Globethics Repository



Creencias religiosas y prácticas médicas frente al cuerpo de las mujeres indígenas del norte argentino [Religious beliefs and medical practices towards bodies of indigenous women in northern Argentina]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Vazquez Laba, Vanesa Paula
Publisher	Centro de Estudios e Investigaciones Laborales (CEIL-PIETTE/ CONICET)
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-19 19:18:12
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/156306

REVISTA
SOCIEDAD
Y RELIGION

Creencias religiosas y prácticas médicas frente al cuerpo de las mujeres indígenas del norte argentino

Religious beliefs and medical practices towards bodies of indigenous women in northern Argentina

Vanesa Paula Vazquez Laba

UNSAM-CONICET
Matheu 960 5º A (CABA, Argentina)
vanesavazquez.laba@gmail.com

Cecilia Rugna

UNSAM-UNL
Hipólito Irigoyen 3513 (Ciudad de Santa Fe, Argentina)
cecilia_rugna@hotmail.com

Romina Perazzolo

UNSAM
Aolbarasí nº6, 1º 2ª (Mallorca, España)
aldana151@yahoo.com.ar

Recibido: 9-06-2014
Aceptado: 24-10-2014

Resumen

En este artículo se plantea la relación entre creencias religiosas/ancestrales, prácticas médicas y cuerpos de las mujeres indígenas. Focalizamos, por un lado, sobre cómo influyen las creencias religiosas a través de la práctica médica de los profesionales de la salud, sobre la sexualidad y cuerpos de las mujeres de diferentes comunidades indígenas; por otro lado, cómo también

los saberes ancestrales de las comunidades étnicas atraviesan las decisiones sobre cuidado de la salud, reproducción y sexualidad de las mujeres.

El trabajo evidencia resultados de una investigación denominada Accesibilidad de mujeres subalternas al servicio de salud sexual y reproductiva en las provincias del norte argentino (2011-2012) y continuada en 2013. En las provincias de Salta, Misiones, Chaco y Formosa donde se llevaron a cabo entrevistas en profundidad y observaciones participantes con mujeres *qom*, *guaraníes*, *wichis* y efectores de salud de Centros de Atención Primaria a la Salud y Hospitales.

Palabras clave: religión - cuerpo - mujer indígena

Abstract

In this article the relationship between religious/ancestral beliefs, medical practices and bodies of indigenous women. We focus, first, on how religious beliefs influence over the medical practice of health professionals about sexuality and bodies of women of different indigenous communities; secondly, how also the ancestral knowledge of ethnic communities pass decisions on health care, reproduction and sexuality of women.

The evidence results of research work carried out during 2012-2013 in the provinces of Salta, Misiones, Chaco and Formosa which were conducted in-depth interviews and participant observation with women *qom*, *guarani*, *wichis* and effectors health of The Primary Care Centers Health and Hospitals.

Key words: religion - body - indigenous women.

Introducción

En este artículo se plantea la relación efectores públicos de salud, religión y mujeres indígenas en su doble efecto: lo religioso en los efectores públicos de salud y lo religioso/ancestral en las mujeres indígenas/sus comunidades. Al mismo tiempo que nos preguntamos por la autonomía de las mujeres en sus decisiones reproductivas también evidenciamos formas de resistencia y prácticas creativas frente a los obstáculos del sistema sanitario y de sus propias comunidades. En este aspecto, aclaramos que no consideramos la diversidad de las comunidades en un todo

subsumible, sino que hay recorridos particulares y distinciones histórico-culturales.

Consideramos lo religioso como un aspecto fundamental para repensar el vínculo género y sexualidad en las mujeres de sectores migrantes, indígenas y rurales. En tal sentido, indefectiblemente, debemos introducir el factor étnico-racial ya que el no acceso a ciertos derechos por parte de algunos grupos sociales subalternizados se explica no sólo por el condicionamiento que implica la heterosexualidad normativa impuesta desde los discursos religiosos y médicos –por mencionar algunos de los más impetuosos- sino, también, por la racialización y sexualización de los cuerpos de las mujeres como factor ideológico que sigue obstaculizando la ciudadanía sexual. Por ciudadanía sexual entendemos que el Estado garantice los derechos sexuales y reproductivos y del ejercicio de los mismos por las mujeres.

Asimismo, evidenciamos que las creencias ancestrales de las mujeres indígenas tienen puntos en común con la religión católica –sincretismo, podríamos denominarlo-, sin embargo, en la búsqueda de una respuesta a la pregunta sobre la autonomía de las mujeres en sus decisiones sexuales, reproductivas y no reproductivas identificamos como éstas interpelan con prácticas y hábitos de la divergencia.

Religión y sexualidad es una relación que viene siendo estudiada en las Ciencias Sociales con más fuerza en los últimos años y desde diferentes abordajes (Figari, 2007; Vaggione, 2008; Jones, Azparren, Cunial, 2012; Carbonelli, Mosqueira, Felliti, 2011). Podemos nombrar algunos estudios antropológicos que indagaron sobre las formas de vida reproductiva, sexualidad y maternidad en diferentes comunidades indígenas de la Argentina (Gómez, 2008, 2012; Hirsch, 2008; Tola, 2012) que concluyen que el ejercicio de la autonomía y la decisión sobre el propio cuerpo contempla cuestiones étnico-culturales además del género normativo.

En cuanto a las diferencias al interior del colectivo de mujeres, y vinculado a la relación étnico-racial en el ejercicio de la salud sexual y reproductiva, podríamos mencionar el trabajo de Silvana Sciortino (2014) quien plantea, a partir de su participación como etnógrafa en la mesa mujeres originarias de los encuentros nacionales, las tensiones con respecto al derecho al aborto seguro, legal y gratuito. Este artículo, nos ubica en el debate que las mujeres originarias tienen frente al aborto, desarrollando los diversos argumentos, para rechazar las prácticas abortivas, que han sido expuestos en los *Encuentros Nacionales de Mujeres*. "La cuestión del aborto es un tema ajeno a sus culturas, y su rechazo se argumenta con la defensa de su identidad étnica y cultural, y por otro lado, con la defensa de la vida" (Sciortino, 2014: 90).

Para este artículo el estudio se centró en las comunidades *qom*, *wichi* y *guaraní* en las provincias de Salta, Misiones, Chaco y Formosa a partir de varios trabajos de campo realizados durante los años 2011, 2012 y 2013. A partir de dicho recorte, nos proponemos reflexionar sobre la relación que se entabla entre creencias religiosas, sistema médico occidental y sus efectos sobre la de las mujeres indígenas. Focalizamos, no obstante, en cómo influyen las creencias religiosas en las prácticas médicas y, en consecuencia, sobre la vida sexual y reproductiva de las mujeres indígenas.

El trabajo evidencia resultados de dos investigaciones. La primera denominada Accesibilidad de mujeres subalternas al servicio de salud sexual y reproductiva en las provincias del norte argentino (2011-2012); la segunda Accesibilidad y calidad del servicio de salud sexual y reproductiva en mujeres indígenas y migrantes extranjeras en provincia de Buenos Aires y Misiones en 2013. El trabajo de campo de la primera investigación fue realizada en dos etapas. La primera de ellas, se viajó a la provincia de Salta (Salvador Mazza y Aguaray) visitando las comunidades *wichi* de los parajes La Bendición y de Monte *Simaí*; también se visitó y entrevistó a la directora del hospital de Salvador Mazza y a la

médica generalista. En las provincias de Misiones se visitó a la comunidad guaraní Aldea *Perutí*. En la provincia del Chaco, se hicieron entrevistas en el barrio Toba *Nañoxoc*, a las afueras de la ciudad de Resistencia y en el Barrio *Qom* Alma Fuerte. Allí se pudo entrevistar a un agente sanitario del Centro de salud, y a una mujer usuaria. Por último, en Formosa se realizó parte del trabajo en el barrio *Namqom*, a 10 km de la capital, donde se visitó el Centro de Salud Comunitaria y se realizaron entrevistas en profundidad a una farmacéutica. En esta provincia, además, se ha podido hacer entrevistas en profundidad a la Directora provincial de los Centros de Salud.

En la segunda etapa de la primera investigación, el trabajo de campo se desarrolló solamente en la provincia de Misiones ampliando el estudio a las comunidades guaraníes de *Tabahí*, *Marangatu*, la Aldea de *Perutí*, Virgen María, *Tekoaporá* y la Comunidad *Leonipoty*. Asimismo, se realizaron observaciones participantes y entrevistas en profundidad en el Centro de Salud de Atención Primaria a la Salud en Puerto Leoni, en la Aldea Virgen María se entrevistó a la enfermera del Centro de Salud.

En total, en la provincia de Misiones las localidades que quedaron bajo estudio han sido los Departamentos de Montecarlo, Libertador General San Martín y el Departamento de San Ignacio. Los centros de salud seleccionados para realizar el trabajo de campo han sido los siguientes: en el Departamento de Montecarlo visitamos el Hospital de Área Montecarlo; en Departamento de San Ignacio entrevistamos a mujeres migrantes e informantes claves en el Hospital de Área Jardín América, el CAPS de Colonia Oasis y el CAPS de Colonia Suiza. También, en Departamento Libertador General San Martín visitamos el CAPS de Colonia Flora. Por último, se han visitado las siguientes aldeas guaraníes: Perutí, en el Departamento Libertador General San Martín, *Tekoa*-Guaraní y Virgen María en el Municipio de Puerto Leoni, también, *Pirakua*, en el Municipio Ruiz de Montoya, todas ellas, en el Departamento Libertador General San Martín.

En los mismos se aplicaron diferentes técnicas de captación de información tales como entrevistas en profundidad y semi-estructuradas, notas de campo y observaciones participantes tanto a mujeres, varones, caciques, miembros de las comunidades y diferentes efectores de los servicios de salud de los distintos niveles del sistema sanitario. Se realizaron en total 70 entrevistas entre individuales y grupales a mujeres, y a efectores sanitarios (desde promotores de salud hasta médicos, tal como ha sido detallado en párrafos anteriores). Es necesario aclarar que esta investigación es un proyecto colectivo, que involucró investigadoras, asistentes en investigación, tesistas de posgrado y estudiantes avanzados/as de las carreras de sociología y antropología del Instituto de Altos Estudios Sociales de la Universidad Nacional de San Martín. Tuvo diferentes fuentes de financiamiento a lo largo de los años de estudio.

Sexualización y racialización de los cuerpos de las mujeres

Son varias las investigaciones antropológicas que estudian la 'sexualización de la raza' y la 'racialización del sexo' (Wade, 2008), develando las relaciones de dominio y poder del hombre blanco, heterosexual, colonizador sobre mujeres indígenas colonizadas. Muchas se han basado en el estudio de los relatos mitológicos que presentan, en su mayoría, una asimilación entre los seres humanos y los animales a partir de una serie de atributos corporales. Como sostiene la antropóloga Florencia Tola "los personajes de los mitos *qom* poseen signos de interioridad humana bajo una fisicalidad animal" (2012: 55).

Un mito muy importante en la comunidad *qom* que describe el origen de los primeros *qom* a partir de la destrucción de un atributo caníbal, hecho que permitirá la constitución sexual de hombre y mujeres así como la organización y producción de la vida social.

> El primer mito describe la existencia en la tierra de personajes animales-humanos que se dedican a la pesca y a la caza. Un día mientras salieron de cacería, descendieron del cielo mujeres con vaginas dentadas con las que devoraban el alimento almacenado. Deseosos de conocer a los ladrones los animales humanos dejaron el campamento, durante varios días, a guardianes diversos. Fue el águila la que logró cortar la cadena de la que se servían las mujeres para descender del cielo. Éstas cayeron a tierra y los animales-humanos lograron derribar los dientes de sus vaginas con la ayuda del héroe *Ta´anqui´* (el carancho, Falconidae: *Polyborus plancus*). A partir de entonces, los animales-humanos copularon con las mujeres sin dientes en las vaginas dando origen a los actuales *qom* (2012: 56/57).

Las representaciones sobre el cuerpo de la mujer indígena aparecen en los documentos de informes de viajeros durante los siglos XIX y XX. La antropóloga Mariana Gómez (2008, 2012) ha dado cuenta con sus investigaciones de la permanencia de la percepción de las mujeres tobas, *wichis*, *chorotes* y *pilagás* como 'bestias de cargas', estigmatizando sus cuerpos y costumbres. La 'bestialización' de las mujeres como representación fue usada por las fuerzas productivas de los ingenios insertándolas en una nueva organización social y división del trabajo que respondía a un entramado de subordinaciones de género, de clase y étnico-raciales.

Para la comunidad *qom* viviendo en la provincia de Chaco, Gómez (2012) analiza las transformaciones que se produjeron una vez que los misioneros anglicanos llegaron allí en la primera década del siglo XX. Relata el proceso de estigmatización que las anteriores costumbres sufrieron, y fundamentalmente las vinculadas a la sexualidad, como por ejemplo, el juego sexual que tenía lugar una vez las mujeres tenían su menarca, frente al avance de la misión anglicana:

> La convivencia con los misioneros anglicanos dejó en las generaciones de aquel entonces y en las siguientes no sólo la introyección de nuevas normales morales en torno a la 'sexualidad' (y con ello probablemente la construcción de la 'sexualidad' como tal) sino también la reconfiguración espacial de la misma al borrarse u ocultarse de los espacios comunes (Gordillo, 2004; Gómez, 2008). Esta reconfiguración de la sexualidad es un factor clave para comprender los significados que fue adquiriendo el

> monte, pues se trata de un espacio donde los *qom* décadas atrás concretaban lo que en la actualidad denominan *vicios*: prácticas que fueron tildadas de diabólicas por los misioneros anglicanos y que las/los tobas se vieron obligados a ocultar, abandonar y desprestigiar en su imaginario social (Gómez, 2012: 117).

La colonización anglicana estableció ciertas prácticas morales que tendió a dividir entre las malas y las buenas mujeres a partir de la virginidad como valor y mandato social. Esta armazón sexo-genérico proveniente de los colonizadores, blancos, extranjeros se consolida con una marcación espacial. La sexualidad, como afirma Gómez, se re-localiza en el espacio doméstico y la antigua ida al monte se re-contextualiza en función de la nueva pauta religiosa para prohibirse, denunciarse, etc. Esta apreciación etnográfica de Gómez fue evidenciada en nuestro trabajo de campo con las mujeres guaraníes, *qom* y *wichis*.

Es evidente que el cuerpo se convierte en la sede de la diferenciación naturaleza/cultura, mujer/varón, reproducción/producción, y la sexualidad como mecanismo de control y organización social. Florencia Tola (2012) responde a sus preguntas sobre cuándo y para qué surge el vínculo sexual entre varones y mujeres tobas, y refiere al mito del proceso de domesticación de las mujeres como ejercicio de control a través de la alianza matrimonial y luego de la procreación en las relaciones sexuales. Así, las mujeres se convierten en personas sexuadas.

> Ya no tenían más dientes de la vagina de mujeres. A la mañana siguiente se preguntaban los hombres: ¿quién va a ser el primero en tener relación sexual con ellas, ahora que ya no tienen dientes en la vagina? (Tola, 2012: 62).

En síntesis, es importante destacar a partir de haber recogido algunas investigaciones que investigaron sexualidad a partir de la mitología indígena, que las mujeres son conscientes de que la política está en el meollo de su posición como ciudadanas por connotaciones de género-racial-sexual, y como lo describe Sarah Radcliffe (2008):

> Se saben seres sexuales incrustados en comunidades etno-raciales específicas. Lo político se vuelve sexual, ya que las mujeres líderes tienen que disputar constantemente los agravios sexuales de sus comunidades y, en ciertos casos, deben batallar con la violencia física de sus compañeros, vinculada a los celos sexuales (2008: 128).

Es indispensable sumar a estas reflexiones sobre la sexualidad y cuerpos femeninos, la injerencia de las creencias religiosas sobre los discursos médicos y, también, sobre los saberes ancestrales de las comunidades indígenas.

La injerencia de la religión en las prácticas médicas y en los cuerpos de las mujeres

Michel Foucault (2008) ha devenido un clásico para el estudio de la historia de la sexualidad, de cómo se construyó –en la modernidad- un discurso sobre ésta. Al establecer un origen, niega el aspecto supuestamente natural de la sexualidad. A esta genealogía de las ciencias encargadas de decir/producir un saber sobre la sexualidad le dictamina: a) su vinculación, su enraizamiento con un discurso moral de la religión católica; b) justamente por lo anterior, la *sciencia sexualis* no tiene por fin conocer sino que es una forma de disciplinamiento, control y sanción. De allí el hincapié en la sexualidad productiva (procreativa); y en la persecución y tratamiento de las 'sexualidades periféricas' (las que están por fuera de la norma) –, por ejemplo- debían ser regulados, corregidos, castigados comportamientos sexuales no deseados. En la aparente búsqueda de la verdad estas ciencias se convirtieron en hostigadoras y fuerzas policíacas; lejos de ser ciencia neutra y objetiva. En la *sciencia sexualis* opera una perspectiva de la sanción –y la norma-. Esto puede percibirse en el énfasis que Michel Foucault da a la confesión. Esta práctica, originaria del catolicismo, implica un poder sobre el que cuenta y detalla. Un poder que está fuera de él,

cuando es el que escucha la confesión el que determinará el castigo y el lugar de la verdad.

La religión también forma parte de los sistemas que sostienen el 'patriarcado'. La especificidad de los discursos religiosos es un aporte importante para comprender la resistencia a la implementación de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva; la efectivización de los abortos legales y la persistencia de los embarazos adolescentes y la mortalidad materna por causales de aborto clandestino.

Las instituciones enseñan sobre sexualidad de forma implícita condicionando el devenir y la modalidad de uso de los cuerpos. En las instituciones modernas, y en sus discursos de control y disciplinamiento. Lo institucional, lo comunitario, son espacios, en los que se aprende sobre sexualidad. En este sentido, observamos que los efectores/profesionales de la salud también pueden albergar varios discursos sobre sexualidad que muchas veces está atravesado por sus propias creencias religiosas y/o morales. Desde ciertas consideraciones que hacemos sobre la formación de las y los profesionales veremos que el efector no está "allí" para que cada quien se sirva de la manera que considere; sino que se constituye como una imposición de lo que ellas y ellos consideran mejor para la paciente.

En esto último puede considerarse también cómo se cimentan -pensamos en más allá de poner a disposición los MAC[1]- otro tipo de barreras (simbólicas y no simbólicas) que hacen inaccesible el servicio que debe brindar el efector/profesional de la salud. ¿Qué y cómo un efector de salud de carácter público se torna accesible? En las notas de campo en la provincia de Misiones, se registran los comentarios de una médica generalista que atiende a las comunidades guaraníes que, "cuando las mujeres están embarazadas no te lo dicen, no sé si les da vergüenza. Así el

[1] Forma abreviada de hacer referencia a los métodos anticonceptivos.

control es malo, ya que no se hacen ecografías". Vergüenza, silencio, el silencio de las pacientes ¿qué puede decirnos? ¿Falta de confianza?

En la introducción del trabajo se mencionó que la relación género y sexualidad debía ser atravesada por la mirada crítica y analítica de los estudios sobre religión. Juan Marco Vaggione (2008) es claro cuando evidencia el reposicionamiento de la iglesia a partir de cambios sociales y culturales en nuestra sociedad:

> La presencia actual de lo religioso tiene que ver con la conservación o recuperación de un orden social que algunos sectores religiosos sienten amenazados frente a la diversidad sexual y al empoderamiento de las mujeres (2008: 10).

Ahora bien, específicamente ¿cómo se cruza lo religioso con lo institucional médico? Vaggione sostiene que la religión o, mejor dicho, los discursos religiosos:

> Son parte constitutiva de distintas dinámicas políticas. En las relaciones internacionales, en las regulaciones jurídicas sobre la familia, en las políticas migratorias, en las elecciones nacionales, como en tantas otras temáticas, las principales religiones no sólo son voz de los debates sino que también tienen una fuerte influencia en la toma de decisiones (2008: 17).

En tal sentido, la politización de la sexualidad responde a múltiples cruces que en su esencia reflejan la necesidad de repensar y revisar el rol de las religiones en nuestras sociedades. Las vinculaciones de lo religioso con aspectos legales, culturales y políticos implica un debate sobre cómo se regula legal y moralmente la sexualidad, comprendiendo a las religiones desde su rol político (Vaggione, 2009).

Siguiendo al autor, una de las formas de analizar la relación entre la religión y las políticas emancipatorias sexuales se presenta en términos antagónicos, donde lo religioso estructura aspectos culturales y morales de nuestras sociedades, afectando la posición de las instituciones religiosas. Éstas, han tomado un papel activo en las discusiones legales, afectando la

implementación de políticas públicas que permitan la aplicación de los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país.

Por otro lado, los resultados de nuestra investigación aportan datos sobre la relación médico-paciente y lo religioso; ésta, se complejiza ya que hemos detectado que ciertas prácticas médicas dificultan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las usuarias migrantes, indígenas y criollas de la región norte del país. Estas formas de ejercer la medicina están impregnada de los modelos ideológicos referidos a la maternidad, sexualidad y género que reactualiza prejuicios de clase y refuerzan relaciones de poder (López y Carril, 2010), pero, además, se deslizan sus creencias personales basadas en discursos religiosos, a veces, más modernos basados en ciertos estudios científicos pero de dudosa procedencia.

Los profesionales transforman sus opiniones morales en prescripciones médicas (Blima Schraiber, 2010), y esto talla la vida reproductiva de las mujeres. Un claro ejemplo, que es evidencia por los casos que se denuncian ante los medios de comunicación, son los casos de aborto legal[2] en la Argentina que no son realizados, ahora, por la falta de clarificación de qué profesionales son objetores de conciencia y por el uso mayoritario del derecho de objeción de conciencia.

En nuestra investigación detectamos casos de profesionales de la salud objetores de conciencia de algunos métodos anticonceptivos. El testimonio que recogimos de una médica generalista de la localidad de Puerto Leoni, en la provincia de Misiones, como objetora de conciencia del DIU sosteniendo que es un método 'microabortivo' y, por lo tanto, por ser una persona católica no puede colocar ese dispositivo. Aquí vemos como

[2] En Argentina, el aborto legal o no punible se contempla en determinadas situaciones como casos de violación o de correr peligro la vida de la mujer. Sin embargo, muchos profesionales no cumplen con la legislación vigente por sus concepciones morales-religiosas.

aparece el discurso científico del conservadurismo religioso (Morán Faúndes, 2011). Sin embargo, ella advirtió que si alguna de las mujeres demandaba ese método era inmediatamente atendida por otro profesional no objetor. Ella se definió como objetora del DIU.

Por otro lado, hemos recogido algunos testimonios sobre situaciones de aborto legal que contrastan con la mayoría de los efectores/profesionales entrevistados/as:

> Hemos tenido un caso de una chica que ha sido violada en la temporada, cuando salía de bailar. Al acto la chica se hizo ver con el médico, se le dio la pastilla del día después y no hemos tenido consecuencia en ese tema. Después la chica vino a tratamiento psicológico (entrevista, 2012).

> Ahora nos dieron un curso en el ministerio, y nos dijeron la forma segura de aborto, a mi no me parecía correcto (entrevista, 2012).

> Nosotros acá tenemos algo bastante saludable, acá las mujeres no abortan, son abortos espontáneos, algunos provocados pero, no hay una práctica del aborto como en otros lugares. Por lo general aquí las mujeres no abortan, no es lo más común, no hay personas que hagan abortos, ni nada de ese tipo (entrevista, 2012).

El último testimonio puntualmente aunque también los otros dejaron traslucir que los profesionales de la salud no están de acuerdo con la práctica del aborto cualquiera fuera su situación, y que la mayoría son objetores de conciencia por sus creencias religiosas. Esto evidencia claramente dos cuestiones, por un lado, que en la mayoría de los casos priorizan su posición frente a una situación de aborto legal, no cumpliendo con su deber como funcionario público ni con la ley vigente y, por otro lado, un paternalismo que persiste que pone énfasis en la jerarquía del papel de la madre anulando toda posibilidad de considerar a la mujer sujeto de derechos.

Por detrás de estos dos aspectos están los discursos religiosos pesando en la conciencia del sujeto profesional médico y trasladándose a la práctica profesional en los centros de salud públicos. Como decíamos anteriormente, los profesionales ya no

sostienen argumentos conservadores respecto a la sexualidad y el aborto, por el contrario, apelan a los discursos supuestamente científicos pero que no son muy claros a la hora de relevar las fuentes y evidencias.

Por otro lado, los profesionales de la salud no solamente producen un 'deslizamiento' (López y Carril, 2010) de sus creencias y valoraciones personales vinculado a lo religioso sino, también, una racialización de los cuerpos de las mujeres indígenas. Lo que hemos evidenciado en nuestros trabajos de campos con las diferente comunidades indígenas con las que trabajamos es que en la práctica médica discrimina porque se encuentra cargada de prejuicios étnicos–raciales, además de los de género. Con esto queremos decir, que el discurso y la práctica médica tienden a normalizar/encasillar a los cuerpos femeninos dentro de un modelo de cuerpo femenino definido por las ciencias médicas y que poco tiene que ver con las experiencias corporales de las mujeres indígenas. Asimismo, se les quiere imponer formas de cuidado de la salud, y de la salud sexual y reproductiva particularmente, sin ningún tipo de diálogo con los conocimientos que portan las mujeres.

De esta manera, la práctica médica se transforma en un ejercicio violento hacia las mujeres no sólo por los juicios morales y culturales que invoca sino, fundamentalmente, por no cumplir con dar información clara, precisa, completa en relación a los métodos anticonceptivos, aborto no punible y ligadura tubaria, entre otros, para que puedan ejercer su derecho a decidir y planificar su vida sexual y reproductiva.

Sincretismo religioso y cuerpo personal/social de las mujeres indígenas

En este apartado trabajamos la relación sexualidad y creencias religiosas indígenas[3]. La reconfiguración tanto de las creencias ancestrales como así también de la sexualidad de las mujeres a partir de los diferentes cambios como, por ejemplo, uno muy notorio, el discurso científico del conservadurismo religioso. Nuevas pautas religiosas re-contextualizan y re-localizan la sexualidad, y adquieren diferentes significados en las distintas comunidades dependiendo del vínculo con la religión católica.

Abordar en la investigación social el sincretismo religioso de las comunidades indígenas, su vínculo con la práctica médica y sus efectos en la sexualidad de las mujeres requiere de una elaboración más minuciosa en los trabajos de campos –hacer etnografía- para poder conocer la cosmovisión y las transformaciones de las representaciones sobre el cuerpo y la sexualidad en cada comunidad. Nos obstante, nuestra intención es sólo plantear algunos tópicos y armar hipótesis para futuras líneas de investigación.

Las mujeres indígenas son creyentes. Pero como sostiene Juan Marco Vaggione (2008), no por eso son sujetos pasivos frente a los sistemas de creencias, por el contrario, denuncian y se movilizan contra los mandatos que sienten injustos. De ahí la existencia de mujeres que, pertenecientes a distintas religiones, conjugan teología -católica, cristiana, islámica, indígena- y feminismo[4].

---

[3] Es importante destacar que este tema fue trabajado sólo con las mujeres *guaraníes*, *qom* y *wichis* de las provincias de Salta, Formosa y Misiones.

[4] Así como existen también grupos que se reconocen creyentes y feministas, un ejemplo, es la Organización de la Sociedad Civil "Católicas por el derecho a decidir".

Florencia Tola, describe en su libro *Yo no estoy sólo en mi cuerpo. Cuerpos-personas múltiples entre los tobas del Chaco argentino*:

> Desde comienzo de mi trabajo de campo pude apreciar que la lectura de la Biblia, los cultos evangélicos y las curaciones con la Palabra de Dios constituían una parte importante de la contidianidad de mis anfitriones (…). Una de las cosas que más me llamó la atención fue el modo en que las historias bíblicas eran interpretadas y la habilidad de mis interlocutores para tejer puentes entre universos cosmológicos diversos. En efecto, como sostiene Pablo Wright, entre los tobas el pentecostalismo "tuvo una influencia decisiva en la aparición de la religiosidad que combina elementos de éste con formas de la tradición chamánica indígena". Esta religiosidad nueva es llamada por los mismos indígenas *El Evangelio* y remite tanto a una religiosidad indígena que sintetiza pentecostalismo y chamanismo, como a la condición ontológica del creyente (Wright, 2002: 44-45; en Tola: 2012: 89-90).

Lo mismo nos ha sucedido a nosotras en los trabajos de campo, principalmente, con las comunidades guaraníes residentes en la provincia de Misiones. Cuando estuvimos indagando por la salud sexual y reproductiva y su accesibilidad encontramos obstáculos no sólo por parte de los centros de salud públicos a través de sus profesionales/efectores sino, también, por parte de misma comunidad, el cacique y sus propias parejas/compañeros/maridos.

Estos últimos, fundado en relatos basados en una supuesta cosmovisión en relación al rol 'ontológico' de las mujeres, que no quedaba para nada claro ya que en otras comunidades esos relatos se desvirtuaban o, básicamente, eran contrarios. Asimismo, muchos de los testimonios en contra del autocontrol y la decisión de las mujeres en relación a su cuerpo y sexualidad cumplían con contenidos cruzados entre el discurso científico del conservadurismo religioso y la mitología guaraní.

El cuerpo sexuado, dicotómico, 'masculino' y 'femenino', a partir de una genitalidad diferenciada funda una teoría sincrética con la cosmovisión indígena. Como devela Florencia Tola para la comunidad *qom,* la primera separación es entre lo humano y no-

humano, y las mujeres estaban del lado de lo no-humano/animales por vagina dentada y ser devoradoras.

Este mito fundacional construyó la matriz de normativa heterosexual y controladora de la sexualidad y cuerpos de las mujeres. Más tarde, se ve reforzada a través de nuevos dispositivos de control corporal y de acción para seguir sosteniendo los lazos sociales comunitarios.

> La autodisciplina corporal y la teoría *qom* de la responsabilidad personal se encuentran en estrecha relación con las prohibiciones alimentarias y de acción. Las que recaen sobre las mujeres en momentos específicos de su ciclo vital son las que más se respetan en la actualidad, con pocas variaciones. Durante la primera menstruación, la joven se recluye en su casa sin poder cocinar ni estar en presencia de ningún hombre. Ella limita su alimentación a la comida hervida en base a harina (*molo*), quedándole absolutamente prohibida la ingesta de carne. Alimentarse de carne silvestre expondría a la joven al riesgo potencial de convertirse en *nsoxoi*, una mujer de apetito insaciable. (…) Así como la primera menstruación la mujer no debe tampoco aproximarse a fuentes de agua y, menos aún, tener relaciones sexuales. Esta última prohibición está destinada está destinada a evitar enfermedades varias en el marido, entre ellas, la esterilidad. Ella tampoco debe dormir con él para evitar impregnarle su olor, debe evitar cualquier contacto físico tanto con él como con niños por la misma razón que a anterior (Tola, 2012: 124/125).

Como lo evidencia Tola en el párrafo anterior, el cristianismo no viene a romper los mitos fundacionales dentro de las comunidades indígenas sino, por el contrario, refuerzan el mito de la división sexual a partir de nuevos dispositivos basados en reglas a seguir por las mujeres vinculadas a la alimentación y sexualidad.

Estas nociones de lo natural y lo humano en la comunidad *qom* evidencian, claramente, la manera específica en que fue concebido lo humano a través de la normalización de lo no-humano/animal: las mujeres con vaginas dentadas. El disciplinamiento posterior responde a ese pasado y el peligro latente de volver a convertirse en eso 'otro' no-humano.

Esta re-localización y significación de los cuerpos -de vaginas dentadas a ovarios/menstruación-, construye un discurso de la sexualidad basada en la reproducción, y de esta manera se establece como norma. Así la primera copulación de un varón hacia una mujer se dio luego de derribar ese cuerpo abyecto/raro/monstruoso y convertirse en mujeres *qom*.

Si bien la mitología *qom* sostiene que la sumisión a partir del respeto por las reglas de conducta y las prohibiciones lleva a la autodisciplina corporal/autonomía también deja claro que "la persona humana es transformada y gradualmente destruida siempre por acciones colectivas" (Tola, 2012: 129).

La transformación del cuerpo propio por el cuerpo social se da en momentos específicos como la gestación, la lactancia y la pubertad, entre otros. Y estos hitos trascienden el plano biológico y pasan a formar parte de la génesis/ontología *qom*, y del funcionamiento y la trasmisión de los fluidos corporales –semen y sangre-, que posibilitan la formación y desarrollo de una nueva persona (Tola, 2012).

> Tal como observa Francoise Héritier (2007), el discurso acercad de las múltiples sustancias del cuerpo se inscriben en el conjunto de representaciones propio de cada sociedad y conforma un discurso racional. Accediendo al significado que para una sociedad poseen los humores del cuerpo se logran comprender construcciones culturales que trascienden el plano biológico y que informan sobre las relaciones entre los sexos y la construcción del género (Tola, 2012: 135).

Por tanto, la comunidad, el cacique, el *chamán* o, el *opiua*[5] en la comunidad guaraní, forman parte de los autorizados sobre las decisiones del cuerpo de las mujeres, por ser un cuerpo social. Hemos visto en nuestro trabajo de campo que, si bien la mayoría de los caciques no hablan sobre sexualidad con las mujeres de su comunidad, a veces deja que el agente sanitario converse con ellas bajo su supervisión. Controla qué se dice, básicamente.

[5] Guía espiritual de la comunidad guaraní.

Los saberes ancestrales ocupan un lugar fundamental en las decisiones de las mujeres *guaraníes*, *qom* y *wichi* que entrevistamos. La mayoría cuida su salud y la de su familia con los 'yuyos' que seleccionan y recogen del monte, y el *opiuá* las oriente en encontrar los 'yuyos', como convertirlo en medicina para prevenir un embarazo, por ejemplo.

Las mujeres combinan sus conocimientos en medicina ancestral con lo que les ofrece la biomedicina. Cuando sus creencias pueden entrar en diálogo con el discurso y práctica médica, las mujeres indígenas pueden elegir de manera autónoma. En las entrevistas mostraron interés por los nuevos métodos que se ofrecen en los centros de salud y hospitales, y que muchas veces los usan a espaldas de sus maridos y comunidad.

Por último, queremos plantear la siguiente hipótesis a partir del análisis anterior: las mujeres indígenas generan capacidades para resquebrajar el discurso hegemónico patriarcal sobre sexualidad/reproducción de sus comunidades étnicas a partir de la combinación de los saberes ancestrales y biomédicos que portan y ejercen.

Reflexiones finales

Las mujeres que ingresan a un establecimiento sanitario se encuentran con una doble desventaja *a priori*: ser mujer y ser indígena. Y una mujer que es vulnerada en el ejercicio y reclamo de sus derechos no puede ser soberana de su territorio-cuerpo.

Sostenemos que esta explícita vulneración de los derechos de las mujeres al acceso de la salud sexual y reproductiva es producto de un sistema sanitario que se enmarca en el modelo médico hegemónico que define a la mujer como madre, a la sexualidad como heterosexualidad y donde las creencias religiosas de los diferentes agentes sanitarios influyen en sus prácticas profesionales.

Si bien sostenemos que la cuestión étnico-racial complejiza la capacidad de autonomía de las mujeres por la racialización que el sistema médico hace de los cuerpos y de su sexualidad también consideramos que los discursos religiosos basados en cierto 'absolutismo sexual' (Vaggione, 2008) influyen en las decisiones de las mujeres sobre su sexualidad y vida reproductiva.

Entonces, ¿podemos hablar de autonomía de las mujeres y de las mujeres indígenas con sistemas médicos que normalizan sus cuerpos y estigmatizan sus creencias? ¿Podemos hablar de autonomía de las mujeres frente a una violencia institucional invisibilizada en el sistema médico sanitario? ¿Podemos hablar de autonomía de las mujeres indígenas en comunidades étnicas patriarcales?

La investigación arrojó datos importantes que no nos llevan a plantear una posición determinante en relación a si las mujeres indígenas pueden ejercer o no autonomía. Lo interesante de este estudio fue, en primer lugar, haber detectado que la relación médico-paciente lejos de transformarse se encuentra atravesada por prejuicios étnicos-raciales sumados a la ideología basada en creencias religiosas y esta situación expulsa a las mujeres de las instituciones sanitarias; pero, por otro lado, las mujeres no se encuentran sumisas y pasivas frente a estos escenarios de condicionamientos. Apelan a estrategias que les permite sortear los obstáculos que hacen inaccesible el cumplimiento de su derecho.

Sin embargo, no podemos hablar que este grupo social esté ejerciendo su ciudadanía sexual y (no) reproductiva de forma plena. El Estado, a través de las instituciones médicas, no está garantizando este derecho. Las instituciones a través del ejercicio de la medicina tradicional positivista siguen sosteniendo y reproduciendo un saber-poder sobre los cuerpos de las mujeres que baja línea sobre la heterosexualidad y la procreación y no da margen al derecho a decidir.

Pero también, de nuevo, para no caer en los absolutismos, las mujeres indígenas muestran capacidades que agrietan estas rigideces. La invención de herramientas simbólicas y materiales para hacerle frente al sistema sanitario patriarcal y colonizador es importante y debemos destacarlo. Sí es fundamental el trabajo colectivo y de una práctica feminista indígena que trascienda el ámbito de la comunidad y local para que se generen espacios de agencia social, es decir, como la capacidad de acción colectiva para incidir, negociar, transformas el nosotras y la otredad, incorporando en la lucha de las mujeres las diferencias y fortaleciendo la participación en los espacios públicos y de decisión como en la construcción de liderazgos. No hay otros caminos de reconquistar la soberanía de nuestros propios cuerpos y hacerle frente a las múltiples formas de violencia patriarcal.

Bibliografía

Blima Schraiber, L. (2010). Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para un debate. En Castro, R. y López Gómez, A. (Eds.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional* (11-26). Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Universidad de la República.

Carbonelli, M., Mosqueira, M. y Felitti, K. (2011). Religión, sexualidad y política en Argentina: intervenciones católicas y evangélicas entorno al aborto y el matrimonio igualitario. *Revista del Centro de Investigación*, 9(36), 25-43.

Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Gómez, M. (2008). El cuerpo por asalto: la amenaza de la violencia sexual en el monte entre las mujeres tobas del oeste de Formosa. En Hirsch, S. (Comp.), *Mujeres indígenas en la Argentina* (79-116). Buenos Aires: Biblos.

_____ (2012). Tensiones espaciales y ansiedades sexuales: memorias sobre la juventud de mujeres Qom (Tobas). En Vazquez Laba, V. (Comp.) *Feminismos, religiones y sexualidades en mujeres subalternas* (113-148). Católicas por el Derecho a Decidir, Córdoba.

Héritier, F. [1979] (2007). *Masculino/Femenino II Disolver la jerarquía*. Buenos Aires: FCE.

Jones, D., Azparren, A. y Cunial, S. (2012). Derechos reproductivos y actores religiosos: los evangélicos frente al debate sobre la despenalización del aborto en la Argentina (1994-2011). *Revista Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*, 22(1), 110-133.

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

Carril, E y López Gómez, A. (2010). Aborto en Uruguay: reacciones de los profesionales de la salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres. En: R. Castro y A. López Gómez. (Eds.). *Poder médica y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional* (27-48). Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Universidad de la República.

Morán Faúndes, J. M. (2011). De patologías y terapias: el discurso científico del conservadurismo religioso sobre la sexualidad y el cuerpo. En Peñas Defago, M.A.; Vaggione, J. M. (comp.) *Actores y discursos conservadores en los debates sobre sexualidad en Argentina* (285-299). Córdoba: Colección Religión, Género y Sexualidad, Edición especial, Católicas por el Derecho a Decidir.

Radcliffe, S. A. (2008). Las mujeres indígenas ecuatorianas bajo la gobernabilidad multicultural y de género. En Wade, P.; Urrea Giraldo, F.; Viveros Vigoya, M. (Eds.) *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina* (105-136). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Instituto CES, Escuela de Estudios de Género.

Sciortino, S. (2014). Violencias relatadas, derechos rebatidos y mujeres movilizadas: el aborto en la agenda política de las mujeres indígenas en Argentina. *Caravelle* 102, 87-106.

Tola, F. (2012). *Yo no estoy solo en mi cuerpo. Cuerpos-personas múltiples entre los tobas del Chaco Argentino*. Buenos Aires: Editorial Biblos.

Vaggione, J. M. (2008) Religión y sexualidad: entre el absolutismo y la diversidad. En Vaggione, J.M. (Comp.) *Diversidad Sexual y Religión* (17-42). Córdoba: Católicas por el Derecho a Decidir.

Vaggione, J. M. (2009). *Sexualidad, religión y política en América Latina*. Diálogos Regionales, Río de Janeiro. Recuperado de https://laicismo.org/data/docs/archivo_923.pdf

Wade, P. (2008). Debates contemporáneos sobre raza, etnicidad, género y sexualidad en las ciencias sociales. En Wade, P.; Urrea Giraldo, F.; Viveros

Vigoya, M. (Eds.) *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina* (41-66). Universidad Nacional de Colombia, Instituto CES, Escuela de Estudios de Género, Bogotá.