y los embarazos adolescentes:

Se nota que el aborígen está mucho más informado, se da un poco más con los médicos, con la gente de salud pero a pesar de estar más informados como que no les interesa digamos lo que es la anti-concepción. A partir de los 12-13 años que ya se han desarrollado, ellas ya están dispuestas a ser madres, en cualquier momento no les preocupa, las ves contentas de que tiene su embarazo es totalmente distinto a lo que es la población criolla que un embarazo en una adolescente es algo no deseado.

En esta línea, el Dr. B también observó que:

Apenas tiene su menarca ya están dispuestas a tener relaciones, inmediatamente, o sea, la cultura de ellos la mujer desde que tiene su menarca se convierte en mujer directamente, no en adolescente, como en la cultura nuestra, ella a partir de ahí puede ser madre, esa es la cultura de ella.

El Dr. C. mencionó que observa cambios para los espacios intergenésicos

Ahora los espacios intergenésicos son de 2 años o 3 o 4 años, con la libertad que hay ahora, quedan embarazadas jóvenes, entonces es un problema de educación y de los padres, "yo quiero embarazarme porque quiero, no es que no lo desee al chico sino que no me cuide", así piensan las chicas.

Comportamiento durante el parto

Las mujeres que viven en comunidades rurales por lo general llegan al hospital cuando las contracciones son más frecuentes e intensas y el parto es inminente, en las comunidades periféricas si bien es más fácil el acceso al hospital también suelen esperar o se demoran en llegar por falta de transporte. Mientras esperan tener la dilatación adecuada

para ingresar a la sala de parto, las mujeres están acompañadas por su marido, madre o algún otro pariente. Para aliviar los dolores suelen caminar por los pasillos del hospital.

Al preguntarle a los médicos si observaban diferencias étnicas en la respuesta al dolor en las pacientes indígenas indicaron lo siguiente:

Dr. A : El trato con el grupo étnico es muy distinto que con el criollo, por ejemplo no son agresivos, en cambio el criollo es agresivo por naturaleza, en cambio el wichi no, o el aborígen, porque la verdad es que no los reconozco y no les pregunto de qué etnia son. Pero el trabajo de parto es más tolerado por ellas, son más calladas, no gritan prácticamente, en muy contadas ocasiones hay un aborígen que se comporta digamos por ese lado, pero generalmente se portan bastante bien, podés trabajar bastante tranquilo con ellas.

Son guapas, colaboran, son generalmente partos mucho más tranquilos, menos estresantes que el de una criolla porque el tema es que colaboran, hacen su fuerza como corresponde (Dr. B.).

Nosotros no le preguntamos de qué etnia son, wichi, guaraní, para mi es una paciente aborígen como que resisten más, creería que es porque están acostumbradas a sufrir, el dolor para ellas a comparación de una criolla, quizás que le pongan suero no dicen ni "ah", yo creo que por ahí pasa por que están muy acostumbradas a sufrir, ellos toda la vida han sufrido (Dr. C).

El resto de los médicos entrevistados compartió las mismas opiniones: las mujeres indígenas no suelen gritar en los partos o enojarse con los médicos, colaboran generalmente en silencio durante el parto y muestran una mayor fortaleza frente al dolor. Esta visión generalizadora acerca de cómo responden las mujeres indígenas frente al dolor y sus reacciones en el parto, por un lado enmascara las complejas diferencias étnicas prevalentes en la ciudad de Tartagal, en la cual conviven 6 etnias indígenas distintas, migrantes de origen kolla y aymara, migrantes de otras provincias, criollos y diferentes grupos étnicos. Por el otro, encapsula a las mujeres en el tipo de reacción que se espera de ellas, tanto por parte de sus familias como por parte del personal médico. Las mujeres trasladan al espacio del hospital público el tipo de reacción y comportamiento que se espera de ellas en sus casas, pero este comportamiento no incluye toma de decisión frente a la medicalización del parto y la intervención de elementos invasivos en el cuerpo (posición de litotomía, episiotomía, peridural, goteo).

Con respecto a los métodos anticonceptivos, la obstetra que trabaja hace 20 años en el hospital de Tartagal, menciona que ha observado un mayor pedido por métodos anticonceptivos. La misma indica que en general las mujeres prefieren el inyectable porque su uso es más fácil. Hay un mayor conocimiento que antes sobre los métodos anticonceptivos, por los medios de comunicación. Asimismo menciona que "el preservativo no tiene éxito. Hay hombres que piensan que si " una chica le pide usar preservativos ella es una prostituta, es decir una mujer que anda con muchos. Asimismo, indico que:

"Cuando ellas se sienten contenidas y respetadas te siguen mucho, yo hago consejería, citación a puerperio, al mes post-parto a los 2-3 meses se ponen el DIU y algunas vienen a buscar anticonceptivos"

Dr. B: "El aborigen hace un culto de la vida, somos pocos y tenemos que tener muchos chicos". Pero también están conscientes que no quieren tener muchos hijos y vienen a buscar anticonceptivos.

Dr. D: no tienen la información sobre los anticonceptivos, llegan la pastillas pero deberían llegar más y con mayor frecuencia y más cantidad. Las chicas siguen teniendo embarazos precoces, la edad de embarazo de las chicas es temprano, es zona tropical. Vemos que hay falta de información, miedo de preguntar o ponerla en práctica.

Reproducción: transmisión intergeneracional y prácticas culturales

En el estudio de la reproducción de las mujeres jóvenes guaraníes se observa la marcada influencia de la transmisión intergeneracional, que a pesar de transformaciones y múltiples influencias externas, mantiene vigencia. Esto se manifiesta en particular en los recaudos y restricciones que giran en torno a la menarca, la menstruación y el puerperio. Es notable observar que aun las jóvenes con educación secundaria y en algunos casos terciaria siguen respetando los mandatos de sus madres y abuelas. Esto se debe a que la menstruación constituye un proceso marcado por conductas sociales que ha permanecido dentro de la esfera doméstica con limitada influencia de los medios de comunicación, la educación o la salud pública. Asimismo, esto se vincula con el carácter contaminante de la menstruación, es decir un estado peligroso en la vida de las mujeres en el cual se deben respetar una serie de recaudos. En este aspecto intervienen no solo las madres pero también los hombres a los cuales se les instruye que deben respetar las restricciones y no tener relaciones con una mujer menstruante, no dormir con ella en la misma cama o tocar lo objetos que ella toca. La menstruación si bien no es un tema tabú, y se puede mencionar en el ámbito familiar, pertenece a la esfera domestica, dominada por la presencia de las mujeres. La llegada de la menarca constituye el evento que marca la transición de la niñez a la juventud, y el proceso de construcción de la femineidad y de las características sociales de la mujer, y por sobre todo a la capacidad reproductora. Cabe señalar que la menarca y la menstruación más allá de ser procesos fisiológicos constituyen hechos sociales que generan prácticas, creencias y representaciones a través de los cuales las mujeres estructuran sus actividades y cuidan su salud. Las restricciones alimenticias y de actividades físicas y sexuales no sólo tienen una base mítica y simbólica, pero también fisiológica (Buckley y Gottlieb 1988).

La llegada de la menarca constituye lo que Turner denomina "rituales de las crisis vitales" un proceso físico o social que marca un momento de la vida. Siguiendo a Turner, la menarca significa un cambio de status social, a partir de este momento una joven ingresa en el ámbito de las mujeres adultas, puede comenzar a tener actividad sexual, reproducir y ejercer la maternidad. De esta manera la menarca le otorga una posición de mayor respeto

y participación a la joven dentro de su familia y su comunidad. Pero cabe observar que es durante la menarca cuando las madres, tías, y abuelas toman un rol preponderante, al ser ellas quienes guían a las jóvenes en este proceso, indicándoles las restricciones alimentarias y de actividades y brindándoles consejos y cuidados.

Lee y Sasson Coen(1996) sostienen que los discursos en torno a la menarca están íntimamente ligados a la política del cuerpo femenino. Es más, estos discursos han sido utilizados para confinar a las mujeres, definirlas como peligrosas y excluirlas de roles en la sociedad. Estas autoras recurren a la noción de "historias corporales "para analizar como es vivida la experiencia de la menarca. Este concepto se refiere a la experiencias psicosociales y biológicas que se atraviesan a lo largo de la vida, en espacios históricos y socio-culturales específicos. La historia corporal de las mujeres a lo largo de su vida brinda importantes reflexiones acerca del modo por el cual la menarca y la menstruación y otros procesos reproductivos son moldeadas por los contextos en los cuales toman lugar. Las mujeres guaraníes han oído a lo largo de su crianza relatos y eventos en torno a la menstruación y han observado los recaudos tomados por sus hermanas mayores, tías o madres. Estas nociones se anclan en la profunda transmisión intergeneracional y dejan una profunda impronta en el imaginario de las jóvenes. Pero no se viven como limitaciones a la vida de las mujeres, o implican una sumisión y confinamiento que las excluye de la sociedad. Las mujeres guaraníes gozan de suficiente autonomía como para salir de sus casas y realizar las actividades necesarias dentro de las limitaciones socio-económicas del contexto.

Embarazo y Parto

El embarazo constituye una experiencia que involucra procesos fisiológicos, espirituales y culturales que marcan el futuro de una sociedad. En todas las sociedades hay formas de manejar, regular y entender los embarazos, por lo cual constituye un período marcado por ciertos cuidados, actividades y creencias. La manera en que una sociedad organiza, categoriza y forma el comportamiento reproductivo refleja los valores centrales de la cultura y su articulación con las relaciones género. Asimismo, las creencias y prácticas en torno al embarazo involucran nociones acerca de la etiología de la procreación. En numerosos grupos indígenas de la Argentina, se cree que el embarazo es producido por el contacto del semen con la sangre de la mujer, en otras sociedades se estima que la mujer es un simple receptáculo del semen masculino y que este constituye el único fluido que produce el embarazo. El embarazo suele ser visto como un estado natural de la mujer y que junto a la menstruación son indicativos de la femineidad y la identidad de género. El embarazo no es percibido como un estado peligroso, amenazante o contaminante. Las mujeres tienen que acatar algunas restricciones alimentarias y de actividad, pero estas son mínimas comparadas con las prácticas en torno a la menstruación.

En las comunidades indígenas el control y seguimiento del embarazo por personal médico y la hospitalización del parto son procesos recientes. En el caso de la provincia de Salta, las acciones de Atención Primaria a la Salud, a través del trabajo de los agentes sanitarios y las visitas de médicos a los Centros de Salud periféricos fue instrumental en lograr que las mujeres cumplan con los controles prenatales y el parto hospitalario. En las comunidades relevadas la amplia mayoría de mujeres mayores de 50 ha dado a luz en sus casas asistidas por una partera tradicional y sus maridos y madres. A partir de la década del 1980 mayores índices de escolaridad, continuidad en cuanto a las acciones de la salud pública permiten un acceso más fluido de los guaraníes a los centros de salud.

El parto que se realiza en los hospitales de Tartagal es un evento médico que no incorpora los conocimientos individuales o culturales, mas aún los rechaza. La superioridad del sistema biomédico a lo sumo tolera el uso de algún remedio casero, un té de hierbas, pero no acepta prácticas definidas como "irracionales o no científicas". Como indica Blásquez Rodríguez (2008:2) "La institución sanitaria y sus profesionales son los principales actores que socializan en los comportamientos esperados durante este proceso, tanto de la mujer gestante, parturienta y madre, como del hombre, de la relación entre ." En este sentido la noción de "saberes dominantes" introducida por Jordan nos permite enmarcar las prácticas reproductivas de las mujeres indígenas y entender que si bien ocurre una transmisión intergeneracional de saberes, estos son desvalorizados frente al modelo biomédico. Al hospitalizarse el parto, al intervenir los efectores de salud sobre el cuidado prenatal, y recomendar MAC u otras sugerencias, se van a ir desplazando las prácticas indígenas o bien se van a invisibilizar. No se está diciendo aquí que la biomedicina sea negativa para las mujeres, por el contrario, es extensa la documentación acerca de los beneficios del parto hospitalario y la salud preventiva, pero hay una serie de prácticas y conocimientos vernáculos que brindan atención y contención a las mujeres y que podrían ser aceptadas sin producir disonancia con la salud pública. De hecho algunas prácticas reproductivas como ser el reposo post-parto, la dieta, y la restricción en las actividades son positivas para la salud física y psicológica de la mujer. Asimismo, la presión demográfica y las dificultades presupuestarias de la salud pública en el país dificultan la atención adecuada de los usuarios.

En la toma de decisiones sobre el uso de anticonceptivos las mujeres se apoyan en sus amigas, hermanas y madres. En algunos casos se decide en diálogo con el compañero esto depende del grupo etario, pero el grupo de apoyo y de información más importante es entre las mujeres. Tiene una incidencia fundamental en el uso de MAC el nivel de escolaridad y el deseo de seguir estudiando o ingresar en el mercado laboral.

El uso de los métodos anticonceptivos ha incrementado en los últimos años producto del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, lo cual implica que se distribuyen anticonceptivos de manera gratuita en los hospitales públicos, si bien con poca frecuencia y

los insumos son insuficientes. Asimismo las recomendaciones de los efectores de salud pública, la publicidad en los medios y la enseñanza en las escuelas, han fortalecido el conocimiento y uso de los diferentes métodos, pero este es un área que amerita mayores esfuerzos por parte del sistema de salud público. En este sentido factores socio-culturales que se anclan en relaciones de género, que por un lado, valoran la complementariedad entre el hombre y la mujer y por el otro, delegan a la mujer la esfera doméstica y la crianza de los niños, cuestionan el uso de MAC y sus consecuencias para la salud y dificultan la implementación de una planificación familiar sostenida.

El valor otorgado a la maternidad entre adolescentes pobres y excluidas como rito de pasaje a la adultez, como redefinición de los lazos familiares para ser madres en lugar de hijas, como estrategias de inserción en el mundo adulto, entre otras, son factores a tomar en cuenta (Pantenides y Cerrutti). Las técnicas cualitativas y el aporte de la antropología contribuyeron a brindar una interpretación más anclada en los factores étnicos. Es importante recalcar que el embarazo adolescente entre las guaraníes tiene una significación social y cultural dentro de la comunidad y la familia distinta a la que se observa en algunos sectores urbanos, debido en gran parte a la categorización que se adscribe a la maternidad y al rol que cumplen los lazos de parentesco. Aún si las familias critican que sus hijas se embaracen temprano y que no tengan pareja, la mayoría de los embarazos se producen en mujeres con pareja, y la maternidad no se da necesariamente en un contexto de ausencia de adultos. Por el contrario y por lo general las jóvenes embarazadas y madres solteras son contenidas en el contexto familiar.

La maternidad es constitutiva de la femineidad e inserta a la mujer en una nueva red social que le otorga mayor prestigio y jerarquía, implica la continuidad de la familia y el reforzamiento de los lazos de parentesco. El embarazo adolescente no es condenado, la mujer no es marginada, en el caso de que sus padres se enojen con ella acudirá a la casa de sus abuelos para que la ayuden a criar a su hijo y le den contención. Ser madre soltera no es un obstáculo para formar pareja posteriormente. Ahora bien, la maternidad adolescente si constituye un obstáculo para seguir estudiando y el abandono escolar en estos casos es elevado

Las jóvenes guaraníes han estado en contacto con los efectores de salud pública desde su infancia. A partir de la década de 1980, APS (Atención Primaria a la Salud) intensifica sus programas de salud en comunidades. A partir del establecimiento de las postas sanitarias o centros de salud comunitarios, los controles de los agentes sanitarios, las campañas de vacunación y la visita de médicos del hospital se inserta la medicina pública en la vida de la gente. Los jóvenes son quienes más asisten a los centros de salud, y también consultan a curanderos y parteras en general acompañadas por sus madres o en numerosos casos alguna abuela. Para estas mujeres no produce disonancia alguna asistir a la partera y después dar a luz en el hospital o hacerse los controles pre-

natales. Cabe resaltar que su historia social y cultural esta marcada por el ingreso de diversas formas de pensamiento y de prácticas exógenas a su comunidad

En cuanto al parto, emerge lo que Jordan denomina como "saberes autorizados", el parto debe ser hospitalario porque de lo contrario la mujer siente que pone en peligro su vida y la de su hijo, porque esto fue lo que le indicó el agente sanitario y el medico. En este ámbito el espacio doméstico y la transmisión intergeneracional de saberes se limita a dar consejos a la hora de dar a luz y al cuidado durante el puerperio. En este sentido no se observaron diferencias en las comunidades rurales y urbanas, en ambos casos hay algunas mujeres que recurren a ellas. Sin embargo, se considera que la partera no posee la formación adecuada para atender a la mujer, el hospital en este sentido representa el saber autorizado, legitimado, bajo el cual la vida de la mujer y su hijo van a estar debidamente atendidos y cuidados. Esto se diferencia de otros contextos en el país donde se dio una capacitación a parteras empíricas para atender partos domiciliarios con medidas de higiene y prevención (Fontan 1999).

Por un lado, el profundo anclaje en los saberes indígenas y la transmisión intergeneracional que se observa en el discurso de las mujeres y por el otro, la influencia de la escolaridad, los medios de comunicación y la salud pública, moldean sus prácticas y su imaginario acerca de la reproducción. Los efectores de salud construyen representaciones sociales en torno a sus pacientes indígenas como mujeres que suelen ser reservadas, aceptan el dolor y aceptan la maternidad temprana. Asimismo observan que la edad de las embarazadas ha disminuido, que las jóvenes indígenas adoptan las prácticas nocivas de la sociedad circundante (beber alcohol, salir a bailar) y que la aceptación de los MAC es incipiente. Estas representaciones van a orientar la visión que tengan de la diferencia cultural y de las necesidades de las mujeres. Las representaciones sociales que un grupo tenga del otro están enraizadas de manera simbólica y construidas tanto en lo discursivo como en las prácticas y pueden generar acercamientos a los efectores de salud pública como también distanciamientos.

En este estudio no se analiza a las mujeres jóvenes indígenas como aisladas del entorno y de las presiones de la sociedad nacional, por el contrario se intentó mostrar que están influenciadas por múltiples factores y que a partir de estos construyen diversos modelos de género, reproducción y de salud. A veces estos factores se contradicen y el contexto donde están asentadas estas comunidades indígenas ya sea el rural o el peri-urbano en el departamento San Martín en la provincia de Salta complejiza la situación dado que es una zona de continuos problemas ambientales y sanitarios (alud, inundaciones, dengue). Esto ejerce una inusitada presión sobre el sistema de salud público, limitando el servicio y atención que se brinda a los usuarios. Por último cabe enfatizar que esta zona de país es la más diversa en cuanto a los pueblos originarios que la habitan, y que entre las comunidades y barrio peri-urbanos hay importantes diferencias en cuanto a la composición

étnica, socio-económica y a las condiciones ambientales en las cuales están insertos. Este proyecto indagó precisamente en los cambios producidos en la manera de entender los procesos reproductivos y su incidencia en la salud de las mujeres. Es de fundamental importancia abordar el estudio de los procesos reproductivos tomando en cuenta el papel que juegan las madres y abuelas como portadoras y transmisoras de saberes que son incorporados por la generación más joven. Asimismo, es indispensable contemplar que las comunidades están insertadas en complejas y asimétricas relaciones con la sociedad nacional y con las diversas instituciones del estado. Por lo tanto, si por un lado el espacio familiar y comunitario cumple un rol destacado en la construcción de prácticas en torno a la reproducción, por el otro inciden en ellas un conjunto de instituciones y actores sociales externos al núcleo familiar y comunitario. Gradualmente las mujeres guaraníes comienzan a expresar sus demandas y deseos frente a una sociedad que apenas comienza a escucharlas.

Referencias Bibliográficas

- Blázquez Rodríguez María.I. 2000. Aproximación a la antropología de la reproducción. En *Revista de Antropología Iberoamericana*, 42: 1-25.
- Bove, R. M., Valeggia Claudia.R, Ellison, P.T. 2002. Girl helpers and nursing women's activities among the Toba of Argentina. *Human Nature* 2002, 13(4), 457-472.
- Browner, Carole.H. 1986. The Politics of Reproduction in a Mexican Village. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 11(4): 710 -24.
- Buckley, Thomas y Alma Gottlieb. 1988. A critical appraisal of theories of menstrual symbolism. En *Blood magic, An Anthropology of Menstruation*, Thomas Buckley y Alma Gottlieb, editores. Los Angeles: University of California Press.

Citro, Silvia. 2008. Creando una mujer: ritual de iniciación femenina y matriz simbólica de los generos entre los tobas takshik. En, *Mujeres Indígenas de la Argentina, cuerpo, trabajo y poder*. Silvia Hirsch, coord. Buenos Aires: Editorial Biblos

Davis-Floyd, Robbie y Carolyn F. Sargent, comp. 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge Cross-Cultural Perspectives*. California: University of California Press.

Davis-Floyd, Robbie. 1992. *Birth as an American Rite of Passage*. California: University of California Press.

Douglas, Mary..1973. *Pureza y Peligro Un análisis de los conceptos de contaminación y tabu*. México: Siglo XXI.

Fontan M. 1999. De comadronas y de médicos...Las cosas del nacer. Trabajos interculturales en salud en el impenetrable chaqueño. Cuadernos del Unicef. Argentina: Unicef

Gómez, Mariana .2006. Representaciones y prácticas en torno a la menstruación y menarca entre mujeres tobas: entre la salud de las mujeres y la construcción social del género femenino en *Papeles de Trabajo* 14: 9-52. Rosario.

Hirsch, Silvia. 2004. Las mujeres guaraníes de Salta en la esfera doméstica y pública: Una aproximación antropológica. *Runa* N 24 . pp. 213-233.

Hirsch, Silvia. 2008. Maternidad, Trabajo y poder: cambios generacionales en las mujeres guaraníes del norte argentino. En *Mujeres Indigenas de la Argentina*, Silvia Hirsch, comp. Buenos Aires: Biblos.

Karsten, Rafael.1993. [1923]: *Los indios tobas del Chaco Boliviano* . Biblioteca de Historia y Antropología. CEIC Centro de Estudios Indígenas y Coloniales. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Jujuy.

Jordan, Brigitte. 1993. *Birth in four culture. A crosscultural investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Illinois: Waveland Press.

Lee Janet y Jennifer Sasser-Coen. 1996. *Blood Stories: menarche and the politics of the female body in contemporary U.S. society*. New York: Routledge.

Mead, Margaret. 1993. *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Buenos Aires Paidós

Metraux A. .1996. [1937] *Etnografía del Chaco*. Editorial El lector. Centro de Estudios Antropológicos. (CEADUC).

Newbery, Sara Josefina. 1975. Algunos tabúes de la mujer indígena argentina. *América Indígena*. 35 (3).

Pantelides, Edith y Marcela Cerrutti. 2000. Conducta Reproductiva y Embarazo en la Adolescencia. *Cuaderno del CENEP* 47.

Ross E., Rapp R. 1981. Sex and Society: A Research Note from Social History and Anthropology. *Comparative Studies in Society and History* 23(1):51-72

Sargent Carolyn y Davis-Floyd Robbie. 1997. *Childbirth and Authoritative Knowledge Cross-Cultural Perspectives*. California: University of California Press.

Scheper-Hughes, Nancy. 1997. *La muerte sin llanto. Violencia y Vida cotidiana en Brasil. España: Ariel.*

Turner Victor. 1968. *La selva de los símbolos*. Madrid: Siglo XXI.