

Tesis doctoral (en cotutela)

DOCTORADO EN ANTROPOLOGÍA

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS – UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (Argentina)

DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHÍA (Brasil)

***Kuña ipuru'a ha'e imemby'a. Cuidados de embarazadas y
parturientas mbya guaraní en Iguazú (Misiones)***

Doctoranda: Alfonsina Cantore

Directora: Noelia Enriz

Codirector: Paulo Alves

ALFONSINA CANTORE

"*Kuña ipuru'a ha'e imemby'a. Cuidados de grávidas e parturientes mbya guarani em Iguazú (Misiones).*"

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de doutora em Ciências Sociais e, aprovada em dezoito de dezembro de dois mil e vinte e três, pela Comissão formada pelos professores:



Prof. Dr. Paulo Cesar Borges Alves (FFCH – UFBA)
Doutor em Social And Environmental Studies Sociology pela University of Liverpool. (Inglaterra).



Profa. Dra. Noelia Enriz (UBA).
Doutora em Ciências Antropológicas pela Universidad de Buenos Aires (UBA).



Prof. Dr. Felipe Sotto Maior Cruz (FFCH - UFBA).
Doutor em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (UNB).

Profa. Dra. Mariana Lorenzetti (UNaM)
Doutora em Ciências Antropológicas pela Universidad de Buenos Aires (UBA).



Profa. Dra. Maria Rosário Gonçalves de Carvalho (FFCH-UFBA).
Doutora em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo (USP).

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Pia Leavy', with a horizontal line underneath.

Profa. Dra. Pia Leavy (UBA)
Doutora em Ciências Antropológicas pela Universidad de Buenos Aires (UBA)

*A quienes cuidar
ha sido gran parte de su vida*

Agradecimientos

Esta tesis es el resultado de muchos años de compromiso y dedicación a la investigación. La misma fue posible gracias al acompañamiento continuo de las personas que transitaron conmigo este camino.

Noelia Enriz me acompañó y alentó desde el momento en que solo se trataba de una idea, las palabras aquí siempre quedarán cortas. Gracias a ella y mi codirector Paulo Alves fue posible este texto que tiene por detrás reuniones y debates en conjunto, lecturas y relecturas, comentarios, sugerencias, recomendaciones, etc. Aquí se plasma su predisposición y compromiso para construir esta tesis, para escucharme, leerme, guiarme y su apuesta constante a mi formación y crecimiento. Su acompañamiento y respeto para mí es invaluable.

El equipo de investigación que me acogió, además de ser un hermoso espacio de trabajo, fue la oportunidad de conocer a mis grandes maestras, Mariana García Palacios, Ana Carolina Hecht y mi directora, a quienes le agradezco por su enorme calidez y generosidad, además de su codirección en becas y tesis. Los aportes de Mari como codirectora en instancias anteriores son continuamente retomados acá. Mi admiración a las tres es enorme.

Al ECSAS por brindarme un espacio en Brasil y permitirme participar de sus debates. Especialmente, a Luciana Duccini y Miriam Rabelo por su acogida.

Mis compañeras/os de equipo, Euge, Sole, Vicky, Nacho, Miri y Ro, son el gran sostén para creer que otras formas de investigación son posibles. Mi especial agradecimiento a Vicky por compartirme su experiencia de embarazo y abrir preguntas que se plasman en esta tesis.

A Mariana Lorenzetti y Daniela Ingaramo por abrirme las puertas de sus casas y otras puertas en el campo, por ser una gran compañía en cada uno de mis viajes a Iguazú. Con Mariana se dispararon preguntas y cuestionamientos que aquí retomo, su generosidad es continúa y aún sigue abriéndome espacios de académicos y de campo, mi admiración y placer de trabajar con ella.

La escritura estuvo sostenida por conversaciones constantes con Denise, Carla y Caro que me ayudaron a pensar debates teóricos y sobre la población mbya. Miri, Mari y Depa por leer, discutirme y repensar conmigo los posicionamientos políticos de esta tesis, sobre todo en los espacios donde las temáticas implican un compromiso ético.

A mis amigas por apoyarme sin cuestionarme, caminar juntas el feminismo o presentarme debates todos los días. A las personas que compartieron sus vivencias de embarazos, esas muchas personas que con experiencias de embarazos abrieron preguntas, especialmente a Agos y Cris. A mi familia por su desorganización constante que me ayuda a pensar los imponderables de vida, pero en la que siempre hay espacio para la compañía. A Rolo por alentarme y acompañarme en cada paso desde hace tanto tiempo, por ser mi gran compañero y construir conmigo.

Sobre todo, esta tesis no sería posible sin las y los mbya que participaron de ella. Gracias a cada una por contarme parte de su historia, por dedicarme su tiempo y compartir mates y un banco en sus patios, por sus sonrisas, por abrirme un lugarcito en sus vidas. Mis agradecimientos a las comunidades de Iguazú, especialmente a las mujeres que me compartieron sus relatos, son infinitos. Estas son las personas que me muestran las miles de formas posibles que hay de vivir las vidas.

Resumo

O tema central desta tese aborda a gravidez e parto como um evento que não se manifesta de modo unívoco em diferentes grupos ou pessoas. Ou seja, não se resume a uma condição homogênea, como poderia ser pensado desde uma perspectiva biologicista. Pelo contrário, o processo de gravidez e parto é concebido como uma experiência que envolve múltiplas dimensões. A tese focaliza a maternidade das mulheres mbyá guarani ao norte de Misiones, Argentina. Ela recupera as vozes de mulheres que vivem em comunidades nos arredores de Puerto Iguazú, onde os vínculos com o sistema público de saúde são cotidianos e, cada vez mais, as mulheres controlam suas gestações e têm suas/seus filhas/os no hospital da cidade.

A pesquisa promove uma análise contextual e histórica na qual as mulheres não são representadas como um pano de fundo em suas comunidades, nem como relutantes em estabelecer diálogos (muitas vezes regados a tensões) com o sistema público de saúde. Assim, busca-se registrar os pontos de vista das mulheres mbyá guarani em relação a sua gestação, por meio de suas vozes e práticas. Nas experiências de gravidez e parto, combinam-se elementos diversos que geram múltiplas formas de ser mulher e vivenciar as maternidades. Com isso, este trabalho está estruturado em quatro capítulos centrados em diferentes tópicos: as corporalidades, as expectativas sanitárias, os cuidados e as tecnologias.

Os dois primeiros capítulos apresentam discussões em abordagem teórica, sem deixar de fora registros de campo, mas que visam abrir discussões com os enfoques clássicos sobre o tema. Debate-se as representações sobre os corpos das mulheres e os sistemas de saúde como circuitos fechados. No primeiro capítulo, mostrarei que não se trata de um processo individual, mas sim que se corporifica e experimenta por meio de laços sociais específicos. Nessa linha, também discutirei que a maternidade seja simplesmente o papel das mulheres e tentarei refletir sobre a importância de atravessar processo de engravidar e dar à luz para essas mulheres. No segundo, focarei nas expectativas como categoria que permite distanciar do sistema de saúde como um todo homogêneo e recupera as projeções das diferentes pessoas, instituições e discursos circundantes, questionando o que se espera das grávidas e quais discursos recaem sobre elas.

Nos capítulos três e quatro, o eixo estruturador são as trajetórias de cuidado, momento em que as vivências das mulheres se tornam mais presentes. No terceiro capítulo, as referências se concentram especialmente na problematização do cuidado e as pessoas que acompanham a gravidez e o parto. Este capítulo é central para toda a tese, pois se concentra na ideia de cuidado e retoma as histórias de vidas das mulheres e pessoas próximas. O acompanhamento adquire uma dimensão significativa e observamos como é

colocado em prática de maneiras diferentes de acordo com o gênero. No quarto capítulo, abordo os agentes não humanos que participam dessas trajetórias, focalizando em três tecnologias: as reprodutivas, as comunicativas e as cidadãs. Os dados que sustentam esses capítulos são especialmente as narrativas dessas mulheres ou de seus acompanhantes. Esses dispositivos possibilitam questionar que a identidade étnica se limita a padrões culturais do ser mbya ou é perdida quando são incorporados objetos com uma história ocidental de reprodução, ou tecnologias digitais, ou aquelas que geram maiores vínculos com o Estado. Por meio desses elementos, será possível compreender como são recriadas não só as relações com o sistema público de saúde, mas também comunitárias e parentais.

Para concluir, mostrarei que a gravidez e o parto envolvem práticas e conhecimentos heterogêneos e que são sempre experiências situacionais e multidimensionais. Assim, o aqui e agora etnográfico de onde a gravidez e o parto são vistos nos permite concluir que se trata de um processo mutável e comunitário.

PALAVRAS CHAVES: gravidez – parto- mulheres- indígenas – etnografia

Resumen

El tema central de esta tesis refiere al embarazo y parto como un evento que no se manifiesta de un modo unívoco en diferentes grupos, ni personas. Es decir, no se resume en una condición homogénea, como podría pensarse desde una perspectiva biologicista. Por el contrario, el proceso de embarazo y parto será pensado como una vivencia en la que se implican múltiples dimensiones. Esta tesis focaliza en la maternidad de mujeres mbya guaraní al norte de Misiones, Argentina. Recupera las voces de mujeres que viven en comunidades en los alrededores de Puerto Iguazú donde los vínculos con el sistema público de salud son cotidianos y, cada vez más, las mujeres controlan sus embarazos y tienen a sus hijas/os en el hospital de la ciudad.

Esta tesis promueve un análisis contextual e histórico donde las mujeres no son representadas como un paisaje de fondo de sus comunidades, ni como reticente a entablar diálogos (muchas veces tensos) con el sistema de salud público. En este sentido, busca recuperar los puntos de vista de mujeres mbya guaraní con relación a su gestación, a través de sus voces y prácticas. En las experiencias de embarazo y parto se combinan elementos muy diversos que generan múltiples formas de ser mujer y de transitar las maternidades. De aquí, este texto se estructura en cuatro capítulos centrados en diferentes tópicos: la corporalidad, las expectativas sanitarias, los cuidados y las tecnologías.

Los primeros dos capítulos presentan discusiones en clave más teórica, no es que allí no aparecerán registros de campo, sino que estos están en pos de abrir discusiones con

enfoques clásicos de abordar el tema. Debato aquí las representaciones sobre los cuerpos de las mujeres y los sistemas de salud como circuitos cerrados. En el primero, mostraré que no se trata de experiencias individuales, sino de procesos que se corporizan y experimentan a través de lazos sociales específicos. En esta línea, también discutiré que la maternidad sea el rol de las mujeres e intentaré reflexionar sobre la importancia de pasar por el proceso de embarazarse y parir para las mujeres. En el siguiente capítulo focaliza sobre las expectativas como categoría que permite distanciarme del sistema de salud como un todo homogéneo y recupera las proyecciones de las diferentes personas, instituciones y discursos circundantes, preguntándome qué se espera de las embarazadas y que discursos recaen sobre ellas.

En los capítulos tres y cuatro, el eje estructurador son las trayectorias de cuidado, es entonces cuando las vivencias de las mujeres aparecen más presentes. En el capítulo tres las referencias son especialmente a la problematización del cuidado y las personas que acompañan los embarazos y partos. Se trata de un capítulo articulador de toda la tesis porque focaliza en la idea de cuidados y retoma historias de vida de las mujeres y de personas cercanas. El acompañamiento toma una fuerte dimensión y vemos cómo se llevan a la práctica de forma diferente según el género. En el cuarto capítulo, me refiero a aquellos agentes no humanos que participan de estas trayectorias focalizando en tres tecnologías: las reproductivas, las comunicativas y las ciudadanas. Los datos que sustentan estos capítulos son especialmente las narrativas de esas mujeres o sus acompañantes. Estos dispositivos posibilitan cuestionar que la identidad étnica se limite a patrones culturales del ser mbya o que se pierda cuando se incorporan objetos con una historia occidental de la reproducción, o tecnologías digitales, o aquellas que generan mayores vínculos con el Estado. A través de estos ítems será posible dar cuenta de cómo se recrean relaciones con el sistema de salud, pero también comunitarios y parentales.

En conclusión, daré cuenta de que los embarazos y partos conllevan prácticas y conocimientos heterogéneos, que siempre son experiencias situacionales y multidimensionales. En este sentido, el aquí y ahora etnográfico desde dónde es mirado el embarazo y parto, permite concluir que se trata de un proceso que es cambiante y comunitario.

PALABRAS CLAVES: embarazo – parto – mujeres – indígenas- etnografía

Abstract

The main theme in this thesis refers to pregnancy and childbirth as an event that does not manifest in an uniform way across different groups and people. Meaning that this does not come down to an homogeneous condition, as might be thought from a biologicistic perspective. On the contrary, the process of pregnancy and childbirth will be thought of as an experience in which multiple dimensions are implicated. This thesis makes focus on mbya

guarani women 's maternity in the north of Misiones, Argentina. It retrieves the voices of women who live in communities surrounding Puerto Iguazu, where the bonds with the public healthcare system are a daily occurrence, and every time more frequently, women control their pregnancies and give birth to their children in the city's hospital.

This thesis promotes a contextualized and historical analysis where women are not represented as a background landscape of their communities, nor are they reticent to engaging in (often tense) dialogues with the public healthcare system. On this note, it looks to retrieve the points of view of the mbya guarani women in relation with their gestations as well as their voices and practices. The pregnancy and childbirth experiences combine diverse elements that end up to create multiple different ways of being a woman and trajectories of motherhood. From here, this text is structured in four chapters centered on different topics: corporality, healthcare sanitary expectations, cares and technologies.

The first two chapters present a discussion in a more theoretical key, it is not that field registers don't appear here appear field registers, but they serve the purpose of opening a discussion with class focus to address the issue. I discuss the closed representations of the women's bodies and healthcare system. In the first chapter, I show that the gestational process is not an individual experience, rather a corporizing and experimenting process through specific social bonds. Along this line, I discuss maternity as the only role of the women but try to reflect about the importance of going through the pregnancy and childbirth process for them. In the next chapter, I focus on the expectations as a category which abilities me to analyze the healthcare system as heterogeneous and retrieve the projections of different people, institutions and surrounding speeches. It is from this point that I wonder what is expected from the pregnant women and which speeches fall upon them.

The trajectories of care are the structural axis of chapter three and four. Here is where the women's experiences are more present. In chapter three, I problematize the care and reflect on the people who accompanied the pregnancies and childbirths. This is an articulating chapter of the entire thesis because, as the same time that it focuses on the concept of care, it takes the life history of the women and the people who are close to them. The accompaniment of relatives works as a strong dimension, and we see that the practices of care are different depending on the gender. In chapter four, I will refer to non-humans agents who participate in women's trajectories and I analyze three technologies: reproductive, communications and citizens. The data that sustains these chapters are specifically the narratives of those women or their companions. Through these devices, I question that the ethnic identity has its limits in the cultural patrons or it is lost when the indigenous incorporated reproduction objects with occidental history, or digital technologies, or those creating major dependence on the State. It is from this point that I explain how the relationships with the public healthcare system are recreating, but also communitaries and relatives.

In conclusion, I take pregnancy and childbirth as heterogeneous practices and knowledges, It always is a situational and multidimensional experience. In this way, ethnographic "here and now" leads to the conclusion that It is an ever changing and communitary process.

KEYWORDS: pregnancy - childbirth -women- indigenous -ethnography

Índice

| | |
|---|------------|
| Palabras iniciales | 10 |
| Prefacio | 10 |
| Introducción | 14 |
| Camino al tema de investigación | 14 |
| El género como punto de partida..... | 21 |
| Una concepción múltiple sobre el embarazo y parto | 23 |
| Historias Locales | 26 |
| Coordenadas geográficas-políticas de las comunidades | 26 |
| Interacciones con el servicio público de salud | 30 |
| Metodología | 35 |
| Falta de aval legal en instituciones públicas de salud..... | 37 |
| Pandemia y vuelta al campo | 40 |
| Tiempo para investigar con mujeres..... | 42 |
| Organización de la tesis | 51 |
| Capítulo 1 | 59 |
| Introducción | 59 |
| Hoja de lectura | 61 |
| Cuerpos ubicuos: puntapiés teóricos | 63 |
| Cuerpo y corporalidad en la consulta médica | 68 |
| 1.1 Más que cuerpos, órganos reproductivos | 69 |
| 1.2 La “timidez” como categoría de encuentro interétnico | 75 |
| Heterogeneidades y encuentros de la feminidad y maternidad | 81 |
| 1.3 Descripciones corporales sobre las mujeres mbya | 81 |
| 1.4 La maternidad como potencial..... | 89 |
| Aspectos de la corporalidad en el embarazo y parto | 94 |
| 1.5 Dolor y cansancio: Emociones durante el embarazo y parto | 96 |
| 1.6 Aprendizajes para el embarazo y parto | 104 |
| Conclusiones | 106 |
| Capítulo 2 | 111 |
| Introducción. Celia, una historia desencadenante de conmociones e inquietudes .111 | |
| Hoja de lectura | 113 |
| No es el hospital, no es el <i>opy</i>; es lo que se espera que ellas hagan | 116 |
| Expectativas como categoría analítico-descriptiva | 120 |
| La maternidad un debate público | 125 |
| 2.1 Edad de las primerizas, preguntas y supuestos..... | 129 |

| | |
|---|------------|
| 2.2 Educación sexual orientada a la anticoncepción | 135 |
| 2.3 La exigencia de controlar los embarazos..... | 141 |
| 2.4 La posibilidad del riesgo | 146 |
| 2.5 Cambios en los modelos de parto | 153 |
| Conclusiones | 161 |
| Capítulo 3..... | 166 |
| Introducción | 166 |
| Guía de lectura..... | 168 |
| Cuidado como categoría de análisis | 171 |
| Cuidado no es igual a tratamiento..... | 175 |
| Parientas/es y cuidadoras/es..... | 183 |
| Acompañar el proceso | 186 |
| 3.1 ¿Quiénes son las mujeres que acompañan a parir? | 189 |
| Paternidades en el parto | 193 |
| 3.2 Luis: “yo atendí el parto de dos de mis hijas” | 194 |
| 3.3 Alberto: “darle confianza a la parturienta” | 197 |
| Trayectorias de cuidado..... | 201 |
| 3.4 Victoria, un parto con otras historias..... | 202 |
| 3.5 Marta, refuerzo de los saberes mbya | 205 |
| 3.6 Trayectorias de embarazo y parto comparadas..... | 208 |
| Conclusiones | 211 |
| Capítulo 4..... | 216 |
| Introducción | 216 |
| Hoja de lectura | 218 |
| Mucho más que dispositivos | 220 |
| Entre alegrías, subjetividades y sorpresas. El uso de tecnologías gineco-obstétricas | 224 |
| 4.1 “Ya lo quería tener en mis brazos” Imaginando una persona en imágenes y sonidos | 225 |
| 4.2 “a mí me parece que acá hay dos rayitas” Dispositivos que notifican | 230 |
| El celular, un recreador de vínculos..... | 236 |
| 4.3 Algo más que pedir turnos..... | 245 |
| 4.4 Avisar que alguien nació | 246 |
| Tecnología ciudadana, dispositivos de consulta | 253 |
| Conclusiones | 261 |
| Conclusiones..... | 265 |
| Bibliografía | 273 |

Palabras iniciales

(y personales)

Prefacio

Soy una mujer blanca investigando sobre y con mujeres indígenas. Empezar con esta afirmación es comenzar a desanudar gran parte de lo será esta tesis, pero también los privilegios y dificultades para realizar tal etnografía. Esta tesis versa sobre mujeres mbya guaraní, no sobre mí, pero mi intento de diálogo constante con ellas me obliga a la reflexividad sobre qué, quiénes y con quiénes, y de qué manera se fue construyendo la problemática que presento en este trabajo, a saber: cuidados durante el proceso de embarazo y parto de mujeres mbya guaraní. En la introducción a esta tesis expondré cómo se fue construyendo el problema de investigación, la metodología con la cuál lo abordé y presentaré algunas coordenadas sobre quienes son ellas y las comunidades de las que forman parte. Y, a lo largo de la tesis iremos descubriendo un poco más sobre sus trayectorias, su mundo circundante y las preguntas que me fui haciendo como investigadora.

Este prefacio permite presentarme a mí situacionalmente. Mi primer trabajo de campo, en el año 2015, coincidió con la primera marcha “ni una menos”, una de las convocatorias feministas más masivas que comienza en Argentina y se expande a nivel global. Este hito marcó un quiebre en mis reflexiones personales porque dio lugar a puntos de encuentro entre mi trayectoria personal con las de otras académicas y amigas feministas. Puedo decir, que pasé todos mis años de trabajo de campo atravesada por un feminismo en creciente

propagación y fortaleza de la cuarta ola. Especialmente por la lucha por la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, IVE (n°27.617, 2020)¹.

Pero, las intervenciones artísticas, las marchas, el brillo del glitter², el pañuelo verde³, las consignas, los Encuentros Plurinacionales⁴, etc. me parecían puntos lejanos de discusión con las mujeres con quienes trabajaba. Vivía entre el mundo del feminismo blanco urbanizado del centro del país que empujaba a luchas en toda Latinoamérica, y aquel de las mujeres indígenas en Misiones donde guardaba el pañuelo verde de mi mochila al ingresar a la comunidad. Por muy convencida de la lucha que estuviera, este símbolo cerraba inmediatamente las puertas en el campo. No encontré en las comunidades una organización colectiva de derechos sobre las mujeres y disidencias, ni personas que se auto adscriban feministas, pero, aunque hoy no encuentre esos perfiles, no quiere decir que no estén en formación o aparezcan en un futuro, aun menos significa que estas mujeres desconozcan violencias machistas, ni que no tomen acciones sobre ellas. Muchas veces me pregunté si las luchas feministas que se desplazaban por toda Latinoamérica y el resto del mundo eran tan distantes para estas mujeres y con el tiempo fui viendo que las tocaban, pero de una manera muy sutil. El movimiento en Argentina viene siendo tan expansivo que no escapan de estas discusiones, así sea por su referencia negativa

Las preguntas personales se transformaron en preguntas académicas ¿Cómo levantaba el pañuelo verde de la lucha por el aborto legal, seguro y gratuito en las calles de Buenos Aires e investigaba los cuidados durante el embarazo y parto en la tierra roja de Misiones? ¿Mi posición política feminista ponía en “riesgo” la relación con estas mujeres? Y otros interrogantes que explayaré en la metodología ¿cómo una mujer interesada en trabajar con mujeres no lograba entablar charlas con ellas? ¿qué tenían que perder al hablar con una “antropóloga”? Estas inquietudes no son solo mías, Silvia⁵ Citro nos dice que con nuestra “pregunta antropológica se pone en juego la historia, los afectos y relaciones interpersonales entre las interlocutoras y las investigadoras y se pregunta “¿Acaso no habrán sentido, de

¹ La lucha por la IVE en Argentina fue sostenida durante varias décadas de la mano de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito que logró su apoyo y masificación con los movimientos feministas de la última década.

² Las pinturas con glitter son un símbolo de las marchas feministas en Argentina, especialmente, con los colores violeta y verde en referencia al feminismo y al aborto respectivamente.

³ El pañuelo verde es el símbolo de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto.

⁴ Me refiero a los Encuentros Plurinacionales de Mujeres, Lesbianas, Trans, Travestis, Bisexuales, Intersexuales y No Binarios donde mujeres y disidencias se reúnen para debatir sobre e intercambiar sobre desigualdades. Se realizan en Argentina desde hace más de 35 años, no sin disputas políticas -el cambio en su denominación ha sido de las más visibles-.

⁵ Citar con el nombre del/a autor/a en la primera mención es parte de un posicionamiento feminista de visibilizar los aportes académicos y científicos de mujeres y colectivos LGTBI+.

manera similar, cierto riesgo o temor al comenzar a contarle a una antropóloga sobre sus vidas?” (2009:97) y concluye que los riesgos en la investigación etnográfica son mutuos.

Abrir preguntas que yo me hacía como feminista en un trabajo de campo que parecía estar en otra frecuencia me implicó aprender a respetar los distintos tiempos de estas mujeres, sostener determinados silencios y abrir cuando se generaba confianza, generar preguntas abiertas y disparadoras de temáticas diversas para intentar ahondar en debates más politizados, escuchar atentamente posturas lejanas a las mías con las que no conciliaba desde mi militancia, reflexionar y repensar mis convicciones y, también, mantener pacientemente que se abran diálogos por los que aun sigo esperando. Mis investigaciones previas (Cantore 2017, 2020) me permitieron anticipar que la femineidad de las mujeres mbya está íntimamente atravesada por la maternidad como en la mayoría de los grupos sociales. Sin embargo, desde mis posicionamientos feministas me rehusaba a pensar que es la única forma de pensar a mujeres indígenas desde la antropología. En otras palabras, por mucho que las referencias en las comunidades y en los textos académicos sean sobre las mujeres como madres, me obligué a indagar en otras cosas que hacen las mujeres además de cuidar a sus hijos y que las formas de llevar adelante el maternaje⁶ son múltiples.

Me fui preguntando, entonces, si eran contradictorios mis planteos. Comienzo esta tesis posicionada en que el maternaje no es simplemente un proceso biológico (algunas veces ni lo incluye) y que la antropología tiene mucho más para decir sobre las mujeres que relatarlas en el ámbito doméstico. No podré aquí responder a muchas de estas preguntas, pero son las que me atravesaron en todos estos años de investigación. Este prefacio doy cuenta de que mi compromiso con el movimiento feminista trascendió mi universo de investigación. Mi interés personal en el feminismo coincidió con el inicio de mi trabajo de campo y fui, entonces, haciendo coincidir mi militancia por el aborto y mi preocupación por los cuidados durante el embarazo y parto, como también apoyar las luchas feministas y las luchas indígenas que no necesariamente se entrelazaban *a priori*. Enfocar en mi experiencia en esta investigación da consistencia como se fue construyendo mi subjetividad como investigadora y la manera en que se fueron dando los debates académicos.

⁶ Es un término que se creó a fin de separar las labores de crianza de dar a luz. El uso de la palabra maternaje se refiere a las dimensiones de la crianza y que los separa de aspectos biológicos (Sara Ruddick, 1992).

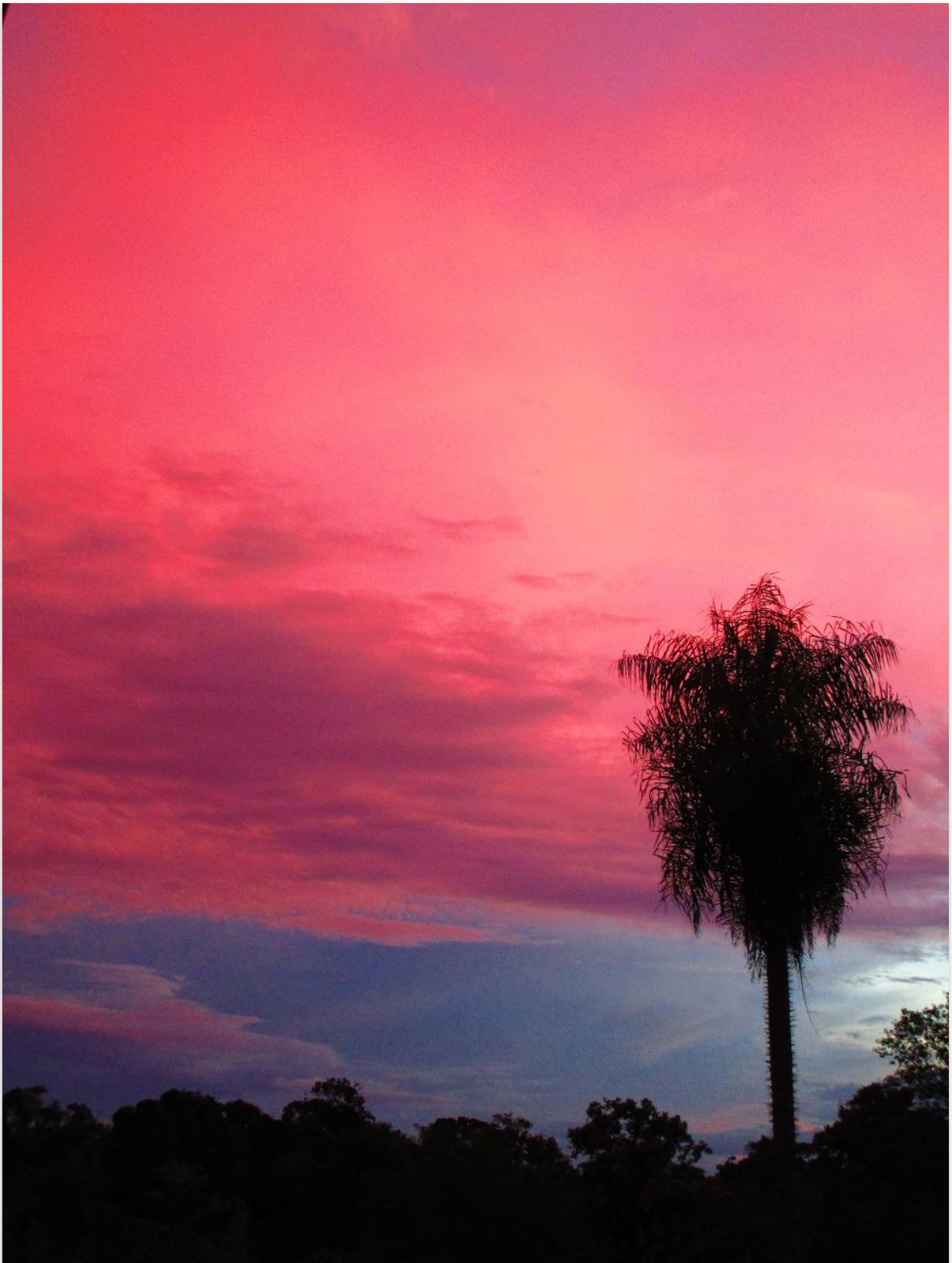


Foto 1 - PH: Alfonsina Cantore. Atardecer en la comunidad Yacaré. Como se puede apreciar, visto desde el interior, la naturaleza continúa abundando a pesar del cercamiento territorial y las construcciones hormigonadas cada vez más frecuentes en sus alrededores.

Introducción

Camino al tema de investigación

Siempre me sentí atraída por las problemáticas sobre poblaciones indígenas a pesar de no tener demasiado conocimiento, ni experiencias previas a mi ingreso a la carrera de antropología. Guiada por estos intereses, hacia el final del grado me introduje en la lectura sobre la población mbya guaraní. Ese acercamiento abrió una puerta que me llevó a un camino por el cual vengo transitando hace varios años. En el marco de mi formación como investigadora comencé en el año 2015 a visitar locaciones en los alrededores de Puerto Iguazú (Misiones, Argentina). El trabajo de campo reafirmó mi interés porque además pude hacer coincidir mis preguntas sobre la población guaraní con inquietudes sobre las temáticas de género, dos campos que me resultaban interesantes a priori. Sin embargo, cuando definí investigar temáticas referidas a la maternidad me encontré con obstáculos muy diversos (ver metodología) que me llevaron a un recorrido largo y exploratorio previo para, finalmente, en esta tesis abordar los cuidados de las mujeres durante el proceso de embarazo y parto.

El objetivo más amplio de mi investigación durante estos años ha sido recuperar los puntos de vista de las mujeres con relación a sus embarazos y partos, a través de sus voces y prácticas. Los puntos de vistas son infinitos y cada uno va agregando diferentes elementos

para analizar, en este sentido, la investigación es inacabada. Además, esos puntos de vista se transforman, dialogan con lo coyuntural, etc. Una investigación tan amplia implicó a lo largo de los años abordar la temática desde diversas aristas que respondían a objetivos subsidiarios (y otros específicos a esta tesis que presentaré más adelante) y que, parte de ellos, son retomados aquí para complejizar el análisis sobre los procesos de embarazo y parto.

En mi tesis de licenciatura, sostuve la hipótesis de que los roles o tareas que ocupan las mujeres en la comunidad llevó a que la antropología clásica de la zona, por su enfoque androcéntrico, les preste poca atención. En este sentido, la separación público/privado – si bien cuestionable – me permitió comprender esos lugares que ocupan y cuestionar la agencia y heterogeneidad que tenían. Las mujeres pasaban mayor parte del tiempo dentro del hogar y menos en espacios interétnicos o de poder; así se presentaban las primeras pistas de desigualdad de género. Retomando la bibliografía existente advertí que las descripciones de las mujeres atendían principalmente a dos cuestiones: menarquía y parto. En esas mismas indagaciones, el género había sido analizado desde el plano simbólico (Henrietta Moore, 2009) y no como relación social. Cuestioné estas descripciones en mi investigación de grado presentados a mujeres que eran artesanas, luchadoras del territorio, agentes sanitarias, entre otras; aunque no se encontraban en igual posición que los varones.

Siguiendo esta línea, años más tarde, en mi tesis de maestría, me enfoqué en las desigualdades a partir de los cuidados de las/os niñas/os. Esto tenía que ver con la importancia que adquiere la infancia en el grupo, ya que para la comunidad las/os niñas/os son protagonistas cuando están presentes (Noelia Enriz, 2012). En las situaciones en las que hay niñas/os el grupo en general atiende sus demandas, dedica tiempo y destina recursos; son la prioridad. Acá advertí que el cuidado de ellas/os, si bien era importante para el grupo en su conjunto, se distribuía de manera desigual por edad y género.

A medida que crecen niñas/os se les van otorgando tareas de cuidado de las/os más pequeñas/os como cambiar pañales o hamacarlas/os y las diferencias en las tareas se da más por edad que por género, pero en la vida adulta la destinación de tiempo y cuidado es inversa y son las mujeres sobre quienes recae la mayor carga. Esto no quiere decir que los varones descuiden a sus hijas/os, presentaba entonces diferentes padres con los que me había encontrado. Apuntando a la diversidad de paternidades y maternidades, comparé a dos mujeres que no conviven con sus hijas/os a pesar de ser todavía pequeñas/os. Entonces concluí que, si bien en las mujeres recaen más estas tareas, la maternidad no es algo monolítico y el maternar adquiere características diversas.

Las indagaciones previas fueron generando elementos de acercamiento a la temática. A lo largo de estos años, obviamente, mis preguntas fueron cambiando, pero también logré entablar diálogos más profundos y sinceros con las/los participantes de esta investigación. Mis primeras inquietudes referían a cuestiones “culturales”, cuáles eran las prescripciones étnicas para el embarazo y el parto. Las respuestas no iban más allá de lo que ya describían las etnografías clásicas. La confianza construida a lo largo del trabajo de campo me permitió poder preguntar sobre las vivencias. Si bien la distancia se reactualizó cada vez que las conversaciones incluían elementos íntimos, mis palabras no detenían los relatos y ellas continuaban habilitando la posibilidad de empatizar con sus vivencias. En síntesis, en mis investigaciones de licenciatura y maestría emergieron la heterogeneidad de las mujeres y los cuidados de la niñez, respectivamente, siempre con una lente de género. En este texto me propongo abordar esas mismas heterogeneidades en relación con sus maternidades. Como veremos, sostendré que en las experiencias de embarazo y parto se combinan elementos diferentes de maneras muy diversas generando múltiples formas de ser mujer y de transitar las maternidades.

La maternidad ha sido un tema de investigación antropológica de la mano de las académicas feministas. El sesgo androcéntrico que permea la disciplina llevó a que, cuando se trataba de estas temáticas, el análisis era mayormente ritual y eliminaba las relaciones de poder de la escena. Obviamente, trabajos como el de Margaret Mead (1984) hacen la excepción. Acorde a los movimientos feministas de los años 70', las desigualdades de género y la sexualidad fueron ganando terreno en los análisis antropológicos. Actualmente, la maternidad es un tema arduamente estudiado. La bibliografía es múltiple y pone el foco en aspectos muy diversos: la opresión de las mujeres, las maternidades privadas de libertad, la reproducción asistida, adopción, maternidades subrogadas, lésbicas, migrantes, indígenas, pobres, en cautiverio, etc. Teniendo en cuenta la amplitud de estudios me centraré únicamente en las referencias al embarazo, parto y puerperio guaraní. En este sentido, son varios los aportes desde la antropología y otras ciencias sociales.

Los caminos para encarar esta temática son múltiples. Este proceso, en general, es definido a priori como un fenómeno fisiológico que acontece en el cuerpo de las mujeres o cuerpos gestantes⁷. Mi interés es aproximarme desde un análisis que comprenda el embarazo y parto desde un enfoque multidimensional y situacional para mirar acontecimientos que lo

⁷ El concepto “cuerpos gestantes” vuelve a poner en debate la idea de que exista una esencia en “ser mujer” relacionada a la gestación. En Argentina, viene cobrando fuerza en el debate público por la ley de IVE donde las disidencias sexuales, especialmente varones trans, abogan por el derecho al aborto. A los fines de este trabajo no será retomado porque las interlocutoras se auto perciben mujeres.

componen más allá de la dicotomía biológico/social. En este sentido, este enfoque se presenta como un área de vacancia en los estudios sobre embarazo y parto.

Argumento que distintas investigaciones prestaron atención a prescripciones durante este proceso como es la alimentación, la higiene y los rituales, pero dejaron por fuera las acciones cotidianas necesarias para sostener los cuidados. Si bien el embarazo y parto han sido de gran interés en la antropología, las descripciones y análisis rondan en torno a los patrones culturales, rituales, símbolos, factores estructurales, etc. La premisa que atraviesa a estos estudios es que no es una práctica individual aislada -punto en el que concordamos-, pero su foco está puesto en describir aspectos culturales como si fueran determinantes. En esta línea, ya existen investigaciones que nos permiten anticipar la importancia del nacimiento para las/os mbya guaraní (Egon Schaden, 1998; Branislava Susnik, 1983; Marcelo Larricq, 1993; Enriz, 2010; Marilyn Cebolla Badie, 2016).

La etnografía sobre los grupos guaraní describió a las mujeres desde modelos de división sexual del trabajo. Las investigaciones sobre las mbya son escasas y, por ello, las/os autoras/es clásicas/os son continuamente citadas/os. Se trata de las primeras etnografías sobre esta población que se focalizan mayormente en Paraguay entre los años 40 y 70 (Nimuendaju, 1978; Susnik, 1983; Cadogan, 1997; Schaden, 1998;). Los trabajos posteriores en Argentina son porosos, con momentos donde hay mayor bibliografía que otros. Al tratarse de un corpus tan errático, los diálogos con estas/os autoras/es siempre son retomados.

Estas/os etnógrafas/os clásicas/os instauraron una idea de mujer guaraní y de las temáticas que a ellas refieren, que ha sido retomada por algunas/os antropólogas/os contemporáneas/os, sin tener en cuenta las consideraciones que, desde la perspectiva de género, venían discutiendo las antropólogas feministas. Si bien, más adelante ahondaré en las respuestas a estos enfoques desde las perspectivas de género considero necesario adelantar que la antropología se ha caracterizado por tener enfoque masculino donde no se ha prestado mayor atención a las mujeres y las relaciones de género. En general, en los primeros estudios antropológicos la influencia social de las mujeres era considerada por las/os antropólogas/os como menor que la de los hombres. Es así, que las caracterizaciones sobre las mujeres, en su mayoría, se limitaban a dar cuenta de su rol como madres o en el ámbito doméstico (Moore, 2009).

Para comenzar, se hacen necesarias algunas consideraciones sobre los escritos de León Cadogan (1997), quien ha sido el primer etnógrafo de renombre en las investigaciones con esta población. Según él, para las/os mbya, el lugar de la mujer es en la casa cerca del fuego (*oka*), en el lugar donde se cocina, se come y se reúne a la familia por las noches,

además de ser identificado como el centro de las actividades infantiles. En estas descripciones, el hombre es quien va al monte y caza para que su esposa cocine en el *oka*. Si bien explayaré posteriormente, en estas ideas se pueden apreciar los intereses académicos anteriores a la década de 1970 orientados hacia una construcción del comportamiento humano separado genéricamente, en donde se proyectan visiones occidentales sobre las tareas de hombres y mujeres mbya con un importante sesgo etnocéntrico y masculino (Joanna Overing, 1986).

Existe una serie de trabajos que se enfoca en la maduración biológica de las niñas hacia la pubertad. Las referencias principales se encuentran en Schaden (1998) que relata algunos estados delicados en la vida de hombres y mujeres (estados de crisis). En la mujer, el embarazo y la menarca son relatados como eventos críticos. En el caso de la menarca, porque la muchacha está expuesta a peligros sobrenaturales. La primera menstruación se denomina *iñengue/fluir* o derramarse haciendo referencia a la sangre. Una vez acontecida, la joven debe prepararse para tener relaciones sexuales, casarse y ser madre. La maduración biológica conlleva a un período de resguardo desde la primera menstruación hasta la segunda o tercera regla e implica una serie de prescripciones que la muchacha debe cumplir. Para este autor, este evento es la crisis más delicada en la vida de una mujer mbya y es denominado con un término especial: *ñemondyá*. Es un momento dónde se las aconseja sobre lo que se espera de ellas como mujeres y como madres en un futuro.

El etnógrafo relata que cuando llega la primera regla se les corta el cabello a las mujeres para evitar ataques de los *odjépotá*/ malos espíritus y se lleva a cabo una reclusión absoluta en algún recoveco de la choza en plena oscuridad, sin posibilidad de salir, recibir visitas o incluso tocar el suelo. La niña sólo sale para satisfacer sus necesidades con la cabeza cubierta con un paño. Durante este tiempo, la joven aprende habilidades manuales y actividades relacionadas con lo doméstico, pero se la exime de realizar "tareas pesadas". En su análisis, Schaden, considera que la cultura guaraní es "marcadamente masculina" (1998:107), al implicar más restricciones y ser más ceremonial con la maduración de las niñas que de los niños. Según este autor, la iniciación de las mujeres es individual, y por ello, tiene un alcance social más restringido, mientras el de los hombres despierta interés de toda la comunidad. Por su parte, la iniciación de los jóvenes se caracteriza por la perforación labial, que el autor reconoce como una práctica que se ha perdido con el paso del tiempo. Se trata de un acto al que puede asistir cualquier persona porque no se considera a los púberes en estado de *odjéokú*/ de peligro y, por ello, no conlleva a la reclusión.

Investigaciones contemporáneas continúan estas líneas aportando algunos detalles más de la reclusión llevada adelante en este período. Cebolla Badie (2016) puntualiza esta etapa de las jóvenes. Muestra detalladamente las prescripciones alimentarias y los peligros de origen

mítico a los que se exponen las muchachas de no cumplir el resguardo, considerándolo una protección hacia los dueños y espíritus de la naturaleza. Además de describir el ritual de las mujeres, la autora repone la pubertad masculina denominada *ñe'ênguchu*. Durante esta etapa, el iniciado tiene también que cumplir con ciertos tabúes alimenticios, recibir consejos de los ancianos y son considerados vulnerables a los dueños de la naturaleza. Están a la orden de un hombre que ya ha transcurrido esa etapa, quien se encarga de aconsejarlos sobre sus comportamientos y lo que se espera de ellos durante su vida. En continuidad con Schaden, reconoce que la iniciación de los jóvenes es “externa y siempre colectiva” (Cebolla Badie, 2016:283) y que, en la actualidad, al dejar de practicarse la perforación labial se determina por el cambio de voz.

Marilyn Cebolla Badie (2014) da cuenta de los cambios de actitudes de las mujeres, una vez pasada esta etapa, ya convertidas en *kuña tail* mujer joven, las describe como esquivas, más serias, reservadas, le hablaban a ella mucho menos y desviaban la mirada hacia abajo. La autora registra que con el pelo aún muy corto muchas veces las encontraba embarazadas y observa que la maternidad era la referencia constante cuando se explicaban la finalidad de los consejos durante el resguardo: deben aprender cómo llevar a “término un embarazo, tener un parto rápido y dar a luz a un niño sano” (2014:34). Marilyn Cebolla Badie sostiene que luego de la edad reproductiva se producen algunos cambios de actitudes en las mujeres y a lo largo de su vida van adquiriendo un mayor estatus social y autoridad. Es así, que las mujeres sólo cuando son mayores pueden hablar en voz alta, compartir espacios “espacios de poder antes reservados exclusivamente al sexo masculino” (2014:33), participar en reuniones políticas de la comunidad, entre otras cosas.

Por último, Noelia Enriz y Mariana García Palacios (2008) abordan cuestiones ligadas a la menstruación, pero no sólo a sus formas rituales, sino a las particulares relaciones que se establecen a partir de ese momento. Ellas reconocen que el ritual de maduración biológica es un pasaje a un nuevo estado a partir del cual pueden armar pareja y ser madres, pero apuntan a dar cuenta de cuáles son las transformaciones sociales y de género que se establecen al atravesar el ritual de *ñemondiyá*. En otras palabras, su interés en los universos simbólicos del ritual no está puestos en el rito en sí, sino en comprender las relaciones sociales en un conjunto de estructuras simbólicas que le dan significado y las justifican.

Tal como alertan Mariana Gómez (2010, 2013) y Silvia Hirsch (2008), en las etnografías clásicas, la mujer aparece como mera reproductora de la cultura promoviendo una imagen fosilizada de ellas. Mariana Gómez cuestiona que estos trabajos han analizado a las mujeres indígenas más por su condición de indígenas que de mujer. Aparecen retratadas en “el margen, la periferia, reproductoras de un orden eterno y sexista” (Gómez, 2010:144), porque se ha retomado el imaginario sobre el indígena como “estático, sincrónico,

susceptibles de analizarse, aislados de un espacio geográfico y de un tiempo histórico mayor” (Lewellen, 1985 en Gómez, 2010). “El indígena” y “la mujer” son relatados como reproductores de mandatos sociales y, por lo tanto, del orden social. Para ella, en los trabajos que caracterizan a las mujeres indígenas “predominan descripciones que eternizan a las mujeres en un presente etnográfico” (Gómez, 2013:293).

Según explica Mariana Gómez, ubicar a las mujeres sólo en el lugar simbólico que ocupan en los mitos y rituales de iniciación, como lo hacen los trabajos sobre mujeres guaraní, lleva a una “comprensión estática sobre la condición de género, el lugar o la posición de las mujeres” (2017:4). La autora retoma de Henrietta Moore (2009) que las identidades de género no están determinadas por modelos culturales, ni son adquiridas o construidas, sino que las experiencias de género están contextualizadas cultural e históricamente (Gómez, 2017). Esto nos obliga a prestar atención a los procesos locales en donde las/os indígenas transforman sus subjetividades e identidades “poniendo en tensión las prácticas de socialización vigentes con las nuevas expectativas, deseos, posibilidades e imaginarios” (Gómez, 2013:291).

Recientemente, han surgido trabajos, tanto en Argentina como en Brasil, que atienden a la diversidad de formas de ser mujer guaraní. El interés en despegarse de descripciones androcéntricas sobre estas mujeres está conllevando a un interesante caudal de trabajos que buscan recuperar las emergencias de liderazgo (Francine Rabelo, 2015; Yamila Nuñez y Gonzalo Ariel Millán, 2019), la diversidad de roles en que se expresa el poder (Rabelo, 2018; Enriz y Cantore, 2021) e incluso la firmeza en las convicciones y posiciones de las mujeres en lo referido a programas estatales de parto hospitalario en Brasil (Luciane Ourriques Ferreira, 2013; Rita Lewkowicz, 2016).

En síntesis, la etnografía guaraní se dedicó a describir un modelo que impera dentro el grupo mbya, sin dar cuenta de las heterogeneidades entre las mujeres que se presentaban al momento en que esto/as antropólogos/as realizaban sus investigaciones. Obviamente, se trata de un modelo abstracto con el que las mujeres dialogan, generando proximidad y diferencia. Uno de los propósitos de esta tesis es presentar heterogeneidades que no son tan visibles en el diálogo entre la identidad étnica y las subjetividades. Dentro de esta heterogeneidad seleccioné algunas mujeres que me permiten pensar la coexistencia de diferentes formas de ser mujer mbya, igualmente reconocidas y acompañadas en el grupo social.

El género como punto de partida

Quiero hacer una referencia a la categoría de género que retomo para pensar esta tesis. La misma es importante para comprender cuáles son las preguntas que me estoy haciendo, rememorando cuáles fueron las palabras o manifestaciones corporales de mis interlocutoras/es. Utilizo la categoría de género como una forma específica de relaciones de poder (Joan Scott, 1996). En tanto las categorías académicas que utilizamos para realizar nuestras investigaciones también son políticas, reconstruyo esta noción porque me permite analizar aquello que emergió del trabajo de campo en vinculación con las preguntas que me hacía.

Los enfoques cosmologicistas han advertido que algunas lecturas de género reafirman posicionamientos desde feminismo hegemónicos y blancos. Considerando esta advertencia, retomo lecturas que discuten con concepciones occidentales sobre el feminismo porque me permiten recuperar manifestaciones halladas durante mi trabajo de campo, en el diálogo con las mujeres mbya. Sin embargo, busco, a su vez, complejizar estas perspectivas sin generar ideas esencializantes de algunos aspectos sobre lo femenino, ni construir un análisis que no tenga cuenta las desigualdades y las relaciones de poder que atraviesan las relaciones sociales, entre las que se encuentran las de género.

Mi manera de entender el género como una forma primaria de significar relaciones de poder (Scott, 1996) que se experimenta en el cuerpo, en la forma de relacionarnos, en nuestras posibilidades y elecciones, etc. (Judith Butler, 1990; Sara Ahmed, 2015; entre otras), se diferencia de otras maneras incluidas en trabajos que se centran en las relaciones substanciales, los fluidos corporales, la sangre menstrual, la fabricación de los cuerpos (Cecilia McCallum, 2001; Paula Prates, 2013, 2021; Luna Mendes, 2020). Considero que este tipo de enfoques ha logrado “comprender el mundo desde los ojos del nativo” como casi ningún otro, despojándose de categorías occidentales. Sin embargo, voy a concentrarme en las dimensiones de las relaciones sociales que hacen a las desigualdades, sin limitarme a diferencias sexuales basadas en sustancias o fluidos corporales u órganos sexuales. Me propongo considerar las relaciones de poder y desigualdad que pueden pensarse como productoras de cosmologías, pero pensando que esas cosmologías son modificadas y reactualizadas con transformaciones sociohistóricas.

Reconstruyo nociones sobre cuerpos, expectativas, tecnologías, etc. que permiten dar cuenta de cómo las mujeres transitan esas experiencias que no se limitan a que la posibilidad de gestar, dilatar la vagina o menstruar. Al utilizar la categoría de género, pensada como una relación de poder estoy posicionándome y analizando a “las/os otras/os” desde categorías “etic” citando a Bronislaw Malinowski (1973). Sin embargo, hay preguntas

que me hago a partir de mis registros de campo que me permiten anclar la discusión etnográficamente. Es decir, no se trata de simples “condicionamientos de humanidad” de las mujeres, sino de poder comprender sus perspectivas sobre mundo en el que están situadas, retomando las propias interpelaciones de los actores a las que le agregan contextualidad e interculturalidad, y combinando con una lente que permita ver desigualdades que muchas veces naturalizamos. El género es una forma de abordar el mundo ya que, en tanto me percibo y me perciben mujer enfrente ciertas desigualdades que surgen de ello.

El uso de esta categoría tiene más que ver con una forma de conceptualizar aquellas descripciones o palabras con las que me encontré en el trabajo de campo. Lejos de forzar estas interlocuciones u observaciones como en los términos de la investigadora, seré cuidadosa y fiel a las apreciaciones como se verá a lo largo de la tesis. Por ejemplo, las mujeres no hablan de relaciones de poder entre varones y mujeres, pero algunas se callan en su presencia, no hablan en asambleas, expresan sus opiniones en el ámbito doméstico, es difícil que accedan a roles de liderazgo y cuando lo hacen no logran el mismo sostén y legitimidad que los varones, etc. Entender al género desde acá me permite abrir nuevas preguntas.

Retomando mis contradicciones planteadas arriba, no se trata de mujeres que se auto adscriben feministas, pero sostienen una existencia que en muchos momentos pone en tensión a ciertas masculinidades. Habitan situaciones de desigualdad, pero desde un lugar de poder diferente que responde a vínculos históricos en los que mujeres y varones se relacionan. Desde aquí, es posible fortalecer una reflexión sistemática sobre el aporte que tienen las mujeres indígenas en los grupos sociales, considerando las acciones cotidianas y su relevancia a la hora de sostener. también el espacio público. Son los espacios de las mujeres, los espacios de cuidado de la vida comunitaria cuando lavan la ropa, higienizan a sus hijas, cosechan, cocinan, llevan a sus hijas/os a la escuela, consultan cuando están enfermas/os, etc. Sin cumplir todas estas tareas no es posible sostener las relacionadas al poder, al desarrollo profesional, las actividades económicas, etc.

Como trabajé anteriormente (Cantore, 2020) y fortaleceré aquí, el cuidado no excluye a los varones, pero tampoco se distribuye de igual manera, no se dedica el mismo tiempo, no recaen las mismas exigencias y prejuicios sobre mujeres y varones, etc. La concepción de cuidados que tomaré (explicitaré en la introducción y el capítulo tres) no es excluyente de un género, pero es una de las actividades fundamentales en las que las relaciones de poder se expresan. Más allá de ser una generalidad conocida entre los estudios feministas, se trata de un background o un saber internalizado desde el que las mujeres responden a situaciones específicas, como mostraré en el capítulo tres.

Considero que las ciencias sociales (antropología, sociología, historia, etnografía, etc.), al tener herramientas para analizar el mundo retomando lo que les sucede a los sujetos sociales, tienen la posibilidad como ninguna otra de apuntar hacia un mundo más justo. La categoría de género, como la de indígena y clase me permiten dar cuenta desde dónde las personas están situadas, atendiendo de los cambios históricos de sus relaciones y sus propias cosmologías (Mara Viveiros Vigoya, 2016). Este tipo de análisis no reniegan de cambios en sociedades otras, sino atiende a estos cambios. Así como las ciencias sociales han permitido cuestionar desigualdades de género en nuestra propia sociedad, considero que las mujeres indígenas tienen herramientas para cuestionar y reivindicar su posición y relaciones en sus propias comunidades.

Por tanto, en esta tesis me propongo debatir en el campo teórico sobre los estudios de género a través de registro de campo, observación de la coyuntura, conversaciones con diferentes actores, observación participante, etc. En este sentido, analizar el proceso de parto y nacimiento desde una perspectiva de género, sin limitarla al plano simbólico, es un proceso inabarcable. El tema central que aborda esta tesis refiere al embarazo y parto como un evento que no se manifiesta de un modo unívoco en diferentes grupos, ni personas. Es decir, no se resume en una condición homogénea, como podría pensarse desde una perspectiva monolítica biologicista. Por el contrario, pensaremos a lo largo de este texto al proceso de embarazo y parto como una vivencia en la que se implican múltiples dimensiones.

Una concepción múltiple sobre el embarazo y parto

En la última década, se viene dando un aumento de partos hospitalarios de mujeres mbya guaraní en Argentina y Brasil. Especialmente, porque se vienen generando políticas de salud específicas para la incorporación de estas mujeres en los hospitales, como veremos más adelante. Muchas de ellas intentan adecuarse a contextos interétnicos, presentando a las mujeres indígenas como una población cultural y políticamente diferenciada (Ourriques Ferreira, 2013; Lewkowicz, 2016). Por su parte, en Argentina no cuento con datos censales sobre aumento de partos hospitalarios, pero desde mis registros etnográficos puedo pensar que también sucede en el hospital de Iguazú. El eje de esta tesis no es por qué las mujeres van o no al hospital a parir o por qué no se hacen los controles gestacionales, ni dar explicaciones estructurales de como construyen su itinerario terapéutico, ni tampoco como se apropian de las políticas públicas; por el contrario, busco dar cuenta de que el hospital es un elemento más en las posibilidades de cuidado. Como desarrollaré actualmente en la zona de Iguazú la mayor parte de las mujeres indígenas han parido en el hospital y también

realizado alguna consulta durante la gestación en el sistema público de salud. A lo largo de cada capítulo iré mostrando que las atenciones son diversas y el sistema público de salud genera una cantidad de elementos que las mujeres van incorporando en sus trayectorias.

Me enfoco en una concepción amplia del proceso de embarazo y parto, difícil de definir a priori ya que se incorporan elementos de muy diversa índole. Para empezar a dar cuenta de estas ideas explicaré por qué estoy hablando del embarazo y parto como un proceso. En primer lugar, me permite hacer una salvedad de aquellos embarazos que no llegan a desarrollarse o tiene complicaciones. No hay una decisión arbitraria de mi parte en no analizar esos casos, sino que se fue convirtiendo en un dato por su ausencia en los registros. Es decir, son muy escasas las referencias a embarazos sin nacimiento. No es lo mismo preguntarle a una mujer ¿Cuántos hijas/os tuvo? o ¿cuántos embarazos tuvo? Si mi interés fuera construir un dato estadístico obtendría una respuesta numérica diferente, pero no he logrado que las mujeres armen narrativas de cuidado sobre esos embarazos más que una u otra referencia. Justamente, se trata de aquello sobre lo que las mujeres no me están hablando. Los registros al respecto son pocos y las referencias fueron mayormente a través del personal de salud y no de las propias mujeres. En este sentido, pensarlo como un proceso me permite trabajar sobre la continuidad y no diseccionar etapas. Me permite abordar un proceso largo, con complejidades y múltiples dimensiones de abordaje, entre los que voy a jerarquizar: las corporalidades, las expectativas médicas, los cuidados y las tecnologías.

Esto me lleva al segundo punto, el foco de esta tesis no está puesto en las/os niñas/os que nacen. Por el contrario, busco focalizar en las mujeres y lo que acontece en sus cuerpos y sus trayectorias de vida. Es decir, busco poder diferenciar un parto de un nacimiento. El nacimiento implica que los dioses envíen un alma a la tierra (*ñe'e*), que el padre la vaya dotando de corporalidad mientras crece en el vientre de la madre. Pero el nacimiento no culmina en el parto, sino que esa alma logre hallarse en la tierra */ombo apyka*. Si bien para el buen desarrollo de la persona son muy importantes las acciones que dependen tanto de los dioses como de la comunidad (Elizabeth Pissolato, 2007), esta última tiene un carácter medular y de extensión de las individualidades para el buen desarrollo de la vida de la niña/o (Larricq, 1993). Estas acciones comienzan desde la gestación. El primer paso para considerarse *mbya* es nacer humano (Larricq 1993). Lo que diferencia a los seres humanos del resto de los animales es la "lengua" *ayvu* (Cadogan 1997 [1959]), el mantenerse erguida/o y caminar. Finalmente, reciben su *rery* "nombre indígena" a través de una ceremonia religiosa: *ñemongarai*.

Esta literatura etnográfica pone más el foco en la persona que va a nacer o en el ritual en sí mismo que en las embarazadas. Cuando se refieren a madres y padres describen una serie de prescripciones para unos y otros que apuntan a un buen desenvolvimiento del parto y de la vida del/a bebé (Shaden, 1998; Larricq, 1993; Cebolla Badie, 2016). Es importante destacar que la mayor parte de esas descripciones sobre tabúes y actividades prohibidas se hacen en relación con los padres, otorgándole un papel protagónico en este evento. La *couvade* es un período profundamente desarrollado en estas etnografías. Sin embargo, las investigaciones más actuales distinguen que los cuidados domésticos y la crianza recaen sobre las mujeres del grupo (Enriz, 2010, 2012; Cantore, 2020). Propongo aquí una etnografía que tiene como protagonistas a las embarazadas, que apunta a conocer cómo ellas van transitando ese período.

Las investigaciones sobre esta temática señalan el papel de la mujer durante el embarazo como un rol pasivo. Siguiendo a Marcelo Larricq (1993), la mujer solo concibe por decisión divina, aun teniendo una vida sexual activa. La formación de la nueva persona corresponde principalmente al varón, que da sangre y el cuerpo del feto a través de sucesivas relaciones sexuales con su pareja. Marilyn Cebolla Badie (2016) también hace esta afirmación al observar el modo con el que se denomina el vientre: *imemby ryru* / recipiente de su hija/o. Durante el primer tiempo de la vida, las/os *mbya* consideran que el alma del/a niño/a se mantiene ligada al padre, pero para lograr que tome asiento es necesaria la activa participación materna. En esta tesis discutiré la pasividad con que han sido tratadas las mujeres bajo el androcentrismo etnográfico. Lejos de ser simples envases de otros cuerpos, estas mujeres cuidan todo su embarazo y parto, son cuidadas, se preocupan por sus futuras/os hijas/os, sienten, se emocionan, comparten, discuten, etc.

En otras palabras, las mujeres son las principales protagonistas de esta etapa. Obviamente, se trata de un proceso acompañado. Me reservo la categoría de acompañamiento para pensar específicamente en los cuidados de familiares a la embarazada y profundizaré, espacialmente, en cómo las mujeres acompañan a otras mujeres (ver capítulo tres). Pero, quiero decir que, siendo una etapa que precisa dedicados cuidados, participan aquí otras personas y objetos que van haciendo a las trayectorias de cuidado. Estos condicionamientos irán apareciendo a lo largo de la tesis, pero entiendo a estos elementos cosmológicos como otros elementos más de cuidados que hacen a las trayectorias de las mujeres que se embarazan y paren. En esta tesis considero que el cuidado del embarazo y parto no se reduce a prescripciones de lo que debería hacer la embarazada o los cambios biológicos que acontecen en su cuerpo, sino a una amplia gama de elementos que están a su alcance y de su grupo. Desde esta perspectiva, el embarazo y parto puede ser abordado

desde muy diversas aristas porque se trata de una etapa que se carga de momentos concretos en la vida de las personas.

Historias Locales

Coordenadas geográficas-políticas de las comunidades

Finalizando la carrera de grado en antropología comencé a delinear esta investigación buscando dar cuenta de los cambios que se daban en la forma de parir de las mujeres mbya guaraní. La elección del lugar para comenzar el trabajo de campo fue una recomendación de mi directora, Noelia Enriz. Ella trabaja en Misiones con esta población hace más de dos décadas y en ese momento estaba mudando su trabajo de campo a la zona de Iguazú. Por las características que definiré a continuación, Iguazú se presenta como un espacio privilegiado para plantear preguntas sobre los cambios en las formas de gestar y parir porque las mujeres frecuentaban cada vez más el sistema público de salud durante este proceso. Esto se desarrolla a gran velocidad y de una manera muy contrastante por las posibilidades espaciales y de recursos en comparación a otras zonas de la provincia.

Puerto Iguazú, es una ciudad al norte de la provincia de Misiones que comparte frontera con los países vecinos de Paraguay y Brasil. Su principal actividad es el turismo debido a que se encuentran allí las Cataratas del Iguazú que es uno de los mayores polos turísticos internacionales de la Argentina. Sin embargo, es una ciudad de bajos recursos, la mayor parte de las personas tienen trabajos informales o poco remunerados. En este sentido, gran parte de la población busca acceder a programas estatales. A su vez, hay muchas deficiencias en la estructura urbana y de servicios: las personas quedan sin agua y luz días enteros por las dificultades en los servicios, se proveen de gas por garrafas, muchas calles no están asfaltadas y se dificulta la salida los días de lluvia, el transporte público es esporádico y no conecta todos los barrios, etc. Estas cuestiones no son exentas a las poblaciones indígenas del lugar.

Los núcleos habitacionales⁸ o *teko'a*⁹ que visito se encuentran en Puerto Iguazú se ubican en áreas semi rurales o periurbanas, muy cercanas a la ciudad de Iguazú. Se sitúan en las

⁸ En esta tesis núcleo, comunidad y locación aparecerán como formas de denominar a un grupo de familias que se asientan en un espacio geográfico determinado (Enriz, 2010b). La categoría más utilizada por las y los indígenas para hablar de este conjunto es comunidad. Pero, en la práctica, más que un espacio geográfico específico o un grupo cerrado se refiere a relaciones singulares entre personas que comparten características contextuales, históricas y territoriales.

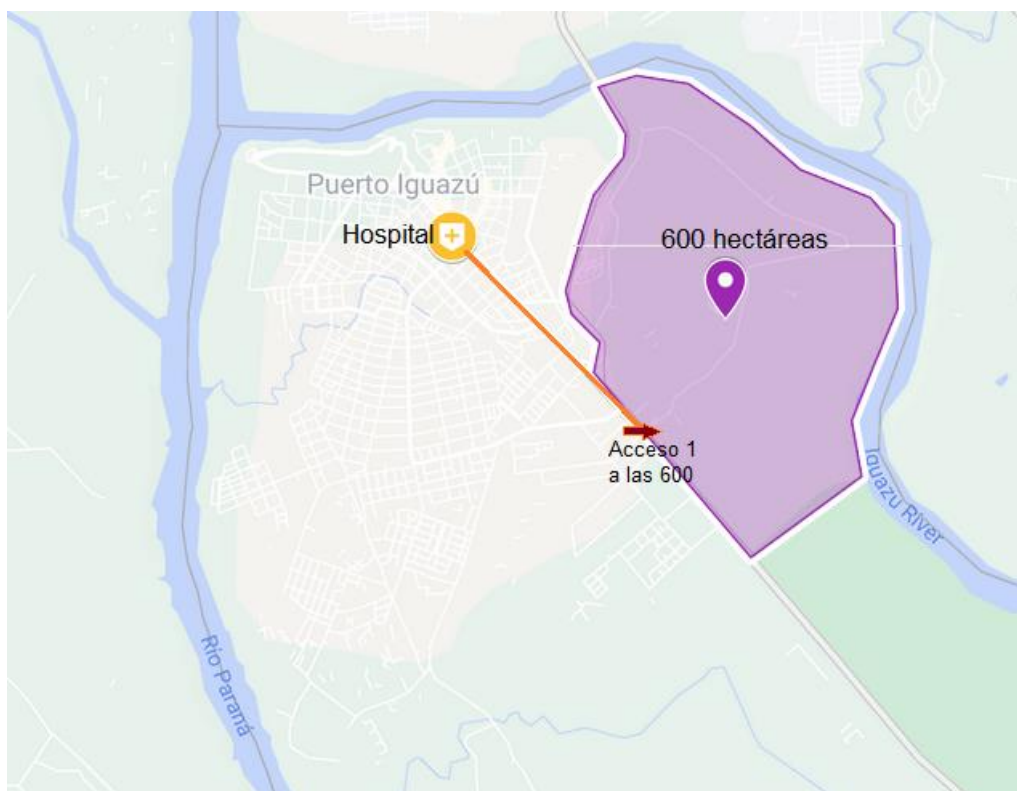
⁹ El concepto *teko* refiere simultáneamente a la ley, la costumbre, la norma, el comportamiento. En tanto que el sufijo 'a, se traduce como el lugar donde es posible la experiencia del *teko*. Sin embargo, el concepto de espacio integraba e integra un conjunto amplio de relaciones que van más allá de los límites físicos de la aldea. Este término aludiría al principio que hace posible la vida en la aldea, el

600 hectáreas (Argentina) y uno de los límites de este predio está definido a través de la ruta nacional N° 12, la misma ruta que al Norte va hacia Brasil y al Sur-Este marca camino a las Cataratas (tomando luego la ruta provincial N° 101) por lo que se trata de una ruta con bastante tránsito. En el primer mapa se puede ver la distribución de las seis comunidades cercanas a la ciudad y con la superposición de ambos mapas se logra visualizar las cuatro que se ubican en las 600 hectáreas (Macuco, Coatí, Yacaré y Comadreja). Por la misma, en un punto de las 600 hay un colectivo urbano que lleva a la ciudad demorando más o menos 15 minutos para arribar en el hospital (ver mapa 2), volveré sobre este punto.



Mapa1- comunidades- Google.maps Este mapa permite ubicar geográficamente las comunidades (marcadas con estrellas amarillas. A simple vista se aprecia el sostén de los espacios verdes que dan cuenta del esfuerzo de las poblaciones indígenas por mantener un estilo de vida ligado al monte y la importancia del río para sus actividades, pero también la expansión de los emprendimientos hoteleros (círculos violetas). En el cuerpo del texto se detalla el espacio geográfico. El río Iguazú marca el límite fronterizo con Brasil. A la izquierda (no se ve en esta imagen) se ubica el río Paraná que es el límite con Paraguay.

modo de ser mbya (Carolina Remorini, 2005; Guillermo Wilde, 2007; Ivory Garlet y Valeria Assis, 2009, entre otros). El *teko'a* constituye una red de parentesco entre los diversos grupos familiares que se ligan entre sí por medio de permanentes intercambios y, a su vez, los diversos *teko'a* están vinculados entre sí por esas mismas relaciones.



Mapa 2: Iguazú (Misiones, Argentina) google.maps Con este mapa se busca dimensionar el espacio de las 600 hectáreas (como mencioné menos de la mitad con título de propiedad indígena, el resto fue destinado irregularmente al turismo) y la cercanía al hospital de la ciudad. Una distancia de 2.5km en línea recta y por la ruta principal de ingreso a la ciudad.

Las 600 hectáreas son parte del territorio de ocupación ancestral indígena. Sin embargo, en el año 2002 la provincia destinó este predio para un megaproyecto turístico conocido como Plan Maestro (Carolina Nuñez 2009). Para la misma época, a partir de una manifestación en conjunto de indígenas de toda la provincia llevada a cabo en Posadas, 254 hectáreas alcanzaron título comunitario a favor de la comunidad Yacaré. Lejos de ser un logro este hito significó el cese del conflicto indígena más grande que se llevó a cabo en la provincia (Enriz 2005 y 2011a) y la pérdida de más de la mitad de los espacios de uso tradicional y comunitario del territorio de las 600 hectáreas. Así, más del cincuenta por ciento fueron dadas a concesión a distintas empresas para desarrollar emprendimientos turísticos y hoteleros (ver mapa 1).

Yacaré es la comunidad más grande de las 600 hectáreas, donde viven más de 130 familias. A diferencia de otras comunidades, no todas estas familias están emparentadas con vínculos cercanos. En la locación hay un establecimiento de educación primaria, uno de secundaria y uno para adultos/os. Además de contar con Centro de Atención Primaria a la Salud (CAPS). Pero su predio es compartido con dos comunidades más, Coatí y Comadreja.

Más adelante explicitaré algunas cuestiones sobre Coatí, pero no hice trabajo de campo específicamente con las personas que viven allí. En cuanto a Comadreja, no cuenta con escuela, CAPS, pero si agente sanitaria. En el último tiempo muchas personas de esta comunidad comenzaron a convertirse al evangelismo.

Macuco es una comunidad que se ubica dentro de las 600 hectáreas, pero en tierras que no están titularizadas por Yacaré. Con el fin recuperar las tierras usurpadas por hoteles, algunas familias decidieron mudarse a esos espacios y esta locación. Esta última está ubicada, como decía, en la zona de concesión a los hoteles. Actualmente a partir del incumplimiento de un hotel internacional en cuanto al acuerdo del inmueble, la provincia ha decidido licitar esta área. Por su parte las personas que viven en esta comunidad vienen intentando desde 2014 acciones en post de la recuperación territorial y han logrado que el Estado provincial los reconozca bajo el régimen de personería jurídica para comunidades indígenas.

A lo largo de esta tesis aparecerán observaciones de campo con personas que viven en otras comunidades de Iguazú, en Tatu, Tucán y Coatí. La última es parte de las 600 hectáreas y las otras dos se ubican del otro lado de la ruta. Las referencias a personas que viven en esas comunidades serán a través de relatos o de estas mismas mujeres porque no desarrollé un trabajo de campo formal en esas comunidades. Las interlocutoras tienen vínculos cotidianos y constantes con quienes viven en esas comunidades y, en ocasiones, también han vivido en ellas. Así en más de una vez he realizado alguna visita a Tatú o entablado relación con algunas familias. No así con las personas que viven en Tucán lo que se debe a que es la comunidad más nueva de la zona y solo la conocí un día en mi último trabajo de campo. Tucán es un desprendimiento reciente de algunas familias de Tatú. En el caso de Coatí, nunca obtuve un aval formal si bien acompañé rondas con agentes sanitarias, visité algunas familias, charlé con una partera, etc. siempre con la aceptación del cacique¹⁰.

Transitar por las comunidades de Iguazú implica en sí mismo abstraerse del ruido de los autos en la ruta y las/os turistas deambulando por la ciudad. Los senderos internos nos llevan de una casa a la otra separada por algún *kokue*, espacios destinados a la agricultura, o algún matorral. Las casas son estructuras precarias de madera, aunque suele haber algunas de material que se construyeron a través de un plan estatal. A sus alrededores espacios desmontados son las zonas destinadas para tomar mates y las actividades recreativas de las niñas y los niños. Es en estos patios donde surgieron gran parte de mis

¹⁰ Para conocer más sobre la distribución geográfica, desprendimiento y organización de las comunidades ver Cantore (2020).

observaciones porque son espacios donde las personas pasan la mayor parte de su día a día. En términos metodológicos, compartir esos lugares me permitió crear un interesante volumen de registros.

La distancia y los caminos para llegar al hospital son cortos y fáciles. En el área se encuentran seis comunidades indígenas de las cuales dos están rodeadas por el tejido urbano y cuatro se ubican en un territorio de ocupación ancestral denominado “600 hectáreas”. Parte de esta última área, fue destinado en 2004 para fines turísticos. Allí se instalan cada vez más hoteles y lodge. Obviamente, trajo como resultado la modificación del paisaje y uso del espacio. Como contracara a la ocupación turística, el acceso a los recursos de monte se vio fuertemente reducido y las personas atraviesan una situación de gran vulnerabilidad vinculada al territorio.

Sin embargo, a fin de facilitar el acceso a los hoteles se pavimentó un camino central en esta área. Colateralmente, el mismo resultó en la conexión de todas las comunidades. Estos cambios son importantes en este trabajo porque la cercanía a la ciudad y accesibilidad del camino permite que una ambulancia llegue desde el hospital en pocos minutos, una gran diferencia con otras zonas de la provincia. De ser necesario ir al hospital de la ciudad o esperar una ambulancia el tiempo estimado es de 20’, lo que marca la primera diferencia con otras zonas de la provincia. El hospital tiene la característica de ser desde 2017 el primer Centro de Salud Intercultural de la provincia. Se trata del Hospital Samic Marta Schwarz de Puerto Iguazú “Techaï Ro Yguazú”. Este es un punto para considerar teniendo en cuenta que modifica las posibilidades del uso del sistema profesional por parte de las y los indígenas (ampliaré en el próximo apartado).

Interacciones con el servicio público de salud

El sistema de salud en Argentina se fue expandiendo con la intención de llegar a poblaciones rurales y, aunque obviamente ha tenido mayores limitaciones y menores destinación de recursos que en las urbes -especialmente que en la capital del país-, ha construido relaciones con estas poblaciones. Un hito fundamental en el aumento de tales consultas ha sido la ampliación del programa de Atención Primaria a la Salud (APS, en adelante)¹¹, que incluyó la construcción de nuevos Centros de Atención Primaria a la Salud (CAPS o “salita”) y formación de agentes sanitarias/os indígenas (ASI) (Silvia Hirsch, 2015;

¹¹ Este Programa fue acompañado por otros a fin de completar a la cobertura de salud. Entre ellos: Programa REMEDIAR, Programa nacional de Salud Sexual y Procreación responsable, Programa de Salud infantil y materna, Plan NACER, Programa Médicos comunitarios, etc. (Silvia Hirsch, 2015).

Mariana Lorenzetti, 2017; Raquel Drovetta, 2016). Tomando la reconstrucción histórica de Hirsch (2015) sobre la política sanitaria, en Argentina desde 1930 se prioriza la salud de la mujer embarazada y el recién nacido, enfatizando en prácticas de maternidad y cuidado aceptables por el sistema de salud oficial.

El foco central con respecto a la atención intercultural fue puesto en la salud sexual y reproductiva, lo cual tiene como objetivo la reducción de los procesos de mortalidad materna e infantil. Según recrea Raquel Drovetta (2016) en los CAPS se continúa focalizando en la salud materno-infantil como prioridad a ser atendida, promoviendo la implementación de los controles prenatales y del parto hospitalario. Los CAPS se constituyen como espacios de exclusividad femenina, ya que son quienes mayormente consultan por ellas y sus hijos/as como veremos en el capítulo dos y cuatro.

En cuanto a las políticas de salud e interculturalidad, Misiones solo reconoce oficialmente la parcialidad mbya guaraní como el único pueblo indígena que vive allí, por lo tanto, las referencias de las políticas públicas y sus acciones son específicas para esta población. La provincia cuenta con un órgano de gobierno perteneciente al Ministerio de Salud específico para salud indígena (nominado homónimamente). A lo largo de la tesis iré presentando pequeñas diferencias en la relación de los servicios públicos de salud con otras áreas de la provincia, pero a rasgos generales es importante tener en cuenta que la mayoría de las comunidades no viven en áreas periurbanas, sino en espacios de monte. Incluso, hay espacios de lucha y reclamos para facilitar el tránsito del personal sanitario a las comunidades como en el Lote 8 de Yaboti (Decreto 1614/2016, art. 3°).

Por más que veamos déficit en el sistema público de salud de Argentina especialmente cuando se trata de políticas de interculturalidad, en la zona de Iguazú pareciera existir cierta contención sanitaria. Sabemos que las/os mbya guaraní continúan utilizando elementos ancestrales para resolver diversas cuestiones de salud (Héctor Keller, 2011; Remorini, 2009; Lorenzetti y Hugo Lavazza, 2021; Lorenzetti y Cantore, 2022), incluso en los embarazos y partos, estas estrategias se combinan o atienden en los servicios públicos. Las personas cruzan constantemente a Paraguay o Brasil a visitar familiares, a abastecerse en los mercados, a realizar trabajos informales, entre otras cuestiones. Sin embargo, no tengo casi referencias de pasar límites fronterizos en busca de atención sanitaria. Como veremos en el capítulo cuatro, esto puede tener que ver con el entrecruzamiento de planes y programas estatales que exigen transitar por el sistema público de salud.

Por otro lado, los informes estadísticos del Ministerio de Salud provincial muestran una mayor cantidad de población indígena en el noroeste de Misiones (área geográfica en la que se encuentra Iguazú). Justamente, Tatú es la comunidad más grande en cuanto a cantidad

de población, está rodeada de barrios no-indígenas y tiene un camino de acceso público que conecta esos barrios. Estas dimensiones son importantes porque es el espacio donde Salud Indígena hace especial énfasis en sus políticas y dispone más recursos (materiales, humanos, de capacitación y formación, etc.).

Por último, solo aquí y en la zona de San Ignacio (centro de la provincia) las comunidades se encuentran tan cerca de ciudades que cuenten con hospitales. Los hospitales se referencian según niveles I, II y III dependiendo su capacidad para dar solución a situaciones de alto riesgo. Si bien la institución hospitalaria de Iguazú es de máximo nivel, muchas de las complejidades son derivadas a los hospitales de El Dorado (a 100km de distancia) o a Posadas (la capital de provincia) para sostener servicios especiales. Resalto entonces la posibilidad de acceder de manera rápida y la mayor distribución de recursos en la zona escogida, haciendo de esta un espacio privilegiado para analizar las transformaciones en las experiencias de embarazos y partos.

Al tratarse de una provincia de bajos niveles económicos es necesario considerar que afecta en los recursos del hospital -humanos y materiales- (Ministerio de Economía, 2020). En general, se trata de un hospital que cuenta con pocas/os profesionales y sus bienes materiales son escasos. Desde el 2015 se formó un equipo de licenciadas en obstetricias, además, del de ginecólogas/os y obstetras que están hace varios años. Si bien la formación de base es biomédica, es necesario hacer la salvedad de que las obstétricas adhieren a un cambio de paradigma en la forma de parto que apunta hacia un “parto respetado”, como veremos en el capítulo dos. Ello no quiere decir que tengan capacitaciones en otros tipos de medicina, ni mucho menos intercultural. En tanto al trabajo de parto se realiza en un sector de intervención donde hay seis camas, dos por sala. En otro piso está la sala de parto que también cuenta con dos camas. A las parturientas se las lleva por ascensor al momento del parto. Actualmente, hay un programa para armar Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR), pero al momento de esta escritura no están inauguradas.

Como parte de la política de interculturalidad se señaló el hospital en lengua indígena y se incorporó una agente sanitaria indígena a quien se le designó una oficina propia. La ocupación de este puesto no tiene que ver con la profesionalidad en temáticas de salud, sino que se rota entre las y los agentes sanitarias/os de las comunidades aledañas a la ciudad. Anteriormente, quien ocupaba ese puesto era una persona que está transitando un momento tenso con la comunidad. Por ejemplo, estar peleado/a con sus compañeros/as de trabajo o estar siendo cuestionado/a por sus acciones en la comunidad a la que pertenece. Actualmente, se pidió una designación de planta, lo que limitó la rotación a una única agente sanitaria indígena.

Además, en los años 2000 se empezaron a expandir CAPS en las comunidades. Estas “salitas” son dispositivos para la primera atención y, por tanto, son las puertas de ingreso al sistema público de salud. Las personas que trabajan allí tienen formación biomédica específicamente, aunque a través de las prácticas cotidianas de los ASI pueden generarse espacios de diálogo e interacción con prácticas indígenas. Pero se trata de un dispositivo de formación puramente biomédico, incluso es una política nacional, no específica para población indígena que, por el contrario, se adapta y reacomoda a ella según los contextos.

No en todas las comunidades existe una infraestructura edilicia de atención, en algunos casos hay una/un médica/o que visita la comunidad junto con agentes de salud indígenas y no indígenas. A lo largo de este trabajo, veremos que un punto focal de esta atención ha sido la insistencia en el control durante los embarazos y el parto hospitalario (ver capítulos dos y cuatro). En general, las y los indígenas realicen consultas en el hospital por derivación y no como primera instancia. Esta derivación es realizada en el CAPS que es atendida por médicas/os y agentes sanitarias/os indígenas. No todas las comunidades cuentan con la misma presencia y atención.

Mientras Yacaré que es la comunidad con más personas y la más antigua de las 600 hectáreas cuenta con CAPS y la asistencia de una médica y un médico, de las otras tres comunidades solo una tiene salita y las dos restantes tienen atención bajo un árbol en la casa de los caciques. En estas tres la asistencia es de un médico una vez a la semana o menos. Algunas veces depende de la demanda de atención que se averigua consultando a la agente sanitaria del lugar si hay o no pacientes que atender. Quienes acuden para ser atendidas/os, esperan en unas sillas de plástico o troncos donde se realiza la consulta, suelen ubicarse por orden de llegada. Es importante notar que son mayoritariamente mujeres y niñas/os quienes esperan para ser atendidas/os. Además, hay una agente sanitaria no-indígena que acompaña a la médica y al médico en la visita a todas las comunidades.

Los programas de salud en comunidades indígenas han incorporado en los equipos de APS a integrantes de estas para que se desempeñen en el rol de agentes sanitarias/os indígenas. Es importante aclarar que las/os agentes sanitarias/os son una figura perteneciente a la APS en el programa nacional, solo se le suma “indígena” de manera referencial, pero su identidad étnica no exige una interrelación entre modelos de atención, más bien funcionan como intermediarios para la biomedicina. Sin embargo, en la práctica van apareciendo esos resabios de interculturalidad. Lorenzetti (2017) nota que en los/las agentes sanitarios/as aparecen, en el afán de las políticas de interculturales, recaen la fuerza del tratamiento biomédico. En otras palabras, son ellos quienes deben auspiciar de

controladores de que los y las pacientes llevan a cabo un tratamiento alopático, a la vez que en ellos/as se garantiza el “resguardo cultural”.

Las/os ASI son escogidos por consenso comunitario y avalados por el Ministerio de Salud de la provincia. Si bien algunas/os ASI cumplen este rol hace muchísimos años, se trataba de una tarea que podía rotarse por la migración de las personas, o porque no querían continuar cumpliendo ese rol, o porque la comunidad lo decidía, u otras causas. Sin embargo, en el año 2020 pasaron del Programa de Médicos Comunitarios de Nación a depender del Ministerio de Salud provincial, lo que permitió estar en planta permanente, cobrar mejores salarios y otras mejoras en las condiciones laborales. Como conclusión, las/os ASI logran estabilidad en sus trabajos, pero obligados a asumir el compromiso y responsabilidad de continuar en ese rol a futuro y, por tanto, vivir en la comunidad en la que se ancla su contrato.

Estas personas tienen fuertes vínculos con las personas de las comunidades, por ser parte de ella, relacionarse familiarmente, hablar la misma lengua, pasar tiempo por fuera de la atención médica, etc. Incluso, Carla -la única agente sanitaria no mbya que trabaja en las comunidades-, sin ser indígena construyó muchas de estas relaciones en sus dos décadas trabajando como agente sanitaria. Por su rol, han ido construyendo un espacio de poder, respeto y autoridad (Enriz y Cantore, 2021). En sus comunidades son referentes/es para las diversas problemáticas de salud y también en cuanto al embarazo y parto, sin embargo, son el último eslabón en la jerarquía del sistema público de salud. Para las comunidades estas personas no solo son la puerta de entrada a ese sistema, sino también se les reconoce sus conocimientos en cuanto a los embarazos, se los referencia como especialistas, se les consulta, pregunta, escucha, etc. Mientras el servicio público pocas veces reconoce sus saberes indígenas o biomédicos, limita sus tareas a cuestiones prácticas como las vacunaciones o detectar embarazos para que ingresen en el sistema sanitario.

Estas personas son las encargadas de establecer los nexos entre la atención hospitalaria, los servicios sanitarios y las familias. Podríamos definir trabajo de las/os agentes sanitarias/os como artesanal. Ellas/os se desplazan por las comunidades por sus propios medios (en general, con sus motos o caminando), recorren casa por casa cuando salen a terreno, organizan la sala de atención con muy pocos recursos, llevan sus propias cartucheras con útiles de librería, trasladan las vacunas de un lado a otro cuando las comunidades no tienen sala o heladera para refrigerar, llaman a las ambulancias o atención médica desde sus propios dispositivos, acompañan a las/os pacientes al hospital en cualquier día y horario, etc. Parte de sus tareas cotidianas consisten en gestionar los turnos médicos, realizar los controles de peso y talla de niñas/os, adolescentes y embarazadas,

hacer el seguimiento del calendario de vacunación, tramitar las constancias para el acceso a programas asistenciales, participar en las campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre otras actividades. Son, finalmente, quienes llevan adelante el seguimiento de los embarazos.

Metodología

Durante mi trabajo de campo visité a familias en las locaciones antes descritas he ido construyendo un corpus de información que da sostén a esta investigación (Elsie Rockwell, 2009). Este apartado metodológico está estructurado a partir de una serie de obstáculos que se presentaron durante la investigación. Comencé a indagar en estas temáticas hace más de 7 años, pero encontré algunas dificultades para acceder a la información que para mí era interesante de analizar. Para comenzar, intentaré dar cuenta de cómo se fueron sorteando tres de los obstáculos de esta investigación, pero, en lugar de ser una limitación, se transformaron en el camino recorrido para el análisis de esta tesis.

La primera, se refiere a las instancias administrativas para formalizar mi trabajo de campo en instituciones de salud pública. La segunda, respecta a la dificultad de registrar relatos y prácticas de las mujeres con las disposiciones de Aislamiento o Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO/DiSPO), las medidas sanitarias obligaron a hacer un corte en el trabajo de campo el año en que tenía planificado mayor dedicación. Y, la última tiene que ver con que mis vínculos en el campo durante el primer año casi exclusivamente con varones, lo cual era angustiante al querer indagar en la experiencia de mujeres. Para concluir esta parte, presentaré a quienes serán las protagonistas de esta tesis. Obviamente, no son las únicas mujeres con quienes realicé trabajo de campo, pero decidí focalizarme en sus historias porque me permiten pensar en diferentes ejes de la tesis (como explicaré: el cuerpo, las expectativas, los cuidados y las tecnologías). A través de estos dos ejes (los obstáculos y las protagonistas) iré reconstruyendo la metodología de investigación.

Recorridos de investigación



Esta línea del tiempo ilustra algunos hitos de esta investigación año a año. La misma pretende ser una guía para comprender mejor la metodología aquí explicitada.

Falta de aval legal en instituciones públicas de salud

Durante esos trabajos de campo tuve la posibilidad de acompañar a mujeres a realizar ecografías al hospital sin entrar a las consultas, entrevistas con medicas de distintas especialidades que trabajan en las comunidades o atienden a las mujeres en los hospitales, agentes sanitarias indígenas y no-indígenas, entre otras actividades. A todas esas personas (y a las comunidades) las ha preservado en términos de identidad individual y comunitaria, utilizando nombres ficticios en las referencias, como parte de los acuerdos éticos de entrevista. Sin embargo, para mí el punto más interesante fue el poder charlar con las mujeres sobre sus propias experiencias, esta tesis está construida a partir de esos diálogos. Si bien en el marco de esta investigación estaban pensadas otros recursos que posibilitaran triangulaciones de la información, no todos estuvieron disponibles.

La articulación con el Ministerio Público de Salud de la Provincia no pudo concretarse, a pesar de mi interés y compromiso en formalizar ese vínculo. En el año 2015 envíe un mail a la dirección pública de Salud Indígena del Ministerio de Salud de la Provincia comentando mi proyecto y pidiendo aval para observar en espacios sanitarios, pero nunca obtuve respuesta. La mayor parte de las/os profesionales con quienes iba hablando se mostraban predispuestas a la charla, pero enfatizaban en que necesitaban una autorización de este ente. La primera médica con la que charlé me brindó otro contacto, pero volví de mi primer trabajo de campo con las manos vacías en este sentido. Paralelamente, fui formalizando mi trabajo de campo con las comunidades que se mostraron predispuestas.

La primera vez que logré una comunicación cara a cara fue en diciembre de 2017 en la Reunión de Antropología del Mercosur (RAM) que se realizó en Posadas (capital de la Provincia) gracias a un contacto. Esto permitió acercarme a Adrián Saldías, el director, que lo contacté por primera vez en febrero de 2018 en el hospital de Iguazú. Él se había mostrado interesado en mi trabajo, pero me dijo que era necesario que pasé por el comité de ética de la provincia. Me dispuse a realizar los trámites y pedidos necesarios.

En Buenos Aires me recomendaron que pasé el proyecto por otros comités de ética para fortalecer los criterios éticos y lo envíe a la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires donde fue aprobado. Cuando logré comunicarme con el Comité de la provincia de Misiones me dijeron que a ellos no le servía (no les importaba) que la aprobación por otros Comité. La charla no fue muy fructífera y no se mostraron muy predispuestos. Intenté explicar que desde Salud Indígena me había pedido que envíe el proyecto para lo evalúen, pero la persona con la que hablaba me insistía en que primero debía comunicarme con ellos, sin escuchar que había establecido contacto ya. La señora se

remitió mucho a lo mal que se habían hecho las cosas en otras investigaciones, lo que me parecía comprensible pero no una limitante para evaluar mi trabajo.

Llegamos a un acuerdo cuando le dije que estaba en la provincia y que me iba a acercarme nuevamente a Salud Indígena, establecer con ellos un diálogo y volvería a comunicarme con el comité. A su vez, otra persona de esta institución me respondió un primer mail que mande todos los documentos online, que el comité se reunía los miércoles, pero siendo yo de Bs As podían hacer una excepción. Respondí muy positiva, pero enseguida llegó otro mail que me respondía el primero y que lo firmaba diciendo lo mismo que me decía por teléfono. Me estaba volviendo loca. La semana que estuve haciendo trabajo de campo en agosto de 2019 se basó principalmente en generar estos contactos y hacer llegar mi proyecto a evaluación de los Comité correspondientes y presentación formal en los entes de gobierno público.

Después de varios intercambios de mail volví a comunicarme con Salud Indígena porque finalmente era la única manera de llegar al Comité de Ética. Al parecer se creó un nuevo protocolo para esto que es el camino inverso al del año anterior. A diferencia de los otros organismos, primero el proyecto debe pasar por Salud Indígena y luego por el comité. Les escribí y obtuve una reunión para el viernes de esa semana (agosto 2019) con el director del organismo. El viernes a la mañana estaba en Posadas. Llegué al ministerio a las 11 hora en que nos íbamos a encontrar, les llevé el proyecto, se los comenté y expresaron que podía ser una investigación dichosa también para la institución. En esa reunión me invitaron a participar de una charla taller sobre maternidades que hacen en el hospital de Iguazú el 12 de noviembre, donde van a estar agentes, obstetras y médicos. Esto me llevó a volver a Iguazú a los pocos meses (noviembre 2019).

Un tiempo después me llegó un mail pidiendo un resguardo, para ellos primero debería hablar con los caciques, yo les dije que ya lo había hecho en más de una ocasión, pero me exigieron una aceptación firmada por parte de los caciques. Es necesario hacer la salvedad de que la importancia de la palabra para las/os mbya es más importante que la formalidad de los papeles. Las lógicas comunitarias obligan y resaltan la importancia de un consentimiento informado conjunto. Respetando la organización de las comunidades, tuve varias charlas con los *mburuvicha*, los “caciques” –en Iguazú son todos hombres-. En cada oportunidad informé mi objetivo de estar ahí, las temáticas a trabajar, dónde se divulgaban nuestros resultados, etc. Estas charlas fueron repetidas más de una vez a lo largo de estos años, especialmente en Yacaré que, desde el 2015, atraviesa cambios constantes de autoridades. Aun así, el consentimiento para realizar trabajo de campo también se fue construyendo con el paso del tiempo. Las palabras de los caciques no fueron lo único que

habilitó el “entrar en confianza” sino que se fue construyendo por nuestra presencia en el campo. Pero el papel hacía falta para el organismo público y en las comunidades no fueron reticentes a esa firma, logré estas firmas en febrero del 2020, unas semanas antes de que se declarara la pandemia de COVID y todo el escenario de salud se transformara.

Envíe todos los avales formales a las entidades provinciales, pero nunca obtuve una respuesta formal escrita. Aunque en diferentes eventos me encontré con las/os representantes de Salud Indígena y no manifestaron inconveniente con mi presencia, sostuve el resguardo de no observar en consultas médicas, no accedí a datos del sistema de salud que no fueran públicos como historias clínicas, ni seguimientos a profesionales. Si pude acompañar a agentes sanitarias/os indígenas y hacer observación participante en las salas de salud, especialmente, cuando surgían necesidades de agilizar trabajos administrativos. También observe en actividades públicas organizadas por el personal del hospital.

En cuanto a la voz de las/os profesionales que retomo en esta tesis, se trata de aquellas que manifestaban, aunque en distinta medida, un interés por trabajar con población indígena. Considero que las etnografías han desarrollado innumerables ejemplos sobre choques culturales o prácticas médicas dañinas para grupos indígenas. Obviamente, las/os profesionales que retomo en este trabajo también son diversas/os y muchas de sus prácticas atentan con las necesidades y derechos de las/os mbya. Sin embargo, intentaré resaltar la voz de quienes manifiestan una preocupación más o menos genuina en el trabajo intercultural, intentando no recaer en críticas que únicamente condenen aquello que se “hace mal” (Lorenzetti, 2017).

Esto significó para mí un aprendizaje y una escucha atenta. Empapada de bibliografías que focalizan en las historias de opresión, avasallamiento e invisibilización de los pueblos indígenas, particularmente en Argentina (Gastón Gordillo y Silvia Hirsch, 2010; Walter del Río *et al*, 2018) y, por tanto, tenía una mirada prejuiciosa sobre la tarea de las/os profesionales de salud. Sin embargo, el tiempo de trabajo de campo me enseñó también a escucharlas/os sin caer en el lugar de señalar lo mal que se hacen las cosas, la falta de formación para trabajar con población indígena y/o pobre, pero sin negar que las relaciones interculturales conllevan en sí mismas relaciones coloniales y de poder. En otras palabras, reconociendo la historia de contacto o, mejor dicho, de quinientos años de conquista y colonización.

La dificultad para un aval formal en los servicios de salud pública fue uno de los tantos obstáculos que exigieron repensar mis objetivos. No era posible acceder a documentos que permitan construir datos estadísticos, ni hacer seguimiento a profesionales de salud.

Obviamente, esta información hubiera enriquecido esta investigación, pero no tener acceso me obligo a fortalecer registros etnográficos con embarazadas y otras/os actores. Aunque tampoco estuvo eximida de limitaciones, como veremos a continuación la pandemia generó un corte en el año que tenía dedicado a profundizar mi trabajo de campo, cuando estaba generando vínculos más íntimos con las mujeres. Vínculos que, como veremos hacia el final, me costó mucho tiempo desarrollar.

Pandemia y vuelta al campo

Como podemos ver en la línea del tiempo cuando se decretaron las medidas de ASPO/DiSPO mi trabajo de campo llevaba bastantes años, aunque no tenía datos que a mí me interesaba problematizar. Me refiero, especialmente, a aquellos que me permitían acercarme a la experiencia de vida de las mujeres. El trabajo de campo *in situ* se presentó como un método privilegiado para recuperar y tener en cuenta la perspectiva de las/os actores. Pero, como sostengo, estas perspectivas no son homogéneas. Intentaré aquí recuperar distintas voces de personas de la comunidad incorporando sujetos que tienen distintas edades y géneros, distinto uso y conocimiento del español, realizan diversas tareas, etc. El trabajo de campo en equipo ha enriquecido este recorrido de investigación en el compartir nuestros registros de campo, impresiones y discusiones. Parte de las ideas aquí presentadas tienen de fondo debates que se dieron en equipo tanto con quienes compartí el campo, especialmente, con Noelia Enriz y Mariana Lorenzetti.

Por otra parte, las técnicas utilizadas para la recolección de datos fueron plurales. Un conjunto de herramientas fue utilizado como estrategias: fotos, toma de notas, videos, etc. Nuestros registros se vieron afectados por la decisión de no grabar, ni tomar notas delante de las/os mbya porque estos equipamientos no son herramientas de uso ordinario entre ellas/os y privilegié la construcción de proximidad. Esto permitió charlas y observaciones más distendidas y, al finalizar el día, cuando estaba sola o con mis compañeras, dedicaba un tiempo a grabar audios sobre los acontecimientos, ejercitando la memoria e intentando no perder detalles para pasarlos finalmente a mi diario de campo. Cuando tomamos fotos o videos lo hicimos pidiendo permiso. Es por ello, que los registros que citaré en este trabajo en su mayoría no son textuales de lo que las personas dicen, sino pasajes de cuadernos de campo.

Pero, en febrero del 2020 me despedí de las personas en Iguazú con la idea de volver a los dos meses y realizar un trabajo de campo de presencia constante y prolongada en el lugar. Decretada la pandemia fue imposible ese retorno, por las políticas de confinamiento. Si bien ello implicó un impasse en el “viajar al campo” no así en “hacer trabajo de campo”. Como

todas las investigaciones tuve que imaginar nuevas formas de desarrollo del trabajo. La tecnología en este punto permitió un acercamiento. Seguí en contacto con las personas a través de WhatsApp principalmente y tuve la oportunidad de realizar algunas entrevistas virtuales. Es importante reconocer que esas entrevistas no fueron en su mayoría a personas que viven en las comunidades, a excepción de una pareja. Opté entonces por realizar entrevistas a dos agentes sanitarias, un médico, una partera y una referente indígena que se desempeñaba en cargos de gestión pública. Por su parte, el contacto con las mujeres de la comunidad, el trabajo de campo fue principalmente vía mensajes.

La pandemia generó una ruptura importante porque antes de ella mantenía un trabajo de campo regular con un marco teórico más sistémico, pero ese impasse en el campo fue una apertura a una construcción teórica diferente. Continué con bibliografías feministas y sobre indígenas, pero empecé a indagar en lecturas fenomenológicas sobre estos y otros temas. Estas lecturas invitaban a construir el dato a través de la observación de las prácticas, donde los significados no dejan de ser importantes, pero precisan de acciones concretas y mis registros de campo eran un corpus denso de materiales que no podía simplemente dejar de lado iniciando nuevas formas de observación que apunten más a la observación de prácticas de las/os actores que a sus narraciones. Entonces, ¿qué hacía con el material que tenía hasta ahora?

Quizás hubiera sido más simple abandonar estos enfoques y llevar adelante una investigación donde la recopilación de datos y la teoría sea un vínculo más armonioso, pero decidí no hacerlo porque los enfoques que aquí retomo me permiten discutir y/o renovar algunas tradiciones antropológicas con las que se ha abordado el tema. Por el contrario, tomé como opción releer mis registros en clave de este debate teórico siempre que me fue posible. Entonces retomo aquí este quiebre que se generó en los años de pandemia y combino observaciones de prácticas y narraciones. Como resultado, en la primera parte focalizo en discusiones teóricas sobre el cuerpo como objeto y cómo han sido analizadas las relaciones interétnicas en la salud, mientras en la segunda apunto a registrar prácticas que hacen a las trayectorias de embarazo y parto de las mujeres. La discusión teórica de la primera parte retoma algunas generalizaciones sobre el embarazo y parto, la biomedicina, la salud indígena, la población mbya y las pone a discutir con aquello que llamó mi atención en el campo por no enmarcarse en construcciones sistémicas, coherentes y ordenadas.

La pandemia no solamente trajo nuevas formas de pensar el campo, sino también nuevas preguntas, respecto de cómo atravesaba los cuidados durante el embarazo y parto. En Misiones, muchas comunidades y especialmente aquellas en las que trabajé decidieron organizar el aislamiento como si fueran una unidad, la gente podía salir de sus viviendas,

pero la salida de la comunidad, tanto como la entrada de personas externas estaba fuertemente controlada y sus pendida. Tuve la oportunidad de volver a hacer un trabajo de campo extenso durante agosto y septiembre del 2021, recién comenzando la postpandemia. La vuelta al campo implicaba un reencuentro atravesado por el tiempo y el aislamiento. Este retorno permitió recopilar muchos de los datos que presento en esta tesis, encontré mucho interés por conversar a mi regreso. Pero los tiempos de la investigación me llevaron a cerrar esa etapa, recapitular lo que tenía y ponerme a escribir. Sin embargo, en tanto el material de campo siempre es inacabado, justamente, escribir sobre algo tan cotidiano como la maternidad es poner un paréntesis en el registro de las mujeres guaraníes que todos los días continúan siendo madres, se embarazan, paren, cuidan, crían, alimentan, higienizan, etc.

Tiempo para investigar con mujeres¹²

Mis primeros años en esta investigación implicaron viajes continuados a Iguazú que comenzaron en el 2015. En general, repetía esos viajes más de una vez año y duraban entre una semana y un mes. La observación participante fue protagonista en la forma de recopilación de datos. Teniendo en cuenta la “inespecificidad de actividades que comprende esta técnica” (Roxana Guber, 2016:51), observe un sinfín de tareas y participe de ellas. Talleres, charlas, conversaciones informales, acompañamientos legales, caminatas, mates y tereré, etc. En los primeros viajes mis principales vínculos fueron con varones y recién en los últimos años tomó otro rumbo y mis relaciones con las mujeres se fortalecieron.

Reconocí en otro trabajo (2022, en prensa) dificultades con las que me encontraba en principio para interactuar con mujeres. Esas dificultades fueron leídas a través del lugar minimizado que ocupan las mujeres en general al tratar con no-indígenas. Es cierto que algunos ámbitos están mostrando una gran apertura para incorporar a las mujeres, no obstante, continúan encontrando dificultades. Al referirnos a cuestiones sanitarias han logrado ocupar más vacantes que en lo referido a cacicazgos y docencia (Enriz y Cantore, 2021). En mis investigaciones anteriores apunté la hipótesis de que los varones son quienes suelen tener más vínculos con personas no indígenas por sus tareas en la comunidad. Ellos son caciques, guías de turismo, auxiliares bilingües en las escuelas y agentes sanitarias/os; pero en los últimos años más mujeres comienzan a ocupar el espacio de agente sanitaria, lo que no sucede con los otros roles. Detrás está el supuesto de que la presencia de mujeres

¹² En la tesis utilizo constantemente la categoría “mujeres” sin ánimo de descuidar que el embarazo y parto puede suceder también en otros “cuerpos gestantes”. Sin embargo, no tengo ningún registro de este debate en el ámbito de investigación que presento.

facilitaría los diálogos con las madres que son las principales destinatarias de las políticas sanitarias, especialmente, como embarazadas y cuidadoras (Marcela Nari, 2004; María Pozzio, 2011).

Mis relaciones con las mujeres fueron dándose año a año y con mis reiteradas visitas a las comunidades. Este punto siempre fue algo a resaltar porque mis intenciones eran trabajar con temáticas que competen específicamente a las mujeres, pero me costaba recuperar sus voces. Durante mis primeros trabajos me encontraba principalmente con varones. Ellos eran los que estaban en la entrada de las comunidades, los que frecuentaban los espacios públicos, los que hablaban mejor español, los que se predisponían a acompañarme, tomar tereré y contarme sobre las comunidades. Fue a través de ellos que logré entablar relación con muchas mujeres, especialmente sus esposas cuando pasaba tiempo en que ya me conocían. Por el contrario, cuando pregunté a algunos si podía hablar con sus compañeras respondieron “ella no se va a animar a hablar”, “pasa por casa y hablamos juntos”, lo que daba cuenta de su lugar de “mediadores”. Con el tiempo, comencé a entender que los varones podían ser una puerta de entrada más que un impedimento, que son ellos que me presentaron a sus parejas y que dieron un paso al costado cuando afianzamos la relación entre mujeres.

Mirando en perspectiva, durante los primeros dos o tres años de mi trabajo de campo mis interacciones fueron mayormente con varones. Las relaciones con ellos se sostuvieron año a año, lo que me llevó a analizar formas de paternar en mi tesis de maestría (2020) y, por lo cual, aquí retomo sus relatos como compañeros de las parturientas (ver capítulo tres). Comencé lentamente a crear vínculos con algunas mujeres que hoy me esfuerzo por sostener. Aunque la pandemia significó un quiebre en el momento en que mis contactos con mujeres estaban siendo fortalecidos, hoy mis conversaciones a distancia son prácticamente todas con mujeres. Con las mujeres que participan de esta investigación fui generando un lazo personal. Nuestras charlas fueron reiteradas. Nos escribimos vía WhatsApp no sólo cuando viajo a Iguazú y, sobre todo, en algunos de nuestros encuentros compartieron conmigo intimidades y situaciones personales. Durante nuestras charlas se refirieron a conflictos con sus exmaridos, dificultades como agentes sanitarias, angustias por enfermedades de sus hijas/os, etc.

Solo cuando logré un vínculo sostenido, más estrecho y basado en la confianza accedí a la información que aquí presento. Pues tratar una temática sensible como el proceso de gestación y la maternidad obliga a una investigación comprometida con las personas y mantenida en el tiempo. En mis primeros registros de campo, las referencias al embarazo y parto aparecieron en aquello que es “público”, en discursos de diferentes personas o

instituciones que participan de ese proceso (el qué dicen las/os médicas/os y el qué dicen los varones), veremos estas dimensiones en el capítulo uno y dos. Con el correr de los años, los muchos trabajos de campo, logré obtener relatos de lo excepcional, es decir, de las mujeres narrando sus propias experiencias. Como ya mencioné, debí aprender a hacer preguntas que no se resuelvan a un dato numérico porque no busco establecer gráficos y cantidades para leer la diversidad y los cambios en los embarazos y partos, sino reconstruir experiencias de las mujeres y considero que la mejor forma de lograr es a través de sus narrativas.

Pero la pandemia significó un quiebre porque en el momento en que más fortalecía esos vínculos y proyectaba un trabajo de campo largo y sostenido, la programación de mi investigación se vio interrumpida. Si bien el WhatsApp fue un medio para sostener el contacto, no me permitió aquellas charlas largas sobre sus experiencias. Entonces, volví al campo más de un año después y ese retorno no significó un simple reencontrarme con, era un reencuentro donde compartir mate y tereré se ponía en duda por el COVID-19, aun se marcaban las distancias físicas, a veces los barbijos y suponía volver encontrar espacios de charla y confianza con personas que hacía tiempo no veía. Ese espacio de estreches que estaba logrando previo a la pandemia fue una ruptura, también en la dificultad de hacer un seguimiento de los nacimientos que estaban previstos para el 2020. Ello obligó a una reconstrucción digital y narraciones un años después (ver capítulo cuatro).

Estas situaciones me llevan a una pregunta que me hago sobre la posibilidad de observaciones de las prácticas de las/os interlocutoras/es en relación con los procesos de embarazo y parto, ¿fue la pandemia lo que no me permitió hacer observación participante de esta etapa? o ¿la delicadeza y sensibilidad que condensa el tema implicaba un límite ético? Muchas de las situaciones que se atraviesan durante el embarazo y parto son eventos íntimos, donde asisten muy pocas personas, las/os participantes están relacionadas/os con quién va a nacer o con la parturienta de una manera muy estrecha. En general, tienen vínculos familiares, o bien, tienen saberes para llevar adelante el parto. Siguiendo mis parámetros de investigación, no me corresponde participar de esas situaciones, los registros siempre deben ser consensuados con las personas y, por tanto, no participaría de un evento tan íntimo sin ser invitada o indagaría más allá de lo aquello que las personas quieran contar.

Entonces, la intimidad del proceso que abordo en esta tesis complejiza y limita una recolección de datos compuesta de observación detallada de las acciones. Por ello, vale repensar la pregunta que traje de la mano de Silvia Citro (2009) en el prefacio de este texto sobre los temores de las/os actores para abrir los relatos y narraciones sobre sus vidas.

Obviamente, esos miedos son muchos, no siempre se sienten tan seguras y, aun menos, cuando implica hablar sobre su sexualidad, una temática de por sí sensible. Entonces, esta investigación se limita a retomar aquello que las personas gustan contar sobre sus vidas, las observaciones donde me permitieron participar, los registros de espacios públicos y privados donde ellas me invitaron. A partir de esos relatos y las observaciones de campo fui armando rompecabezas de sus experiencias. A través de estos, construyo diferentes ejes de análisis (ver organización de tesis), pero para llegar aquí debí aprender a preguntar, a escuchar los silencios, a tener paciencia. Aprendí también a que las mujeres tienen otros tiempos, otras maneras de relacionarse con no-indígenas, a conocer quienes estaban dispuestas a participar de esta investigación y quienes tenían otros intereses.

Presentación de las 6 protagonistas

Desde comienzos de mis investigaciones tuve un profundo interés en separarme de aquellas descripciones etnográficas que presentaban a las mujeres como un todo homogéneo donde no había que resaltar más que detalles de una pintura de fondo en el teko'a. Por el contrario, enfoqué mis investigaciones de licenciatura y maestría en dar cuenta de la heterogeneidad de formas de ser mujer mbya, ahondando en puntos de encuentro y diferencia con esas imágenes bibliográficas. Como ya explayé, mi punto de partida es que la etnografía tradicional aportó a la construcción de estereotipos homogeneizantes sobre esas mujeres que no hacen más que ubicarlas en el ámbito doméstico, sin más contribución al grupo que la reproducción de "orden social".

La propuesta en este trabajo es hablar sobre los procesos de embarazo y parto a través de seis mujeres, que tendrán protagonismo diverso a lo largo de los capítulos. Esta decisión no quiere decir que son las únicas seis mujeres con las que interactué en el campo, incluso me apena dejar por fuera otras historias. Sin embargo, desde sus narraciones surgieron los diversos ejes que voy a analizar y, como decía, esos relatos son los que permiten ver la heterogeneidad, sin cosificar o generalizar las experiencias de embarazo y parto. A saber, presentaré a Rosa, Victoria, María, Eugenia, Inés y Marta.

Mi propuesta es no pensar en comunidades, sino en mujeres. A través de ellas presentaré dónde viven y características de la zona y la comunidad. Si cumplen algún rol interétnico en la comunidad, si están casadas, cantidad de embarazos y de hijas/os, etc. Pero estas historias están enmarañadas con las de otras personas, por ejemplo, sus maridos, o sus madres, o profesionales de salud, etc., por eso, si bien aquí hago una simple presentación a lo largo de la tesis iré reconstruyendo algunos de esos vínculos y elementos que me permiten pensar cada eje de esta tesis.

En el marco de lo abordado en este trabajo, la reconstrucción propuesta tiene como hilo conductor los elementos de sus vidas que pueden estar asociados al embarazo y parto, aun cuando a simple vista parezcan datos muy lejanos. Estos relatos tienen como sostén diálogos y encuentros de campo cotidianos en los que ellas fueron armando un guion propio a partir de preguntas y temas que fueron surgiendo en esos intercambios. Así, la temporalidad que aquí se presenta está compuesta de un conjunto de registros de campo donde estas mujeres fueron narrando sus propias experiencias (Michael Appel 2005). Según nos dicen Paulo Alves y Miriam Rabelo (2016), las narrativas comunican experiencias particulares de los sujetos, pero en ellas se reflejan contextos sociales, signos, relaciones, etc. Las narraciones construyen su historia a través de unidades que se van encadenando. Las unidades mínimas de significados se refieren a acciones y conceptos de acontecimientos pasados que los sujetos van seleccionando con un núcleo común que es lo que le da homogeneidad al discurso. Las secciones que hacen los sujetos van siendo combinadas y ordenadas en la narración y en ellas se expresan sentimientos y se emiten opiniones.

En esas breves líneas han aparecido algunos elementos que son reiterados en las distintas veces que me ha contado sobre sus partos. En este sentido un punto importante es que la identidad está siempre implicada en las narrativas, a través de ellas, las personas van reflexionando sobre sí mismas (Paul Ricouer, 1994). Este trabajo no se trató de una simple conversación donde las mujeres iban contando lo vivido en el proceso o de una entrevista de preguntas abiertas, sino de largas charlas y reiterados encuentros a lo largo del tiempo. Parte del armado ordenado de estas narraciones implicó ir armando un rompecabezas de conversaciones y observaciones que se fueron dando a lo largo de los distintos encuentros. En algunos casos, estas narraciones fueron paralelas acompañar algún proceso de embarazo y parto, como veremos con Victoria, Eugenia e Inés que tuvieron sus últimos partos entre el 2020 y 2021. Si bien fue posible hacer un seguimiento del embarazo de Victoria, no pude complementar con observación participante durante los embarazos de Eugenia e Inés porque fueron durante pandemia. En cambio, los relatos de Rosa, María y Marta implicaron de su parte una rememoración de experiencias previas a mis primeros trabajos de campo.

En este sentido, las mujeres iban relatando principalmente algunos elementos del proceso, pero para incluir otros fue necesaria mi pregunta. Con más o menos palabras ellas contaban el lugar dónde sucedieron los partos, algunos instrumentos y dispositivos utilizados en el momento, quienes acompañaron la experiencia, rememoraron sentimientos y emociones, etc. Pero, otros componentes fueron desagregados a través de situaciones que, a simple vista, poco tenían que ver con los procesos de parto y nacimiento. Por ejemplo, como

veremos en el capítulo cuatro, el manejo de teléfonos móviles no suele ser incluido en los relatos, pero están siendo cada vez más utilizados para dar noticias de los nacimientos. Muchas de las experiencias de las mujeres están entrelazadas con sus proyectos de vida, roles en la comunidad, historias de vida de otras/os parientes, vínculos interétnicos, deseos, etc. que fue necesario rearmar a través de observaciones que no parecían vinculantes a la temática tratada.

Estas mujeres son algunas de las que me permitieron pensar en las corporalidades y maternidades diversas. En la segunda parte de la tesis (capítulo tres y cuatro) las diferencias se harán más explícitas porque recorreremos parte de sus historias de vida y experiencias de parto, veremos cómo se entremezclan de maneras muy diversas elementos humanos y no humanos que hacen a sus trayectorias. Ambos capítulos, permiten ver diversidades en la feminidad. La aparición de sus voces en la primera parte de la tesis (capítulo uno y dos) no será analizado a través de narrativas porque estará más enfocada al debate teórico sobre las corporalidades, los deseos de maternidad, las representaciones biomédicas e indígenas, y los discursos sociales sobre ellas. En estos primeros capítulos, a través de fragmentos de registro de campo discutiré con imágenes más generalizadas sobre ellas que permiten comprender puntos en común y de distancia. Focalizaré en debates más teóricos atento a discursos sobre las mujeres y la maternidad y no tanto en las vivencias de las personas, pero sin dejarlas de lado. En cambio, en la segunda parte las trayectorias se construyen a través de situaciones y sucesos con las que las/os actores se encontraron a lo largo de su vida.

1) A **Rosa** la conocía en el año 2016 y me acerqué a ella específicamente porque era la agente sanitaria de Yacaré en ese momento. Al principio la visitaba y charlaba con ella en sus momentos libres. Fue mayor la apertura después de una visita que hicimos con Noelia Enriz a su casa. Si bien al principio tardó en salir, cuando lo hizo nos invitó a tomar mates a su patio y nos convidó torta fritas que había hecho. La charla fue larga y tocamos una gran variedad de temas. A partir de entonces, la visité en cada oportunidad en que realicé trabajo de campo. Ella se mostraba cada vez más predispuesta. Así fue contándome cada vez más cosas sobre su vida. La mayoría de nuestras charlas se dieron en el patio de su casa o en el centro de salud. Una excepción fue una tarde que nos encontramos en el colectivo que va a la ciudad. La conversación en el colectivo adquirió un tono especial porque ella me contó que estaba triste por algunas cosas que le estaban pasando. Fue a partir de ahí que intercambiamos teléfono y Facebook y comenzamos a mantener una relación más constante.

Como mencioné, Rosa se desempeñó como agente sanitaria indígenas hasta el año 2020 que se mudó a una comunidad en el centro de la provincia. Parte de esta decisión implicó la búsqueda de hallarse, sentirse a gusto en un lugar (Pissolato 2007), luego de la separación de su exmarido y padre de sus hijas/os. Este divorcio adquirió carácter público y fue conllevando a problemáticas muy diversas, entre las que la mudanza de sus 5 hijas con el padre a otra comunidad es de las que relata con más pesar. Su hijo mayor quedó viviendo con ella en Yacaré. A través de su rol como agente sanitaria veremos cuestiones ligadas a las transformaciones o conocimientos del cuerpo en el capítulo 1 y las relaciones interétnicas con el sistema público de salud en el capítulo dos y cuatro.

2) En esta comunidad también vive **Victoria**. Una joven de 26 años que conocí a través de su marido. Él fue guía de turismo durante muchos años y mis primeros vínculos fueron con estas personas. En nuestras conversaciones siempre me hablaba de Victoria y de su primera hija que murió. A partir de entonces comencé a hacer más visitas a su casa, para conversar solo con ella y tomar tereré. Victoria es una muchacha que podemos pensar “encaja en el arquetipo de mujer mbya”, es decir, en aquellas descripciones que ubican a las mujeres al cuidado de las/os niñas/os, en el ámbito doméstico, cocinando alrededor del fuego, etc. Pero, a su vez, se trata de una mujer escolarizada, con el secundario completo y con deseos de trabajar fuera de la comunidad, en el turismo.

Sin embargo, Victoria no tiene demasiados vínculos por fuera de la comunidad, pero sí su marido que en los últimos años ha trabajado en la construcción. Contrariamente, en la comunidad pertenece a una familia grande donde muchos de sus hermanas/os ocupan roles interculturales o tienen matrimonios con personas que están en espacios de poder dentro de la comunidad. En sus rutinas diarias, Victoria va a visitar a su madre o a alguna hermana, o pasa tiempo con la familia de su esposo que tienen sus casas contiguas a la de ella. No estaba acostumbrada a que una mujer *jurua*/ no-indígena la visite y, a pesar de ello, fuimos estableciendo una relación de confianza y se fue abriendo para contarme algunas situaciones personales y acompañar parte del embarazo de su segundo hijo. Estas cuestiones nos llevarán a pensar sus trayectorias de cuidado en el capítulo tres y cuatro.

3) **María** es la tercera mujer que referenciaré de esta comunidad. Es una mujer activa y predispuesta para la charla, a quien interesó mucho mi tema de investigación. Esto habilitó que en pudiéramos conversar sobre su vida y sus experiencias de parto en profundidad con un formato más parecido a una entrevista que a las conversaciones. Contrariamente a Victoria, se trata de una muchacha muy extrovertida, habla perfecto portugués y se desenvuelve muy bien en español. Es la única mujer que conocí que tuvo un empleo completamente escindido de las necesidades de la comunidad, mientras vivía en Brasil

trabajo en una fábrica. Años antes de conocerla había oído sobre ella y la firmeza de sus decisiones, en parte conocía su historia porque su marido era una persona de renombre en la comunidad. Él y su hijo mayor fallecieron, lo que yo sabía antes de entablar nuestro primer vínculo. María parió tres hijos varones y está próxima a ser abuela. Con María abordó las emociones en el capítulo 1 y, junto con la experiencia de Victoria, arriesgaré hipótesis sobre las ecografías en el capítulo cuatro.

4) **Inés** es la hija más grande del cacique de Comadreja. Es la referencia de luchas territoriales para su madre y su padre que la recuerdan en brazos cuando les quemaron sus casas para ocupar los territorios indígenas en 1993 (RI, 25-2-2018). Es quien acompaña o suplanta al cacique en las asambleas o reuniones fuera de la comunidad. Siempre está al tanto de cuestiones políticas. Fue ella quien finalmente me dio acceso para trabajar en la comunidad luego de varias charlas y conversaciones donde debí enfatizar que mi interés no era el conocimiento de plantas medicinales o tratamientos rituales durante el embarazo y parto. Cuando esto quedó claro se habilitó la posibilidad de realizar trabajo de campo con las personas de esa comunidad.

Inés, además, de ser una referencia política va camino a convertirse en una *kuña karai*, mujer a la que se le reconoce conocimiento sobre medicinas, curaciones y cuestiones vinculadas a la experiencia (explicaré más adelante). Su camino se va marcando en esta línea, por lo cual decidió no ser agente sanitaria de la comunidad, lo que no quita que en su trayectoria de embarazos y partos haga cruces entre diferentes medicinas como veremos en el capítulo uno y dos. De sus cuatro partos, tres fueron por cesáreas en el hospital.

5) Por su parte, **Eugenia** es la segunda hija del cacique y quien se dispuso para el rol de agente sanitaria en Comadreja. Lleva cumpliendo este rol hace más de 4 años y pasó parte de su experiencia trabajando en la oficina de interculturalidad del hospital de la ciudad, donde la conocí. En estos años he podido dar cuenta de que el rol intercultural que cumple ha fortalecido su voz dentro de la comunidad, como también se va expresando mejor en español. El primero de sus hijos nació antes de ocupar este rol, pero el segundo cuando ya hacía dos años que se desempeñaba como agente sanitaria. Esto marco parte de su experiencia de parto y la compañía en cada momento como veremos en el capítulo tres.

Su segundo hijo es resultado de una convivencia de varios años, por lo que las personas cercanas insistían en un embarazo fruto de la relación. Veremos con esta historia la importancia que se atribuye a la maternidad en la comunidad en el capítulo 1. A diferencia de su hermana se mostró dispuesta para charlar conmigo desde los inicios y encontró también un provecho, podía ayudarla a resolver algunas cuestiones de tecnología como scanner de fotos, llenar formularios o armar un cv para su marido. En la discusión sobre

tecnologías del capítulo cuatro, daremos cuenta también del uso de dispositivos como celulares a través de la comunicación con ella.

6) Con **Marta** sentí cierta extrañeza desde nuestro primer encuentro porque no representaba la corporalidad mbya a la que estaba acostumbrada, a la vez fue un alivio por fin encontrarme con una mujer que no tenía tabúes en que la vieran hablando conmigo. Las charlas se daban de manera distendida y ella se mostraba muy abierta para la conversación. Por primera vez sentía que podía generar nuevos espacios en mi trabajo de campo, lo que se vio reflejado, también, en las técnicas de investigación utilizadas. Con ella, el trabajo de campo implicó una variedad de estrategias: fotos, grabaciones, toma de notas, videos, etc., pero que se llevaron a cabo de diferente forma según los espacios en los que nos encontrábamos. Para nuestro segundo o tercer encuentro ya habíamos sacado más de una foto donde nos encontrábamos abrazadas y riendo.

Fue así que le ofrecí realizar una entrevista mediada por uso del grabador. Cuando se lo propuse se sorprendió, me dijo que no sabía, pero su pareja medió la conversación y me dijo “ella quiere que la entrevistes” (RI, 23-2-18). Días después nos encontramos en su casa, nos sentamos bajo un árbol mientras otras personas tenían una reunión, sobre temas que Marta decía no interesarse, y prendimos el grabador. Pasada la primera pregunta que refería a su nombre ya se desenvolvió totalmente y habló como si el grabador no estuviera de por medio. Con esta primera presentación puedo anticipar que en el capítulo uno ahondaré sobre las corporalidades de las mujeres y en el cuatro sobre el uso de tecnologías.

Marta es la esposa del cacique de Macuco. Si bien Marta no atravesó el proceso de recuperación territorial que mencioné anteriormente, transitaba una lucha similar en otra zona de la provincia. La historia de lucha de ambos fue un punto de encuentro para su matrimonio y esa relación la llevó a mudarse a Macuco y dejar a sus hijas/os viviendo en otra comunidad. Pero también, esa historia es la que conlleva a una referencia constante sobre cómo deben ser las prácticas y saberes guaraní, lo que se entrelazada directamente con sus trayectorias de parto tal veremos en el capítulo tres.

El siguiente cuadro sirve a modo de síntesis sobre estas seis mujeres, de esta manera se pretende facilitar la lectura y brindar una herramienta a la cual volver a medida que se avanza en los capítulos.

| Nombre | Edad | Cantidad de hijas/os | Forma y lugar del parto | Función – Rol | Comunidad | Capítulos en los que aparece |
|-----------------|-------------|---|---|--------------------------------------|------------------|-------------------------------------|
| Rosa | 37 | 7 (1 varón y 6 mujeres). Solo en varón vive con ella | 6 partos vaginales y 1 cesárea en el hospital | Agente sanitaria indígena hasta 2020 | Yacaré | 1, 2 y 4 |
| Victoria | 26 | 2 (1 varón y 1 hija que falleció) | 2 partos vaginales en el hospital | No tiene rol intercultural | Yacaré | 3 y 4 |
| María | 35 | 3 (3 varones, pero uno falleció) | Partos vaginales en el hospital | Actividades en turismo | Yacaré | 1, 3 y 4 |
| Inés | 32 | 4 (2 varones y 2 mujeres) | 1 vaginal (lugar: sin referencia) y 3 cesáreas en el hospital | Referente en la comunidad | Comadreja | 1 y 2 |
| Eugenia | 27 | 2 (varones) | Los 2 vaginal en el hospital | Agente Sanitaria indígena | Comadreja | 1, 3 y 4 |
| Marta | 35 | 4 (2 varones y 2 nenas). No viven en la misma comunidad | 4 partos vaginales, 3 en la comunidad y 1 en el hospital | Referente en la comunidad | Macuco | 1, 3 y 4 |

Organización de la tesis

Esta tesis se estructura en cuatro capítulos centrados en diferentes tópicos. Como dije anteriormente, focalizaré en la corporalidad, las expectativas sanitarias, los cuidados y las tecnologías. Los primeros dos capítulos presentan discusiones en clave más teórica, no es que allí no aparecerán registros de campo, sino que estos están en pos de abrir discusiones con enfoques clásicos de abordar el tema. Debato aquí las representaciones sobre los cuerpos de las mujeres y los sistemas de salud como circuitos cerrados. Repongo entonces fragmentos cortos de entrevistas, conversaciones con las protagonistas y otras/os actores, En los capítulos tres y cuatro, el eje estructurador son las trayectorias de cuidado, es entonces cuando las vivencias de las mujeres aparecen más presentes. En el capítulo tres las referencias son especialmente a la problematización del cuidado y las personas que acompañan los embarazos y partos. En el cuatro me refiero a aquellos agentes no humanos que participan de estas trayectorias focalizando en tres tecnologías: las reproductivas, las comunicativas y las ciudadanas. Los datos que sustentan estos capítulos son especialmente las narrativas de esas mujeres o sus acompañantes.

Pensar el cuerpo en el primer capítulo, parte de que el embarazo y parto no sucede sin el cuerpo, lo cual es ya un estímulo para analizarlo. Pero no solo se trata de que el proceso acontezca en el cuerpo, sino también en mis inquietudes tempranas referidas a la feminidad y la maternidad en estas comunidades y la diversidad de corporalidades con las que me encontré en el camino. Cuando les pregunto a las mujeres sobre sus vivencias de estar embarazadas, les estoy pidiendo que de alguna manera hable sobre sus cuerpos. Intentaré mostrar que no se trata de experiencias individuales, sino de procesos que se corporizan y experimentan a través de lazos sociales específicos. Como resultado, focalizaré en una discusión teórica que se aleja de un enfoque culturalista para dar respuesta a estas preguntas, retomo los principales aportes conceptuales del enfoque fenomenológico (Maurice Merleau-Ponty, 1962; Citro, 2009; Michael Jackson, 2011; David Le Breton, 2013; Yanina Mennelli y Manuela Rodríguez, 2018, entre otras/os) porque permite dar cuenta de que las mujeres perciben a través de sus cuerpos y que el embarazo y parto irrumpe y cambia esa percepción. Pero esas percepciones siempre son sexuadas, lo que permite el cruce con trabajos feministas (Marta Lamas, 1986; Scott, 1996; Marcela Largade, 1997; Eve Kosofsky Sedgwick, 1999; Butler, 2001;; Sara Ahmed, 2015; entre otras).

A partir de aquí, discutiré que las concepciones médicas sobre el cuerpo embarazado o parturiento se basa en órganos sexuales (Emily Martin, 1987; Robbie Davis Floyd, 1992; Brigitte Jordan, 1993; Rayna Rapp, 1997; Fabiola Rohden, 2001; Alejandra Roca, 2010; entre otras) que dejan por fuera dimensiones de la corporalidad de las mujeres que hacen a la experiencia de embarazo y parto como como la timidez que nos da indicios sobre el encuentro interétnico y de género. Las descripciones antropológicas sobre los cuerpos femeninos de las mujeres guaraníes (Cadogan, 1997; Susnik, 1983; Larricq, 1993; etc.) también hacen parte de estas discusiones porque crean una pintura etnográfica en las que las mujeres son el paisaje de fondo de las casas, pero no tienen en cuenta las diversas corporalidades y experiencias vividas de las mbya.

En esta línea, también discutiré que la maternidad sea el rol de las mujeres (Cadogan, 1997; Susnik, 1983) e intentaré reflexionar sobre la importancia de pasar por el proceso de embarazarse y parir para las mujeres. Por último, en este capítulo, ahondaré en dimensiones emocionales y de aprendizaje del cuerpo como elementos que no se han tenido mayormente en cuenta en las etnografías sobre guaraníes. Desde aquí, propongo analizar el cansancio y el dolor como emociones que se corporizan antes y durante el proceso, pero también en el aprendizaje/enseñanza como uno de sus matices colectivos. Para ello, estudios fenomenológicos previos sobre las emociones (David Le Breton, 2013; Ahmed, 2015) se cruzarán con registros de campo y antecedentes sobre el uso de la

palabra en esta misma población (Susnik, 1983; Ana María Gorosito Kramer, 2006) para comprender parte de este aprendizaje colectivo (Prates, 2021).

En el capítulo siguiente, “Expectativas sobre el proceso, en acuerdo y en tensión”, me enfocaré más en las relaciones interétnicas recuperando las voces del personal de salud con quienes las mujeres establecen vínculos constantemente durante sus embarazos. Iguazú se presenta como un espacio privilegiado para plantear estos interrogantes porque las mujeres comenzaban cada vez más a frecuentar el sistema público de salud durante este proceso. En este espacio histórico geográfico se generan intercambios constantes entre el sistema público de salud y las comunidades indígenas, por tanto, considero que pensar en formas aisladas de modelos médicos presenta una limitante.

La propuesta es romper con aquellos enfoques que han estudiado la temática bajo paraguas de modelos de salud diferentes (Arthur Kleinman, *et al.*, 1978; Davis Floyd, 1992; Eduardo Menéndez, 1994; entre otras/os) para generar diálogos entre diferentes actores que están interactuando en el día a día. De esta forma, propongo la categoría de expectativas porque me permite salir de esos casilleros de sistemas de salud para comprender las proyecciones (Alfred Schutz, 1974) de las diferentes personas, instituciones y discursos circundantes (Jarret Zigon, 2009); pero estas expectativas nunca cierran caminos ni hacen a una lógica de la elección del cuidado (Annemarie Mol, 2008). Para abordar esos diálogos me pregunté ¿Qué esperan se espera sobre las mujeres embarazadas? ¿Cómo se construyen esas expectativas? ¿Qué discursos recaen sobre ellas? ¿Cómo cambian esos intereses?

No se trata de expectativas aisladas, coherentes, homogéneas y ordenadas, sino que están en relación con elementos y discursos singulares de este espacio social. Veremos, por ejemplo, que los imaginarios sobre la maternidad indígena van mucho más allá de lo que sucede en las comunidades y, muchas veces, se convierten en un debate público (Cantore y Enriz, 2022). Esas recreaciones se corresponden más con una representación negativa de la maternidad guaraní que no recae solo en estas mujeres, también sobre la salud pública. En ello, las/os profesionales se ven obligados a dar respuestas. Veremos que esos vínculos interétnicos en el ámbito sanitarios son de larga data, como lo han mostrado diferentes trabajos sobre salud e interculturalidad (Hirsch, 2015; Lorenzetti, 2017; Drovetta, 2016) y se recrean y reactualizan constantemente.

El objetivo de este capítulo es sistematizar estas expectativas y, para ello, retomo un registro de campo sobre la muerte de una parturienta. Este relato me permite ir desanudando algunas de esas expectativas, ahondaré en las que se refieren a la edad de los primeros embarazos, a la educación sexual orientada a la anticoncepción, a la exigencia del control de los embarazos y a la posibilidad del riesgo. Elijo analizar estas porque tengo

reiterados registros sobre ellas, por lo cual se transforma en un dato al que atender. Por último, referiré a los cambios en las expectativas del personal de salud con la implementación del programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Esto permitirá ver que las expectativas del sistema público de salud también son heterogéneas y cambiantes.

El tercer capítulo, es un articulador de toda la tesis porque es donde amplió sobre la idea de cuidados. El lugar de parto no se corresponde con un patrón contextual del espacio en el que viven las mujeres -si bien ofrece nuevas posibilidades-, sino con la historia sus historias de vidas y de otras personas cercanas. Como resultado, sistematizaré formas de acompañamientos en diálogo o contraposición a saberes expertos (parteras y profesionales de salud), lo que me llevará a discurrir en dos direcciones entrelazadas: por un lado, los lazos parentales como aquellos que hacen parte de los cuidados en la vida cotidiana y, por otro, las diferencias y desigualdades de género que se expresan en la manera de cuidar a las embarazadas.

El punto de partida es pensar a los cuidados como sostén de la vida diaria y, por ende, la bibliografía feminista (Berenice Fisher y Joan Tronto, 1990; Mari Luz Esteban, 2005; Tronto, 2005; Mol, 2008; Mol y Anita Hardom, 2021; María Teresa Martín Palomo y José María Muñoz Terrón, 2015; Eleonor Faur y Francisca Pereyra, 2018; María Puig de Bellacasa, 2017) es la indicada para la categoría de cuidado que explayaré. En este sentido, pretendo utilizar un concepto abarcativo de cuidado (Fisher y Tronto, 1990), no porque no se pueda organizar, sino porque es una noción que permite ir más allá de definir los significados de los cuidados y explorar múltiples dimensiones que hacen al proceso (Mol, 2008). Nuevamente, las prácticas y elementos de cuidado son múltiples y se disponen en el mundo social dado. Por ello, en este capítulo elijo referir a tres cuestiones al respecto: primero que el embarazo y parto requiere cuidados, pero no se trata de una enfermedad, segundo que las/os parientes son las personas que más están en el día a día de estas mujeres y, por lo tanto, son quienes acompañan el proceso, convirtiéndose el acompañar en el tercer punto para desarrollar.

En el primer punto intento dejar claro que no estoy analizando el embarazo y parto como una enfermedad que requiere tratamiento, por ello no encauso el cuidado en el ámbito únicamente sanitario. Me separo de esta noción a través de comparar algunos elementos de la vida cotidiana de las mujeres con las que referencian o que surgen en sus trayectorias de cuidado a diferencia de eventos donde se requiere ir creando un itinerario terapéutico. Veremos que diferentes personas, instituciones e instrumentos de cuidado aparecen en una y otra; pero a veces tienen puntos de encuentro. Una vez que queda clara porque mi interés en pensar en cuidados más allá de procesos de enfermedad me orientaré a resaltar el rol de

las/os familiares durante la gestación y parto. La importancia del parentesco en la vida cotidiana de las/os mbya guaraní ha sido un tema resaltado ampliamente resaltado en la etnografía sobre este grupo (Gorosito Kramer, 1982; Susnik, 1983; Fabio Mura, 2006; Pissolato, 2007; Beate Lehner, 2008, Carolina Rodríguez, 2018).

Siguiendo esta literatura, pretendo dar cuenta del protagonismo que las relaciones entre parientes cobran en este proceso particular. Argumento que estas mismas personas del entorno cuidan de un modo especial a las embarazadas. Siguiendo los antecedentes sobre gestación y pueblos indígenas (Brigitte Jordan, 1993; Soraya Fleischer, 2006; Drovetta, 2016; Graciela Freyermuth Enciso, 2003; Prates, 2021), mostraré que los acompañamientos son diferentes según el género y que hay una multiplicidad de mujeres que acompañan, mientras que los varones son especialmente los padres del futura/o bebé, presentaré dos historias de esos varones. Para dar cuenta de cómo estos elementos, hacia el final del capítulo, se ponen en juego en la trayectoria de gestación y parto, presentaré la historia de dos mujeres en las que estas dimensiones se yuxtaponen de manera muy diferente.

La última dimensión para tener en cuenta en los elementos de cuidados son las tecnologías. Las preguntas por ellas llegaron tardíamente a mi investigación, ya que una primera mirada poco exploratoria y reduccionista remitía a la idea de tecnologías casi similar a las digitales. Estas inquietudes posibilitan cuestionar que la identidad étnica se limite a patrones culturales del ser mbya o que se pierda cuando se incorporan objetos con una historia occidental de la reproducción, o tecnologías digitales, o aquellas que generan mayores vínculos con el Estado. A través de estos ítems será posible dar cuenta de cómo se recrean relaciones con el sistema de salud, pero también comunitarios y parentales. Aquí me permito hacer cruces entre bibliografías sobre tecnologías reproductivas (Marilyn Strathern, 1992; Jordan, 1993; Rapp, 1997; Lilian Krakowski Chazan, 2008; Elixabete Imaz, 2010; Puig de Bellacasa, 2017; Véronique Duchesne, 2021), cotidianas (Dominique Pasquier, 2001; Duchesne, 2021) y ciudadanas (Nari, 2004; Maritza Peirano, 2009; Cris Shore, 2010; Hirsch y Lorenzetti, 2016; Drovetta, 2016). Estos son los tres ejes que abarcaré en el cuarto capítulo. Lo que quiero mostrar es que las tecnologías utilizadas durante la gestación son múltiples y van más allá de las que fueron pensadas para este proceso.

Este último capítulo continúa la hipótesis de Jannette Pols (2012) sobre la apropiación que hacen las personas de las tecnologías. Como ella dice, esas prácticas son múltiples y, por lo tanto, generan efectos muy diversos para las que fueron pensadas. Desde aquí, se propone discutir que exista un cuidado humano definido como cálido y otro tecnológico definido como frío. Llevaré estas ideas a los tres tipos de tecnologías que me interesa analizar en ese capítulo. Es necesario anticipar que algunos de estos cruces entre tecnologías y población guaraní ya han sido tienen sus antecedentes tanto en las tecnologías de uso cotidiano

(Mura, 2011; Ana Padawer, 2019; Padawer *et al.*, 2017; Padawer *et. al.*, 2021) como en las políticas públicas (Gorosito Kramer, 2003; Enriz, 2011), aunque estas últimas pensadas como tecnologías del Estado. Veremos entonces que las tecnologías reproductivas como las ecografías y el test de embarazo producen subjetividades, emociones y prácticas que van mucho más allá de su referencia técnica (Chazan, 2008; Imaz, 2010)

En cuanto a las tecnologías de uso cotidiano enfatizaré en el teléfono móvil. Duchesne (2021) anticipó que es uno de aquellos dispositivos que recrean y sostienen vínculos durante la gestación y el parto, intentaré dar cuenta de estas singularidades con la población indígena donde la circulación de celulares es diferente a la de los espacios urbanos de clase media. Pero, también enfocaré en que estos dispositivos regeneran las relaciones con el sistema público de salud porque su uso es cada vez más frecuente y necesario para los protocolos de atención. Por último, en el punto sobre tecnologías ciudadanas me interesa dar cuenta la relación entre las políticas públicas y las gestantes, siguiendo a Shore (2010) como son recibidas y experimentadas. Sostendré que al ser la atención pública el espacio para acceder a planes y programas estatales en esa interacción se van generando efectos no solo en cuanto al control del embarazo, sino también a las formas de organización familiar y comunitaria. Como resultado, las diferentes tecnologías invitan a pensar y cuestionar nuevas formas de cuidado de las mujeres indígenas.

Quisiera hacer dos últimas aclaraciones en referencia a la escritura de esta tesis para acompañar la lectura. En primer lugar, las citas de los registros se ordenarán de la siguiente manera: primero, se aclarará cuando el registro es de autoría compartida para incluir a las personas que estaban al momento en que ocurrió o nos dijeron tal o cual cosa por eso la cita iniciará con RC –registro conjunto- y el apellido de quienes lo compartimos o RI –registro individual- cuando no estaba acompañada. Luego, se mencionará la fecha del registro y cuando es fuera de Iguazú el lugar en que aconteció.

La segunda es de orden político. Una lectora o un lector atenta/o notará que la escritura de este trabajo ubica primero las referencias femeninas y, luego, las masculinas, a excepción de los registros para mantener la fiabilidad del registro. Ello se debe a que, si bien en un principio pensé en escribir esta obra con lenguaje inclusivo incorporando en el uso de la e, la idea fue descartada por el interés en trabajar con un grupo donde se definen los roles de género femeninos y masculinos de formas muy tajantes. Opté entonces por al menos alterar el orden de los enunciados para intentar despegarme de un enfoque androcéntrico y dar principal protagonismo a las mujeres indígenas. Además, al tratarse de una tesis cotutelada entre Brasil y Argentina, la escritura con barra, por ejemplo, una/un niña/o, facilita la comprensión entre el portugués y el español.

Esta tesis se desarrolla gracias a financiamientos públicos de la Universidad de Buenos Aires (UBA) y el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). La primera de estas instituciones financió una beca de posgrado que me permitió realizar mi tesis de maestría y una beca de intercambio que me permitió viajar a la Universidad Federal de Bahía (UFBA), intercambio que dio lugar a la posibilidad de realizar mi doctorado en Cotutela. Como resultado, muchas de las discusiones aquí presentadas se gestaron a lo largo de reuniones con mis directoras/es, Noelia Enriz y Paulo Alves, que tienen recorridos muy diversos y se predispusieron a guiarme en este camino, siempre escuchando mi voz. Los últimos años de esta investigación doctoral fueron financiados por una beca de Finalización de Doctorado de CONICET.



Foto 2 – PH:
Alfonsina
Cantore. La foto
fue tomada
durante una
recorrida por la
comunidad
Macuco. Se
trata de un
espacio que fue
desmontado
para un
proyecto de
hotel y
recuperado por
las personas
que hoy viven
ahí.

Capítulo 1

Corporalidades en el proceso de embarazo y parto

Introducción

Los nacimientos de niñas/os suelen ser relatados como uno de los eventos más importantes en la vida de las personas. Especialmente, para las gestantes es un momento que conlleva cambios visibles en el cuerpo ligados al embarazo y el parto. Esto produce subjetividades y experiencias corpóreas diferentes según cada quien. En este proceso se ponen a jugar sentimientos y sentidos que, incluso, pueden ser contrapuestos para las protagonistas. Miedos, ansiedades, dolores, alegrías son aspectos para tener en cuenta que impiden definir a priori el proceso de gestación y lo que sucede en los cuerpos. Es decir, es un proceso que no se define únicamente por los cambios fisiológicos que atraviesan los cuerpos gestantes.

Iniciar el recorrido de esta tesis por un abordaje sobre el cuerpo forma parte de reconocer la importancia de éste en el proceso de embarazo y parto, de no olvidar que este proceso es una “actuación corporal” tal como la define Jordan (1993). El cuerpo es indisoluble del proceso de gestación y parto; ninguno de estos sucede por fuera, ni sin éste. El cuerpo manifiesta cambios notorios durante el embarazo y parto como, por ejemplo, el agrandamiento del abdomen, aumento del tamaño de los senos, el ensanchamiento de caderas, la dilatación de la vagina, cambios en la piel, manchas, aumento de peso,

cansancio, alegrías, ansiedades, dolor, angustias, satisfacciones, miedos, etc. que vinculan lo físico y lo emocional.

En este capítulo, propongo dar cuenta de qué pasa cuando cambiamos un análisis sistémico por una enfoque feminista y fenomenológico que atienda a las percepciones y los cambios del cuerpo, en lugar de pensar solo en sus representaciones. No quiero decir que serán eliminadas del análisis, sino que al no predominar o ser un elemento más, podemos atender a las subjetividades, las percepciones y experimentaciones de los cuerpos. El enfoque feminista y fenomenológico permite ver cómo se encarnan las desigualdades, se hacen parte de las propias experiencias, se limitan o potencian los deseos y placeres, etc. En otras palabras, el cuerpo no estará pensado como un simple aparato u objeto que se prepara para sostener el crecimiento de un feto y parir bebés. Por el contrario, es el medio por el cual percibimos el mundo (Merleau-Ponty, 1962). Durante el proceso de embarazo y parto las percepciones y sentidos del mundo de las personas gestantes mutan, en parte, porque las transformaciones de sus cuerpos son notorias, irrumpen lo cotidiano y obligan a repensarlo. Por lo tanto, al preguntarle a las mujeres sobre sus embarazos y partos les estoy pidiendo, directa o indirectamente, que hablen sobre sus corporalidades, de aquí la importancia de reflexionar sobre esta temática en el primer capítulo.

En este sentido, considero que un análisis fenomenológico de la corporalidad nos lleva a cuestionar dicotomías como cuerpo/mente, sujeto/objeto, yo/otra, las cuales han sido de lo más corrientes en los análisis antropológicos sobre el cuerpo. Como bien explica el antropólogo Michael Jackson (2011), estas teorías han estado viciadas por la tendencia de pensar la experiencia corporizada según los modelos cognitivos y lingüísticos occidentales. Esto se debe a que, por un lado, la praxis corporal se considera secundaria respecto de la praxis verbal; y en continuidad, se reduce el cuerpo al estatus de signo y se lo convierte en objeto de operaciones únicamente mentales. Contrariamente, se puede pensar el cuerpo más allá de sus significados culturales.

En la perspectiva retomada aquí, el cuerpo no es un simple instrumento u objeto necesario para la reproducción. Este enfoque cambia la manera de pensar el proceso de gestación porque el embarazo deja de ser un simple estado para el parto. Sabemos que los embarazos no siempre culminan en nacimientos, pero este no es el punto que quiero resaltar, sino ahondar en lo que sucede en el cuerpo de las mujeres durante el proceso. Como dije, el embarazo y parto suceden en y con el cuerpo, que no es un simple envase que aloja otro cuerpo durante el tiempo que dure la gestación, sino una instancia de percepción diferente de ese mundo que habitamos. Las embarazadas mbya están en cuclillas cerca del fuego, cocinando, con sus panzas grandes, doloridas, cansadas, miedosas, alegres, ansiosas, etc. Están en los fogones familiares, con otras personas que

las acompañan. Están caminando por las picadas para hacer visitas, controles médicos, hablando con caciques, acompañando a otras mujeres y una infinidad de actividades y expresiones más.

De aquí que en este capítulo me pregunto ¿cómo las mujeres mbya guaraní vivencian el embarazo y parto en el entramado de relaciones en el que están inmersas? Y ¿Qué conocimientos sobre el cuerpo circulan en este proceso? Las respuestas no aparecerán del todo en este capítulo porque estarán en diálogo con discusiones siguiente, pero sí será el eje de análisis. Busco aquí rescatar la experiencia corpórea de las mujeres mbya guaraní atendiendo a un conjunto de elementos y discursos que son parte de su cotidianidad y que analizaré como aspectos de la consulta médica, sentidos comunitarios y emocionales. A continuación, daré lugar a una hoja de ruta que guiará el debate y orientará la lectura de este capítulo.

Hoja de lectura

La propuesta de este debate comienza con un abordaje teórico y continúa por tres secciones donde se inician cruces entre la teoría y los registros de campo. Las tres dimensiones para pensar el cuerpo y las corporalidades, durante la consulta biomédica son: los sentidos comunitarios, el plano de las emociones y los aprendizajes de las mujeres. En cada uno de ellos se ponen en juego diferentes prácticas, voces y discursos. Esta división solo apunta a ordenar el análisis porque, en la vida diaria, estas delimitaciones pierden sentido. Por último, unas palabras conclusivas que retoman los debates planteados a lo largo del capítulo.

Iniciar con un abordaje teórico me permite dar cuenta desde dónde estoy observando el cuerpo y las corporalidades durante el proceso de embarazo y parto. Con la perspectiva teórica propuesta intento separarme de la idea de cuerpo como una trama de significados o como un objeto o herramienta que tengo para “hacer” en el mundo. Por el contrario, se trata de pensar el cuerpo y las corporalidades desde una perspectiva fenomenológica que atiende al “estar en el mundo”. Es decir, poniendo el cuerpo en el centro del análisis y discutir que es imposible percibir sin este. Pero agregaré un análisis feminista sobre la sexualidad que, lejos de ser un condimento más, es la base para pensar y reflexionar sobre el cuerpo y la corporalidad en el proceso de embarazo y parto.

Una vez planteado el posicionamiento teórico, me enfocaré en las tres dimensiones ya mencionadas que van a estar puestas en diálogo con los sentidos sociales sobre el cuerpo y la sexualidad. La decisión de abordar estas aproximaciones de análisis se sostiene principalmente por mis anotaciones de campo, es decir, por aquellas situaciones, palabras,

acciones, etc. que por su singularidad o redundancia en mis observaciones hacen que valga la pena la reflexión. Los tres apartados contendrán antecedentes de investigaciones con los que debato o que retomo a partir de mis registros de manera de anclar estas discusiones con el referente etnográfico.

Comenzaré con un análisis sobre cómo la biomedicina piensa el cuerpo que se titula “Cuerpos y corporalidades en la consulta médica”. Veremos en la primera parte “más que cuerpos, órganos reproductivos” que en esta disciplina se trabaja mayormente a partir de una idea biologicista que piensa el cuerpo como un objeto, una herramienta manipulable. Pero, partiendo de que las mujeres con las que trabajo están situadas en un tiempo y lugar, introduciré la segunda parte, “la “timidez” como categoría de encuentro interétnico”. Analizo la timidez como una categoría analítica porque considero que permite problematizar el lugar de la interculturalidad y el género en la consulta médica. Comenzar con este punto es una invitación a pensar qué ideas de cuerpo están dialogando y generando nuevas experiencias en el proceso de embarazo y parto.

Luego, bajo el subtítulo “Heterogeneidades y encuentros de la feminidad y maternidad”, me referiré a las imágenes sobre las corporalidades femeninas retomando y/o discutiendo descripciones etnográficas. Esta sección se divide en dos subapartados, en el primero “descripciones corporales sobre las mujeres mbya”, lejos de pensar que se trata de pinturas fijas, intentaré reconstruir maneras diferentes de expresión de la corporalidad y sexualidad. No intento describir un “ideal de mujer mbya tipo”, sino dar cuenta de que las corporalidades responden a un entramado social que presenta heterogeneidades dónde algunos puntos son compartidos y otros se distancian. En el segundo subapartado, en “La maternidad como potencial” veremos que esas formas de pensar la femineidad siempre están ligada a la posibilidad de ser madre, gestar y parir.

Por último, en el subtítulo “Corporalidades durante el proceso de embarazo y parto” focalizo en las mujeres hablando sobre sus propios procesos de embarazo y parto. Acá, la experiencia será la clave del análisis, buscando profundizar en las emociones y aprendizajes que se entremezclan en la gestación y el parto. Argumentaré dos puntos principalmente que organizo en dos subapartados. En el primero, titulado “Dolor y cansancio: Emociones durante el embarazo y parto” permite abordar que las emociones no son fácilmente encasillables en este proceso. Sensaciones como miedo y dolor no tienen una connotación puramente negativa. Y en el segundo, llamado “Aprendizajes para el embarazo y parto” doy cuenta de que se trata de un proceso tan implicado en lo comunitario que conlleva a un aprendizaje constante sobre lo que sucederá -aunque sea potencialmente- durante el embarazo. El siguiente cuadro sintetiza las ideas que serán abordadas en este capítulo.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES Y DEBATES

ENFOQUE SITUADO



Cuerpos ubicuos: puntapiés teóricos

“El estudio de lo cotidiano centrado en los usos del cuerpo recuerda que, en el paso de los días, el hombre teje su aventura personal, envejece, ama, siente placer o dolor, indiferencia o rabia. Las pulsaciones del cuerpo permiten oír cómo repercuten las relaciones con el mundo del sujeto, a través del filtro de la vida cotidiana” (Le Breton, 2013:92).

El epígrafe citado nos introduce en dos puntos fundamentales para el análisis que presento en este capítulo: por un lado, que el cuerpo está en la vida cotidiana y, por otro, que lo que sucede con él no puede ser reducido a una trama de significados. En este sentido, Le Breton (2013) coincide con Merleau-Ponty (1962) en que a través del cuerpo se siente, expresa, cambia y está en el mundo (Merleau-Ponty, 1962). Siendo mi interés dar cuenta del cuerpo, no como un objeto de estudio, sino como cuerpo-sujeto desde el cual se percibe y

está en el mundo. La idea aquí propuesta no se limita a reglas culturales y finitas de usos de este, sino a que este mismo se va moldeando en la interacción.

Siguiendo a Merleau-Ponty (1962), en la percepción, el cuerpo es un componente fundamental, no podemos percibir sin él. Las personas estamos en el mundo y, por lo tanto, la corporalidad es pre-objetiva, los objetos no existen previos a la reflexión. Si bien el mundo está ahí antes que cualquier análisis que se pueda hacer de este, el sujeto está ahí y, por lo tanto, es inseparable de él. De aquí que el autor hable de *cuerpo vivido* como aquello que nos conecta con el mundo. En esta perspectiva, no existe un contenido pre-ordenado en los cuerpos, sino que estos se proyectan en el mundo. De esta manera, el dualismo objeto/sujeto pierden sentido. Posteriores trabajos fenomenológicos, también intentan alejarse de dualismos cartesianos donde el cuerpo es entendido como objeto para dar cuenta de que los cuerpos son constitutivos de las prácticas sociales (Yanina Mennelli y Manuela Rodríguez, 2018).

Desde el enfoque fenomenológico, “el cuerpo es un proceso activo de encarnación de ciertas posibilidades culturales históricas” (Rodríguez, 2016:40) y, en este sentido, podemos hablar sobre corporalidad. En continuidad con estas ideas, Manuela Rodríguez (2016) dice que los objetos son percibidos a partir del cuerpo, esto significa que las cosas aparecen en función de la cinética. Los movimientos de nuestro cuerpo no siempre se desarrollan de modo consciente, sino que muchas veces dependen de los hábitos del movimiento que las personas han aprendido. Ese aprendizaje es particular y no precisa ser explicitado porque opera constantemente en el presente y, así, determina nuestras posibilidades de acción. Es el pasado latente que se manifiesta en el presente. Es decir, nuestra percepción depende de ciertas posibilidades motrices.

En este sentido, los cuerpos se disponen de ciertas maneras durante el proceso de embarazo y parto. Las disposiciones y percepciones de los cuerpos de las mujeres mbya en las comunidades y fuera de ellas, en sus relaciones con otras mujeres, con niñas/os, con el personal de salud, con varones, etc. Desde aquí surgen las preguntas acerca de sus formas de vivir y conectar con sus corporalidades al estar acucilladas avivando el fuego, hablar de los dolores, al comenzar a verbalizar las experiencias, al atender a otras/os niñas/os pequeñas/os y a la espera de un nuevo nacimiento, en la trayectoria de cada una, en las charlas intergeneracionales, etc. Estas dimensiones permiten bucear en los sentidos que tiene el embarazo y parto para mujeres guaraní que viven en comunidad, en zonas rurales, que realizan menos controles biomédicos que en las grandes ciudades, etc.

Dentro de estos enfoques se trabaja una categoría relevante para el análisis. Es la propuesta de *embodiment* de Thomas Csordas (2015) a través de la cual busca analizar la participación de las personas en el mundo. Siendo que su interés está en la experiencia, retoma de Merleau-Ponty que la percepción es una forma de experimentar mediante la corporeización, en este sentido, el cuerpo es ser-en-el-mundo. Desde aquí, el cuerpo no es leído como un objeto natural, sino como una parte constitutiva del sujeto. Su interés no está en pensarlo en sí mismo, sino en la experiencia vivida donde la corporalidad es el habla que se incorpora. El autor propone hablar de *embodiment* como la encarnación de formas sociales de vivir y significar.

El *embodiment* como experiencia corporizada hace que el cuerpo sea la base existencial de la cultura, desde aquí el sujeto percibe y participa en el grupo social. El cuerpo entonces es representación y discursos, es un medio para la experimentación de la cultura y el lugar desde dónde experimenta el sujeto. La propuesta de la corporalidad nos permite dar sentido al momento en el que estamos inmersas/os de forma inmediata porque incorporamos formas sociales de vivir y significar. Para un autor interesado en la experiencia, el *embodiment* se convierte en el objeto a ser estudiado. En esta línea, presentaré en este capítulo disposiciones y expresiones del cuerpo como la timidez y las emociones que cobran especial relevancia en el proceso de embarazo y parto.

Silvia Citro (2009) se hace eco de esta propuesta de que la corporalidad sea estudiada. Y, en línea con las/os autoras/es anteriores nos dice que las matrices sociales e históricas afectan en nuestras trayectorias de vida y en nuestra subjetividad, generando condiciones de posibilidad, pero que ciertos acontecimientos van encarnando discursos sociales (Citro, 2009). Un punto para resaltar de esta autora es la importancia que da a los aspectos sensoriales y emocionales en la experiencia corpórea. Para ella, los acontecimientos sociales performáticos son algunas de las situaciones donde se amplían y crean nuevos estados sensoriales y emotivos que modifican la subjetividad. En concordancia, podemos pensar el embarazo y parto como una de esas situaciones.

En la última parte de este capítulo, veremos que durante el embarazo y parto los sentidos sensoriales y las emociones cobran sentido especial que se inscriben en las vivencias de las embarazadas. Como nos dice Citro se trata de aquellas “situaciones en las que las dimensiones sensoriales y emotivas de nuestras actuaciones son enfatizadas y, de alguna manera, registradas por los sujetos, en tanto se inscriben diferencialmente, dejan huellas en su devenir” (2009:47). Expandiré este análisis de la mano de David Le Breton (2013) y Sara Ahmed (2015) profundizando en el cansancio y el dolor como algunas de esas emociones y sentidos que cobran especial relevancia durante el embarazo y parto.

La fenomenología exige un trabajo de observación de la experiencia corpórea que, como dije en la introducción, estuvo limitada por la sensibilidad de la temática. Por lo tanto, en este capítulo intentaré acercarme a esas corporalidades a través de relatos sobre ese proceso. Se trata de narraciones que incluyen una variedad muy amplia de personas, formas de narrar y memorias temporales muy diferentes. Se incluye desde mujeres, varones, profesionales de la salud, sucesos que se atravesaron hace mucho tiempo y otros que son muy recientes. Es decir, es un corpus complejo que incorpora una variedad de narraciones sobre la experiencia sobre el proceso de embarazo y parto. Me refiero no solo al momento de estar embarazada y parir, sino conversaciones previas, anhelos, proyecciones, embarazos previos, deseos futuros, personas en abstracto, etc.

Como ya mencioné, los diversos tipos de registros tienen que ver con la intimidad del tema y con la interrupción del trabajo de campo. En cuanto al primer punto, no es fácil realizar una observación directa por lo íntimo de la temática investigada, no hubiera sido posible presenciar un nacimiento o participar de la intimidad de las personas. En lo segundo, durante el 2020 y 2021 con las medidas de ASPO/DiSPO la investigación fue obligada a tomar otro rumbo donde tampoco pude acceder a instancias previas y posteriores de embarazos de mujeres con quienes estaba creando un vínculo más estrecho (Victoria o Eugenia son algunos ejemplos). Si bien me interesaría acceder a datos tal como exige la fenomenología sobre la corporalidad, está limitada por tratarse de una experiencia íntima y una investigación atravesada por la pandemia. Entonces, busco un acercamiento a la corporalidad a través de esos diferentes relatos.

Como vengo mencionando, el embarazo y parto es un proceso que pasa en el cuerpo y, como tal, tiene dimensiones sociales que se corporizan y anclan en la experiencia de gestar y parir. En esta línea, el enfoque fenomenológico permite tener en cuenta lo colectivo y lo individual superando esa separación. El cuerpo como oblicuo, como se denomina en este apartado, es aquello que siempre está y desde dónde percibimos. Como explican Mennelli y Rodríguez (2018) en el cuerpo se encarnan posibilidades culturales e históricas, que no son determinantes ni unidireccionales. Las autoras nos dicen que la repetición o innovación de las prácticas (conscientes o no) llevan a cambios sociales y a nuevas posibilidades, en sus palabras, “las corporalidades son generadoras de reflexividades, saberes y agencias” (2018:2). Siguiendo el planteo de las autoras, veremos como a través de las emociones se interiorizan formas colectivas de acción durante el proceso de embarazo y parto.

En el trabajo de estas antropólogas se ve la clara influencia de la filósofa feminista Butler (1990, 2001). Desde la performatividad, esta autora ya alerta que la repetición no es una limitante, ni elimina la posibilidad de innovar. De la mano de esta autora quisiera anclar las

discusiones sobre género que no pueden estar escindidas de un análisis sobre los cuerpos embarazados. Para ella, el género es primordial para comprender cómo las personas dan sentido al mundo y las posibilidades de hacer respecto a los significados recibidos. En este sentido, la posibilidad de acción depende de un proceso performático de posibilidades culturales e históricas profundamente establecidas (Butler, 1990). En continuidad, veremos que las mujeres indígenas no se encuadran en estereotipos o patrones culturales, sino que entre ellas se manifiesta diversidad y la posibilidad de actuar de otra manera.

La acción es performativa, es decir, una reproducción constante de nuestros actos en la que en sí misma yace la oportunidad de la modificación (Butler, 2001). Para Butler, la acción es un prerequisite para adoptar un género, pero no es una tarea prescriptiva sino encarnada. El significado de la experiencia vivida en la que se enfocan las teorías fenomenológicas nos permite pensar en la corporalidad como experiencias situacionales abiertas a un campo de posibilidades realizables. De esta manera, el feminismo encuentra en esta perspectiva una vía para entender el mundo cotidiano de los individuos. En otras palabras, como el “ser mujer indígena” no puede limitarse a elementos culturales, sino es un diálogo constante con las posibilidades a su alcance.

En este sentido, la perspectiva de Joan Scott (1986) me parece fundamental para pensar el género. Esta historiadora realiza su propuesta desde una perspectiva foucaultiana en la cual incorpora la idea de que el poder circula. Es decir, no hay una idea verticalista del poder, ni es algo que una persona o institución tiene, sino algo que se ejerce y transita entre diversas personas. Si bien la definición de la autora está llevado a un plano simbólico en tanto define el “género como una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1986:23), me interesa tomar de su definición que se trata de diferencias percibidas y, por tanto, no existen sin atribuir sentidos a los otros cuerpos. Complementaría este análisis diciendo que a través de diferencias corporales sexualizadas percibimos relaciones de poder o, en otras palabras, que el poder es aquello que nos pasa y que percibimos a través del cuerpo.

Parto entonces de pensar la corporalidad siempre de manera sexuada. Siguiendo a la feminista Marcela Largade “la sexualidad es un conjunto de experiencias atribuidas al sexo” (1997:20). En ella convergen las instituciones, las relaciones sociales y políticas, las ideas sobre el mundo, los lenguajes, el erotismo, las acciones, etc. La sexualidad tiene diferentes tiempos de vida, disposiciones sentidas, necesidades irrenunciables, etc. También, las formas de actuar, pensar y sentir están particularmente permeadas por la sexualidad, principalmente, cuando están vinculadas al sexo. Por esta razón, el embarazo y parto es un proceso siempre sexualizado donde las personas gestantes se encuentran dialogando, resignificando y lidiando con elementos de las más diversas índoles, pero que siempre se

vinculan con relaciones e ideas sobre el sexo (estos lineamientos serán ampliados con los aportes de Kosofsky Sedgwick, 1999; Emma Delfina Chirix García, 2014 y Ahmed, 2015).

En este sentido, hablar de un cuerpo sexuado es decir que está encarnado. Esa sexualidad se vive y transita en el mundo situacionalmente. En otras palabras, percibimos el mundo de manera sexuada, por ende, un análisis sobre la corporalidad durante el embarazo es siempre un análisis sobre la sexualidad. La gestación es una experiencia en donde se manifiestan relaciones de poder y las personas se reconocen como sujetos de esa sexualidad (Michel Foucault, 1986). En la población guaraní, una de las formas en que se expresa la femineidad es la maternidad. En mis registros, aun cuando las jóvenes no han sido madres manifiestan un especial deseo de serlo. Me arriesgo a pensar, entonces, que la maternidad tiene algo de lo colectivo que no puede ser dejado de lado para abordar estas experiencias (volveré en el capítulo tres).

Resumidamente, en estos apuntes teóricos se cruzan perspectivas fenomenológicas y feministas que buscan dar cuenta del cuerpo y la corporalidad en el embarazo y parto, pero de manera sexuada. En cuanto a la primera corriente, el cuerpo es el eje principal de este capítulo porque a través de él se percibe y se está en el mundo. Pero esto es un proceso intersubjetivo que dialoga constantemente con dimensiones sociales del mundo y, principalmente, de la sexualidad. Por ello, la teoría feminista nos permite ahondar especialmente en los sentidos atribuidos al género y al sexo y dar cuenta de que la sexualidad no se limita al embarazo y parto, sino que atraviesa toda la experiencia de vida de las parturientas. Ubicada en este cruce, a continuación, daré lugar al análisis del cuerpo y la corporalidad en la consulta biomédica, a los sentidos comunitarios y las heterogeneidades de las mujeres indígenas y a las emociones y aprendizajes de y sobre el embarazo y parto.

Cuerpo y corporalidad en la consulta médica

Las poblaciones indígenas no construyen sus nociones sobre la corporalidad de las mujeres de manera aislada, por ello, abordar las “perspectivas indígenas” lejos de suponer un corpus aislado o homogéneo implica un avance sobre la complejidad de imágenes solapadas al respecto. Es decir, elementos como el ámbito cosmológico, o la búsqueda de “lo tradicional mbya” no nos lleva a comprender lo que las mujeres hacen desde y con sus cuerpos, sino que puede reforzar descripciones que den lugar a estereotipos. En esta investigación retomo la separación “femineidad indígena” versus “cuerpo obstétrico” solo a fines analíticos, pero en la vida de las mujeres estas maneras de atender y pensar al cuerpo están en un continuum.

La mujer no deja de ser indígena en los espacios sanitarios, ni los mandatos médicos dejan de cobrar relevancia en la vida en la comunidad. Desde aquí, analizaré dos puntos: 1) la forma de describir el cuerpo en la biomedicina y 2) la timidez como forma de interacción en espacios interculturales. Este cruce me permite un acercamiento a los enfoques más descriptivos del cuerpo en la primera parte y analizar disposiciones encarnadas en la segunda. Desde un plano cognitivo, retomaré trabajos sobre las representaciones de los cuerpos que nos ayudan a pensar desde dónde las/os profesionales se ubican al momento de la consulta, cuáles son sus supuestos y concepciones previas. Y, en la segunda parte, retomaré una dimensión que tiene que ver con la disposición y expresiones de los cuerpos de las mujeres para profundizar lo que sucede en la consulta médica, es decir, un encuentro que es mucho más que una imagen de cuerpos para la reproducción.

1.1 Más que cuerpos, órganos reproductivos

En la biomedicina encontramos un discurso institucional hegemónico sobre el cuerpo de las mujeres y, aunque haya voces disonantes, se sostiene una idea biologicista sobre este. Los abordajes feministas, en cambio ofrecen nuevas perspectivas que debaten el abordaje del cuerpo de las mujeres desde un modelo médico hegemónico¹³. Quizás la obra más conocida es la de Emily Martin (1987) quien ha analizado cómo la metáfora industrial es corrientemente utilizada para describir el cuerpo de las mujeres en relación con la reproducción. Siguiendo esta investigación, la medicina considera que un cuerpo está sano cuando tiene la capacidad de producir bebés y, cuando no lo puede hacer, puede ser manipulado mecánicamente por la biomedicina.

Desde la antropología de la salud y la reproducción, Fabiola Rohden (2001) explica que a partir del siglo pasado la medicina se preocupa fundamentalmente por la sexualidad y la reproducción creando sus propias especialidades, la ginecología y la obstetricia. Mientras la ginecología se ocupa específicamente de las diferencias sexuales, los órganos sexuales y la fisiología, la obstetricia se vincula específicamente con el embarazo y parto. Pero, para la autora, esta diferencia se pierde porque en ningún caso la medicina disocia a la mujer de la reproducción como sí lo hace con los varones. Incluso, cuando se trata del cuerpo femenino este alcanza “su perfección” luego de la pubertad cuando aparece la posibilidad biológica de embarazarse. Así, se construyen dos especialidades médicas que tienen como objeto al cuerpo femenino, pero leído desde la posibilidad de reproducirse.

¹³ Por modelo médico hegemónico se entiende un modelo explicativo que hace referencia a un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por la medicina científica. Como tal es dinámico y está en transformación permanente (Menéndez, 1992).

En esta línea, para Alejandra Roca (2010) la división de la medicina en especialidades hace que el cuerpo sea leído por sus partes: óvulos, hormonas, vagina, útero, etc. Esos órganos son comprendidos cada uno como una realidad biológica autónoma que forman parte del todo, a la vez, que pueden ser diferenciadas de este. Cada una de estas partes es estudiada como sistema reproductivo como si fuese una separación material de otros sistemas corporales. Esa fragmentación es alentada por tecnologías que permiten observar, calcular y analizar milimétricamente cada uno de sus elementos (Rapp, 1997; Martín, 1987; Chazan, 2008). La mayoría de las investigaciones coinciden en que, a su vez, la observación detallada que permite la tecnología aumenta la separación entre dos cuerpos: la madre y el feto.

En el capítulo cuatro profundizaré sobre el rol de la ecografía, pero podemos anticipar que, siguiendo a Rapp (1997), es una tecnología que permite imaginar al feto como una entidad independiente que puede ser medicalizado y controlado, en otras palabras, un objeto de intervención. Con esta herramienta se enfatiza la idea de que el cuerpo gestante está ahí para dar lugar y hacer crecer a otro cuerpo. En otras palabras, es un empaquetado que debe actuar a disposición del feto. Esta es la base sobre la cual la medicina interpreta el cuerpo de la madre (Imaz, 2010) y la lleva a considerar que si hay un mal crecimiento o dificultad en el desarrollo de la gestación se entiende que hay una falla en la mujer y su cuerpo.

De esta manera, el discurso médico presenta a las mujeres como portadoras de cuerpos imperfectos (Isabel Blázquez Rodríguez, 2005) que tienden a fallar, que no tienen la misma eficiencia que las máquinas (Martín, 1987). Esta forma de concebirlo tiene como resultado un tratamiento del embarazo similar al de una enfermedad, aunque no esté catalogado de esta manera (ampliaré en el capítulo tres). Siguiendo a Lorena Pollock (2009) las ideas biomédicas sobre el cuerpo se corporizan en las mujeres, van creando nuevas ansiedades y miedos en ellas que hace que busquen soluciones en la misma biomedicina, es decir, estos enfoques no quedan solo en el circuito médico, sino que se esparcen en diferentes ámbitos sociales.

Como anticipa Thomas Laquer (1987) las interpretaciones médicas y de los cuerpos deben ser contextuales y situadas porque tienen por detrás configuraciones e imaginarios de género de las/os actores. En su trabajo encontramos que las mismas responden a una mirada anatómica que responde a un sesgo sexo-genérico dando como resultado una lectura heteronormada de los cuerpos. Obviamente, la medicina no es una unidad coherente, ha ido cambiando (Mol y Marc Berg, 1998) y modificando con ella sus lecturas sobre el cuerpo, como veremos a lo largo de esta tesis. Sin embargo, las ideas biologicistas

no han sido completamente desechadas y son un punto de tensión entre las/os profesionales (Roca, 2010). Aunque se lo sigue leyendo como objeto manipulable, no es un ente fijo, por el contrario, envuelve un conjunto de prácticas y discursos concretos.

Como vengo enfatizando, las lecturas alojadas en “los cuerpos” se ponen en diálogo tensionándose o compartiendo algunos criterios. Debatiré dos puntos que pueden llevar las discusiones más allá de pensar el parto “indígena” o de manera “tecnocrática” (utilizando la categoría de Davis Floyd, 1992). El primero, nos habla sobre el “desgaste” del cuerpo de las mujeres con numerosos embarazos. El segundo, en la noción de “intervención” como una imposición social negativa, contrario a lo “natural” como lo óptimo. En ambos aparece la idea de objeto biomédico sin tener en cuenta las percepciones de las mujeres y las dimensiones de lo que para ellas significa estar embarazadas, sus deseos y subjetividades.

Siguiendo la idea de cuerpo femenino como un ente útil para la reproducción para hablar de “desgaste” podríamos utilizar como metáfora que la máquina se pone vieja, ya no resiste a la (re)producción. El registro de una obstétrica es bastante iluminador para dar cuenta de cómo esta metáfora reproduce imágenes de cuerpos defectuosos y descuidados, a la vez que los fragmenta enfatizando en uno u otro órgano. El fragmento que cito a continuación sucede durante una guardia en el hospital de la ciudad. Mientras se da la conversación, una paciente (no-indígena) esperaba en sala de parto, pero la profesional conversaba tranquila porque “aún no había dilatado demasiado”.

Le consulté si sabía de partos en la comunidad y ella respondió que no, que consideraba que todos los nacimientos eran en el hospital. Según su parecer si algún parto sucedía en la “aldea” se trataba de mujeres que ya habían tenido muchas/os hijas/os “y no se daban cuenta que están dilatando”. Serían mujeres que pasaron por 7 u 8 partos y sus úteros “ya estaban demasiado grandes”. Mencionó que había atendido a una mujer de 29 años con 7 hijas/os que “estaba destruida”. Ante estas situaciones apuntaba a la anticoncepción porque “sus úteros están muy abiertos y es posible que se generen hemorragias u otras complicaciones de muerte materna” aludiendo a una generalización (Conversación con obstétrica, RI 23-8-21).

En este registro se menciona la dilatación de la vagina y el agrandamiento del útero como situaciones físicas que degradan a las mujeres. A través del ensanchamiento vaginal y uterino la médica hace una generalización de ese cuerpo cuando dice “estaba destruida”. Es ahí donde para ella existe un peligro latente, es decir, donde la medicina debería intervenir para evitar hemorragias o muerte materna (en el siguiente capítulo enfocaré en las ideas de riesgo). Ante la amenaza, la recomendación es la anticoncepción y, el fin de la etapa reproductiva, posiblemente, se marque el cese de la circulación de esa mujer en el sistema

público de salud porque, como veremos en el siguiente capítulo, es durante la etapa reproductiva cuando mayor vínculo tienen con este.

Estas ideas no son completamente contradictorias en la población mbya. Carolina Remorini registra frases como “las mujeres se gastan con tantos hijos” o “pierde fuerza si tiene muchos hijos” (2008:215) haciendo las primeras referencias al cuerpo de las mujeres que han pasado por procesos de embarazo y parto, especialmente en torno a su desgaste. En los voluminosos trabajos de León Cadogan apenas encontramos una oración que habla sobre la utilización de métodos anticonceptivos de plantas para evitar que la mujer tenga muchos hijos y el control de la natalidad a fin de no perjudicar la salud de la mujer. Sin embargo, estas referencias están directamente orientadas a justificar que el rol de las mujeres en la comunidad es el de la maternidad, en palabras del autor: “más grave que la numerosa prole es la esterilidad” (1997:187).

Considero que los motivos por los que las mujeres tengan muchas/os o pocas/os hijas/os tiene que ver con proyecciones personales, vínculos maritales y/o comunitarios, situaciones de salud y una amplia gama de situaciones que, no pueden reducirse a la fisiología o más aún a las consideraciones sobre las funciones y mecanismos de los órganos. Solo a través de estos relatos podremos ver que hay un sujeto corporizado donde se marca ese desgaste. Seguramente, la gran cantidad de embarazos y los cambios que se producen en el cuerpo tengan efectos sobre la subjetividad de las mujeres que no se traducen en términos útero, vagina, canal de parto, dilatación, hemorragia, prole, esterilidad, etc. Esto abre una línea de análisis futuras que es la percepción de mujeres multíparas sobre sus propios cuerpos y corporalidades, sobre lo que pueden hacer con y percibir a través de ellos.

Como presenté en la introducción, la pandemia irrumpió en los momentos de mayor acercamiento a las personas y, por ende, fue muy difícil retomar aquellos vínculos donde podría haber observado lo que las mujeres hacen con y desde sus cuerpos. Entonces, presento aquí algunas representaciones y supuestos médicos para discutir que sean las mismas que tienen las mujeres sobre sí mismas. Una observación más profunda permitiría ver que la percepción de las mujeres no necesariamente es la de un cuerpo desgastado, sino un cuerpo activo que está cocinando, carpiendo, persiguiendo niñas/os, pescando, etc. Si bien el trabajo de campo no me permitió reconstruir la subjetividad de una multípara, si fue posible ver cuerpos diversos de mujeres que pasaron por más de un parto y que no necesariamente se vinculan con el desgaste.

Como segundo punto quiero proponer algunas discusiones en torno a la idea de intervención como negativa que aparece reflejada en diversos discursos sobre parto humanizado. Es decir, circulan ideas sobre cualquier forma de intervención humana

interrumpe un proceso que debería ser "natural". Considero que los cuerpos están intervenidos de muy diversas formas, al perforarlos con aros, tatuarnos, hasta al hacer abdominales, siempre tenemos prácticas que los modifican y transforman. Y, a su vez, esas transformaciones acompañan nuestras percepciones de este y del mundo.

Contra la "intervención" se ha llevado a ideologizar "el parto indígena" como las formas de parto "naturales". Ya hablar de parto indígena implica una dificultad porque engloba cosmologías muy diversas bajo un paraguas de una única identidad étnica, sin definir bien cuál. Por otro lado, se justificaría que los partos indígenas tienen la ventaja de ser menos intervenidos y, por tanto, más cercano a la "naturaleza humana". Para Celeste Jerez (2015) estas ideas arrastran otro aspecto negativo porque ubican a las mujeres indígenas más cerca de la naturaleza que mujeres no-indígenas. A su vez, continúan subyaciendo dicotomías que agrupan al hombre en el polo de lo cultural y la mujer en el extremo de lo natural, condenando a las mujeres a ser consideradas inferiores a los hombres (Ortner, 1979).

En este sentido busco pensar a la cesárea como algo más que una intervención médica donde se expresa el polo negativo del nacimiento y el parto vaginal como el polo de lo natural, positivo. Con esta discusión no niego que muchas de las prácticas quirúrgicas para el nacimiento sean innecesarias y, por lo tanto, una forma de violencia obstétrica¹⁴. Justamente, lejos de considerar al cuerpo como un objeto natural marcado por un bisturí - que representa una forma de violentarlos- propongo mirar cómo es percibida esa cicatriz que puede ser compartida o no. Ello no quiere decir que no hayan ocurrido hechos de violencia obstétrica porque esta, como otras formas de violencia de género, se naturalizan y justifican a punto tal que traducirlo en estos términos implica procesos subjetivos muy largos, cuidados y sostenidos.

A veces el fin de la vida reproductiva se marca a través de intervenciones quirúrgicas. Como veíamos en el registro anterior ante la gran cantidad de embarazos se recomiendan métodos anticonceptivos que están clasificados como intervención, principalmente, la ligadura de trompas. Conocí varias mujeres que estaban ligadas por distintos motivos. Solo una de ellas tenía dos hijas/os y consideraba que era suficiente, por esto había decidido la anticoncepción quirúrgica. Esta conversación comenzó cuando me dijo "yo no puedo tener más hijos" (RI, 19-3-19), las palabras escogidas para referirse a la ligadura hablan sobre la imposibilidad de su cuerpo para embarazarse. Para mí no fue una obviedad lo que me estaba diciendo y cuando indagué más me explicó que había utilizado este método.

¹⁴ Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) solo un 10% de las cesáreas realizadas tienen justificativo sanitario.

Inés, una de las jóvenes que presenté en la introducción, accedió a la ligadura de trompas por recomendación médica. Estaba embarazada de su cuarta/o hija/o, pero sería su tercera cesárea (recordemos que solo el primero fue parto vaginal). Las ecografías de su tercer embarazo mostraron que su bebé no estaba en posición cefálica por lo cual el médico que la atendía había decidido la cirugía. Sabemos que la práctica de parto vaginal después de dos cesáreas (PVd2C) no es una práctica aún muy difundida entre obstetras, de aquí que nuevamente la recomendación es una cirugía para el nacimiento de su nueva bebé. Con estos antecedentes, las/os profesionales le recomiendan ligarse las trompas bajo el justificativo de que “es peligroso” volver a quedar embarazada (RC Cantore y Lorenzetti, 8-9-21). Inés accedió a la propuesta médica, pero desconocemos cómo fue que tomó esa decisión, si la conversó con su madre, sus hermanas, su pareja, etc.

Resumidamente, para la biomedicina el cuerpo es considerado una máquina para gestar y parir. Como tal se transforma en un instrumento manipulable por conocimientos médicos que organizan ese cuerpo en esquemas, partes/órganos, funciones, etc. Pero mi intención fue comenzar a poner en contexto algunas de estas ideas que circulan en la biomedicina con pequeños registros de campo. Las mujeres van tejiendo sus propios puentes con las distintas representaciones y con las posibilidades que tienen al alcance. La idea de intervención comienza a visualizar esos diálogos, no porque las mujeres tomen la palabra intervención y reflexionen sobre ellas, sino porque van modificando sus cuerpos, concretando deseos (como no tener más hijas/os), habilitando nuevos cuidados (sexuales, por ejemplo), etc. a través de métodos que han sido pensados como “intervención”, pero que a ellas les permite, por ejemplo, dar por finalizado su período reproductivo.

Como dije en la introducción, las dificultades del trabajo de campo y la puesta en escena de algo tan íntimo como la maternidad marcó límites para obtener datos observando acciones de las mujeres, lo que sucede en la privacidad de sus relaciones, etc. Por eso, considero que el análisis sobre la intervención debe ser situacional, que permita ver cuando una práctica médica puede tener un uso pragmático para estas mujeres, más que una representación genérica -sin negar, ni desmerecer las situaciones de violencia-. Fui escasamente entrando en saberes y prácticas que circulan en el referente investigado. En esta propuesta de no pensar el cuerpo como objeto, sino como un punto de partida desde donde percibir el mundo, continuaré el análisis intentando dar cuenta de cómo juega la “timidez” con la que se describe a las mujeres en contextos interculturales. Comenzaré con una reflexión teórica sobre la vergüenza y timidez que me permitirán, luego, reflexionar sobre el cruce entre interculturalidad y género.

1.2 La “timidez” como categoría de encuentro interétnico

Anticipé que las mujeres suelen ser definidas como “tímidas”. La timidez aparece como un fenómeno que engloba al grupo. Esta es la forma en que las/los mbya se expresan e, incluso, hablan de sí mismas/os cuando deben interactuar con *jurua*s. Un joven mbya me decía: “cuando tienen que hablar con alguien que no es de la comunidad se ponen rojos o se ríen, se ponen duros. O cuando [a las/os niñas/o] tienen que hablar en la escuela se les hace como una sandía en la garganta” (RC Boffelli, Cantore y Enriz, 19-2-15). Como vemos, es una forma generalizada en que se habla sobre el grupo, sin embargo, es un rasgo aún más característico en las mujeres jóvenes (*kuña tai*) que suelen sonrojarse al hablar con personas que no conocen, aunque menos notorio en las ancianas (*kuña karai*) que, sin embargo, hablan con tiempos lentos y tonos suaves (Jacqueline Brosky, 2022).

Utilizaré las palabras timidez y vergüenza como sinónimos porque no encontré diferencias en su uso cotidiano, aunque podría ser un debate de categorías teóricas a futuro. La vergüenza ya ha sido un tema de análisis feminista y queer, principalmente por Kosofsky Sedgwick (1999) y Ahmed (2015). Retomo a ambas autoras porque discuten que se trate de sentimientos individuales y sin lógica. En otras palabras, están discutiendo la supuesta jerarquía entre la emoción y la razón, sin perder de vista que las sensaciones no tienen el mismo piso de igualdad entre ellas. La vergüenza no necesariamente está en el podio de las más elevadas, sin que ello signifique que sea negativa (Ahmed, 2015). Pero tampoco caen en pensarla como un patrón cultural que moldea a los individuos de una cultura.

Su análisis está basado en la performatividad de Butler (1990) en donde la repetición permite la reproducción y, a su vez, el cambio. Esto las lleva a considerar que “la vergüenza funciona como una narrativa de la reproducción (Ahmed, 2015:172). Si bien Kosofsky Sedgwick (1999) está pensando la vergüenza como en el activismo performativo queer y Ahmed (2015) se interesa en ella como modo de reivindicación del sentimiento de nacionalidad australiano sus puntos en común nos sirven para pensar en la timidez de las jóvenes mbya. El ítem del cual partir es que asocian la vergüenza a la comunicación. En segundo lugar, existe en tanto un otro real o imaginado. El tercer punto de análisis es que se trata de una expresión contagiosa, lo que ya anticipa su carácter social. Y, por último, que es un afecto corporizado, se expresa, siente, construye subjetividad, etc.

En cuanto al primer punto, la vergüenza es entendida como una forma de comunicación. Es fácil darse cuenta de cuando una persona la está manifestando porque se expresa a partir de una serie de gestos entre los que se destacan como sonrojarse o bajar la cabeza como veremos en el último de estos puntos. Inmediatamente la comunicación puede ser interrumpida o repensada porque esas expresiones están diciendo algo (Kosofsky

Sedgwick, 2015). Y, si hablamos de formas de comunicación, siempre es necesario que se implique más de una persona, la vergüenza se expresa ante otra/o real o imaginada/o. Esto nos lleva al segundo punto que trata sobre el carácter intersubjetivo de la timidez.

En su carácter intersubjetivos, es una expresión relacionada con otra persona, incluso cuando esta pueda ser imaginada en la intimidad o recordando algún episodio de nuestras vidas. Lo social está proyectado y constituido en la vergüenza, como dice Kosofsky Sedgwick (1999), irrumpe en las relaciones obligando a la otra/al otro a reconocernos (ampliaré este punto en relación las disposiciones de género y étnicas). Hasta aquí seguimos hablando de un efecto individualizante de la vergüenza. Sin embargo, ambas autoras exploran su carácter social como constructora de identidad (Kosofsky Sedgwick, 2015) y su proyección colectiva (Ahmed, 2015).

Kosofsky Sedgwick (2015) entiende que la vergüenza es constitutiva de algunos grupos sociales (la performativa queer en su caso), pero no la cristaliza. Como forma de expresión de la identidad crea una relación fluida con la vergüenza, le da posibilidad de acción y cambio. En esta línea, Ahmed (2015) propone que puede ser una forma de construcción de lo colectivo. De aquí surge lo que definen como el aspecto contagioso de la vergüenza. Esta tiene efectos de repugnancia o empatía cuando produce sentimientos de “vergüenza ajena” o sonrojarnos. Como generadora de afectos o sentimientos plantea un punto de debate para las autoras porque mientras Kosofsky Sedgwick (2015) la considera un efecto negativo, no lo es para Ahmed (2015).

La vergüenza es definida como una forma negativa que surge ante la mirada de la/el otra/o, generando la necesidad de ocultarse. Por ende, es definida por Kosofsky Sedgwick (2015) como un rechazo hacia o con una misma. Pero en su carácter contagioso es posible compartir la vergüenza sentida cuando sucede algo bochornoso o una persona queda expuesta. Lo propio y ajeno se entrelazan en ese sentimiento. En cambio, para Ahmed (2015) la vergüenza puede ser una respuesta hacia otro a quien valoro. Las personas pueden desviar la mirada como una respuesta a un sentimiento de amor, placer o gusto. En este sentido, la considera ambivalente.

Lo contagioso de la timidez nos acerca al último punto, ella no existe sin el cuerpo. Son sensaciones que se expresan corporalmente: agachar la cabeza, querer desaparecer, hablar bajo o no responder, acalorarse, reírse, desviar la mirada, dar la espalda, etc. Acciones que pueden replicarse en aquellas personas que empatizan con nuestra vergüenza o marcar una distancia con quienes no lo hacen. Cada una de esas acciones y efectos del cuerpo están vinculadas a las formas en que circula el poder (Kosofsky Sedgwick, 2015) porque crean efectos sobre estos. En otras palabras, podemos pensar a la

timidez como una forma de percibir las relaciones sociales. Como veremos, en las comunidades guaraní la timidez muchas veces aparece delante de varones o de no-indígenas.

La timidez es un rasgo con el que se describe a la población guaraní, en general, y a las mujeres, principalmente. Siguiendo el desarrollo anterior, podemos pensar en el carácter identitario de la vergüenza, construido en la historia de las relaciones interétnicas. El joven citado anteriormente decía “cuando tienen que hablar con alguien que no es de la comunidad”, de esta forma describe a las/os mbya es en relación con un afuera, con una o un jurua, que es el primer “otro” ante el que se manifiesta la vergüenza. La timidez es, entonces, una expresión de la subjetividad que se construye a través de los años de conquista y civilización (Chirix García, 2014). Esa historia tiene su expresión corporal, como la metáfora de “la sandía en la garganta” que utilizó el joven.

Siguiendo a Chirix García (2014) este tipo de actitudes expresan la internalización de colectiva de la opresión étnico racial y es una manera en las mujeres indígenas la perpetúan. Analizar este tipo de expresiones invita entonces a repensar y no naturalizar contactos históricamente desiguales donde las miradas hacia ellas y las percepciones de esas miradas se combinan y se van internalizando en el cuerpo de mujeres desde muy pequeñas. Como analiza la autora, históricamente a las mujeres indígenas se las ha invisibilizado, coartado su participación, descalificado, han recibido gestos de rechazo, entre muchas otras acciones de negación. En continuidad a este planteo, la timidez puede expresar una de esas formas de interiorización de una relación desigual de contacto.

Esta idea de que la timidez encarna formas históricas de relación es la que me interesa problematizar para ver qué sucede en el ámbito médico. Acá el “otro” asume también sus características de género. La vergüenza, el estar calladas, no preguntar, no asistir con la cabeza suele ser la forma en que se referencia a las mujeres mbya en las consultas médicas. Las/os médicas/os me manifestaron que, a veces, no logran diferenciar si comprenden lo que se les está diciendo y creen que esas personas no hablan español porque muchas veces las muchachas no respondían. En estas situaciones, las/os agentes sanitarias/os funcionan como intermediarias/os para traducir en guaraní lo que la/el profesional está hablando; pero no necesariamente se trata de no comprender el idioma.



Foto 3 - PH: Clara Boffelli. La foto recuerda una imagen diaria en las comunidades. Allí podemos ver una joven con su hijo en brazos desplazándose por los caminos internos de Yacaré.

Las/os médicas/os más interesadas/os en el trabajo con indígenas buscan estrategias para entablar un buen diálogo: explican qué medicamentos o estudios les están recetando, cómo deben administrar los medicamentos, a cuánto equivalen los miligramos, muestran cómo es el jarabe que tienen que pedir en la farmacia, preguntan una y otra vez si quedaron dudas, hacen dibujos, marcan en calendarios, etc. Por ejemplo, ante el silencio de las madres, una médica tomaba la evolución de las/os pacientes como una clave para confirmar que habían comprendido lo dicho en las consultas. En estas situaciones podemos dar cuenta de que no se trata necesariamente de no entender español.

Las/os profesionales toman diferentes actitudes e incluso cuentan sucesos que van desde llantos en las consultas a anécdotas divertidas. Por ejemplo, se acercan dos jóvenes a una consulta por unas manchas de leishmaniasis, aún sin diagnóstico. El médico hizo preguntas y una de ellas respondía. Entonces se dirigió siempre a ella diciendo “bueno Juana vamos a hacer tal o cual cosa”. Las jóvenes cada vez se reían un poco más, hasta que la muchacha

que no había emitido palabra dijo “yo soy Juana” (RI, 22.10.15). Este tipo de actitudes desconcierta a las/os médicas/os, modifica la comunicación (Kosofsky Sedgwick, 2015) y obliga a repensar las situaciones.

Pero, me interesa analizar la timidez en especial durante el parto. Sabemos que este es un momento de gran vulnerabilidad para algunas mujeres. Ellas pueden sentirse violentadas o juzgadas, llevando a describir sus propios partos como una mala experiencias¹⁵. Como explicité, las mujeres guaraníes no me relataron sus partos en términos de violencia obstétrica (aunque posiblemente la haya habido), pero otros datos como la timidez o la vergüenza sirven para pensar qué sensaciones acontecen al momento del parto. En este sentido, son manifestaciones que se expresan aún más cuando el profesional es un varón.

En su interés por reconstruir la historia de la ginecología Rohden (2009) enfatiza en cómo el género modifica la consulta médica. Cuando surge como especialidad la ginecología, la mayoría de los especialistas eran varones y en las consultas las mujeres sentían que se entrometían en su intimidad. La autora realizó una reconstrucción histórica de las especialidades médicas que tienen como objeto de estudio a la mujer y no voy a interiorizarme en ese relato, pero algunas cuestiones son interesantes para retomar porque acontecen en la vida de las mujeres. Por un lado, resaltar que el miedo al comportamiento médico continúa siendo un punto por el cual muchas mujeres esquivan la consulta médica y, por otro, el pudor de que los varones miren y toquen sus genitales. Esto último es lo que me interesa retomar.

Escuché en diferentes oportunidades sobre el pudor que les da a las mujeres ser atendidas por médicos varones. Cuando pregunté sobre este punto encontré posiciones variadas: “algunas no tienen problema, les da lo mismo”, pero otras preferirían atenderse con mujeres. Algunas veces, las respuestas desde el sistema público de salud aluden a la trayectoria de ese médico, a su rol como “un especialista” sobre ese tema, “es médico” o “es ginecólogo”; pero para las mujeres no basta. Hay ocasiones en las que el personal médico advierte estas situaciones. Recuerdo una obstétrica que decía en una charla que podían encontrarla a ella en un CAPS de un barrio cercano para hacerse un estudio de Papanicolau si preferían no realizarlo en la salita de la comunidad con el médico que asistía. En la misma charla contaba que había mujeres indígenas que ya eran sus pacientes (RI 23-8-21).

Obviamente, es necesario leer las diferentes situaciones con un lente más profundo. Tener en cuenta que la falta de recursos económicos y humanos del hospital tampoco permite ampliar las posibilidades. Por otro lado, ir a un CAPS de un barrio cercano implica dejar a

¹⁵ Para este tipo de análisis en Argentina ver: Valeria Fornes (2016), Jerez (2015), Belén Castrillo (2016).

niñas/os al cuidado de otras personas, contar a sus maridos sobre el estudio médico, caminar varios kilómetros para hacer una consulta y otras cuestiones que varían en la vida de cada mujer. Cuando estos elementos no pueden ser sorteados, las mujeres aceptan atenderse por médicos varones, pero su sexualidad se pone en juego. *“Es vergonzoso tener a tus hijos en el hospital”* es una frase que resume a lo que me estoy refiriendo. Estas palabras fueron dichas por una agente sanitaria, Rosa. En esa conversación amplió la frase diciendo:

“en el hospital no se puede elegir quien te atiende, un hombre o una mujer, te atiende el que te toca. Y, sobre todo, cuando las mujeres son tímidas, les da vergüenza que las atienda un varón en el parto”. Le pregunté cómo había sido su experiencia y me dijo que ella no tuvo problema. (RI 27-2-18).

Su experiencia de parto hospitalaria no está relacionada a la vergüenza, pero se desempeña como personal de salud. Conoce al personal médico, la he visto desenvolverse en el hospital y saludar y hablar con médicas, enfermeras, ambulancieros, etc. (RI, 15-11-2019). Este relato nos hace pensar en que la identidad indígena no siempre está relacionada a la timidez, pero para ello hay que dar cuenta de las diferentes trayectorias. Son los diferentes elementos de su historia personal los que la alejan de la vergüenza. Como representante de salud indígena empuja a otras mujeres a la atención hospitalaria. Pero ¿qué pasa con esas mujeres para las que es vergonzoso parir en el hospital?

Cuando un varón atiende el parto modifica esa experiencia. La timidez se pone en escena transformándola. Posiblemente, la parturienta tendrá dificultades para el pujo, no responderá las preguntas que el médico hace, se sonrojará, no mirará y no dirá cuando se siente incómoda. Esos fenómenos corporales son indicadores de los estados emocionales que comunican más allá del habla (Kosofsky Sedgwick, 2015). En este sentido, la timidez vuelve a expresar una relación con un “otro” que está atravesada por condiciones de género. La vergüenza no solo se expresa corporalmente, también se asocia con la imagen del cuerpo (Deborah Lupton, 2005). Durante el parto la vulva, la vagina y el ano se exponen, la desnudez puede ser interpretada en términos de vulnerabilidad.

En resumen, en las situaciones de parto o de consulta obstétrica la timidez habla más sobre relaciones de género que interétnicas. Es decir, proyectar un parto en el hospital encuentra su limitación más en la posibilidad de que lo atienda un varón, más que otros temores a malas prácticas hospitalarias. No niego la circulación de relatos de peligrosidad en el hospital (Cantore y Belén Bertoni, 2021), pero no son los que abundan. La frase “te atiende el que te toca” agrega un elemento para tener en cuenta cuando las mujeres proyectan sus partos. Veremos en el capítulo dos y tres el interés manifiesto por parte del sistema público

de salud de hacer del parto un evento “más allá de las mujeres”, es decir, el nacimiento como un evento que compete a toda la familia. Por el contrario, en este texto trabajé sobre la subjetividad de las mujeres, qué es lo que a ellas les sucede o se les pone en juego en la consulta; y la timidez es una dimensión para atender en ese encuentro interétnico. No se trata de una forma de describir a las mujeres indígenas como un patrón compartido, sino de prestar atención a que esa forma de expresión corporal es la que guía la consulta médica y expresa la historia compartida de las mujeres indígenas, aunque -obviamente- muchas estén muy lejos de ser tímidas.

Aquí abordé la primera dimensión del análisis sobre el cuerpo y las corporalidades en la biomedicina. Inicié con un recorrido sobre las representaciones del cuerpo femenino para la ginecología y obstetricia, incorporando los primeros registros de campo que se ponen en diálogo con estas interpretaciones. En el segundo punto, anclé las discusiones de la corporalidad a través de la timidez de las mujeres guaraní. La propuesta fue analizar un aspecto que se pone en juego en las consultas médicas y que no pasa desapercibido, ni como categoría de uso cotidiano, ni en la reflexión de las/os agentes. Pero que, muchas veces, pierde atención en los estudios antropológicos orientados a las representaciones de los cuerpos o los patrones culturales del embarazo y parto. De esta manera doy comienzo a la segunda sección mencionada: las feminidades y maternidades dentro del grupo mbya. A continuación, intentaré dar cuenta de que las corporalidades de las mujeres son heterogéneas.

Heterogeneidades y encuentros de la feminidad y maternidad

En este apartado haré algunas descripciones sobre las corporalidades guaraní sin enfatizar solo en las embarazadas, sino intentando reponer la heterogeneidad de formas de expresiones de las mujeres guaraníes tratando no caer en imágenes estereotipadas sobre ellas. Considero que los discursos sociales sobre la sexualidad van moldeando sus experiencias de maternidad sin limitarlas (Butler, 2001). Aquí, referiré a formas de corporalidad de las mujeres en las comunidades. Analizaré dos puntos: por un lado, las expresiones corporales de la femineidad y, por otro, la femineidad y la maternidad.

1.3 Descripciones corporales sobre las mujeres mbya

Las relaciones sociales y las representaciones de nuestra corporalidad son mutables y están en constante diálogo y, por lo tanto, las percepciones sociales y la experiencia de nuestros cambios corporales están siempre asociados (Sarah Nettleton y Jonathan Watson,

2005). Contrariamente, la etnografía guaraní, previa a la década de 2010¹⁶, construyó una imagen de la mujer guaraní estereotipada que no presta atención a la sexualidad y las desigualdades de género. Esas investigaciones (Susnik, 1983; Cebolla Badie, 2016) remiten principalmente a mitos y rituales relacionados con la reproducción biológica, es decir, a los mitos de origen, los rituales de iniciación de las púberes y las actividades marcadas por la división sexual del trabajo. Como explica Mariana Gómez (2017) estos estudios cosifican a las mujeres y dan como resultado una representación ahistórica de ellas. Según explica la autora, ubicar a las mujeres sólo en el lugar simbólico que ocupan en los mitos y rituales de iniciación, como lo hacen los trabajos sobre mujeres guaraní, lleva a una “comprensión estática sobre la condición de género, el lugar o la posición de las mujeres” (2017:4).

En este sentido, en las escasas descripciones aparecen como tímidas, silenciosas, hablantes monolingües de lengua guaraní, sumisas, cabizbajas, ocupadas de las tareas domésticas, etc. Aunque no son descripciones erradas, no son las únicas formas de corporalidad que presentan las mujeres. Recuerdo momentos con mujeres en las que no se animaban a hacerme preguntas, o apenas respondían las mías. Incluso cuando las preguntas eran sobre cómo se llamaban o qué edad tenían. Ellas apenas se reían, miraban a sus compañeras buscando complicidad, o respondían con un tono de voz tan bajo que precisaba repreguntar. En otras palabras, apenas susurraban las respuestas.

Con el tiempo, muchas de estas mujeres, fueron mostrando mayor apertura a recibirme en sus casas y mostrarme que podían desempeñarse en español. Victoria es un ejemplo de ese perfil tímido con el cual se relata a las mujeres guaraní. Ella tiene varios tatuajes artesanales, entre los que se distingue un corazón con su nombre y el de una pareja anterior y un corazón en su frente; pero tardé dos años en entablar con ella una conversación, a pesar de haberla cruzado dos o tres veces anteriormente y tuve que poner en palabras algunas de las preguntas que ella quería hacerme, por ejemplo, en una charla le dije “a vos te parece raro que yo no sea madre” y ella asistió riendo.

Algunas mujeres, comenzaron a charlar apenas vieron a una mujer blanca, caminando sola por las comunidades como Inés con quien nuestro primer intercambio fue en la entrada a su comunidad. Otras están lejos de esas locuciones susurrantes o de timidez. Ellas son muy extrovertidas, comunicativas, expresivas, caminan con firmeza, se enojan y hablan fuerte. Si hablan durante las asambleas o en reuniones interétnicas, las personas callan para escucharlas, mientras otras transmiten sus pareceres a sus maridos en la intimidad de los hogares y son ellos quienes la expresan en público.

¹⁶ Esto comienza a cambiar con los trabajos más actuales. Ver: Lewkowicz (2016), Rabelo (2018), Núñez y Millán (2019), Enriz y Cantore (2021), entre otros.

Encontramos corporalidades diferentes, principalmente entre las más jóvenes o entre quienes están más acostumbradas a los vínculos interétnicos. Por ejemplo, cuando volvía a visitarlas algunas simplemente me saludaban de lejos o con la mano y otras me recibían con un abrazo. Los afectos y caricias no suelen verse en público durante la adultez, a menos que sean destinadas a niñas/os. Esos abrazos implicaban un contacto físico, más allá de sólo mirarnos o estrecharnos las manos. Si bien recuerdo otros abrazos con muchachas, se habían dado en su mayoría en las despedidas de mis trabajos de campo anteriores, luego de pasar bastante tiempo con ellas. Pocas mujeres exhiben relaciones de afecto incluso con sus parejas. Pero, quienes tienen más vínculos fuera de la comunidad, hacen muestras de cariño como besos, abrazos, caricias, caminan de la mano o expresan su amor en redes sociales (ver capítulo cuatro). La única pareja adulta que vi manifestar su amor de esta manera fue a Marta y su compañero.

Como analizamos en trabajos anteriores (Cantore y Enriz, 2019; Enriz y Cantore, 2020), algunas mujeres escapan de esas descripciones de sumisión. Muchas son reconocidas como líderes y tienen fuertes posicionamientos que expresan dentro y fuera de la comunidad. Ellas cuestionan la docilidad, la timidez y susurro al hablar. Estas mujeres se interesan por múltiples temáticas: alzan su voz en reuniones con empresarios hoteleros, son invitadas a dar charlas, se preocupan por las violencias ejercidas por los varones del grupo, se proponen a sí mismas para ocupar cargos interétnicos, generan acciones de lucha territorial.

Inés, María y Marta son de estas mujeres que hablan fuerte, que irrumpen en las asambleas, que no hablan varones mediante; sino que han logrado que sus pareceres sean escuchados y tomados en cuenta en sus comunidades. Inés es hija del cacique y él apostó que sea una referente desde niña, la llevó a las asambleas y le dio lugar privilegiado en la comunidad. María y Marta armaron su propio camino por sus intereses propios. Con Rosa y Eugenia, ambas agentes sanitarias, vi cómo fue cambiando su posición dentro de sus grupos. Cuando las conocí comenzaban a desempeñarse en esta tarea y referenciaban a otras personas como fuentes de saberes. Con el tiempo, los caciques, sus pares de trabajo y otras personas de la comunidad fueron reconociendo sus saberes y promoviendo que tomen decisiones sobre qué debían hacer las personas en cuanto al ámbito sanitario.

En algunos casos son las mujeres quienes crean demandas dentro y fuera de las comunidades para abordar violencia de género como el caso relatado por Lucía Fretes, *et. al* (2020) en Ruiz de Montoya (Misiones). Son las mismas mujeres las que reflexionan sobre violencia de género -aunque no siempre expresado en estos términos-, sin excluir a varones sensibilizados por la temática. Ellas son quienes van poniendo la temática en agenda y, cuando lo logran, se ocupan de facilitar acciones de cuidado y favorecer la creación de

redes para pensar juntas como abordar casos donde son violentadas (en general, refieren específicamente a violencia física). En el momento en que conocí a María estaba en un proceso de reflexión sobre violencias naturalizadas dentro de las comunidades y haciendo un acercamiento con un grupo de mujeres mbya en Brasil para conocer cómo trataban estos temas.

Muchas de estas mujeres mantienen la frente en alto y el tono de voz elevado cuando hablan. Jackson (2011) anticipa que las relaciones entre las personas están condicionadas por los usos del cuerpo y por patrones mutuamente exclusivos como, por ejemplo, las disposiciones de género. En este sentido, ante la fluidez de sus movimientos corporales – incluido el habla-, yo también me fui distendiendo en la interacción con alguna de ellas y aprendiendo los tiempos de las conversaciones, a cómo preguntar, a intercambiar pareceres, a como disponer mi cuerpo para la charla, etc. El registro de cuando conocí a Marta es ejemplificador:

Una noche me invitaron a ver partidos de fútbol y Marta llegó de la mano de su actual compañero. Durante las horas que duraron los partidos de fútbol, Marta y yo charlamos sobre diversas temáticas: recetas de cocina mbya, sus hijas/os, los partos de las mujeres, la lucha territorial que llevó a cabo en Oruga (ver capítulo tres), sus visitas a Tatú para estar con su familia, etc. Reímos innumerables veces por la poca atención que le prestábamos al partido. Desde que Marta se sentó a mi lado, no paramos de hablar hasta que nos distanciamos unas horas después. Para mí fue un tanto sorprendente. Era una de las primeras jóvenes que se mostraba conmigo en público. Vestía un pantalón y campera de jean. Contaba mucho más de lo que se le preguntaba, mostraba un perfecto uso del español y para mi asombro estuvimos toda la noche abrazadas para pasar el frío. También sus gestos me parecían poco comunes: su frente en alto y mirada firme, un tono constante y elevado en su voz, movimientos de sus brazos y manos excéntricos; en su corporalidad se podía leer una persona muy segura y fuerte lo que confirmó tiempo después cuando me contó sobre su rery: jachuka (RC Boffelli y Cantore, 18-5-16).

Con este registro no estoy diciendo que Marta sea la única con estas características, pero era la primera con quien me relacionaba que se expresaba firmemente siendo joven, las mujeres que había visto hablando en tonos altos para toda la comunidad y sosteniendo discursos fuertes eran abuelas. Y fue la única mujer con la que los abrazos fueron una constante durante nuestros encuentros. Aunque también se marcaron distancias corporales con enojos o no permisos. Con Eugenia, María y Rosa la cercanía corporal fue más esporádica y con instancias prolongadas en el campo. Por su parte, la timidez de Victoria

marcaba una gran alegría de verme, pero nuestros encuentros cuerpos se acercaron una o dos veces para sacar alguna foto. Con Inés la relación siempre fue más distante.

La mayoría de las mujeres usan el pelo suelto y visten remeras holgadas y polleras que pasan sus rodillas. Los aros, collares y pulseras de distintos estilos y materiales son de uso común. Esta suele ser una de las imágenes de las ancianas cuando fuman sus pipas (ver foto n° 4 y 5). Las más jóvenes pueden tener tatuajes caseros que, en general, aluden al nombre de alguna persona y un corazón. Algunas estilan usar ropa ajustada a la piel como short, jeans o calzas y remeras escotadas dejando ver el sostén. Mayormente, la ropa que utilizan proviene de donaciones.



Foto 4 - <http://www.serargentino.com>
Diariamente las abuelas están en el patio de sus casas con familiares que van a visitarla, la vestimenta en esta imagen es parte de lo que usan a diario y que no contrasta con la joven de la foto 3, pero si lo hace con la de la foto 2 donde se ve es uso de short y remera al cuerpo.



Foto 5 - Vhera Poty en cronicasinmal.blogspot.com Esta imagen representa a una abuela fumando *petyngua* (pipa), es uno de los elementos circulantes entre las/os guaraní a la cual se le dan diferentes usos ceremoniales y de curación con su humo.

A todas estas mujeres las he visto bañadas y con ropa impecable cuando tienen una salida programada a la ciudad. Además, a veces se las ve maquilladas con algún sombreado de ojos, labios y uñas pintadas. Esto genera un discurso sobre la sexualización de las jóvenes por parte de las/os *juruas*. He escuchado al personal docente y de salud fuera de la comunidad decir que las jóvenes se visten “provocativas [para los varones] y se desesperan por buscar novio” (Charla con docente, 15-2-18). Al igual que en otros contextos, se depositan en las mujeres discursos patriarcales que conllevan estigmas de sexualidad y culpabilización hacia las mujeres.

Cotidianamente, las ojotas son el calzado por excelencia de las personas en las comunidades, excepto cuando van a jugar al fútbol. Para esta práctica, utilizan indumentaria deportiva de algún equipo de fútbol nacional (en general, el clásico Boca o River). Según mis observaciones, es el espacio de ocio más frecuentado. El momento del juego es el espacio de “placer” donde poder dejar de lado las tareas de la rutina doméstica. Además de ser uno de los pocos momentos que las mujeres comparten más allá de sus lazos de parentesco (ver capítulo tres). Las convocatorias para jugar son abiertas, invitaciones por mensajes o estados de WhatsApp a otras mujeres que se quieran sumar, más allá de la comunidad en la que vivan. Las seis mujeres a las que referí han jugado al fútbol al menos un tiempo. Victoria, Eugenia e Inés frenaron este deporte durante sus embarazos. Marta dejó de interesarse, pero acompaña siempre a su marido. En cambio, Rosa y María son dos apasionadas del juego, arman los equipos y están siempre dispuestas para jugar o ver partidos.

Casi todas las jóvenes practican este deporte siempre que tienen la posibilidad, pero se suele interrumpir durante el embarazo y puerperio, aunque después rápidamente vuelven al juego siempre y cuando tengan dónde y con quién dejar cuidados a sus bebés. Como analizamos en un trabajo anterior (Miranda González Martín et. al 2019), la disposición y aprovechamiento de los espacios en este juego nos habla de la jerarquización entre varones y mujeres en la vida cotidiana. Un pequeño encuentro con una joven de 18 años es ilustrativo:

Mientras volvía de visitar una familia me crucé con una joven con quien nos pusimos a hablar. Ella tenía puesto un short, una remera y unos botines. Iba a jugar fútbol a una comunidad del otro lado de la ruta. Jugaba de delantera y se destacaba en el juego Me contó que estaba muy nerviosa, a lo que le pregunté “pero ¿cómo? ¿no juegas siempre?”, a lo que respondió “sí, pero esta vez va a haber mucha gente [mirando]”. Quise saber si jugaban en la cancha más grande que hay en las comunidades, que tiene unos enormes reflectores y donde se juegan partidos interétnicos. Ella me dijo “sí, eso es lo que me pone nerviosa”. (RI 3-11-19)

Tal como ha analizado Pablo Scharagrodsky (2004) en contextos escolares urbanos, los varones tienden a ocupar espacios más amplios y centrales, mientras que las mujeres utilizan los reducidos y marginales. Vemos que los partidos de los hombres se juegan en las canchas ubicadas en el centro de la locación donde hay mayor circulación de personas, por lo tanto, mayor exhibición; las mujeres juegan en canchas más alejadas a las que no accedemos si desconocemos las dinámicas comunitarias (González Martín et. al 2019). Si bien este no es el único espacio donde mujeres y varones circulan separados es bastante representativo, aunque es aún más notorio en espacios que impliquen cuidados a la salud y la sexualidad. Las consultas médicas o charlas sobre cuidados en las relaciones sexuales se depositan completamente en las mujeres (ampliaré en el siguiente capítulo).

Podemos ver que el uso de los espacios también nos habla sobre la sexualidad de las mujeres, pero me gustaría volver sobre las imágenes de la corporalidad de las mujeres para introducirnos lentamente en el proceso de embarazo y parto. Mencioné los escotes de las jóvenes son leídos como provocaciones, pero no sucede lo mismo con los torsos desnudos en el ámbito comunitario. Hubo ocasiones en las que llegaba a la casa de las mujeres y ellas se encontraban con los senos descubiertos, pero inmediatamente se tapaban cuando advertían mi presencia. Las mujeres normalmente están sin remera, aun cuando sus patios son abiertos y las delimitaciones apenas se marcan con una planta o un árbol, de manera que lo único que no se ve entre vecinos es lo que sucede al interior de las casas. Podemos arriesgar que estas acciones de taparse los senos hablan más de tabúes occidentales que propios de la comunidad.

En la comunidad no suele haber una sexualización del torso desnudo, ni es leído como provocativo como parece ser con los escotes. Esto es más manifiesto cuando se trata de la lactancia materna. Las mujeres amamantan a sus bebés sin importar el lugar de la comunidad en que se encuentren. La leche materna no suele ser un problema como los que se generan en contextos urbanos (aunque en ocasiones se complementa con leche de fórmula u otros suplementos nutricionales), cuando se está en las comunidades es corriente ver a las mujeres realizando esta acción. Las mujeres no se rehúsan a “dar la teta”, incluso, que sea un tema de debate en otros contextos puede llegar a ser sorprendente como, por ejemplo, para Rosa:

Mientras charlábamos en el patio de su casa, la agente sanitaria comenta sorprendida que le dijeron que, en Brasil, estaba prohibido dar la teta en público. Desde entonces se había quedado pensando y nos dijo “no es ningún pecado darle de comer a tu hijo”. (RC Enriz y Cantore, 35-5-16).

Cuando conocí a Rosa tenía 30 años y hacía pocos meses que se desempeñaba como efectora de salud. Durante los primeros meses de su trabajo no se identificaba a sí misma como una voz con autoridad para hablar sobre salud, pero con el tiempo fue reconocida por la comunidad, el cacique la señaló como “ella sabe mucho [de temas de mujeres y salud], es la persona indicada para que hablen” (RI, 15-11-16). Fue designada para este cargo por su perfecto manejo del español, su interés por la salud y su familiaridad con el tema, ya que cuando vivía en el centro de la provincia acompañaba a su tía en tareas de enfermería.

Desde hace mucho tiempo se desempeña como agente sanitaria, habla a la perfección español (volveré sobre este punto) y siempre estuvo cautivada por temáticas afines a la salud. Cuenta que se sintió muy satisfecha cuando en una asamblea la comunidad la designó para el cargo. Parte de sus intereses reconoce debérselos a su tía, quien era enfermera en la locación donde vivía anteriormente y a quien acompañaba gustosa en su trabajo. Muchas/os de las/los promotores de salud que conocí en el trabajo de campo no se sienten a gusto con su trabajo, pero como “la comunidad los elige” creen que deben responderle. Rosa, en cambio, confiesa apasionarse con las tareas sanitarias.

A Rosa le sorprende que se sexualice a las mujeres cuando amamantan, pero no desconoce que mostrar los senos está mal visto para las/os no-indígenas. Recuerdo pasar por su casa sin aviso previo y que se haya colocado un pantalón encima del torso porque yo, alguien ajena, me acercaba. Sin embargo, al momento de dar la teta, considera que el pecho responde a una necesidad de la/el bebé que pone por encima de la sexualización y, desde aquí, su asombro por la censura de amamantar en público fuera de la comunidad. En general, el amamantamiento no es un inconveniente entre las madres mbya. Para ellas, dar leche de pecho es una parte importante del cuidado durante el primer tiempo de vida. Rosa, como agente sanitaria, no desconoce que el estado de salud de las madres es fundamental para el crecimiento de la/el niña/o. Incluso, desarrolla acciones que favorezcan su evolución, por ejemplo, enseñar a otras mujeres la manera correcta de preparar leche de fórmula cuando la de pecho no alcanza. Para las mujeres mbya, el cuerpo de las madres es parte de la crianza, es parte del crecimiento del bebé. Parafraseando a Largade (1997), cuando el pecho da de mamar, el erotismo de los cuerpos desnudos es desligado de la reproducción.

En resumen, en un espacio geográfico donde las relaciones interétnicas son tan constantes como en Iguazú, no es posible describir un “tipo de mujer guaraní” porque las corporalidades están atravesadas por esas relaciones constantes. Marta e Inés son referentes comunitarias, se expresan sólidamente en sus comunidades siendo muy jóvenes. María tiene un perfil más bajo, pero no deja de ser alguien con expresiones firmes dentro y fuera de la comunidad. Eugenia y Rosa fueron aprendiendo a hacerse escuchar y a relacionarse abiertamente con *jurua*s a lo largo de los años en su trabajo. Victoria es la más tímida y

doméstica de todas, es quien pasa la mayor parte de su vida diaria en la comunidad y entre parientes. Podemos decir que las expresiones de la femineidad son amplias, no están definidas solo por normas del grupo; sino que se van armando en relación a la experiencia de vida de cada una de estas mujeres.

1.4 La maternidad como potencial

El embarazo y parto son un tema tan recurrente en las comunidades que llegué a pensar que hablar sobre ello era parte de las conversaciones públicas, pero definitivamente estaba equivocada. Como vimos en la introducción, el embarazo y parto son una de las líneas de trabajo fundamentales de la Dirección de Salud Indígena y hacia donde se destinan los mayores esfuerzos hacia las comunidades. Quizás esto y que, cuando presentaba mi proyecto delante de indígenas, respondían casi por unanimidad “es un tema muy importante en las comunidades”, me llevaron a pensar que era algo sobre lo que siempre y en todos lados se podía preguntar. Sin embargo, las mismas mujeres me hicieron dar cuenta de que no era así.

Las conversaciones más profundas, aquellas que hacían referencia a la experiencia de estar embarazada y parir, a cómo era vivido por cada mujer, se generaban en entornos de privacidad y confianza entre la investigadora y la interlocutora. Logré esos relatos sólo con las mujeres con quienes establecí vínculos más estrechos, relaciones que se fortalecieron de viaje a viaje. La siguiente escena es ejemplificadora y no precisa ser diferenciada con el nombre de alguna mujer, se trata de una escena que se repite y se repite en múltiples entrevistas:

Estamos sentadas en su patio, seguramente, compartiendo un mate o tereré y unas galletitas. Ya llevamos varios minutos de charla donde profundizamos qué cosas pasaron en sus embarazos. Posiblemente, la interlocutora ponga mayor énfasis en la narración de algunos de sus partos, puede ser el de su hija/o más querida/o, puede ser porque sucedió algo diferente en ese proceso, puede ser porque es el embarazo actual o la/el bebé nueva/o (pytã). En un momento, el relato comienza a ser más pausado y el tono de voz baja. Advierto, entonces, que el marido está llegando. La conversación inmediatamente se interrumpe. A veces, lo hacemos explícito y digo: “si querés otro día seguimos charlando sobre esto porque ahora está llegando tu marido”. Ella responde “sí, mejor hablamos otro día”, no seguimos hablando del tema y el varón se incorpora a una charla cualquiera (si bien el relato es ilustrativo, las líneas de diálogo son reales. RI, 21-8-21).

La reiteración de esta escena da cuenta de que, si bien hay discursos públicos sobre del embarazo y parto, su vivencia tiene componentes íntimos y que las mujeres encuentran mayor empatía en otras mujeres sensibilizadas por la temática. Pero no es compartir la autopercepción de género lo que posibilita en sí misma la narración de esas experiencias, solo logré acceder a estos al fortalecer el vínculo con ellas. Fue entre charla y charla que sumaban y combinaban elementos de sus vidas y de sus mundos que daban sentido a esas historias de las que eran protagonistas. Entonces, aparecieron aquellos “datos” que para mí eran relevantes. Es decir, donde pude dar cuenta de que las experiencias de embarazo y parto tenían puntos de encuentro, pero eran heterogéneas.

Desconozco cuanto de esto era tema de conversación con sus maridos, incluso, si rememoraban con ellos cosas que habían pasado juntos. Pero lo interesante es que se piensa como “tema de mujeres”, algo sobre lo que varón tiene y no tiene que decir. En efecto es posible dar cuenta de jerarquías en las condiciones de género donde se delega a la mujer a los espacios de reproducción y crianza. En el capítulo tres, veremos que los varones tienen gran participación de estos eventos, que no son ajenos y que de ellos también se esperan acciones de cuidado; pero de lo que damos cuenta acá es que el embarazo y parto no se relata de la misma forma entre mujeres que con varones. Las narraciones que condensan sentidos emocionales se desarrollan en la intimidad y en confianza.

Como dije anteriormente, cuando presentaba mi proyecto los caciques se mostraban interesados y afirmaban la importancia de la maternidad, por su parte el sistema de salud tiene políticas específicas para la institucionalización de la maternidad como veremos en el siguiente capítulo. Hay tipos de preguntas que son de rápida respuesta como las prescripciones sobre lo que se debe y no hacer durante el embarazo, o cómo debería ser el corte del cordón umbilical en el nacimiento. Estas son algunas cuestiones que expresan lo público de la temática. Pero, como vemos en el registro anterior, las mujeres callan delante sus maridos y fue muy difícil para mí acceder a las experiencias vividas de las mujeres y lograr que las interlocutoras salgan de los relatos genéricos. Las experiencias personales me fueron narradas en la intimidad, mate de por medio, y solo con aquellas mujeres que logré vínculos más estrechos, con quienes generamos una relación no mediada por sus maridos u otras personas de la comunidad. Cuando las mujeres cuentan qué vivieron lo hacen en la intimidad, en lo privado y con personas que van siendo parte de su confianza.

Tenemos, entonces, que la maternidad se relata de maneras distintas en el discurso público y privado, pero es una referencia a la feminidad guaraní. Las presiones sobre Eugenia para que vuelva a ser madre dan cuenta de a qué me refiero. Recordemos que ella es la agente

sanitaria de Comadreja. Es importante destacar que el rol de agente sanitaria es propuesto por la comunidad y votado por sus miembros, por lo que las personas no suelen rehusarse a cumplirlo; pero cuando se designó a su hermana, Inés, esta no estuvo interesada y Eugenia habló con su papá para hacerse cargo y se postuló para este rol. En cuanto a su vida personal, Eugenia tiene dos hijos varones (14 y 2 años) de padres diferentes. Cuando nos conocimos, en el 2018, ella hacía más de un año que estaba con su actual pareja, Alberto. Distintas personas hacían comentarios sobre la decisión de la pareja de postergar la ma/paternidad. El último tiempo, ella recurrentemente decía que estaba en búsqueda, pero él quería esperar un tiempo más. Al año de nacido su segundo hijo, fui a visitarla:

Cuando con Mariana llegamos a su casa se largó a llover. Eugenia nos invitó a conversar dentro de su casa, algo que no es muy habitual, pero la lluvia lo ameritaba. Charlábamos sobre su hermana que recientemente había tenido a su nuevo hijito. Nos contó que madre e hijo estaban bien y ella iba a hacerle las curaciones a su hermana por la cesárea. El tema derivó en cómo fue su embarazo y le pregunté quién fue la primera persona a la que le contó que esperaba un nuevo bebé. Su respuesta fue que, a su mamá, quien le respondió “está bien, ya era momento de que tengas un hijo con Alberto”. (RC Lorenzetti y Cantore, 8/9/21).

Las palabras de su madre “ya era momento de que tengas un hijo con...”, nos hablan de las presiones que tienen las mujeres en relación con la maternidad. Como vengo mencionando la sexualidad de las mujeres aparece ligada a la maternidad y se espera que las parejas estables tengan descendencia. Pero, esto no se reduce a una imposición comunitaria, la maternidad -aunque sea de manera potencial- es una referencia para las mujeres. Pregunté a muchas jóvenes si ellas querían ser madres, en algunos momentos las respuestas eran “más adelante”, pero nunca hubo una respuesta negativa. Aunque no podré responder en esta tesis no dejo de hacerme preguntas sobre ¿cómo se construye ese deseo? ¿qué tan compartido? ¿Qué lugar tiene el no deseo de maternidad? ¿qué implicancias tiene la falta de deseo? ¿qué alternativas son posibles?

Estas preguntas que aquí no tienen respuesta se separan de la visión que la etnografía clásica ha tenido sobre la maternidad. Como mencioné, desde León Cadogan (1997) se describe a la mujer en el espacio doméstico y familiar, su enfoque androcéntrico de este autor le llevó a decir que “la verdadera misión de la mujer es tener hijos” (1997:187). En continuidad, Branislava Susnik (1983) resalta que el aporte de la mujer a la comunidad es su capacidad de engendrar hijos, en sus palabras: “El ideal de la mujer guaraní es su rol de (*haí*) madre procreadora, la garantía potencial de las comunidades” (1983:16), para ella a través de la maternidad se posibilita la continuidad de las comunidades. En esa

correspondencia del hogar es que esta literatura ha ubicado a las mujeres como sinónimo de madres sin preguntarse por el costo de no querer ser madres o cómo se construye comunitariamente ese deseo de maternidad.

Ya analicé en otros espacios que estas descripciones son parte de un enfoque androcéntrico y cómo el feminismo respondió a este tipo de análisis (Cantore, 2017, 2020, Enriz y Cantore, 2021). Los enfoques de género proponen desnaturalizar todo lo que concierne a las mujeres y hombres, pero con el propósito de analizar las relaciones entre los colectivos sexo-genéricos, es decir, dar cuenta de cómo se construyen las diferencias y se establecen las desigualdades. La categoría de género para referirse a los procesos de diferenciación entre varones y mujeres y sus posibilidades de acción obliga a volver la mirada hacia lo social para abrir la posibilidad de cambio (Lamas, 1986).

En otras palabras, no se puede simplemente esperar que las mujeres correspondan a lo que las sociedades establecen como femenino por naturaleza, sino que el género se incorpora a través de procesos individuales y sociales que van construyendo esos deseos. Desde aquí, que la crítica a los trabajos más clásicos es que sólo refuerzan el modelo de las mujeres como domésticas, cocineras, madres; pero no analizan la variabilidad real que se da entre las mujeres. La dicotomía femenino/masculino crea estereotipos que condicionan y limitan las potencialidades de las personas adecuándolas a un comportamiento en función de su género y su cultura (Lamas, 1986).

Lo que quiero decir aquí es que algunas descripciones de ese modelo continúan siendo válidas y algunas/os guaraní presentan a las mujeres de esa forma y algunas mujeres si inscriben en esos modelos. Pero ello no significa que otras mujeres no discutan con esto, lo (re)signifiquen o innoven sobre los significados culturales recibidos o realicen prácticas diferentes (Butler, 1990). Hay situaciones en los que esos marcos de referencia se reflexionan y cuestionan. En este sentido, yo, una mujer de más de 30 años, en pareja, preguntando por experiencias de maternidad, pero sin ser madre, les presentaba una rareza, un punto para interrogarme e interrogarse sobre la maternidad. En el tercer capítulo, hablaré más sobre Marta, pero una conversación con ella viene a colación de lo que estoy diciendo:

Tímidamente me empezó a preguntar cuántos años tenía. Le dije que 31 y entonces preguntó “¿y vos no vas a ser mamá?” Mi respuesta fue que sería un tema a futuro, pero que no está en mis planes a corto plazo. Entonces me dijo “perdón, pero yo no entiendo a los juruas porque ustedes hablan de la maternidad deseada y para mí la maternidad no es deseada, a mí, mis abuelos, me enseñaron que los hombres y las mujeres se juntan para tener hijos. No sé qué es eso de que ustedes se pregunten y

que si uno no quiere no los tienen ¿para qué se juntan?... yo no sé qué onda, si nosotros ahora estamos haciendo las cosas mal o si las cosas están cambiando (RI 23/8/21).

Tanto en este registro como en el de Eugenia, las mujeres se están preguntando por su “rol” de madres. Como veremos, Marta, es una persona que da mucha importancia a lo que dicen las/os ancianas/os, siempre encuentra una respuesta en “la cultura”, en las diferencias entre “las/os juruas” y “las/os mbya”. En este registro, problematiza lo que “viene de afuera” con lo que considera que debe ser por sus ancestros y ser madre es parte de ello. Sea que Marta encuentra respuesta en el saber de las/os ancianas/os o que Eugenia posterga su maternidad se están haciendo preguntas sobre sus proyectos, sus deseos, su género.

Sin embargo, ni aquí, ni con el registro de Eugenia logro resolver esas preguntas sobre cómo se construye ese deseo de maternidad, si lo hay. Esta pregunta se complejiza cuando tomamos la distancia entre maternidad (maternity) y maternaje (matterhood) propuesta por Sara Ruddick (1992). Mientras la primera se corresponde con actividades reproductivas como el embarazo y el parto, la segunda es exclusivamente a la socialización y la crianza. De esta forma la experiencia de la maternidad puede ser saldada por cualquier persona que cumpla esa función y ésta no necesariamente debe ser una mujer. La mayor presencia de mujeres en la crianza tendría que ver con el proceso histórico que ha llevado a las mujeres a ocupar ese lugar (Ruddick, 1992).

En una investigación anterior (Cantore, 2020), analicé las formas de maternar de dos mujeres que no viven con sus hijas/os, lo que es un quiebre sobre los relatos prescriptivos de la literatura clásica. Lo que surgía de esas experiencias es justamente que las experiencias de la maternidad son siempre creativas. Sin embargo, destaco que la aspiración a la maternidad y a pasar por la experiencia de embarazo y parto parece ser un deseo compartido por las mujeres mbya, aunque con vivencias heterogéneas. Aunque, como feminista, considero que estas lecturas tienen limitaciones, no es objetivo de esta tesis responder a cómo se construye o rompe la diada femineidad/maternidad entre estas mujeres y su grupo.

En esta segunda dimensión de análisis, podemos ver la heterogeneidad de corporalidades que presentan las mujeres, como también cómo van dialogando valores comunitarios con las individualidades. En síntesis, las descripciones sobre el “tipo ideal de mujer mbya” pierden sentido porque son construyen una imagen estereotipante, pero eso no niega alguno sentido compartidos como lo es la femineidad ligada a la maternidad, aunque sea potencialmente. Veremos en el capítulo cuatro, que las tecnologías también generan diversidades sobre la femineidad. En lo que sigue pretendo profundizar en las corporalidades

durante el embarazo y parto. Para ello, luego de reponer algunos puntos en los que ha profundizado la etnografía, me enfocaré en las emociones y los aprendizajes para/durante el embarazo y parto.

Aspectos de la corporalidad en el embarazo y parto

Las descripciones etnográficas sobre el embarazo no han dicho mucho sobre las corporalidades de las mujeres. Marcelo Larricq (1993) continúa el imaginario de unidad madre-hija/o, en donde la mujer tiene un papel aparentemente universal como madre y educadora. Según él, el fogón es el “sitio donde pasan la mayor parte del tiempo diario las mujeres” (1993:38). Los enfoques sobre la formación de la persona inscriptos en el perspectivismo amerindio consideran que el cuerpo de las mujeres se prepara para este proceso y en este se generan componentes de humanidad. Aquí, los fluidos corporales adquieren sentido en tanto son los que irán formando el cuerpo de quién va a nacer, mientras el alma es enviada por los dioses. El semen del varón es el principal formador de la persona y es el elemento más referenciado (Assis, 2006; Flávia Mello, 2006; Pissolato, 2007, Enriz, 2010; Prates, 2013; Cebolla Badie, 2016).

Siguiendo a este autor, la mujer solo concibe por decisión divina, aun teniendo una vida sexual activa. La formación de una nueva persona corresponde principalmente al varón, que da sangre y dota de materialidad corporal al feto a través de sucesivas relaciones sexuales con su pareja. Marilyn Cebolla Badie (2016) también lo afirma al observar el modo con el que se denomina el vientre: *imemby ryrú* (recipiente de su hijo). Durante un embarazo, tanto la madre como el padre y las/los parientes más cercanas/os deben seguir una serie de prescripciones para lograr que la/el niña/o que va a nacer logre sentirse a gusto en la vida terrenal (Enriz, 2010). La gestación y el nacimiento aparecen como altamente condicionados, lo que incluye una serie de elementos identitarios de diversa índole.

Estas prescripciones buscan que el alma (*ñe'e*) se sienta a gusto en el lugar, que se “halle” (*ayvu'a*). Se trata de un proceso que inicia cuando esa alma se asienta en el útero de la mujer (Assis, 2006) y continúa durante los primeros años de vida de esa persona (Enriz, 2010), ya acontecido el parto. Las etapas de embarazo, parto y couvade tienen la finalidad de que la persona que va a nacer “tome asiento” (*ombo apyka*), es decir, que su cuerpo y su alma puedan situarse y estar cómodos en ese lugar en la tierra (Enriz, 2010). Durante estas etapas se ponen en marcha una serie de dispositivos que crea estrechas relaciones sustanciales entre la/el bebé y sus progenitores (Larricq, 1993). La mujer está en estado crítico (*jeko aku*) y, por miedo a las fuerzas externas, debe cumplir una serie de restricciones y prescripciones para la buena salud de quien va a nacer (Larricq, 1993; Enriz, 2010). Pero,

las/os mbya consideran que, durante el primer tiempo de vida, el alma del/a niño/a se mantiene ligada al padre. Por ello, él también debe tener un comportamiento acorde como no ir lejos, ya que el alma de la/el recién nacida/o la acompañara y podría enfrentarse a nuevos peligros (Pissolato, 2007).

Estos trabajos ponen el foco en explicaciones donde el cuerpo de la mujer es un simple envase de otro que se está desarrollando. Al definir la acción la de madre como pasiva, se trata de elucidaciones similares a las que veíamos con la biomedicina. Revindicar lo que sucede con la corporalidad de las mujeres, nos permite correr de la idea de feto como parásito que les deforma o “desgasta” su cuerpo para interiorizarnos en cómo se vivencia ese proceso. Y, a su vez, dar cuenta de su participación activa y constante para que el alma de la/el niña/o se sienta a gusto en la tierra. Contrariamente a la pasividad de las madres en estas descripciones, considero que para lograr que el alma tome asiento es necesaria la activa participación materna, lo cual se ha perdido en las etnografías por considerarlas prácticas secundarias. Sin sus acciones de cuidado y sostén diario como la alimentación, la higiene, la atención sanitaria, evitar el llanto, etc. sería imposible que esa alma se halle.

Busco acercarme a la corporalidad en sí misma, inseparable del sujeto, a través del cual este percibe y vive en el mundo, es decir, un agente social encarnado (Csordas, 2010). Por ello, me sumo a la pregunta de Sarah Nettleton y Jonathan Watson (2005) sobre ¿cómo le pedimos a la gente que hable sobre sus cuerpos cuando, la mayor parte del tiempo, no son conscientes de este? o ¿cómo vivencian y experimentan el proceso de embarazo y parto? (en los capítulos tres y cuatro aparecerán algunas respuestas) Al pensar que la percepción humana está incorporada podemos pensar que al cambiar el cuerpo -al embarazarse y parirlas percepciones de nuestro mundo cambian. En concordancia con diversas/os autoras/es (Nettleton y Watson, 2005; Le Breton, 2013) existen situaciones que irrumpen en la cotidianidad obligándonos a repensar nuestro cuerpo, puede ser la pérdida de cabello, un dolor, una mancha en la piel, no divisar el número del colectivo que estamos esperando, entre miles y miles.

Aquí, las palabras con las que iniciamos este capítulo cobran mayor relevancia porque considero que el embarazo es uno de esos momentos que desencadenan una reflexión sobre las trayectorias vividas. No es la simple noticia de estar gestando una advertencia, es el cansancio sentido, el agrandamiento de la barriga, que los pantalones no entren, los cambios de humor, las ansiedades, las piernas hinchadas, prohibiciones alimentarias, etc. Es en este momento que las mujeres hablan sobre sus cuerpos. Si bien en nuestras charlas las descripciones no han sido largas, ni ahondaban en descripciones sentimentales o

metáforas del cuerpo, las palabras más mencionadas fueron: “bien”, “alegre”, “cansada”, “dolor”, “miedo”, “ansiedad”.

Aquí, me interesa por problematizar dos cuestiones. Por un lado, las sensaciones como el dolor o el cansancio, siempre pensando que van más allá de una simple sensación física (Ahmed, 2015; Le Breton, 2013). Los trabajos sobre las emociones brindan un marco teórico para pensar en ellas. Por otro, propongo analizar los aprendizajes corporales para y durante el proceso de embarazo y parto. En este sentido, el aprendizaje no puede ser entendido como algo puramente racional, ni tampoco únicamente emocional. En este punto, planteo que las formas de manifestación de lo oral permiten encarnar los cambios en las corporalidades.

1.5 Dolor y cansancio: Emociones durante el embarazo y parto

De acuerdo con Paula Prates (2021) con el embarazo y el parto nacimiento, se genera un quiebre en el antes y después de la experiencia corporal de la mujer mbya. Considero que, en esas experiencias, las emociones cobran gran relevancia. Acorde con las ideas que vengo desarrollando, las emociones son unas de esas formas perceptivas del cuerpo que resaltan las experiencias por su carácter pre-reflexivo. Siguiendo a Le Breton “la emoción nace de la evaluación de un evento” (2013:72) y, justamente, el embarazo y parto es uno de esos acontecimientos donde florecen relaciones y afectos de índoles muy diversas.

Ya fui mencionando la diversidad de elementos a las que podemos atender en durante este proceso, pero aquí me interesa enfocarme específicamente en las emociones. En concordancia con el planteo de Silvia Citro (2009) mencionado anteriormente, estos eventos magnifican los aspectos sensoriales y emotivos, lo que hace relevante su análisis. El cansancio, el miedo y el dolor serán la guía de este análisis. Más adelante, en el capítulo cuatro referenciaré a alegrías y ansiedades. Hago esta reserva porque me interesa pensar cómo estas últimas se recrean a través de dispositivos tecnológicos y, a su vez, renuevan las experiencias de estar embarazada. Presentaré el abordaje teórico de las emociones para, luego, complementar con el análisis etnográfico propio de esta tesis.

Michele Rosaldo (2019) fue una de las iniciadoras de los estudios antropológicos sobre las emociones. Parte de que las emociones son pensamientos sentidos o, en sus palabras: “las emociones hablan de las formas en que el mundo social es aquel en que estamos involucrados [...] no son sustancias que se descubren en nuestra sangre, sino prácticas sociales organizadas por historias que representamos y contamos” (2019:38, traducción propia). El primer punto que está cuestionando esta antropóloga es que las emociones no

pertenecen únicamente al ámbito de lo fisiológico, ni son puramente psicológicas, pero tampoco se corresponden con patrones culturales. Se trata, en cambio, de pensamientos corporizados. De esta manera, comienzan una serie de estudios sobre las emociones que cuestionan la tradición cartesiana de separación cuerpo/mente.

Estas palabras inaugurales a las temáticas fueron continuadas por otras/os autoras/es que fueron más allá con sus planteos (Le Breton, 2002, 2013; Ahmed, 2015). En el análisis de David Le Breton (2013) se rompe con la dicotomía individual/social porque, para él, las emociones nos están conectando continuamente. A través de estas nos relacionamos con el mundo y, aunque su registro sea algo individual, se corresponde con un registro de significados y maneras de expresión que son socialmente compartidas y ritualizadas. En esta línea, Ahmed (2015) también discute que las emociones sean algo que el individuo o la sociedad “tiene”, sino que ellas moldean esa relación.

David Le Breton (2013) define la emoción a través de tres características: en primer lugar, que no se trata de una sustancia; en segundo, que surge en respuesta a una situación y; por último, que siempre hay una relación implicada. En el primer punto se rompe con la universalidad de las emociones porque no tienen un carácter fijo. Las emociones cambian dependiendo las circunstancias y se van modificando en las situaciones mismas, lo que pudimos ver con las distintas expresiones de la timidez. Pero, es más, el análisis sobre un acontecimiento se va modificando y con ello las emociones que surgen. Esto nos lleva al siguiente aspecto, la evaluación de los acontecimientos a través de las emociones.

El autor agrega el carácter pre-reflexivo de las emociones y enfatiza en que las emociones no son intencionales, a pesar de nuestro intento por manejarlas -aunque considero que ello no elimina la posibilidad de actuar “acorde al momento”-. En otras palabras, las sensaciones se corresponden con un repertorio cultural posible y, por ello, logran comunicarse a otras personas con quien comparten algo de su emocionalidad. Aquello que es compartido ofrece un marco de interpretación. Aquí se une el tercer punto planteado por Le Breton (2013) de pensar las emociones como relaciones. El autor parte que no hay una independencia del actor, ni del contexto en las emociones, por el contrario, las emociones permiten interpretar, significar, expresar, intercambiar, etc.

Siguiendo este planteo podemos decir que las emociones que surgen en el proceso de embarazo y parto no tienen una naturaleza fisiológica, no pueden ser definidas a priori y definidas por niveles de hormonas. Por el contrario, las emociones son contextuales y experienciales. Como mencioné, surgen en el mismo momento que advertimos el embarazo, pero se desarrollan de múltiples formas. Es a través de los sentimientos y sensaciones que vive la embarazada que va generando relaciones con las personas de su entorno. Considero

que la perspectiva de David Le Breton (2013) está limitada en pensar que existe un repertorio cultural que le da un marco de significación y que ritualizan la emoción.

Pensar a las emociones como un código cultural que nos permiten comunicarnos, reduce a las emociones a una forma de cognición y pierde de vista las experiencias cotidianas de las personas donde se desenvuelven y desarrollan esas emociones (Rabelo y Alves, 1999). En este sentido, Miriam Rabelo y Paulo Alves (1999) nos dicen que las emociones se sitúan de manera particular dependiendo de cada contexto. La experiencia emotiva tiene un sentido encarnado, no existe sin el cuerpo, un sentido práctico que nos permite desarrollarnos en el mundo. Justamente esto es lo que les permite a las personas dar sentido e interpretar las situaciones dependiendo de las concepciones particulares de género, etnia, clase, identidad, etc. y, a su vez, aprender de esos acontecimientos.

En el mismo sentido, Sara Ahmed (2015) no busca saber qué son las emociones, sino a lo que ellas hacen y como respuesta anticipa que dan forma a los cuerpos. Las emociones se mueven sin separarse del cuerpo en que habitan y sin dejar de conectarse con otros. Su planteo de que las emociones circulan es revelador porque permite pensar la relación de las personas con los objetos (humanos, no humanos, imaginarios, reales, etc.) y los efectos que crean sobre y con estos. Como resultado, las emociones no se limitan a un vínculo entre las personas, sino que son pensadas de manera más amplia porque se dirigen también hacia los objetos.

La autora refiere, principalmente, a las relaciones de acercamiento o alejamiento hacia las cosas. Para explicar esto utiliza la idea de impresión que damos y nos dejan las cosas y las personas. Justamente, la palabra impresión le permite indiferenciar las sensaciones corporales, los sentimientos y el pensamiento. Es en esa relación con las cosas que las emociones se van modificando y moldeando, es decir, se experimentan. En este sentido, "las emociones no pueden separarse de las sensaciones corporales" (Ahmed, 2015:39). Es importante que las emociones no corresponden al ámbito de lo privado y psicológico, sino que ellas son formas sociales. Sara Ahmed (2015) continua estudios como los de Judith Butler, en donde las emociones repiten efectos de subordinación, por lo que es importante ubicar a las emociones en las relaciones de poder que moldean los cuerpos.

De la mano de esta autora, analicé anteriormente la sociabilidad de la timidez que es, para Ahmed (2015), una característica de las emociones. A través de ellas se generan contactos esos otros elementos, entre ellos, otros cuerpos. Así como la vergüenza puede ser algo compartido, también lo puede ser el dolor, la ansiedad, la alegría, etc. En este sentido, ella nos dice que las emociones se vuelven "pegajosas", se contagian. Las personas pueden sentir vergüenza ajena o convivir con el dolor de otra persona, ello es lo que transforma a

las emociones en una relación y no pensar que tienen un marco simbólico común de interpretación. Es decir, las emociones no son algo que simplemente tenemos, no es algo puramente individual ni totalmente social.

En este sentido, podemos decir que las emociones sobre el embarazo y parto son compartidas por las mujeres. Esto no significa que todas las mujeres tengan el mismo dolor en el parto o que todas ellas se sientan cansadas o que todas sientan la misma ansiedad o alegría por sus embarazos, sino que existe la proyección de que estas sensaciones pueden suceder en ese proceso y que otras mujeres han transitado sensaciones similares. Para comenzar, podemos arriesgar que el cansancio, el dolor, la alegría son sentimientos que están dentro de lo que podrían sentir o no las embarazadas, pero que constituyen discursos corporizados sobre el proceso.

En este sentido, el cansancio y el dolor me permite arriesgar que estas emociones son moldeadas comunitariamente, pero no son representaciones únicas ni obligadas del embarazo. En los discursos comunitarios e individuales aparecen vinculadas. Corrientemente se escuchan elocuciones sobre qué deberían hacer las mujeres para no sentir dolor y la mayor parte se corresponden con estar en movimiento. Es decir, a las mujeres embarazadas se las incentiva para caminar, barrer sus casas, limpiar, carpir y cualquier otra actividad que las mantenga activas. En los discursos circulantes constantemente las personas de la comunidad (principalmente otras mujeres) que dicen a las embarazadas qué deberían hacer para evitar para agilizar el parto y que éste duela lo menos posible. Las mujeres hacen propios esos discursos y los contrarrestan o aceptan:

María insistió mucho en que la sensación en el embarazo es una sensación de alegría. Que cuando una mujer estaba embarazada le instaban a moverse, pero a ella nunca le había pasado, porque nunca había dejado de hacerlo (RI, 28-8-21).

En este registro María habla sobre los discursos sobre el movimiento en las mujeres embarazadas como aquello que corresponde hacer durante el embarazo porque permitirá que el parto sea menos doloroso. Ella se apropia de ese discurso diciendo que a ella no tuvieron que insistirle en que se mueva como a otras embarazadas. Cuando en los relatos los partos han sido rápidos, inmediatamente son asociados al haberse movido como uno de los elementos que llevaron a facilitar el parto. Y, por el contrario, estar en la cama, caminar poco, y limitar los quehaceres del hogar son razones a través de las que se explican trabajos de parto largo y forzosos. Algunas mujeres me comentaban lo difícil que se les hacía salir a caminar o barrer sus casas porque sentían mucho cansancio o “solo querían dormir” (RI, 15-5-16), estas referencias también son constantes, pero cuando ellas advierten “estar cansadas” se las asocia a la pereza, la vagancia.

Como podemos ver, estoy retomando muchas de estas emociones desde los discursos comunitarios o relatos de las mujeres porque se trata de embarazos que sucedieron previo a que conozca a estas mujeres, como a María que sus hijos nacieron antes de que yo empiece a hacer trabajo de campo. Si bien con el cansancio hay algo de lo discursivo que a mí me parece relevante por lo reiterativo, no se trata solamente de lo que la gente dice. Cuando Victoria estaba de 8 meses de embarazo la invité a caminar, fui a buscarla y sin decirlo encontró la manera de que nos quedemos tomando mates. Sabía que mi invitación era para salir, pero dispuso unas sillas y armó un tereré. Finalmente, nos quedamos ahí conversando. Más allá de que la actividad sea algo prescripto para las mujeres bajo el lema de tener un parto rápido, la pesades, las piernas hinchadas, el calor, etc. hacen que en el día a día vayan sorteando entre el cansancio y estar activas.

En mis registros de campo, el cansancio es más vinculado a lo que pueda suceder en el parto que el miedo a este evento. El miedo al parto aparece en los relatos de las mujeres, pero no es una sensación inhabilitante. En los trabajos de antropología de la reproducción se tiende a pensar que el miedo es lo que lleva a las mujeres a buscar atención biomédica, principalmente el miedo atribuido al dolor. Lorena Pollock (2009) nos dice que este tipo de atención trae la posibilidad de evitarle un dolor a las mujeres que les es insoportable. En este sentido, para ella el miedo es determinante de las prácticas y decisiones de las mujeres. Desde su enfoque de parto humanizado concluye que esta es la manera en que las mujeres ceden sus cuerpos a la biomédica. A lo largo de esta tesis veremos que no es el miedo el fundamento del parto hospitalario, sino que puede ser un factor más entre tantos.

Marta sostiene un relato que va en línea con este planteo, pero lo hace en referencia al miedo que tienen otras mujeres y no a su propia historia. Ella dice es que “ahora, las mujeres, prefieren ir al hospital porque le tienen miedo al dolor” (RI, 2-3-18). Como veremos en el capítulo tres, considero que esta explicación está más vinculada con la necesidad de Marta de diferenciarse de otras mujeres reivindicando tradiciones guaraníes, que con un motivo por el cual las mujeres tienen a sus hijas e hijos en el hospital de Iguazú. A lo largo de la tesis veremos que los miedos están más relacionados a construcciones del imaginario sobre las mujeres indígenas (capítulo dos) o a historias compartidas entre mujeres que van modificando las trayectorias de unas y otras (capítulo tres).

A continuación, discutiré que el dolor sea significado siempre como algo negativo o malo, lo que no quiere decir que el dolor no duela. Siguiendo a Sara Ahmed (2015) cuando algo duele queremos salir de ahí, salir de ese lugar que nos genera incomodidad, que nos imposibilita, pero en el parto al dolor se le suman las ansiedades, alegrías, potencialidades, posibilidades, etc. Este análisis se puede hacer porque en esta tesis me estoy refiriendo a

embarazos que se convirtieron en embarazos deseados. En decir, el análisis sobre el dolor con la alegría, la espera y la ansiedad por una nueva vida es posible en tanto existe la aspiración por la maternidad de estas mujeres. No obstante, es necesario tomar recaudos con este tipo de análisis si estuviéramos pensando embarazos y partos que conllevan algún tipo de agresión.

Los estudios sobre el dolor en ciencias sociales no son nuevos. Se ha debatido que el dolor es incapacitante para comunicar (Eliane Scarry, 1985) o que es aquello que le da comienzo (Ludwig Wittgenstein, 1964), o que una realidad construida socialmente para significar una enfermedad (Arthur Kleinman y Joan Kleinman, 1991) o, se ha argumentado la dimensión social del dolor y como constructora de la memoria colectiva (Pierre Clastres, 1974; Emile Durkheim, 1954; Venna Das, 2008; Ahmed, 2015)¹⁷. Me interesa aquí dar cuenta justamente de este último punto, es decir, que tiene dimensiones analizables más allá del individuo doliente y pensada que se reconstruye en la memoria.

En las descripciones de las mujeres mbya, el dolor aparece muchas veces en relatos prescriptivos, es decir, qué hacer para prevenir en dolor en el parto. En este sentido, el dolor es presentado como una categoría vinculada al proceso de parto y nacimiento que es evitable en tanto se sigan ciertas normas culturales. Muchas de las narraciones de las mujeres se construyen con este tipo de relatos. Pero, el planteo del dolor en esta tesis no es solo porque “el parto duele”, sino porque los relatos sobre el dolor tienen elementos de la biografía de quienes ya parieron y las potenciales parturientas. Mi interés es ver cómo esta categoría nos habla de la experiencia corpórea de ese proceso.

El punto de partida es que el dolor es una experiencia cotidiana que no se limita a una cuestión física. Nuevamente, Sara Ahmed (2015) pensando en las emociones y las sensaciones corporales nos brinda algunas pistas para pensar en este sentido. Siguiendo a esta autora, al experimentar el dolor le atribuimos significados a través de nuestras experiencias. Continuando su planteo el dolor nunca es una instancia solitaria o privada, sino que en algún momento el dolor es hablado o comunicado hacia una o un testigo. Se cuenta cómo es el dolor, qué partes nos duelen, se utilizan metáforas para describir ese dolor, se intensifican ciertas zonas del cuerpo, etc. Aun cuando el dolor pueda ser una sensación física, un golpe, un corte, angustia, etc. la experimentación de ese dolor es con otras personas.

La autora discute que el dolor se trata de un síntoma, enfermedad o lesión. Este tipo de análisis considera el dolor como algo físico y, por lo tanto, pensarlo desde aquí se

¹⁷ Para un análisis más detallado sobre estas discusiones ver Das (2008)

corresponde con una perspectiva biologicista. Por tanto, el dolor no es algo que está simplemente en la materialidad de nuestros cuerpos, más bien, marca el encuentro del cuerpo con otros cuerpos (humanos y no humanos). Siguiendo el planteo de Ahmed (2015) el dolor nos permite dar cuenta de que esos otros objetos están ahí y, cuando los percibimos, generamos una respuesta hacia ello. De esta manera, el dolor (como podría ser el placer, el goce, la satisfacción, etc.) da forma al espacio y a la relación con las cosas y personas, es decir, con aquello que se considera causante del dolor.

En este sentido, podemos pensar que el parto es reconstituido a través del dolor. El parto como causante del dolor y el dolor como reconstitución de esa experiencia. Recordando que la preocupación de la autora no es qué son las emociones, sino qué es lo que ellas hacen, podemos decir que el dolor durante el parto crea una respuesta afectiva sobre ese evento y le da sentido. Desde acá, el dolor es una experiencia en la trayectoria de las embarazadas que comunica y anticipa lo que vivirán otras mujeres. En este sentido, recordar el dolor del parto implica el compartir la experiencia, aunque el recuerdo siempre vaya modificando la fiabilidad de la sensación corporal.

Para mí, la memoria del dolor es un punto fundamental para explorar porque es lo que permite compartir el relato de la experiencia. En ese recuerdo, lo acontecido puede ser modificado o crear nuevos proyectos o intentar generar acciones y sentidos de otras personas. Propongo, entonces, retomar un fragmento de campo en el que Rosa recuerda su experiencia de parto, los sentidos que le da a estar embarazada, explicita que el dolor le hace replantearse un nuevo embarazo y cuenta a otras mujeres qué es lo que sucede en ese evento. Ella es madre de un varón y cinco mujeres, nacidas/os por parto vaginal a excepción de su hija más chica que nació por cesárea. En la charla comenta que le gustaría volver a ser madre, pero se retrae cuando piensa en el dolor que le produce el parto. Esa conversación desemboca en las recomendaciones que les da a las primíparas:

Después de un tiempo de habla sobre la maternidad y el embarazo, Rosa me cuenta que ella quería tener otro hijo, pero cuando piensa en el dolor que produce [el parto] se le van las ganas. Aun así, si lo tuviera, prefiere parto vaginal porque “a las 24 horas ya estás en tu casa, te sentís re bien, vas al baño sola”, pero con la cesárea “estás internada cuatro o cinco días, no podes comer nada, no podes hablar”, entonces “es peor”. Le pregunté a su colega si ella quería tener otro y me dijo que le pasa lo mismo que a Rosa, piensa en el dolor y no quiere pasarlo de nuevo. Rosa agrega “el parto realmente duele mucho ...tener a tu hijo cuando ya tiene un mes es hermoso [se ríe], pero hasta ahí es jodido ... el parto duele y después también duele”. Le pregunté qué era mejor hacer [o no] para calmar el dolor, por ejemplo, caminar o quedarse

durmiendo y su respuesta fue “salir a caminar te va a hacer mal y quedarte durmiendo te va a hacer peor”. Desde su rol de agente sanitaria dice hablarle mucho a las embarazadas sobre el dolor que van a vivir, “para que estén preparadas, para que puedan enfrentarse con el dolor” (RI 27-2-18).

Este registro tiene muchos de los componentes sobre el miedo analizados por Sara Ahmed (2015). Principalmente, que el dolor está ligado a una experiencia vivida, aun cuando sea un recuerdo. Rememorar el dolor del parto hace que Rosa y su compañera de trabajo repiensen la posibilidad de volver a pasar por éste. En esta línea, un segundo punto analizado por Ahmed (2015) es la incomodidad que genera el dolor. El recuerdo hace que pierdan las ganas, que prefieran no volver a transitarlo. Trae a la conversación un suceso que aconteció en sus cuerpos y que, si bien hoy les trae un replanteo ante la posibilidad de volver a pasar por ello, no será la condición limitante.

La autora dice que cuando algo nos duele queremos salir de ahí, queremos que deje de dolor, nos sentimos incómodas/os. En las palabras de Rosa, ni caminar, ni dormir, dejar pasar la molestia y el dolor. Este relato aparece intensificado cuando se trata de una cesárea. Allí la imposibilidad de hablar o de comer hace que el parto vaginal y la cesárea sean comparables y, la última, recordada de manera más dolorosa. Pero lo que quiero resaltar es que la narración de ese dolor les permite a las mujeres rememorar cómo fueron sus diferentes experiencias entre gestar y parir. Y que, además, pueden ser compartidas con otras mujeres a fin de anticiparles qué sucederá en sus cuerpos.

Sara Ahmed (2015) nos dice que el dolor es sociabilizable porque, por más que no puedo sentir el dolor de quién está narrando, puedo aprehender de ello. Si bien hay algo que quienes escuchan el relato no pueden tomar y pasar por sus cuerpos, hay algunos puntos que se pueden comprender, empatizar y recrear. En este sentido, la intencionalidad de Rosa en este relato es clara: que las mujeres sepan cómo enfrentar ese dolor. Desde esta perspectiva, el dolor no es una sensación física, ni tampoco una representación cognitiva. Por el contrario, de la mano de la autora el dolor no se reduce a una simple sensación física porque es lo que da sentido a una experiencia. Al rememorarla y compartirla se va formando el carácter colectivo de esa experiencia. Y, como vemos en el relato de Rosa, hablar sobre el dolor del parto es compartir con otras mujeres una experiencia que pasa por el cuerpo de las parturientas.

1.6 Aprendizajes para el embarazo y parto

Esos relatos compartidos forman parte de lo que me interesa problematizar como “aprendizaje para el parto”. Me refiero a que el embarazo y el parto es un tema de conversación entre las mujeres, pero que va más allá de ser un tema vulgar. Es un punto de conversación rutinaria entre mujeres. Las mujeres aprenden de otras mujeres a transitar sus embarazos y a parir. Parte de esos conocimientos se incorporan de manera tácita, en la misma sociabilidad de las mujeres desde niñas. Sin embargo, parte de esos saberes son referenciados oralmente una y otra vez. Con esto no me refiero a narraciones mitológicas, teóricas o médicas sobre qué es un embarazo, sino a las conversaciones que las mujeres tienen día a día.

Como veremos en los capítulos dos y tres, las personas con quienes se habla hacen parte del proceso de embarazo y parto. En el capítulo dos, enfatizaré en el ámbito público de la maternidad, es decir, me referiré a las conversaciones que surgen desde profesionales, agentes de salud o referentes comunitarias/os. Aquí no estoy hablando de esos aprendizajes teóricos que, muchas veces, incluyen terminologías complejas sobre el proceso desde una visión biomédica; sino de aprendizajes que pueden darse en el plano discursivo y práctico. Se dan, como veremos en el capítulo tres, en el acompañar a otras personas o ser acompañadas. Es decir, se trata de un proceso que no se transita sola, sino que siempre participan diferentes actores, principalmente del núcleo familiar. Atentamente podemos ver que se trata de personas que dan suma importancia a las palabras. Las conversaciones en asambleas o en el ámbito privado llevan consigo palabras que desenvuelven maneras de actuar de quienes están en esas conversaciones. Parte del aprendizaje del embarazo y parto se da a través de estas charlas.

La importancia de la oralidad entre las y los mbya guaraní y la relevancia que le dan a las palabras fue alertada por otras/os autoras/es (Cadogan, 1959; Susnik, 1983; Nimuendaju, 1987; Meliá, 1995; Gorosito Kramer, 2006; Pissolato, 2007; entre otras/os). Branislava Susnik (1983) anticipaba que la buena oratoria en los cacicazgos es lo que permite reunir a las personas y disponer de ellas. Esto es marcado por una manera de hablar en público. Siguiendo a Ana María Gorosito Kramer (2006), los caciques pueden sostener el consenso del grupo y mantener su liderazgo a través de su labia y conducta correcta. En las asambleas comunitarias (*aty guazú*) consultan y se los consulta sobre cuestiones comunes. Cuando participan diferentes jefes políticos, la palabra circula entre ellos y las personas escuchan atentamente.

Según mis observaciones, en las asambleas o reuniones las personas se disponen para hablar y escuchar. En general, la palabra circula más entre los varones, a excepción de que

las mujeres cumplan algún rol específico. En esos encuentros es común ver al cacique caminando y hablando, mientras el resto de las personas forman un círculo o semicírculo y escuchan atentas. Es raro ver que en los discursos públicos las personas hablen sentadas o quietas cuando los discursos son dirigidos a la comunidad, pero sí cuando es una conversación familiar. La forma de la narración también tiene algunas particularidades, principalmente, los relatos son circulares. Se comienza con una idea, se la deja pasar y, al rato, se vuelve sobre esa misma idea. Se retoma en el lugar en que se había dejado para agregar algo nuevo, se utilizan elementos de algo que está aconteciendo, es decir, eventos que suceden en las comunidades o a personas de las comunidades y que se vuelven conversaciones recurrentes durante un tiempo. De a poco se va agregando nueva información y cerrando la idea. Pero, esta forma de narrar lenta y circular, también es la manera que se adopta en las conversaciones domésticas.

Si imaginamos a dos personas sentadas en un tronco, un fuego prendido en la tierra, una pava que el fuego quemó hasta pintarla de negro y el mate pasando, tendremos una escena muy representativa de una conversación en el hogar que, posiblemente, se esté desarrollando en los términos que ya describí. Si esas dos personas son mujeres, quizás, estén hablando sobre la crianza y la maternidad. Con este escenario tan típico quiero proponer que, en esas conversaciones, a lo largo del tiempo, se aprende a estar embarazada y a parir. No quiero decir con esto que después de una charla de fogón saben qué sucederá en sus embarazos y cómo lo vivenciarán sus cuerpos, nada más lejos de eso. Pensarlo en esos términos se opondría al argumento de esta investigación que la forma de experimentar el proceso de embarazo y parto es situacional y múltiple. La idea que estoy queriendo acercar es que las palabras son técnicas de aprendizaje. Retomando a Ana Padawer (2020) no se trata de contenidos que se transmiten generacionalmente, sino de habilidades prácticas, lo que tiene como resultado una reapropiación de esos saberes.

Desde las y los profesionales de salud se reconoce una diferencia entre las parturientas de la comunidad y de otros lugares. De una u otra manera marcan esta diferencia. Una obstétrica me decía al respecto que las mujeres guaraníes llegan al parto muy “instruidas” (RI, 22-8-21). Podemos arriesgarnos a pensar que ese aprendizaje de la palabra se encarna en el cuerpo de las parturientas. En esas conversaciones se alivianan temores sobre cómo es un parto y qué sucederá en ese momento. En este sentido, comparto con Paula Prates (2021) que el cuerpo de las mujeres se va formando para aprender a parir y que es un aprendizaje que se hace efectivo en el cuidado de otras parturientas.

En el compartir historias sobre el dolor, sobre el cansancio, sobre la crianza, sobre la ayuda para parir, etc. se va construyendo ese aprendizaje. Las mujeres comparten relatos sobre

cómo fueron esas experiencias, cómo las vivieron, qué dificultades tuvieron, qué hicieron, qué posiciones tomaron, qué lugares dolieron, etc. Pero, como veremos en el capítulo tres, la transmisión de esas experiencias de embarazo y parto no se reduce a la conversación de fogón; se transmite, en parte, cuando se acompaña el proceso de otra persona. Allí veremos que ese acompañar implica cuidar de la otra persona compartiendo experiencias propias, aunque no es la única forma.

Es importante alertar, como lo hace Paula Prates (2021), que enseñar a parir es una acción incompleta porque, definitivamente, es un aprendizaje que se hace efectivo cuando la mujer pasa por ese evento. No olvidemos que, como menciona Brigitte Jordan (1993), el parto es una actuación corporal y que, desde un enfoque fenomenológico, las mujeres indígenas aprenden a disponer sus cuerpos para el embarazo y parto de una manera singular relacionada con las dimensiones temporales, espaciales y sociales en las que están inmersas (Citro, 2009; Csordas, 2015; Rodríguez, 2016). Ya expliqué en la introducción que mi acceso a esta información fue a través de relatos por la delicadeza que implica hacer observaciones *in situ* de experiencias de embarazo y parto, siguiendo esta salvedad podríamos sintetizar que “se aprende a parir pariendo”, pero una serie de prácticas previas se ponen a disposición para que las mujeres transiten ese momento. Sintetizando, las charlas compartidas son aprendizajes técnicos de vivencias futuras que se corporizan en el cuidado y acompañamiento de otras embarazadas y en las propias experiencias.

Conclusiones

Destinar el primer capítulo de esta tesis a un análisis sobre el cuerpo es partir de la convicción de que el proceso de embarazo y parto es, como dice Brigitte Jordan (1993), una actuación corporal. Es decir, es un proceso que no existe fuera del cuerpo. A falta de un corpus de datos que puedan den cuenta de la aproximación fenomenológica que, sin duda, daría una profundidad clave al análisis; propuse en este texto una discusión teórica que pone a conversar dos formas de enfocar la problemática. De aquí que puse a conversar análisis sistémicos sobre el cuerpo versus fenomenológicos, bajo la pregunta ¿qué pasa cuando atendemos al cuerpo como lugar desde donde percibimos y no lo analizamos como una representación? Desde una profundización teórica, es aquí cuando el proceso de embarazo y parto se transforma en una experiencia corpórea.

Desde la etnografía clásica, cuando se habla del cuerpo en el embarazo y parto se lo suele pensar como un envase de otro cuerpo, pero mi propuesta es que es un proceso que pasa por el cuerpo, que se transita, que cambia la percepción del mundo en ese momento

(sentirse cansada, emocionada, angustiada, alegre, etc.) e, incluso, es una experiencia corporal que se incorpora a la vida de las personas. Haber transitado el proceso trae consigo, también, la transformación de esos cuerpos como se puede ver con aquellos ejemplos sobre la ligadura de trompas o la rememoración sobre el dolor de la experiencia. Intentando encontrar puntos de diálogo o de distancia entre las maneras de pensar el cuerpo parto de un abordaje sobre el cuerpo desde la concepción biomédica. Allí el análisis fue partido en dos orientaciones, por un lado, las representaciones del cuerpo de la reproducción en la biomedicina y, por otro, la timidez como una praxis corporal que se pone a jugar en la consulta médica.

En el primero de estos puntos presenté análisis sobre los cuerpos de la reproducción que nos dan una idea de la representación de las/os profesionales sobre esos cuerpos, mientras las mujeres no necesariamente consideran que estos son máquinas reproductivas. El desgaste es el ejemplo máximo de la imagen corporal, aquí aparece claramente esa idea, pero no se tiene en cuenta lo que las mujeres hacen con y desde sus cuerpos. Esta visión no tiene en cuenta los diferentes motivos, proyecciones y trayectorias por las cuales las personas tienen varias/os pocas/os hijas/os. Un enfoque atento a la subjetividad y las percepciones del mundo no responderían necesariamente a un cuerpo desgastado, sino a las heterogeneidades de esas mujeres como se ve en las descripciones posteriores. Con la intervención me arriesgo a proponer que las mujeres escogen métodos quirúrgicos que han sido pensados en antropología como intervención para habilitar otros procesos como el deseo de cerrar su etapa reproductiva.

En el segundo punto, la timidez es tomada como una disposición del cuerpo para la consulta médica. Reitero que hay corporizaciones de feminidad que escapan de ser vergonzosas, de no preguntar, de enojarse, etc.; pero muchas veces en el encuentro con el sistema público de salud -como en otros espacio- la timidez es una de las manifestaciones de las mujeres. Consideré la timidez como expresión del encuentro interétnico y de género, más que una representación del cuerpo de las mujeres. Es decir, desde la timidez se puede ver la percepción del mundo de esas personas en tanto “indígenas” y “mujeres”, expresión que condensa ambas. La vergüenza con la/el otro enuncia la historia de las poblaciones indígenas antes los procesos de conquista y colonización, las desigualdades de género ante la misma consulta, como también, las dificultades ante la falta de recursos (del hospital y de las mbya) para ampliar sus opciones.

En el apartado siguiente intenté distanciarme de una lectura de “un tipo” de mujer mbya guaraní. Es decir, romper descripciones etnográficas que presentan estereotipos que traen elocuciones tales como “las mbya son...”. Obviamente, las personas dialogan con esas

representaciones abstractas, pero de manera muy diversas. Ejemplificando con las seis mujeres que escogí para esta tesis fui presentando corporalidades muy diversas. Que las mujeres, sus manifestaciones de feminidad, sus historias de vida, sus maneras de maternar, etc. es heterogéneo, es el hilo que atravesará toda la tesis. Basada en la diversidad argumenté que las formas de maternar y transitar un embarazo y parto implica siempre creatividad. No se trata de formas preestablecidas de comportamiento; pero destacué que la aspiración por ser madres y transitar un embarazo es un deseo compartido entre las mujeres. Aunque, como enuncié, me llevo para futuras investigaciones cómo se construye ese deseo y qué alternativas son posibles.

El grupo le da gran importancia a la maternidad, lo que tiene su aspecto público y privado. Todas las personas concuerdan en el valor de la maternidad y, veremos en el segundo capítulo, que circulan constantemente discursos sobre esta. Sin embargo, aquí vimos que es una temática que condensa cuestiones emocionales e íntimas que no son conversables en cualquier situación. Estas dimensiones se cuentan en ámbitos de confianza, dónde las relaciones de género plantean un plus o una distancia, por ejemplo, gran parte de lo que sucede durante el proceso no se cuenta a los varones, aun cuando son los padres de las/os hijas/os. Esas son los elementos que afloran cuando se focaliza en las vivencias corporales, en las historias de vida de las mujeres. En cambio, cuando se trata sobre las imágenes de los cuerpos de las mujeres, las etnografías no distan de las representaciones médicas. Allí, el cuerpo de las mujeres continúa siendo un envase que aloja otro cuerpo y donde ellas son pasivas durante el proceso. Consideré que la inacción descrita en las etnografías habla más del androcentrismo de estos trabajos que de las mujeres en sí.

En este sentido, profundizar en la corporalidad durante el proceso de embarazo y parto permite correrse de esas meras representaciones del cuerpo. Dejé las dimensiones de alegría y ansiedad para el capítulo cuatro y aquí analicé el cansancio y el dolor porque las mujeres me habían hablado sobre estos, aunque no quiere decir que permeen todas las experiencias de embarazos, sino algo compartido por algunas. Las dificultades para hacer un trabajo de campo extenso, de observación de mujeres embarazadas, me obligó a focalizar en estas dos dimensiones que las mismas mujeres habían expresado; pero, estos aspectos emotivos me permitieron encontrar puntos que las mujeres compartían y que no.

Encontré que hay algo discursivo que dice que las mujeres deberían estar activas porque está vinculado con representaciones de cómo se desarrollará el parto a futuro. De más está decir que esto no siempre es algo certero, pero funciona como un conocimiento tomado y retomado por las personas de la comunidad. Sin embargo, en el día a día las mujeres van sorteando sus quehaceres con el cansancio, no se trata de si responden o no a esa

prescripción; sino que van haciendo lo que pueden hacer con sus cuerpos. En cuanto al dolor fue asociado al miedo. Enfatiqué que el miedo no se trata de una condición inhabilitante, ni que sea algo necesariamente negativo. Veremos en el capítulo 2 que puede ser asociado a riesgos, pero también modificar trayectorias de embarazos como mostraré en el capítulo tres.

El miedo al dolor es parte de la rememoración de las vivencias. Se trata de una memoria sobre el dolor que aconteció en el cuerpo que conlleva a nuevas proyecciones y deseos. En el reconocimiento del dolor aparecen, por ejemplo, nuevas preguntas sobre si una quiere volver a pasar por el proceso. En su dimensión más colectiva, surge la posibilidad de transmitir la propia experiencia a otras mujeres. No se trata de un simple pasaje de información, sino de conversaciones constante sobre este, de preparar a las embarazadas como dice Rosa. Y, como suele verse con cada situación que acontece en las comunidades y en la familia, la oralidad es una actividad especial para el aprendizaje de lo que sucede en el dolor. Obviamente, muchos aprendizajes del proceso se dan a través del cuerpo, a través de los cuidados, de acompañar a otras embarazadas, etc.; pero la conversación sobre la maternidad es la conversación cotidiana cuando las mujeres se sientan alrededor del fuego.



Foto 6 - PH: Alfonsina Cantore. Foto de una embarazada un mes antes de su parto. La misma fue tomada por mí, una tarde en que tomábamos mate en su casa.

Capítulo 2

Expectativas sobre el proceso, en acuerdo y en tensión

Introducción. Celia, una historia desencadenante de conmociones e inquietudes

Vale contar el caso de Celia porque es una historia desencadenante de debates y reflexiones tanto para indígenas como para *juruas*. En agosto del 2021 la joven mbya estaba internada en el hospital de El Dorado donde, como comenté en la introducción, se derivan casos complejos. Según pude reconstruir, Celia era una joven de 22 años que parió en el hospital de Iguazú, pero una bacteria o virus complicó el proceso, fue derivada a un hospital de mayor complejidad y a los 15 días de su internación murió. Su bebé nació sin problemas y quedó al cuidado de su abuela. A los fines de este análisis no tiene sentido ahondar en diferencias entre estos microorganismos y la exactitud de su terminología porque no es relevante de qué murió, sino todo lo que se desencadenó con su muerte. No conocí a la muchacha, pero la conmoción en la comunidad fue tal que todo el trabajo de campo de agosto de 2021 estuvo atravesado por esta situación. Las inquietudes de las personas brotaban todo el tiempo: ¿qué es ese virus? ¿se murió por coronavirus? ¿es lo mismo? ¿qué tan excepcional es eso que tenía? ¿por qué se muere? ¿se murió porque le hicieron cesárea? Fueron solo algunas de las preguntas registradas.

Celia vivía en la comunidad Tucán, es una de esas locaciones que no visito, es decir, un espacio donde viven familias que no participan de esta investigación. Solo una vez en agosto de ese año me acerqué a la comunidad a pedido de Carla, una agente sanitaria no indígena (volveré sobre ella más adelante), porque precisaban colaboración para completar las planillas de vacunación, censo y consulta médica. Se trata de una locación que, en ese entonces, no tenía centro de atención primaria de la salud. Cuando llegamos, nos ubicamos en un tablón de madera bajo un árbol. El cacique y la agente sanitaria fueron las primeras personas en acercarse. De a poco se fue sumando más gente para completar una u otra cosa.

Entre las atenciones, el médico firmo una constancia para que la pareja de la joven viaje al hospital de El Dorado desde dónde lo había llamado. Lejos de la multitud le explicaron cuál era el estado de salud y porqué le pedían que asista. Celia llevaba días de coma inducido y venía con una breve mejoría que permitiría arriesgarse a comenzar a despertarla, para eso un familiar debía firmar el consentimiento.

Luego, un grupo de mujeres se acercaron y empezaron a susurrar en guaraní. Hablaron con la esposa del cacique que le transmitió a la agente sanitaria sus inquietudes con las siguientes palabras: “ellas quieren saber cómo está Celia”. Carla, la agente sanitaria no-indígena, se sentó con ellas y les contó las novedades que había hoy. De repente se hizo un silencio y todas las personas prestaron atención a lo que decía. Explicó que le iban a hacer una traqueotomía y, por eso, el marido tenía que ir a firmar. El cacique estaba haciendo los censos conmigo y le dije “si quieres ir a escuchar, anda, seguimos después”. Respondió que no, que ya había escuchado lo que necesitaba.

Cinco días después, llegamos con Mariana al CAPS para seguir ayudando con las planillas. No habíamos tenido novedades desde el viernes. Entonces, lo primero que preguntó Mariana cuando nos acomodamos fue ¿cómo está Celia? Y la respuesta de la agente sanitaria fue “falleció anoche” (RC Lorenzetti y Cantore, 27-8-22).

A raíz de estas situaciones durante todo el mes de agosto del 2021 tanto las/os profesionales de la salud como personas de la comunidad alertaron que estas situaciones deben tener más atención. En ese momento, realicé un trabajo de campo que duró casi un mes. La situación mencionada fue atravesando las diferentes conversaciones con las personas. El día que llegué, a mediados de agosto, entrevisté a una licenciada en obstetricia que fue la primera en comentarme del tema. En el correr de los días, escuchaba que las personas se acercaban y preguntaban cómo evolucionaba la joven. Veremos, por ejemplo, que a el día que me despedía de Victoria expresó parte de sus miedos al respecto (retomaré

esta conversación en el siguiente capítulo). Una de las personas que más enfatizó y trabajó esta temática en las comunidades fue Carla, quien trabaja en las comunidades hace más de 17 años.

Se fueron generando un conjunto de acciones para paliar las múltiples temáticas que desencadenaba la muerte de Celia, que iban desde charlas en las escuelas, conversaciones cotidianas, angustias y tristezas contenidas, desplazamientos comunitarios, cuidados delicados al bebé recién nacido y reestructuración de la vida de muchas personas. Como mencioné, no se trata de familias con quienes yo realice trabajo de campo, por ende, no enfocaré en este capítulo en las dimensiones de la vida privada de las personas que obviamente serían de un debate muy rico para un enfoque fenomenológico. Pero a las posibilidades de este trabajo retomo los relatos en torno a la muerte de Celia para discutir teóricamente aquellos enfoques sistémicos que cercan el análisis en dos tipos de medicinas, la indígena y la profesional. Este se convierte en el primer punto de discusión de este capítulo.

No es el objetivo de esta tesis debatir tipos de medicinas, sino en cambio atender a la importancia que trae la maternidad como tema de dialogado en diversas sociedades, y por ello propongo el uso de la categoría de expectativas. Es decir, las proyecciones sobre las embarazadas que circulan en diferentes grupos sociales. En este capítulo, analizo una serie de desencadenantes (conversaciones, talleres, palabras, exigencias, etc.) que se engloban en este ejemplo. A partir de este caso analizaré 5 expectativas de las/os profesionales de salud hacía las mujeres que surgen de mi trabajo de campo. Obviamente, las maneras de enfrentar esas expectativas son diferentes, pero elijo estas cinco porque fueron las que mayor reiteración tuvieron durante mis diversas estadias y porque a través de ellas se establecen diálogos entre lo que espera el sistema de salud y lo que esperan las comunidades. Me referiré a la edad que se considera óptima para los embarazos, la educación sexual, el control y el riesgo para la prevención y, por último, el modelo de maternidad del hospital de la ciudad.

Hoja de lectura

Como explicité, la discusión teórica que trae este capítulo busca separarse de pensar modelos médicos de atención como esferas inconmensurables. El apartado “No es el hospital, no es el *opy*; es lo que se espera que ellas hagan” trae una muy breve síntesis de las formas de análisis que predominan en antropología cuando se trata de salud con pueblos indígenas, especialmente, sobre el parto en estos grupos. Si bien hay características diferentes en las historias de las medicinas, encuentro limitantes en los

enfoques que simplemente encasillan elementos dentro de una u otra. Por ello desarrollare unos pequeños lineamientos para ubicar las discusiones.

Para superar estas ideas presentaré en el siguiente apartado “Expectativas como categoría analítico-descriptiva” algunas coordenadas para comprender a qué me refiero con esta idea de expectativa y por qué me permite superar enfoques que están mirando “lo profesional” vs “lo folk”. La propuesta tiene un fuerte énfasis en desligar las expectativas de los diferentes actores como aquello que la gente cumple o no cumple, sino pensarlas como discursos circundantes. En este sentido, veremos que las expectativas no son normas coherentes y ordenadas de la estructura social, sino una categoría ordenadora que permite analizar los proyectos que diferentes personas, instituciones y grupos tienen hacia las mujeres mbya embarazadas. Al registrar discusiones, debates, aproximaciones, etc. de diferentes actores e instituciones sociales es una categoría que permite comprender su dimensión social e histórica. En otras palabras, es una propuesta para registrar *in situ*, es decir, las expectativas siempre son contextuales y situacionales.

Por lo tanto, es una categoría que permite llevar el análisis más allá de uno u otro sistema médico y atender a discursos y situaciones contextuales como son, por ejemplo, los debates públicos. En el apartado “La maternidad un debate público” presentaré algunas cuestiones de la sociedad misionera hablando sobre la maternidad indígena. Este apartado es relevante porque desarrollé mis investigaciones en un momento en que la maternidad guaraní fue parte de polémica en periódicos provinciales y nacionales. Argumentaré en esas notas presentaban controversias por el desconocimiento de las experiencias de maternar indígenas y proponían modelos morales de maternidad. En esta línea, las expectativas de diferentes actores como el personal médico, los entes de gobierno y las propias comunidades se encuentran recreando sus expectativas en diálogo con estos discursos públicos, pero, a su vez, estas alocuciones no son determinantes de los proyectos y proyecciones de las personas.

Como mencioné el caso etnográfico de Celia es una puerta de entrada a algunas de las expectativas específicas que se plantean desde el sistema público de salud. Estas son manifiestas por parte de las/os profesionales (aunque no siempre compartidas entre ellas/os), funcionan como discursos circundantes que generan acciones concretas de las personas como también representaciones y nuevas emociones: miedos, ansiedades, alegrías, etc. Me referiré a las que fueron más destacadas en las distintas observaciones etnográficas: la edad de las mujeres embarazadas, la anticoncepción como prevención, el control y riesgo de los embarazos y, por último, nuevas expectativas del propio sistema en respuestas a nuevas políticas públicas.

El primero de ellos, “la edad un debate abierto” veremos que elevar la edad en que las mujeres comienzan a ser madres es uno de los principales objetivos de no-indígenas. En este subapartado explicitaré algunas dificultades éticas y políticas para abordar el tema, pero también mencionaré que se trata de un discurso constante de *jurvas* que se va incorporando y retomando en las personas de la comunidad de formas diferentes. El siguiente espacio es complementario a este. Se trata de “educación sexual orientada a la anticoncepción”, donde veremos que quedan al descubierto algunos presupuestos médicos sobre la salud sexual y (no) reproductiva, pero, a su vez, se generan acciones para que las personas accedan a diferentes métodos occidentales de anticoncepción y, por tanto, se amplía el mundo de posibilidades con nuevas informaciones y tecnologías anticonceptivas (volveré sobre algunos puntos en el capítulo cuatro).

Los subapartados tres, “la exigencia de controlar los embarazos”, y cuatro, “la posibilidad del riesgo”, también están estrechamente relacionados porque insistir en el control biomédico del embarazo arma su fundamento en la estadística de probabilidad de que pueda existir algún riesgo que complique el embarazo o parto y, por tanto, la salud del feto o de la madre. Veremos es que para llevar adelante la expectativa de control se ponen a disposición un conjunto de actores que cobran protagonismo en el proceso, principalmente, las/os agentes sanitarias/os. Y, por otro lado, advertiremos que cuando se trata del trabajar sobre el riesgo y el control siempre tiene su base en el intercambio constante entre diferentes actores indígenas y no-indígenas. Es decir, las expectativas cobran fuerza por sus particularidades espaciotemporales. Por último, la idea de riesgo va construyendo nuevos sentidos al proceso de embarazo y parto.

El último subapartado “Cambios en los modelos de parto” comienzo a indagar en una expectativa que es de la institución hospitalaria para sí misma. Allí daremos cuenta de cambios institucionales donde se incorporan nuevos actores y elementos como son políticas públicas que responden a organismos internacionales, modelos de maternidad y familia, nuevos paradigmas de parto, que se promueven nuevos actores en el parto, entre otros. Aquí haré énfasis en los cambios institucionales con los nuevos paradigmas de parto y como estos intentan incorporar la dimensión intercultural para asistir partos indígenas.



No es el hospital, no es el opy, es lo que se espera que ellas hagan

El objetivo de este segundo capítulo es sistematizar las expectativas de las/os profesionales e instituciones tienen sobre las embarazadas/parturientas. Como mencioné en la metodología, este análisis no parte de las narrativas de mujeres indígenas, sino que me baso en fragmentos de entrevistas con diferentes actores para discutir las formas típicas de abordar la temática: el modelo de la biomedicina y el modelo tradicional como sistemas cerrados y confrontados, donde las mujeres deben tomar decisiones premeditadas sobre frecuentar una u otra medicina. En contraposición, propongo analizarlo como expectativas sobre las embarazadas. Las mismas vienen tanto desde la comunidad como desde el hospital y expresan cómo deberían comportarse las mujeres durante su gestación y parto. Es importante aclarar que se trata de proyecciones hacia las embarazadas/parturientas que desencadenan prácticas, funcionan como un motor generador de prácticas, pero pertenecen más a anhelos y representaciones que a acciones en sí. Estas expectativas no necesariamente son contrapuestas, pero tampoco son siempre compartidas. El punto es que no escapan de las experiencias de embarazos, aunque pueden ser afrontadas de maneras

diferentes. En el siguiente apartado profundizaré en ellas y aquí algunas coordenadas de discusiones teóricas.

Las investigaciones que abordan el parto sobre mujeres indígenas suelen describir dos sistemas de salud: el sistema profesional de salud y el sistema “tradicional”. A cada uno le atribuyen características propias, leídas como contrapuestas. En esos mundos separados las mujeres aparecen escogiendo entre una u otra forma de atención. Las/os autora/os no dejaron de ver las condiciones de género, clase y etnia de estas mujeres para hacer sus elecciones; pero el punto a discutir en esta tesis es que las mujeres no transitan por esferas sanitarias cerradas, sino un mundo compartido. Para enfatizar en este punto, repongo algunas de particularidades de estos sistemas dando cuenta de cómo formulan sus explicaciones.

Al hablar de esta división entre sistemas el trabajo de Arthur Kleinman, León Eisenberg y Byron Good (1978) es un puntapié de análisis porque proponen dividir al sistema de salud en tres subsistemas. El profesional, el folk y el popular. Si bien ellos mismos en trabajos posteriores mencionan que no son divisiones tajantes y fueron críticos de las aproximaciones cerradas sobre estos subsistemas (Kleinman, 1980; Kleinman y Kleinman, 1991) la separación ha servido como base para los análisis antropológicos. Estos se diferencian según las características de las/os curadoras/es, el tratamiento, las significaciones que se les dan a las enfermedades, etc. El sistema profesional y el sistema folk son los de mayor desarrollo en la antropología de la reproducción.

El primero de ellos considera y atiende las enfermedades desde una visión biologicista, es decir, su preocupación se basa en una “realidad clínica” por encima de significantes culturales, psicológicos o sociales. La concepción de la enfermedad es individual y ahistórica. De esta manera, el tratamiento apunta a la búsqueda de “soluciones” a través de técnicas y tecnologías. El proceso de eficacia está ligado a los medicamentos. Y el conocimiento sobre la enfermedad y la cura pareciera estar depositado en las/os profesionales de la medicina científica.

En este sentido, el sistema profesional fue referenciado por Davis Floyd (1992) como el “modelo tecnocrático de parto”, donde hay una visión organicista del parto y se atiende principalmente a los órganos reproductivos de las mujeres. El modelo tecnocrático es el foco de lucha para quienes intentan devolver a la mujer un lugar protagónico. El punto fuerte de esta investigación es que explicitó la violencia obstétrica que sufren las mujeres al momento del parto y abrió camino para ubicarla como un punto más de las desigualdades de género. Para esta autora, con la historia de la obstetricia devienen las separaciones entre mujer y madre, feto y madre que trae como resultado que la mujer sea considerada por sus órganos

reproductores desde una visión organicista y científicista (ver capítulo 1). En esta descripción, el feto/embrión y las tecnologías obstétricas tienen más protagonismo en el evento que las mismas mujeres.

El modelo tecnocrático es el foco de lucha para dar espacio al parto respetado que, desde una perspectiva de derechos humanos, toman las críticas a este modelo como su bandera. En Argentina, la reivindicación se normativizó con la Ley 25.924 de Parto Respetado¹⁸ (2015) que reivindica el derecho de las mujeres a la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y atención al parto. Estos discursos no son ajenos en la provincia de Misiones donde se está llevando adelante un programa que provee un parto basado en un modelo de maternidad segura y centrada en la familia (MSCF, en adelante) financiado por UNICEF y que la dirección de Salud Indígena (Ministerio de Salud de la provincia) supo aprovechar para incorporar la variable de interculturalidad. De esta manera, esta política pública se convirtió, además, en un discurso institucional por parte del sistema público de salud porque crean nuevas expectativas, como veremos hacia el final del capítulo.

Siguiendo la definición de Artur Kleinman *et al* (1978), en el sistema folk, las/os especialistas son personas de la comunidad ligadas a espacios religiosos o seculares. Las explicaciones sobre las enfermedades o síntomas se vuelven personales o simbólicas. En la bibliografía sobre medicina indígena este subsistema folk también ha sido denominado sistema tradicional o indígena. Aquí, las enfermedades, curas y tratamientos están siempre ordenadas en aspectos cosmológicos o religiosos y no son significadas como algo biológico que acontece en el cuerpo, sino en la ruptura del equilibrio con factores subjetivos. Aquí, las etnografías sobre el nacimiento guaraní cobran relevancia (Schaden, 1998; Susnik, 1983; Remorini, 2009, Enriz 2010; Cebolla Badie, 2016).

En este sentido, Egon Schaden (1998) definió el nacimiento (*jaú*) como uno de los momentos de la vida en las que el equilibrio del grupo se pierde. Se trata de una nueva alma que los dioses envían a la tierra y, por su vulnerabilidad, existe la posibilidad de que interfieran fuerzas externas. Por ello, el grupo, pero principalmente padres y madres deben seguir una serie de prescripciones para prevenir daños o características potencialmente negativas para la vida de quien va a nacer. De aquí, que las investigaciones etnográficas supieran registrar detalladamente los resguardos y prescripciones durante la etapa de embarazo, parto, postparto y couvade. Como decía en el capítulo anterior, las explicaciones

¹⁸ En Argentina el cuerpo normativo sobre la sexualidad, reproducción y no reproducción crece en pos de la ampliación de derechos. La Ley 25.679 de Salud Sexual y Procreación Responsable (2003) y la Ley 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2020) son de las más vinculantes.

religiosas y rituales tiene por objetivo que el alma se sienta a gusto en el lugar (*ayvu'a*), se corporice y que genere permanencia en la tierra.

Ambos sistemas, el profesional y el folk, tienen formas de diferenciación que han sido relevadas en nuestros registros de campo. Cuando se trata de enfermedades suelen ser separadas en aquellas “propias” de las/os *mbya* y las “de las/os *jurua*s” (no indígenas). Estas últimas precisan de asistencia a los CAPS u hospitales (detallaré más adelante). En cambio, las enfermedades “propias” tienen atención en el *opy* (caza de rezo) o con personas que tienen conocimientos de yuyos que suelen ser ancianos denominados *karai* o ancianas, *kuña karai*, aunque no tienen la exclusividad del conocimiento de este conocimiento y puede ser cualquier abuelo o abuela, a diferencia del *opygua* (líder espiritual). Autores como Eduardo Menéndez (1994) enfatizan en la necesidad de dar cuenta de la interrelación de estos sistemas, pero también en las relaciones de hegemonía y subalternidad entre ellos.

Como explica Mariana Lorenzetti (2017) muchas de estas posturas llevan a una visión homogeneizadora y esencialista de los grupos indígenas y corren el riesgo de deshistorizar sus prácticas de cuidado. El punto de discusión en este capítulo es que ambos subsistemas fueron descriptos como cerrados en sí mismos, argumentando la negación de las/os indígenas para la atención sanitaria formal, esquivando cualquier punto de encuentro. Sin embargo, el punto de partida de esta tesis es que la vida de las personas no transita haciendo elecciones reflexivas cada vez que hace uso de una medicina u otra. Las mujeres embarazadas no pasan por uno y otro sistema médico como si estuvieran cruzando esferas limitadas, donde ellas tienen que habilitar sus propios puentes para pasar de un lado a otro. Sino que el proceso de embarazo y parto es un camino donde confluyen y divergen múltiples cuestiones.

Además, los sistemas médicos no pueden ser analizados como espacios homogéneos porque existen diversas voces entre sus representantes, pero también voces que están en diálogo constante, donde los relatos y narraciones no responden únicamente al hospital o a la comunidad, sino que se entrecruzan siguiendo las trayectorias de vida de cada interlocutor/a. En este sentido, la categoría de expectativas que presentaré a continuación es una propuesta para correrlos de esas discusiones y dar margen a qué pasa con los discursos circundantes, las exigencias del sistema de salud, los propios intereses de las comunidades, y como todo ello se va enmarañando en acciones y enunciaciones que hacen parte del todo los días de las mujeres embarazadas.

Retomando el tema de este capítulo, no se trata simplemente de si Celia murió en el hospital, si no cumplió con las consultas de la biomedicina, si hizo un seguimiento con solo con una *kuña karai* o un *opygua*, o si utilizó elementos alternados de uno u otro modelo

médico, o si su muerte fue interpretada por lo que hizo en uno u otro sistema; sino que en los relatos acerca de su trayectoria de cuidado confluyeron cuestiones muy variadas. Como explicitaré este caso me permite retomar distintas expectativas de lo que deberían hacer las mujeres embarazadas para no llegar a situaciones de riesgo extremo, pero que condensan supuestos de profesionales. Justamente, no se trata de sistemas inconmensurables, se trata de múltiples dimensiones que se desencadenan porque algo sucede (en este caso, la muerte de una parturienta).

Enfatizar en las expectativas con las que se cruzan las mujeres permite cuestionar que las medicinas se sostienen en discursos organizados y coherentes. En tanto, la interacción entre los diferentes subsistemas se genera en el cotidiano de las personas, en sus trayectorias de vida. Esto no necesariamente significa alejar a las mujeres de discursos institucionales y circulantes, sino dar cuenta de qué y cómo se incorporan en sus vidas. En este sentido, la categoría analítica – descriptiva de expectativa intenta complejizar el análisis sobre las experiencias de embarazo de mujeres guaraníes. Al igual que el capítulo anterior, el análisis sobre las expectativas no acaba acá. Será retomado una y otra vez, reforzando algunas ideas acá desarrolladas y presentando otras, porque son esos discursos del mundo circundante un elemento más de las trayectorias de cuidado de las mujeres.

Expectativas como categoría analítico-descriptiva

Las mujeres lidian cotidianamente con expectativas que las comunidades y el sistema público de salud tienen sobre ellas. Pero ¿qué queremos decir con que hay expectativas sobre ellas? ¿a qué nos referimos con expectativas? ¿Qué deben armar sus trayectorias de cuidado intentando responder a ellas? ¿qué las exigencias y discursos indígenas son contradictorias con las del sistema de salud del Estado? A lo largo de este capítulo intentaré responder a estas preguntas y formularé nuevas. No busco aquí dar una definición filosófica o epistemológica de este concepto, sino aproximarme a una categoría teórica-descriptiva útil para comprender las prácticas de las mujeres embarazadas y parturientas. Presentaré ahora algunas coordenadas necesarias para orientar esta categoría.

Por expectativas no considero un conjunto de reglas o normas homogéneas, coherentes y ordenadas. Este punto nos aleja de las investigaciones que diferencian al parto indígena del parto hospitalario, considerándolos sistemas estructurados donde pareciera fácil definir qué es “medicina hegemónica” y qué es “medicina indígena”. Cuando nos referimos a qué “debe” comer una embarazada según prescripciones “médicas” o “culturales” nos esforzamos por pensar a qué sistema están respondiendo. Al correr nos del intento de definir normas claras que las personas cumplen para garantizar la reproducción social, podemos ampliar las

posibilidades de lo que las personas hacen. Es otras palabras, no se trata de que las personas cumplan a raja tabla las prescripciones que las instituciones médicas o religiosas tienen para ellas, ni tampoco de interpretaciones dentro de estos marcos normativos; sino en qué hacen con las proyecciones que distintos actores tienen sobre ellas.

Aquellas definiciones se basan en sistemas de interpretaciones simbólicas. Podríamos definirlos como “modelos para”, es decir, donde las explicaciones sobre lo que la gente hace se fundamentan en que, de esta manera, se lograría “un parto en buen término”. Pero, en tanto busco registrar qué hacen las embarazadas y qué sentidos les dan a sus trayectorias de gestación es necesario romper con estas “lógicas de elección” (Mol, 2008). Se trata de acercarnos a esos procesos de relaciones múltiples sin dejar por fuera las indicaciones que se les dan a las embarazadas, justamente, porque son parte de los discursos circundantes en su día a día.

Entonces, cuando hablamos de expectativas, no nos referimos a un conjunto de reglas que deben seguir las mujeres, sino intereses que, tanto el sistema profesional como las comunidades, tiene sobre ellas y lo que esperan que hagan durante la gestación y el nacimiento. En este sentido, la categoría propuesta se asimila un poco más a la acción proyectada que propone Alfred Schutz (1974), en tanto, es una acción que tiene un propósito. Siguiendo a este filósofo, la proyección siempre se imagina conductas en un tiempo futuro. Cuando nos referimos a las expectativas, justamente, tenemos en cuenta un porvenir imaginario donde se ponen en juego las conductas que deberían tener las embarazadas.

Para Alfred Schutz (1974), es necesario hacer una diferencia entre acto y acción para comprender el análisis al que buscamos llegar. Los actos son eventos ya realizadas, materializadas, que están en nuestros repertorios; en cambio, la acción supone una proyección, la experiencia de estar concretando el acto. Si esto no es tomado en debida consideración puede llevar a las/os investigadoras/es a confundir las acciones con las interpretaciones y representaciones que tienen los actores, volviendo así a prestar atención al mundo de las ideas y no a las prácticas de los sujetos. Las acciones son conductas motivadas (Schutz 1974 en Alves 2016) que implican expectativas e intenciones que pueden ser cumplidas o no, pero que implican prácticas concretas. En palabras de Paulo Alves, “poder elegir un determinado flujo de conductas está relacionado, en cada instancia, al campo de posibilidades presentes en el horizonte de los actores” (2016:135, mi traducción).

Las proyecciones a futuro traen consigo conocimientos de actos pasados, es decir, típicamente similares a otros ya sucedidos en la experiencia personal o de otras personas (Berger y Luckmann, 2003). Entre estas expectativas encontramos aquellas referencias de

lo que las embarazadas deberían hacer para que su bebé nazca de tal o cual manera. Por ejemplo, las recomendaciones de que las mujeres sean personas activas durante su embarazo para que sus trabajos de partos no sean demasiado duraderos, ni dolorosos (en el capítulo anterior presentamos algunas de estas nociones). Estas recomendaciones tienen sus reflejos en otras mujeres que hablan de sus embarazos o, incluso, en experiencias de embarazos previas. Se convierten así en discursos encarnados (Zigon, 2009) y se van creando esas explicaciones “para” que nos dan nuestras/os interlocutoras/os.

Las expectativas que se depositan en las embarazadas y parturientas tienen base en lo que Schutz llama “motivos para” (1974:88). Como decíamos, están relacionados con un futuro condicional que marcan cómo debería comportarse la embarazada y que, incluso, pueden ser explicaciones de las mismas mujeres intentando dar sentido a sus acciones. Veremos en muchos relatos que las embarazadas siguen estos motivos en sus prácticas. Pero, en esas narraciones, las experiencias del pasado están entrelazadas. Allí aparecen los “motivos porque” (1974:88) que explican porque actuaron de la manera que lo hicieron. En el capítulo siguiente apuntare principalmente a esas experiencias vividas, a sus trayectorias de cuidado.

En este intento de construir esta categoría, algunas reflexiones de Jaret Zigon (2009) son interesantes para pensar donde se sitúan o cómo circulan las expectativas. Según este autor, circulan discursos diferentes que pueden provenir de las instituciones, del ámbito público o, incluso, algunos discursos encarnados que tienen las personas. Todos ellos pueden estar unificados o no, pueden tener jerarquías diferentes según de dónde o de quién provengan, pueden estar comprobados o no científicamente, etc. En referencia a qué deberían hacer las embarazadas encontramos que las personas no necesariamente siguen estos discursos al pie de la letra y ello tampoco recae en un castigo; más bien estamos hablando de “una retórica muy persuasiva de una verdad” (Zigon, 2009:80).

Las mujeres se encuentran con discursos institucionales, hospitalarios o comunitarios, con lo que sus allegados les dicen, con saberes populares, etc. Tampoco podemos olvidar aquellos discursos encarnados, es decir, los discursos de las mismas embarazadas. Siguiendo el análisis de Jaret Zigon (2009), estos son disposiciones irreflexivas de la vida cotidiana. Estos discursos incorporados recién se articulan y organizan en situaciones donde las personas hablan sobre sus acciones ante un público determinado, es decir, son pre-reflexivos. Lo cierto es que sea cual sea el formato en que circulen, influyen en la toma de decisiones de las mujeres. En otras palabras, los discursos dan cuerpo conceptual a las expectativas, circulan en el mundo de las embarazadas de diferentes maneras e intervienen en la toma de decisiones. En este y los siguientes capítulos, vemos cómo intervienen en los trayectos de cuidado.

Resumidamente, expectativas es una categoría que me permite comprender los discursos circulantes alrededor de las mujeres y sus decisiones (Zigon, 2009), sin cerrar a la elección de caminos diversificados (Mol, 2008). Es una categoría que obliga a pensar en las subjetividades, en los discursos encarnados en las personas/mujeres, en el por qué y para qué de lo que ellas hacen, sus trayectos y proyectos (Schutz, 1974). Sobre todo, en lo que la gente hace, en las acciones concretas que llevaron adelante durante sus embarazos, como fueron respondiendo a esas expectativas que tenía el hospital y la comunidad, sin quedarnos en el plano de la interpretación. Busco así comprender las lógicas de cuidado (Mol, 2008) de las mujeres durante sus embarazos y partos (ampliaré en siguiente capítulo).

Pero, además, se trata de una categoría que no olvida la historia de las comunidades. Los cambios que se sucedieron, sobre todo desde el 2003 en que se crea Salud Indígena, en que hay políticas concretas y específicas para salud de estas poblaciones con un fuerte énfasis en la salud sexual, reproductiva y no reproductiva, además de la desnutrición infantil. Es esa historia de contacto la que hace que las expectativas de las comunidades y del sistema público de salud no necesariamente se contradigan, sino que, algunas veces, confluyan. En este sentido, la categoría de expectativas ordena, en tanto, permite ubicar proyectos de distintos agentes hacia las embarazadas. Algunas de ellas son comunes, como, por ejemplo, la exigencia de control en el sistema público de salud y la prevención del riesgo, pero sus fundamentos son diferentes.

La categoría de expectativas es ordenadora porque me permite dar cuenta de intereses y proyectos que tienen los diferentes agentes. Mas allá de los sistemas que organizan las prácticas sociales, podemos ver que las personas actúan de acuerdo con múltiples factores, por ejemplo, sus cosmologías, lo que se espera de ellas como mujeres, como mbya, como pacientes, etc. No se trata simplemente de explicaciones de dos sistemas contrapuestos donde analizaríamos, por ejemplo, que una falla en la vida tiene una explicación sistémica para la biomedicina y religiosa para las/os mbya. Sino que a pesar de que las interpretaciones puedan ser diferentes, las personas dan respuesta con lo que tienen al alcance de su mundo.

También es una categoría ordenadora en tanto las expectativas se van modificando a lo largo del tiempo, no son estáticas o inmutables. Veremos, por ejemplo, como el hospital de Iguazú fue modificando su propio paradigma en torno al parto al incluir nuevos modelos de maternidad. Con ello, empezaron a aparecer nuevas expectativas en las comunidades que entran en diálogo y discuten con las propuestas hospitalarias. Se incorporan nuevos elementos de cuidado que comienzan a ser compartidos por las comunidades y el sistema público de salud como el control del embarazo, el parto hospitalario, el acceso a DNI de las/os bebés, la atención sanitaria al neonato, la vacunación, etc. Analizar estos elementos

permite dar cuenta de que las mujeres no se encuentran tironeando entre dos mundos inconmensurables.

Las expectativas, entonces, son proyectos que se disponen sobre las embarazadas para que cumplan ciertas tareas, acciones, etc.; es lo que se espera de/proyecta en ellas. Están establecidas dentro de una lógica para, es decir, a fin de que el parto llegue a buen término y nazca una/o niña/o sana/o. Esas expectativas son interpeladas por las mismas mujeres, aunque no signifique una intención revolucionaria de cuestionar mandatos de género o romper con estructuras y discursos sobre ellas, sino como las personas deben negociar, donde lidian con otras personas que también tienen contradicciones y acomodar esas expectativas a sus propios fines y posibilidades.

Considero que pensar en expectativas permite romper con los modelos sobre el bien y el mal o del deber o no deber. O, en otras palabras, pensar en expectativas es romper con descripciones etnográficas de una “lógica para” llevar adelante un nacimiento en “buenos términos” e interiorizarnos en el mundo de los cuidados. Es decir, si pensamos en los cuidados como un mundo de prácticas que se desarrollan durante el proceso de embarazo y parto, estos haceres de las mujeres no están escindidos de las expectativas que hay sobre ellas y este proceso. Busco aquí, sistematizar algunas de las expectativas con las que las mujeres deben entablar nuevos diálogos con lo que se espera de ellas cuando están embarazadas o como potenciales embarazadas.



Foto 7 – PH: Alfonsina Cantore. El retrato sucede mientras las obstétricas y agentes sanitarias dan una charla previa a una jornada de colocación de implantes subdérmicos como método anticonceptivo. Luego de esta charla en la que se explica brevemente de qué se trata y se abre un espacio de dudas, se dio lugar a consultas privadas con las mujeres a quienes se le colocó el implante (ver capítulo cuatro).

La maternidad un debate público

Algunas veces, situaciones como las de Celia se hacen conocidas y toman dimensiones que van más allá de lo que sucede en las comunidades y en el sistema de salud, es ahí, cuando la maternidad indígena comienza a ser parte de un debate público, aunque -como veremos- no suele ser por motivos que resalten los valores del grupo o las desigualdades en las que viven las personas. En el capítulo anterior, enfatiqué en la importancia de la maternidad para el grupo mbya y resalté es tema de charla comunitaria, pero, a la vez, sensible. Es aquello de lo que se habla y de lo que no se habla, como dije, en su aspecto público, a todas las personas le parece un tema relevante, pero, en su dimensión privada, hay conversaciones que no están habilitadas en presencia de cualquier persona. En este capítulo, retomo cómo, en su aspecto público, la sociedad misionera está mirando y exotizando la maternidad indígena, pero, principalmente, la está juzgando y desconociendo. Desde aquí surgen nuevas presiones hacia las madres y otras personas de la comunidad, pero también hacia el sistema público de salud que se ve obligado de responder qué hace en pos de esas maternidades.

La maternidad guaraní incluso, llega a ser un tema de debate público y llegar a medios gráficos provinciales y nacionales. Algunas notas periodísticas de reciente aparición en medios gráficos de la provincia reactivaron la responsabilidad de las madres en el cuidado de las/os niñas/os, aunque reparaban en una ilustración desfigurada de las madres mbya guaraní jóvenes en la que se las presentaba desapegadas de su rol de cuidadoras y protectoras. Es necesario alertar que las poblaciones indígenas y sus voces en la prensa gráfica no es usual ni cotidiana en la actualidad. Sin embargo, esta temática fue llamativa por su regularidad y línea argumental que, en todos los casos, de las descripciones etnográficas actuales (Enriz, 2011; Cantore, 2020).

En un trabajo anterior (Cantore y Enriz, 2022), analizamos la presencia tan intensa de voces públicas en relación con la maternidad. La hipótesis que sostuvimos fue que los discursos públicos sobre estas maternidades indígenas expresan interrogantes de la sociedad envolvente sobre el rol de las madres mbya, a la par que evidencian argumentos que ponen en duda la protección de derechos de las/los niñas/os por parte de sus familias. Podemos agrupar estas notas periodísticas en tres grandes grupos. Aquellas que focalizan sobre situaciones de muerte de niñas/os y que profundizan referencias a sus madres en tanto responsables de las muertes, de los daños, de exponer a sus hijas/os a situaciones peligrosas, etc. Otras, que apuntan sobre las condiciones de vulneración de derechos básicos y cuestionan el rol de las mujeres adultas en vinculación con esta temática. Y un

tercer grupo que refiere a acciones de salvaguarda de derechos desarrolladas por agentes del Estado en favor de mujeres y niño/as.

Entre las primeras, encontramos los casos de muerte por desnutrición y/o deshidratación de niñas/os cuya responsabilidad se les adjudican a sus madres, incluso aunque sean caratulados legalmente como muerte dudosa. Este uso de la información, en que las maternidades son señaladas como irresponsables, habilitan intervenciones por parte del Estado, así como de iglesias y organizaciones de la sociedad civil tendientes a restablecer modelos morales de maternidad, cuidados y junto con ello transformaciones de la vida comunitaria. Todas estas notas se encuentran en la sección policiales de los diarios consultados. En uno de ellos la madre es detenida, siendo la primera mujer mbya en ser encarcelada. Otras, refieren a problemas que se resuelven a partir del accionar de agentes públicos del Estado y del diseño de políticas públicas. Por ejemplo, la atención de partos en el hospital, incluyendo un parto múltiple (el primer caso de trillizas/os).

En aquel entonces analizamos que la información sobre la muerte de niñas/os y bebés adjudicadas a sus entornos domésticos más íntimos y especialmente a la figura de las madres indígenas, no describía sus entornos ni sus condiciones. Se presenta un gran desconocimiento de los desarrollos de investigación respecto de la cuestión indígena, y un posicionamiento enfático respecto de un modelo de maternaje muy particular. Las mismas no aluden a los sistemas de contención de las madres y las y los bebés recién nacidas/os que generan en las comunidades las familias y las autoridades tradicionales. En tal sentido, refieren a responsabilidades individuales, por fuera de lo que supone el marco comunitario de contención (Remorini, 2003; Cebolla Badie, 2014).

Las actividades comunitarias de sostenimiento son aquellas prácticas de cuidado de las/os niñas/os no solo desarrolladas por sus madres y padres, sino por su red de parentesco. Son acciones que apuntan al buen crecimiento de esa/e niña/o en términos sociales, culturales, religiosos y físicos. Los primeros años de vida están impregnados de gestos cariñosos como besos y abrazos, la dedicación de tiempo exclusivo, la limitación del llanto, entre otras. No buscábamos en ese texto promover una representación de armonía ni la exotización de lo indígena sino propiciar un debate respecto de las diferencias que tiene este corpus de notas con las características étnicas del grupo y las condiciones de vulnerabilidad que atraviesan. Retomo en esta tesis que la maternidad indígena se convierte en un evento público en tanto aparece juzgada y cuestionada por no-indígenas.

Estos mensajes tienen un doble rol, presentan imágenes homogéneas al exterior en que las madres indígenas son presentadas exclusivamente a partir de esas experiencias conflictivas y a la vez, al interior de las comunidades, generan conflictos en torno a la consolidación de

formas monolíticas de desarrollo de las experiencias de género, reforzando una moral hegemónica. En el marco de la construcción de una mirada sobre las poblaciones indígenas de la provincia, los medios masivos de comunicación despliegan imágenes muy recurrentes a lo largo de los procesos de alterización de lo indígena.

El corpus de noticias que analizamos es representativo de las estrategias de consolidación de ideas morales que distancian a las madres indígenas de “las otras madres”. Al campo semántico de las maternidades indígenas se lo califica en estos casos como reticentes a recibir ayuda, refractarias a la pronta atención en el sistema público de salud e imágenes similares que generan la idea de responsabilidad frente al hecho. La distancia es presentada como una acción llevada a cabo por las madres indígenas y que produce como resultado la falta de atención a sus hijas/os, incluso al punto de generar su muerte. La responsabilidad cae absolutamente en las madres, aludiendo a causas absolutamente evitables como desnutrición o deshidratación son recurrentes.

Contrario a los imaginarios de desaprensión de las madres, el buen cuidado de ellas es parte primordial del quehacer de las mujeres mbya. Si bien consideramos que el enlace mujer en el espacio doméstico, dedicada exclusivamente a la crianza está siendo interpelado por las mismas mujeres indígenas (Cantore y Enriz, 2019), no tenemos registro de mujeres que apunten a un quiebre total de esta imagen. Tal como presentamos anteriormente, la maternidad es un ámbito de gratificación para muchas de ellas que registramos en muy diversas situaciones a lo largo de nuestro trabajo de campo etnográfico. En la articulación entre los proyectos de vida y los mensajes públicos respecto de estos, discurren ideas morales acerca del modo en que debe ser transitada la maternidad indígena y a través de ésta, mensajes sobre la maternidad en general, con una mirada monolítica, descontextualizadora y homogeneizadora.

Cabe destacar que el maternaje indígena no sucede en soledad, por el contrario, el buen crecimiento y cuidado de la niña o el niño no son dependencia única de la madre, sino del grupo de parientes más cercanos, aunque recae sobre ella una dedicación más intensa. Pero, la maternidad indígena se construye también en diálogo con conocimientos que circulan en la sociedad envolvente, demandas de profesionales y agencias de gobierno. En ese diálogo se establecen algunos puntos compartidos y otros discordantes. Entre los puntos compartidos aparece el esfuerzo cotidiano por obtener los recursos para la subsistencia, las privaciones materiales en las que transcurre la vida de las poblaciones indígenas en Argentina y la necesidad de mayor acompañamiento por parte del Estado.

El impacto de esta información en el ámbito local tiende a reforzar los modelos de negligencia y desinterés que justifican acciones extremas de intervención, a pesar de que no

se han registrado acciones de este tipo en las comunidades que visitamos, por ello la forma en que se presentan las mujeres y sus responsabilidades sobre las/os niñas/os constituyen una amenaza de sus derechos. La omisión de las voces de las mujeres indígenas y de sus referentes, la falta de contextualización de las situaciones narradas, así como la ausencia de voces de especialistas que puedan aportar elementos de reflexión generan juicios previos estigmatizantes que luego resultan cristalizados en las opiniones públicas, instalando miradas racistas y discriminatorias.

Pero, estas imágenes sobre la maternidad construyen, a su vez, exigencias sobre el Estado. La maternidad, lejos de subsumirse en un plano íntimo, tiene aristas donde confluyen y discuten actores e instituciones. El sistema público de salud también busca sostener su propia imagen pública, intentando no ser culpabilizados por las situaciones de vulnerabilidad extrema. En efecto, el embarazo y parto son momentos en que el sistema de salud se propone fortalecer la atención a fin de tener control de lo que sucede en las comunidades. En otras palabras, las voces públicas moldean y dan fuerza a algunas de las expectativas. Estos discursos públicos que intentan comprender o cuestionar la maternidad indígena dan forma situacional y contextual a las experiencias de las mujeres y las expectativas hacia ellas. Las expectativas se insertan en esos discursos públicos, pero no las determinan.

Al referenciar algunas de las maneras en que la maternidad guaraní se convierte en un debate público, busco dar cuenta de que las expectativas de diferentes actores hacia las embarazadas están ligadas a aspectos más amplios que las simples prescripciones de modelos biomédicos o indígenas. Se construyen en diálogo con múltiples situaciones que acontecen año a año y que va creando así la historia de contacto interétnico. En este sentido, es importante señalar que la relación entre las instituciones sanitarias estatales y las comunidades indígenas no es algo nuevo. Como mencioné en la introducción, tiene su historia en la expansión de la atención primaria a la salud en zonas rurales (Hirsch, 2015) y, particularmente en Iguazú por las particularidades presentadas en la introducción: la cercanía a la ciudad, el camino accesible, la disposición de recursos en esta zona, etc.

Desarrollaré que el sistema público de salud de la provincia, lejos de una voz homogénea, está compuesto por diferentes actores (Mol y Berg, 1998). Muchos de los cuales trabajan y se encuentran día a día con las mujeres embarazadas. Esas interacciones no tienen características únicas y replicables unas a otras, sino que cruzan líneas de vida entre diferentes actores. A continuación, abordaré como se interconectan muchas de las expectativas hacia las embarazadas y parturientas. El caso etnográfico de Celia es útil para saltar entre distintos temas que engloban intereses de las instituciones del sistema público de salud y de sus participantes como de las/os representantes del sistema público de salud.

A través de la muerte de Celia iré escabulléndome en distintas temáticas: la edad del primer embarazo, la educación sexual, los controles gestacionales, los potenciales riesgos y los modelos de maternidad con los que lidian las mujeres.

2.1 Edad de las primerizas, preguntas y supuestos

En la introducción de esta tesis mencioné algunos de los motivos por los cuales el ingreso al campo ha sido tan complejo. En esta sección, agrego, además, un aspecto que considero puede ser de los más confusos en el tratamiento y es la estrecha relación entre la maternidad y la sexualidad, especialmente considerando como variable la edad. Se trata de una temática sumamente delicada que, aunque no voy a profundizar, es necesario abordar dado que la edad de las gestantes se convierte en una problemática para las/os profesionales de salud y elevar esa edad se convierte en una expectativa médica a nivel nacional y local.

Muchas/os de las/os profesionales de salud se proponen como objetivo de trabajo elevar la edad de las mujeres en su primer embarazo. Mis investigaciones no me permiten sostener que hay una iniciación sexual temprana de las niñas porque no tengo datos para sustentar esta afirmación. Sin embargo, personas no-indígenas han sostenido y generalizado estas representaciones. Por supuesto, hubiera sido interesante analizar datos estadísticos de los hospitales para contraponer o avalar estas ideas, pero los mismos no son de carácter público y en la introducción ya mencioné las barreras para acceder a ese tipo de información, pero ello no es una limitante para analizar las proyecciones de las/os profesionales sobre la sexualidad de las mujeres en las comunidades. En mis registros con mbya no tengo manifestaciones directas de violencias y violaciones hacia las niñas, lo cual no excluye que existan.

Cuando alguna situación tomó relevancia por vulnerabilidad extrema, se avivaron las conversaciones entre agentes externos, pero las/os indígenas nunca me lo mencionaron a mí directamente. En un principio, interpreté la ausencia de referencias indígenas al respecto como un límite en el trabajo de campo, es decir, hasta dónde se me permitía llegar como investigadora. Pero, en una relectura de mis registros de campo pude ver que las mujeres con las que yo trabajaba eran adultas e, incluso, sus primeros embarazos no habían sido de tan jóvenes. Esto no tenía que ver con un segmento decidido por mí misma, sino con el proceso aleatorio que se fue desarrollando en el trabajo de campo. En mis registros están presentes todas las mujeres con las que me iba relacionando y que narraban embarazos, y en todos los casos se trataba de mujeres jóvenes (+16) o adultas.

Entonces, fue necesario preguntarme si a mí no se me comunicaba por mi rol como investigadora o si la presencia de embarazos en edades menores a esa solo se comunica al personal de salud en última instancia. Se fueron abriendo nuevos interrogantes en torno a las expectativas de las/os profesionales, sobre cuánto de supuestos *juruas* hay en estas situaciones y si los casos que existen podrían diferenciarse de violencias machistas en las distintas sociedades, teniendo en cuenta que los embarazos antes de los 16 años en diferentes grupos poblacionales son mucho más propensos a ser producto de violaciones u otras formas de abuso porque pueden implicar relaciones de poder que limitan las posibilidades de cuidado de las adolescentes (Ministerio de salud, 2020).

No obstante, sucede que algunas personas no indígenas de las que trabajan cercanas a estas poblaciones refieren públicamente a este tema, lo que me obliga a desarrollar una explicación clara sobre mis ideas al respecto. Muchas/os no-indígenas aseguran que la iniciación sexual es desde muy pequeñas y se la inscribe en una “ancestralidad indígena” que no dejan de espantarles (lo discutiré a continuación). Como resultado, el tema de la iniciación sexual y los embarazos tempranos se transforma siempre en un tema de discurso público, pero no oficial para el personal médico que convierte en expectativa médica el subir la edad en que las mujeres se embarazan. En mi primer trabajo de campo esto ya fue mencionado:

La primera médica con la que hablé me dijo que entre sus preocupaciones estaba la edad temprana en la que las mujeres tenían hijos/as. Los años trabajando ahí le hicieron dar cuenta de que era una comunidad que valoraba mucho la maternidad y fecundidad, pero no termina de entender por qué. (RI 12.2.15)

Otros especialistas definieron la edad temprana en que las jóvenes se embarazan como “casi infantil” (charla con médico especialista, 22-5-16). Estas referencias aluden a niñas gestantes, pero en el tiempo de mi trabajo de campo, no sucedió ningún hecho de estas características en las comunidades. Por momento se trata de una temática candente, por otros momentos es una de las otras tantas cosas para hablar. Estas referencias van construyendo generalidades culturalistas sobre las comunidades indígenas, que encajan con una política de nivel nacional de interés por elevar la edad en que las mujeres tienen su primer embarazo. Así, se van creando estrategias que intentan saldar este objetivo, las charlas en espacios comunes e íntimos son la principal actividad que promueven. Como mencioné es un asunto que aparece en mi trabajo de campo desde sus inicios en el año 2015, pero en los últimos años cobró más regularidad y a circular en la voz de distintas personas *juruas*.

Durante mi último trabajo de campo fue tema de conversación incesante a raíz de la muerte de dos jóvenes por problemáticas vinculadas al embarazo. Un dato importante es que una de ellas tenía 16 años y la otra era Celia quien, como dije, tenía más de 20 años. Ambas muertes sucedieron con un lapso de 15 días de diferencia lo que agudizó las referencias al tema. Carla, la agente sanitaria, fue una de las personas con mayor actividad durante las charlas y debate. Se trata de una voz particular para las comunidades como para el sistema público de salud. Carla, es una persona muy querida en las comunidades, especialmente entre sus colegas promotoras/es de salud. Es la única promotora que trabaja en las 6 comunidades de la zona, lo que a veces le genera rispideces o la ubica en disputas entre las personas de las diferentes comunidades. Esta promotora conoce perfectamente el funcionamiento de cada salita y, en general, es ella quien organiza el trabajo y las tareas diarias.

Carla sabe el nombre de la mayoría de las personas que viven en la comunidad, cómo están compuestas sus familias, en qué casas hay bebés y niñas/os, cuando recibieron atención médica y cómo evolucionaron, etc. “Los quiero como a mis hijos” (Entrevista virtual Lorenzetti y Cantore, 9-4-2021) son algunas de las frases que la enorgullecen de su vínculo con las/os indígenas. En general, suele tener buen trato con médicas/os que trabaja en el hospital y en las comunidades, obviamente, con más afinidad con algunas/os. Sin embargo, esto no deja por fuera algunas tensiones y acusaciones hacia ella de estar del lado de la comunidad, incluso cuando las/os médicas/os consideran que las/os indígenas actúan mal sobre cierto hecho. Veremos también que su voz cobra protagonismo.

Durante ese mes en el cual la edad de las gestantes fue un tópico de debate, Carla participó de diferentes eventos. Acompañó al equipo de obstétricas en charlas sobre salud sexual y reproductiva en dos escuelas secundarias, organizó una conversación sobre desnutrición infantil y cuidados en el embarazo con las madres de la comunidad de Yacaré e invitó a participar al cacique, charló independiente con agentes sanitarias/os y el segundo cacique de Tatú, y aprovechó cada oportunidad para hablar con las familias. En una ocasión la acompañé en su recorrida de vacunaciones contra el COVID-19:

Hace dos semanas se abrieron las vacunaciones entre 12 y 17 años. Salud Indígena logró que las primeras personas en recibir la vacuna para esta franja etaria sean las y los indígenas que viven en Iguazú. Esa mañana esperamos que las/los adolescentes se acerquen para su primera aplicación. Al mediodía, cuando ya nadie se acercaba, Carla decidió que iríamos junto con Alberto (ASI) a recorrer las casas donde vivían personas de este rango de edad. Aprovecharon que los acompañaba y me pidieron que actualice los datos del censo. Subimos a las motos y paramos en cada una de las casas donde Alberto sabía que correspondían las vacunas. Entramos a la primera

casa y cuando preguntamos cuantas familias vivían respondieron que ahora dos porque su hijo mayor (14 años) se había juntado (su novia 15 años).

Entonces, Carla preguntó si la chica estaba embarazada y respondieron que no. Desde ahí comenzó a hablar diciendo que se tenían que cuidar [haciendo referencia a métodos anticonceptivos], que no empiecen a tener hijos porque le iban a traer un problema a su papá y su mamá porque “ahora había que denunciar esos casos”, que todos los menores de 16 se denunciaban y que si no era la familia de ella, iba a ser la él, pero una de las dos familias iba a tener problemas. Le dijo también que debían tener respeto por sus padres. Les preguntó qué iban a hacer, si iban a estudiar. Les dijo que sigan estudiando y que busquen que hacer porque “después se juntan y no hacen nada, se dedican a estar acostados... hagan algo de su vida”. Luego, dijo que imaginaba que sabían cómo cuidarse, pero que si no podrían averiguar porque hay implantes o inyecciones y “él también se puede cuidar, está el preservativo” y cualquier cosa que vayan a la salita que les iban a poder decir. (RI 1-9-21).

Como vemos la preocupación por la edad se expresa y charla con las familias, apuntando especialmente a cumplir la expectativa de postergar los embarazos de las jóvenes. Pero un dato que aparece en el registro es “ahora hay que denunciar”. Como decía anteriormente, se trata de un tema que precisa ser trabajado con mayor cautela y en un diálogo interdisciplinario para poder promover prácticas de cuidado sexual y no reproductivas, pero la idea de la denuncia empieza a crear nuevas formas de ver esta temática, ya no queda en algo “de la comunidad”, algo propio y justificado en prácticas ancestrales. La intervención de la justicia viene a hablar sobre esas prácticas y a mirarlas en relaciones con normas y legislaciones estatales. La idea genera miedo sobre las madres y los padres y Carla considera que así podrán aconsejar “bien” a sus hijas/os postergando la maternidad y paternidad. Sin embargo, queda por fuera todo lo que acontece y el acompañamiento necesario para llevar adelante estas denuncias que rara vez se realizan.

Vemos que este supuesto acarrea otro problema que es el desdibujamiento en las edades. Aquí pareciera ser lo mismo un embarazo a los 12 años que a los 16 y sabemos que no lo es. Me tomo la licencia de retomar el marco normativo del Código Civil y Comercial argentino para plantear esta cuestión. En el mismo se diferencian tres etapas de trato diferencial para la consulta en salud sexual y (no)reproductiva: antes de los 13 años, entre 13 y 15 y mayores de 16. Para el primer grupo se establece que la consulta debe ser acompañada de madre/padre o tutor/a, pero no es necesario, de 13 a 15 años que tienen libre elección métodos no invasivos y, desde los 16 se les considera adultas/os en materia de salud sexual. El marco normativo marca diferentes posibilidades de decisión sobre la sexualidad de estos tres grupos y, por tanto, encuadres diferentes de acción jurídica.

Las/os profesionales de salud se hacen eco de políticas públicas que han complejizado el embarazo en la adolescencia, pero transformándolo en un objeto como si todas las situaciones tuvieran las mismas carencias y problemas (Paula Fainsoid, 2008). La intención de disminuir el embarazo en la adolescencia es siempre un tema de agenda en el país (por ejemplo, con la Ley de Educación Sexual Integral – ESI n° 26150/2006 y Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia - ENIA), pero cuando se trata de población indígena se entremezclan y generalizan diversos imaginarios. Si bien la principal causa de embarazos en la adolescencia puede involucrar un delito, presuponiendo la posibilidad de que sean relaciones sexuales donde están involucrados hombres adultos (UNICEF, 2016), una de las problemáticas que acarrea esta expectativa profesional y la falta de consejerías en derechos y salud es que generalizan y confunden situaciones que implican relaciones muy diversas y que corresponden a marcos normativos diferentes.

En este orden, las personas de las comunidades se han mostrado comprometidas con la protección de derechos de la niñez cuando algún caso se ha hecho público. Como comunidad les es difícil hablar públicamente de las situaciones acontecidas porque saben que recaen en ellas imaginarios sobre ser indígenas, pero no dejan de tener acciones propositivas a favor de los derechos de la niñez. Cuando se trata de situaciones que son extremadamente sensibles y delicadas se arman asambleas, charlas en la intimidad de los hogares, entre caciques y personal del Estado, se condenan los abusos en el interior de las comunidades, etc.

En este sentido, un ex cacique me decía “en nuestra cultura siempre hubo embarazos tempranos, pero no de tan chicas, 15 o 16 años, pero no a los 13” (RI 2-9-21). Un dato no menor es que estas palabras son la repercusión de ese registro anterior. Quien habla es el padre del joven y, si bien él no estaba presente cuando se dio la charla, claramente fue una plática en la intimidad de su casa. En esta misma conversación, me dijo que las personas encargadas de estas temáticas eran las/os agentes sanitarias/os y que cuando él era cacique recomendaba que se les hicieran caso. Dando autoridad a la figura de promotor de salud para hablar y decidir sobre estos temas.

En el registro de este padre resuenan las ideas que la agente sanitaria había conversado en su casa. Repercute la noción de la maternidad debe ser postergada en los discursos de las personas y los comunitarios. Esta temporalidad para la maternidad hace que se repiense la historia comunitaria cuando oímos al ex cacique decir que los embarazos de las pequeñas no corresponden a una práctica ancestral. Como resultado, vemos que se trata de una expectativa no-indígena con la que dialogan en las comunidades, pero la forma en que las/os profesionales plantean esta expectativa condensa imaginarios y mitificaciones que dejan por fuera la complejidad de la temática. Como mencioné antes, el sistema público de

salud basa sus explicaciones en “la tradicionalidad indígena”, pero no tiene sustento en referencias de las mismas personas, ni se pueden explicar por fuera de términos de violencia de género.

Circula la idea de que, en función de la ancestralidad indígena, después del primer sangrado menstrual las mujeres están preparadas para casarse (tener relaciones sexuales) y tener hijas/os. Considero que estas narraciones se han convertido en un relato folclorizado y culturalista que no contempla cambios generacionales, el contexto de producción de esas prácticas, ni relaciones interculturales, ni desigualdades de género en cada sociedad. Es posible presumir que las primeras relaciones sexuales de estas muchachas son tan diversas que podemos encontrar vínculos cuidados, amorosos, violentos, consentidos (y no), afectivas, con parejas estables o no, frustrados, felices, etc. Sabemos que el mundo de las relaciones sexo-afectivas es un espacio amplio de prácticas que suelen condensar desigualdades.

En otras palabras, el desconocimiento y exotización de las poblaciones indígenas llevan a construir imaginarios que confunden costumbres étnicas con prácticas violentas, principalmente, porque son las mujeres y niñas indígenas las que más han sido excéntricas y erotizadas (Mariana Giordano, 2005). Siguiendo a Mariana Gómez (2017) esto da como resultado una fotografía desactualizada sobre las poblaciones indígenas, sobre todo de sus relaciones de género, a la vez que responden a una idea ahistórica de cultura. Respecto de la población mbya, un punto para destacar es que estas ideas no son respaldadas académicamente, no hay material producido desde la investigación que de respaldo a estos imaginarios.

Por otro lado, los casos tienen características similares a las que suceden en el resto del país, incluso en contextos no indígenas. Casos emblemáticos como el de “la niña wichi” han llevado a la generalización de fantasías sobre prácticas ancestrales en poblaciones indígenas. Incluso, el mismo caso wichi está plagado de inconsistencias e inexactitudes para sostener algo tal como la costumbre de relaciones sexuales entre varones adultos y niñas y que se trata de un delito (Mónica Tarducci, 2013; Mariana Gómez y Silvana Sciortino, 2015). En otras palabras, la exotización de lo indígena nubla las posibilidades de ejercer plenos derechos de las mujeres y niñas, a la vez que confunden prácticas sexuales con violencias.

Como conclusión, vemos que el tema es abordado por profesionales no-indígenas principalmente a través de la insistencia del uso de anticonceptivos y de la generación de miedos de entrar en procesos judiciales que, si bien es un modo de proteger a las mujeres, permite deslindar problemas al sistema de salud. Las situaciones con las que una puede

encontrarse son complejas y es necesario hacer cruces interdisciplinarios para acompañar cada uno de los casos y, sobre todo, asumir el compromiso, teniendo las herramientas para acompañar social, cultural y jurídicamente esas situaciones. Continuaré desarrollando estos abordajes, pero es importante ya alertar que cuando se habla de “denunciar” no explicitan qué, ni en qué casos, ni cómo son los procesos judiciales¹⁹. Por otro lado, estas conversaciones tampoco incluyen el replanteo de vínculos patriarcales naturalizados en relaciones sexuales o sexo-afectivas. En este sentido, se trata de una expectativa que va cobrando cada vez más fuerza, pero a la que aún le falta un desarrollo y reflexión sobre las complejidades de este tema.

2.2 Educación sexual orientada a la anticoncepción

Otro punto por abordar interesantes es que la muerte fue un disparador para la creación de charlas de salud sexual promovidas desde ámbito sanitario. A partir de las dos muertes, especialmente de la situación de Celia que llevó días de agonía, el equipo de salud del hospital puso a disposición charlas en las escuelas secundarias y reuniones en la comunidad. En lo que sigue haré varias referencias a ellas. Comenzaré con una charla que se da en el secundario de Yacaré en la que participaron dos licenciadas en obstetricia, una agente sanitaria, los auxiliares bilingües, docentes y estudiantes de nivel secundario. Con ello inauguro la segunda expectativa a analizar.

Este tipo de charlas permiten un puente entre el CAPS y la escuela que no siempre trabajar articuladamente. Lo cierto es que mientras desde el ámbito escolar intentar responder a marcos normativos nacionales (específicamente la ESI), desde el sanitario se abre un espacio educativo que apunta principalmente a la prevención. No es punto de esta tesis cómo se responde a la ESI en las escuelas, ni si son las docentes quienes deberían estar formadas para lograr la transversalidad que plantea la ley, ni si las/os médicas/os son quienes tienen “el saber” para dar respuesta. Como explicité ambas instituciones tienen un funcionamiento bastante autónomo, pero es en la educación sexual uno de los puntos donde se confluyen y crean acciones de participación conjunta (otros son la higiene, la nutrición, la vacunación, etc.).

¹⁹ La experiencia en Ruiz de Montoya que mencioné en el capítulo uno puede ser un comienzo de nuevas formas de abordar la temática. Ver: Fretes, *et al* (2021).

La charla que estoy mencionando duró alrededor de dos horas, donde las representantes del sistema sanitario y el auxiliar bilingüe²⁰ hablaron de un modo expositivo. Retomaré algunos puntos que se mencionaron o sucedieron en la charla que sirven a este análisis:

Llamó mi atención que siempre hablaban del PAP, el PAP, el PAP y ninguna joven daba respuesta a nada hasta que, en un cierto momento, mencionaron la palabra "Papanicolau". Fue ahí que las chicas sentadas al fondo hicieron una mueca de "¡ahh! Ahora entiendo". Entonces respondieron a la pregunta de si se habían realizado o no este estudio alguna vez. El auxiliar bilingüe agregó "hoy por hoy sabemos que las cosas cambian, que las cosas pasan porque hay enfermedades que antes no conocíamos y ahora están". Carla le sumó "claro, antes en las comunidades no había HIV, VDRL y ahora hay". La otra obstétrica interrumpió diciendo "y hay un montón de VDRL".

Cuando hablaban sobre métodos anticonceptivos hacían hincapié en "si tenés pareja estable" o "si no tenés pareja estable". Ellas recomendaban mayormente el implante subdérmico como método anticonceptivo por tratarse de un método de larga duración, reversible y práctico. Para ellas las adolescentes eran "despistadas" y medio "voladas" por esto no recomendaban las pastillas. Comentaron que el implante estaba en los programas de salud sexual y reproductiva garantizado hasta los 24 años, pero había conseguido que se extienda para población indígena. Una docente preguntó "¿y ellas pueden elegir el anticonceptivo o ustedes le dan el que les parece?" y respondieron que no, que les ofrecían en una charla en las que les hacían preguntas y de ahí recomendaban, pero, en general, a las menores de 18 se les recomendaba los que eran de larga duración, especialmente el implante.

A continuación, mencionaron que, después del parto, las obstétricas usan la oportunidad para acercarles los métodos anticonceptivos que pueden prever y mencionaron el implante, el DIU y la ligadura de trompas. En ese momento aprovechan para hablar y proponer métodos anticonceptivos y dijeron "no les damos el alta sin antes explicarles todas las posibilidades de anticoncepción que tienen y que decidan, incluso, si no quieren ninguno".

Una obstétrica comentó que a partir de los 13 en adelante no era necesario el acompañamiento de ningún tutor para cuidarse, que las menores debían ir acompañadas de una/un tutora/tutor y que habían tenido situaciones en que las

²⁰ Las/os auxiliares bilingües o auxiliar docente indígena (ADI) son personas de las comunidades que cumplen con tareas de facilitar los procesos de aprendizaje. Para conocer más sobre su rol y especificidades en la provincia ver: Enriz (2016).

agentes sanitarias indígenas habían tenido este rol. Entonces se marcó una diferencia entre asentimiento y el consentimiento porque los menores no dan consentimiento, dan asentimiento por eso se necesita un acompañante que dé consentimiento. En cuanto a la edad y la anticoncepción les recomendaban tomarse su tiempo para tener un bebé, que si querían estudiar o hacer otra cosa era mejor esperar para ser madres. Además, agregaron que era “peligroso” tener hijos de muy chicas. (RC Cantore y Lorenzetti, 24-8-21).

Este registro presenta una de las muchas charlas sobre salud sexual y (no)reproductiva que tienen como principales destinatarias/os a las/os jóvenes. Elijo esta conversación porque fue uno de los eventos que tomaron relevancia con las dos muertes maternas sucedidas en agosto del 2021 y se desarrolló en la escuela de la mano del personal del hospital y docente. Como decía, la sensibilidad de la situación fomentó este tipo de encuentros. Sostengo que las estrategias para llegar a abordar esta temática son múltiples, por ejemplo, los CAPS están plagados de cartelera sobre HIV, uso de preservativo o AUH, pero nunca vi que nadie interactúe o pregunte sobre ellos, aun cuando el de AUH está escrito en mbya guaraní. Las charlas son el espacio en donde las/os profesionales consideran que pueden expresar lo que quieren decir y llegar a las personas de la comunidad.

Muchos de los tópicos de los que se hablan son repetidos en distintas instancias, no solo en los talleres o conversaciones. En las próximas páginas repondré algunos de ellos, pero aquí me gustaría destacar dos supuestos que tienen las/os especialistas al momento de generar estos espacios. El primero es que las personas conocen muchas de las palabras técnicas que refieren. El segundo, que las/os indígenas no realizan ningún tipo de planificación familiar. Estos supuestos son el inicio y sostén a muchos elementos que aparecen en sus discursos y, como tales, no suele haber una reflexión y cuestionamiento sobre estos.

En cuanto a la forma de expresar los posibles riesgos y preocupaciones sobre los embarazos utilizan constantemente palabras técnicas que no son de uso cotidiano en las comunidades. Hablan de diferentes tipos de enfermedades, síntomas, estudios, test, etc. que las personas desconocen y encuentran dificultades para diferenciar. En este registro leemos la hipertensión, el PAP, la VDRL, HIV, etc. que concluyen entre conversaciones entre las/os mismos equipos de salud y que pueden escarparse del conocimiento del auditorio. Vemos que el cambio de PAP por Papanicolau, aun siendo una palabra técnica, modifica las reacciones de quienes están escuchando y es cuando las jóvenes responden a lo que se les está preguntando.

Pero también sucede con otras palabras en las que dan por sentado que todas/os las/os oyentes están al tanto del debate. Esto sucede cuando diferencian asentimiento y

consentimiento que responde en este caso a términos del ámbito jurídico utilizados en el sanitario. Las obstétricas estaban refiriendo directamente al Código Civil y Comercial, incluso hicieron referencias a que no todos los anticonceptivos son “invasivos”, que solo en esos casos 13 y 16 es preciso contar con tutoras/es. Pero estas menciones a normativas jurídicas no se explicitaron ante un público que las desconocía. En la práctica, muchas de las personas no están al tanto de los debates con estos términos como lo manifestó en una charla posterior una docente no indígena que confesó haberse quedado sin entender esta diferencia.

En cuanto al segundo punto, las conversaciones parte del supuesto de que las familias indígenas no hacen planificación familiar. Esto se expresa, por ejemplo, cuando se les recomienda a las mujeres que tomen su tiempo para quedar embarazadas y tengan proyectos que vayan más allá de la maternidad. En este sentido, se recomiendan métodos anticonceptivos diferentes según si tiene o no pareja estable, según la edad y la cantidad de hijas/os. Acá damos cuenta nuevamente que la pareja monogámica heterosexual es con la que estas personas están dialogando. En este tipo de conversaciones no hay un cuestionamiento de que la estabilidad puede no ser garantía de nada y que tiene una proyección de ser eterna. Por detrás de estas ideas hay prejuicios a parejas sexuales múltiples sin necesidad de ser explicitados.

En este sentido, el implante subdérmico es presentado como la solución para mujeres jóvenes que transitaron un primer embarazo o que no son madres, mientras a las mujeres más grandes con más de una/un hija/o se les suele recomendar la ligadura de trompas. En cuanto al implante subdérmico al ser de larga duración (tres años), pero reversible, permitiría proyectar la maternidad para más adelante, de esta manera no se elimina esa posibilidad, pero tampoco pone en debate el deseo. Además, se trata de un método práctico tanto para las jóvenes como para las obstétricas porque solo deben encontrarse para la colocación y substracción. Es decir, no implica a las jóvenes la energía y predisposición de otros métodos como pastillas o inyecciones que implican horarios, calendarios y la búsqueda en los servicios de salud de esos dispositivos.

Tanto los términos utilizados como la planificación familiar me llevan a rescatar el sentido del cuidado que aparece en estas conversaciones. Es un cuidado que está ligado directamente a la planificación familiar y la prevención de ITS. Una frase mencionada en el registro es esclarecedora: la obstétrica dice que no es necesario el acompañamiento de tutoras/es para “cuidarse”. Ese cuidado tiene que ver con informarse, conocer y decidir qué método anticonceptivo utilizar. Desconozco cómo las jóvenes proyectan sus maternidades y cuando consideran que es el momento indicado para ello, pero lo cierto es que este tipo de charlas

les presentan un universo más amplio para esas proyecciones con elementos que pueden incorporar a su trayectoria.

Así, se ponen en relieve las preocupaciones de las/os profesionales de salud (y de docentes) cuando se trata temáticas sobre salud sexual y (no) reproductiva. Vemos que la manera de abordar estos asuntos se corresponde con una visión verticalista del conocimiento en manos de las/s agentes de salud hacia las/os jóvenes, sin tener en cuenta su background o el de las comunidades. Como conclusión vemos que el cuidado es una referencia directa a la prevención, principalmente de ITS y de embarazos no intencionales. Esta idea de cuidado a la que refieren las/os profesionales es para la prevención de embarazos no intencionales y se replica en el control del embarazo en busca de la prevención de riesgos, pero no implica un uso de la palabra cuidados de manera amplia como está siendo utilizada en esta tesis. Con ello inaugura la tercera y cuarta expectativa a analizar.



Foto 8 - PH: Alfonsina Cantore. La foto rememora una consulta biomédica en una de las comunidades que no tienen sala de atención primaria. Como se puede ver la atención se realiza bajo la sombra de los árboles y se utilizan mesas que están en las comunidades. Sin embargo, la mayor parte de la utilería (lapiceras, planillas, medicamentos, etc.) es llevada por la agente sanitaria no indígena. Sin embargo, algunos elementos pueden ser guardados por las agentes sanitarias indígenas de esas comunidades en el resguardo de sus casas.

2.3 La exigencia de controlar los embarazos

El “control” de los embarazos siempre es justificado a través de la idea de “riesgo”. “Control” y “riesgo” son categorías retomadas especialmente del personal sanitario y tienen la particularidad de estar presentes en todos esos registros. Sean médicas/os, agentes sanitarias/os o funcionarias/os siempre, y con siempre quiero decir que aparece en absolutamente todos esos registros, hablan de la necesidad de controlar los embarazos para evitar riesgos. Como vemos, ambas nociones están completamente vinculadas, pero serán analizadas por separado solo a fines analíticos. Primeramente, me adentraré en el control y, en el siguiente subapartado, profundizaré en el análisis del riesgo.

Como recién mencioné la necesidad de control de los embarazos se justifica en la idea de riesgo. Este riesgo es potencial, siempre existe la posibilidad de que suceda algo que la biomedicina no considere parte del desarrollo “normal” de un embarazo y lo convierta en riesgoso. El control del proceso gestacional permite registrar de antemano esas alertas. Pero, a veces, el control está más relacionado a la agilidad de las prácticas médicas que a las posibilidades reales de un problema. Hacer un seguimiento de la paciente, permite desarrollar prácticas ya conocidas para las/os médicas/os y tener la situación lo mejor controlada posible (Jordan, 1993; Davis Floyd y Elizabeth Davis, 1996).

Por una u otra razón, el control en el discurso del sistema público de salud es siempre un motivo para, es decir, tiene sustento en una posibilidad futura donde se justifican acciones previas. En otras palabras, el control biomédico permite que las y los profesionales desarrollen prácticas que ya son conocidas para ellas/os, aunque la justificación se base en la “otra”, la gestante, en proyección y beneficio de ella. En consecuencia, la reducción de riesgos o el desarrollo rutinario del quehacer biomédico se transforma en una expectativa tanto de la institución hospitalaria, del personal médico y del discurso político de la salud pública.

Si bien las mujeres a las que yo referencio en esta tesis tienen vínculos interculturales constantes, mencionaron algún estudio biomédico y tuvieron al menos uno de sus partos en un hospital; estos trayectos no son expansibles a toda la población guaraní. Por parte del personal médico, la falta de controles suele ser una queja constante. Las/os distintas/os actores ponen grandes energías y múltiples estrategias para que las mujeres consulten en el sistema público de salud cuando están embarazadas. En cada charla que brindan en las comunidades, en las entrevistas que hice, en sus tareas diarias, en las reuniones internas y

en spot²¹ de prevención sanitaria hacen referencia a la necesidad de que las mujeres indígenas consulten por sus embarazos.

En una entrevista con una de las obstétricas (RI, 22-8-21) cuenta algunas de las estrategias que utiliza con las mujeres primíparas para conocer el estado de parto. A partir de mis preguntas sobre el estado en que las mujeres indígenas asistían al hospital para parir y la posición que principalmente escogían, ella fue desarrollando una de las estrategias que utiliza para conocer más el estado general del embarazo y anticiparse al desarrollo del parto. Respondió que, en general, prefieren parir en cuclillas y marcó una diferencia entre quienes transitan su primer parto y quienes no:

‘Las mujeres que ya tienen varios hijos son quienes llegan más justas a parir. En cambio, las primíparas siempre vienen con miedo, a veces con 1 de dilatación. Cuando llegan así, yo aprovecho y les pido una internación de 24 horas en la que puedan hacerle todos los análisis. Una vez que tienen todo les aviso que su bebé no va a nacer todavía porque recién empieza la dilatación. Ahí las mando de nuevo a la comunidad y pido que [las/os ASI] controlen a esa embarazada. En cambio, las multíparas o a partir del segundo hijo ya vienen directamente a tener, “ya vienen y se abren”.’ A continuación, le pregunté si obligadamente les hace tacto y afirmó: *‘sí, pero las mujeres indígenas no tienen problema con esto... ni con nada. Ellas saben mucho sobre el parto, por eso “ya vienen, se levantan [la pollera] y paren”.* (RI, 22-8-21).

En el registro se puede notar una primera diferencia que hace la obstétrica entre quienes ya transitaron un parto y quienes no. La experiencia permite a las mujeres discernir cuando están más cerca del momento que cuando aún les falta. Veíamos en el capítulo anterior y reconfirmamos con este registro que el aprender a parir es un conocimiento que se va incorporando en las mujeres indígenas desde múltiples técnicas y prácticas que acompañan esos saberes. Apunté también que la oralidad era una de esas herramientas a través de las cuales se incorpora el aprendizaje. Pero aquí, aparece una diferencia de conocer lo que ya ha sucedido en el cuerpo anteriormente. Transitar nuevamente la situación de parto es la que permite a las mujeres anticiparse a lo que pasará en su cuerpo.

Pero, me interesa resaltar de este registro que la obstétrica aprovecha la situación de desconocimiento de las primíparas para realizar controles que considera básicos para que el nacimiento se desarrolle en buenos términos. Esto implica que las mujeres pasen al menos un día en el hospital, se les realicen los estudios y cuando el personal de salud confirma que está todo bien se les permite volver a sus casas y esperar que la dilatación vaya en aumento

²¹ Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=va0BFO6OoVQ>

para permitir el parto. Retornar a sus viviendas no las excede del control porque es ahí donde se pide a las/os ASI que hagan el seguimiento de la embarazada. Ellas/os aprovechan cualquier situación para recomendar el control en el hospital. En un registro anterior ya comencé a dar cuenta de estas situaciones. En el recorrido para vacunar que mencioné previamente, en una de las casas, las/os promotores advirtieron de una embarazada que no estaban teniendo en cuenta.

Llegamos a la casa. Había tres mujeres de distintas edades y un joven. Todas estaban emparentadas con la mujer más grande que estaba ahí (± 40 años). El joven era su hijo y estaba haciendo tortilla en el fuego. Carla bromeó diciendo: “tantas mujeres y el varón cocinando”²². Mientras el ASI vacunaba, Carla pidió los DNI y algunos datos para completar algunos datos del censo. Advirtió entonces que una de las muchachas era pareja del joven, que estaba embarazada y que no estaba en el censo. Dijeron que la pareja recientemente se había juntado, ella venía de una comunidad del centro de la provincia y transitaba un embarazo de 5 meses. Fue entonces que la enviaron a consultar por el estado de su embarazo con el médico que visita la salita. (RI, 1-9-21).

Tal presenta el registro, las formas en que los representantes del sistema público de salud detectan un embarazo son diversas. A veces lo hacen cuando están dando charlas y ven a la panza de una embarazada, cuando las mujeres se acercan a la salita por algún trámite burocrático o, como muestra el registro, cuando hay recorridas por las comunidades con un fuerte en otros programas o políticas como lo fue esa campaña de vacunación. Me arriesgo a pensar que algunas veces no es la iniciativa propia de las mujeres la de controlar sus embarazos, sino un conjunto de estrategias que despliegan las/os ASI. Ellas/os saben que el seguimiento gestacional es una exigencia de Salud Indígena que recae sobre ellos principalmente que puede llevarse adelante y, como vemos, responden de múltiples maneras.

En las tareas para el seguimiento de las embarazadas se juegan jerarquías hospitalarias. El rol de ASI se considera un rol clave por la cercanía con las familias indígenas. Las/os especialista consideran que las/os promotoras/es son quienes deben detectar los embarazos de las mujeres que no consultan e incidir en que se realicen al menos un control trimestral. En lo que sigue veremos como el control es fundamental para las/os licenciadas/os, pero su detención es delegada a rangos de menores jerarquías. Y como, las reuniones internas, son un espacio donde se marcan estos quehaceres.

²² Ya he argumentado sobre los estereotipos de género y roles domésticos de las mujeres en espacios anteriores (Ver: Cantore, 2017).

Durante una charla en el hospital todas las personas resaltaban que las mujeres indígenas llegaban con el trabajo de parto ya hecho porque lo hacían en la aldea. Entonces, una de las obstétricas interrumpió diciendo que habría que reforzar la atención médica perinatal porque muchas veces llegaban y no tenían ningún control realizado. Una de las agentes sanitarias indígenas intervino diciendo que no eran de sus comunidades, que esas mujeres venían de Paraguay a parir con 32 o 33 semanas, entonces no tenían seguimiento. Otra promotora la apoyó y dijo que las mujeres de la comunidad se hacen al menos un control trimestral. La jefa de obstetricia intervino marcando que con esa cantidad de estudios alcanza, que era lo necesario, que las ecografías trimestrales que eran imprescindibles, pero el resto no. Explicó que se detecta en cada una. Y, luego, preguntó cómo era la captación de los embarazos en las comunidades. Las/os promotores respondieron que, en general, se les pregunta cuando se les ve la panza. Y ahí, las mujeres van solas a hacerse ecografía y laboratorio. Y sumaron que, a veces, cuando llegaban a tener a sus hijos al hospital, pero no traían los estudios. En ese momento, las/os presentes decidieron que se podía dejar una copia en el hospital y propusieron armar un fichero para tener acceso a esa información. Una de las obstétricas dijo que eso era algo muy simple de hacer y con que les escriban algunas cosas mínimas alcanzaba (RI, 12-11-19).

Varias lecturas sobre el control se pueden hacer de este registro. En la línea que desarrollé anteriormente, se juegan jerarquías sobre qué tareas corresponden según cada rol institucional. A las/os agentes se les exige y culpabiliza por la detección y el seguimiento de las mujeres embarazadas, pero saben que no pueden obligar a las personas a los controles. En el encuentro, si diferencian las familias de sus comunidades de las de Paraguay, que en el imaginario de la triple frontera representa “lo malo”, “lo menor”, “lo peligroso”²³. Las/os promotoras/es con este tipo de explicaciones buscan que no recaiga sobre ellas/os lo que las personas hacen. A su vez, en este registro se fortalece lo dicho anteriormente, que utilizan cada oportunidad para promover el control biomédico gestacional.

Por otro lado, vemos que el personal obstétrico también busca sus propias formas de llegar a las mujeres y conocer el estado de su embarazo. Reducen la cantidad de estudios a “lo imprescindible” y buscan nuevas herramientas. Por imprescindible se refieren a aquellos datos que necesitan para desarrollar su trabajo, es decir, suficientes para realizar su trabajo de manera rutinaria. Es decir, información estadística para para conocer el riesgo sobre la

²³ En Triple Frontera, corrientemente circulan imaginarios negativos sobre Paraguay y las/os paraguayas/os a quienes se suele estigmatizar y proyectar sobre ellas/os las problemáticas vinculadas al alcoholismo, prostitución, narcotráfico, etc. (Brígida Renoldi, 2013). En este registro vemos que se extienden estas apreciaciones sobre el comportamiento esperado de las embarazadas.

salud y la vida de la embarazada y el feto. Y con los nuevos instrumentos -como el fichero- buscan que el acceso a esa información sin que quede únicamente en manos de las embarazadas.

Algunos de estos puntos son compartidos por personas de otras especialidades médicas, no obstétricas. Todo el cuerpo médico coincide en que si las mujeres llegan a parir sin los estudios previos se pueden generar problemas. En una entrevista con una médica pediatra ella hace énfasis en el control apenas le comenté cuál es mi proyecto de investigación. En mi presentación le conté que estaba haciendo un doctorado en antropología y que me interesaba trabajar con el recorrido que hacen las mujeres durante el embarazo y parto. Enseguida resaltó la relevancia que le veía a este trabajo y la vinculó directamente al control gestacional:

“Sí sí, eso es lo más importante, porque las mujeres muchas veces llegan al hospital (a parir) sin los controles”. Me cuenta que ella tenía mucha relación con las mamás porque trabajaba en pediatría, pero que muchas veces llegaban de urgencia al hospital sin haberse hecho ningún control. [...] Ella creía que la mayoría de los partos de las mujeres indígenas son en el hospital, más allá de que haberse realizado o no controles. Pero agrega “las mujeres llegan en las últimas a parir y no sabes con qué te vas a encontrar”. En esos casos existían algunas dificultades, por ejemplo, muchos casos de sífilis y, por eso, muchos bebés nacen con una sífilis congénita. O casos de desnutrición. Para ella, estas eran algunas de las complicaciones al no tener los controles realizados. Sin embargo, continuó diciendo que, según su mirada, esto no era un problema específico de las mujeres de la comunidad, sino de sistema de salud público en general por la falta de recursos. Entre ellos, recursos humanos porque les es imposible dedicarse de lleno y hacer un seguimiento constante de esos embarazos. [...] Además, la médica consideraba que parte del aumento de partos hospitalarios tienen que ver con el acceso al monte cada vez más restringido, donde cada vez es más difícil encontrar medicinas de yuyos. (RI, 28-2-18).

La pediatra comparte con el resto del cuerpo médico que el control es un paso fundamental para el parto. Ella resalta en el peligro de no conocer si hay datos de alerta o enfermedades previas para las que la biomedicina considera tener solución o, al menos, saber cómo lidiar con esta. La especialista es clara en que la falta de esta información incomoda la práctica médica cuando dice “no sabes con qué te vas a encontrar”. Las prácticas rutinarias y conocidas para estas profesionales son puestas a prueba, obligándolas a responder con lo que se presenta en cada situación.

Otro punto por resaltar en las palabras de la pediatra es su mirada más integral de lo que sucede en el hospital. Como ya mencioné en la introducción, muchas de las dificultades de acceso a servicios no afectan únicamente a las mujeres indígenas, sino a la población general de la ciudad. En este sentido, la médica considera que realizar los estudios ginecológicos no dependen únicamente del trabajo de las/os ASI o de la voluntad de las mujeres para realizarlos, sino que tiene que ver con la falta de recursos que tiene el sistema de salud. Por otro lado, desde su postura también resalta que parte de los cambios que están sucediendo en las formas de parir tienen que ver con el arrinconamiento territorial y la dificultad para proveerse de fitomedicina, vale advertir que es la única médica que establece un vínculo tan directo.

Es cierto que el seguimiento biomédico del embarazo se va incorporando también como una expectativa de la comunidad. Es parte del discurso público de la comunidad en cuanto a las embarazadas. La incorporación de los CAPS y las/os ASI fueron un motor fundamental para colocar el control biomédico como una expectativa que aparece en las palabras de las y los representantes comunitarios. Anteriormente, expliqué la exigencia hacia las/os promotoras/es y sus estrategias para empujar a las embarazadas a controlarse. Pero, es necesario alertar que las mujeres también encuentran sus propios motivos para hacer consultar sus embarazos en el sistema público de salud. Aquello que las embarazadas esperan de esa atención no es solo la prevención de riesgo (aunque no lo excluye), sino también acceder a programas y beneficios estatales rápidamente (desarrollaré con profundidad el último capítulo).

2.4 La posibilidad del riesgo

El interés en el riesgo para la antropología no es nuevo. Mary Douglas (1973) consideró que el riesgo es clasificado de manera diferente según cada grupo social. Para ella, el riesgo es aquello que presenta características ambiguas y no puede encajar en el esquema simbólico de manera clara afectando el orden social. Esta antropóloga considera que el riesgo tiene una dimensión subjetiva, es decir, que adquiere valor dependiendo de quien esté observando. Estas nociones continuaron en la antropología, especialmente, en aquellos trabajos que focalizaron en cómo las situaciones de riesgo se asignan a población indígena (Lorenzetti, 2010; Pía Leavy, 2017).

Pero mi interés en este subapartado es pensar qué efectos tiene la noción de riesgo cuando empieza a circular como categoría de uso cotidiano entre profesionales de salud, referentes de las comunidades y las propias mujeres. Preguntarme cuando el riesgo se convierte en un problema es quizás un buen punto de partida para el análisis. En este sentido, para Schutz

(2003) los individuos se deparan con una situación donde, por falta de conocimientos específicos, no saben cómo enfrentarla. A los fines de esta tesis, no se trata de si el riesgo en un embarazo puede abordarse por conocimientos indígenas o de la biomedicina, sino con no conocerlos, no ser parte de los elementos de mundo social.

Siguiendo a este autor, un riesgo no es para el sujeto un problema en sí mismo, solo se transforma en tal cuando lo que sucede no se enmarca en su acervo de conocimiento. Cuando surgen experiencias que son difíciles de clasificar sin contradicciones, nos obligan a poner en cuestión aquellas cosas que damos por sentadas o sabidas. Se trata de situaciones que irrumpen en la vida cotidiana transformando una experiencia en problemática. Las personas se enfrentan con problemas cuando una circunstancia no puede tipificarse en la experiencia ontológica, biográfica y social de las personas y se ven obligadas a buscar soluciones o explicaciones nuevas. Cuando estos pueden ser incorporados aportan nuevos conocimientos al marco de referencia de los individuos.

Desde esta perspectiva, lo que pueda ser un riesgo o una complicación durante el embarazo y parto puede llegar a ser problema para las mujeres, pero no necesariamente lo sea para las/os profesionales que ya han lidiado con ello o viceversa. Es decir, las/os medicas/os ya conocen esas complicaciones, sus características y saben cuáles son las técnicas y procedimientos para enfrentarse a ellas. Aquello que las/os profesionales de salud denominan riesgo es algo que consideran probable o parte del proceso de embarazo y parto. Pero esto no necesariamente significa un problema para las/os actores; el riesgo solo se transforma en un problema para la gente cuando no conoce las herramientas para lidiar con este.

La reducción de riesgo es, quizás, la expectativa máxima del sistema público de salud. La posibilidad de que exista algún peligro o la imprevisibilidad del proceso hace a esta categoría protagonista del discurso y prácticas biomédico (Pollock, 2009). En esta línea, tomó relevancia en esta investigación cuando advertí que se trataba de una categoría que mencionaban siempre las/os actores. Si bien en el sistema público de salud el embarazo no es considerado una patología o enfermedad, la posibilidad de que con él se desarrollen problemas de salud, justificaría la intervención sanitaria (Blázquez Rodríguez, 2005). Así la idea de "riesgo" siempre aparece como una categoría utilizada principalmente por las/os profesionales de salud. Esta noción es influyente en la hospitalización de las prácticas de parto.

En este apartado intentaré mostrar cómo esa categoría atraviesa a las mujeres, sea porque la incorporan en sus proyectos de embarazo o porque es generadora de nuevos miedos. Me referiré a esta categoría para las/os profesionales y, en el siguiente capítulo, cuestionaré dos

puntos. Por un lado, que para las mujeres el embarazo y parto está lejos de tratarse de una patología. Y, por otro, que la categoría de riesgo modifica trayectorias personales. Pero, aquí veremos que es una categoría donde los discursos médicos se encuentran y concuerdan. También comienza a ser un término utilizado por las/os agentes sanitarias/os, apuntando fuertemente a su control. Pero, sobre todo, la posibilidad de que existan riesgos o dificultades en el proceso de embarazo y parto comienza a ser incorporado en las trayectorias de atención del embarazo y parto. A continuación, mostraré cómo aparece en el discurso de estas distintas personas.

El discurso médico hegemónico, como ya mencioné, es unificado en relación con el control durante la gestación para la prevención del riesgo y muchas veces se transforma más en una exigencia que en una expectativa. No entra en discusión que las embarazadas deben controlarse para cuidarse y cuidar el desarrollo del feto. Un fragmento de entrevista a una licenciada en obstetricia es esclarecedor a este respecto:

Me comentó su insistencia en que el parto sea en el hospital porque en el parto domiciliario no se contemplaban situaciones riesgosas y peligrosas. Los embarazos que más peligrosos tenían eran aquellos con riesgo de preeclampsia, que este era el mayor motivo de muerte materna. Ella notaba que, muchas veces, cuando las mujeres llegaban a parir tenían la presión muy alta o diabetes gestacional, pero no lo sabían por la falta de controles. Me comentó que, mayormente, las mujeres se hacían solo ecografías y pensaban que con eso ya podía conocerse el estado de su embarazo, pero que había muchas cosas que no se puede conocer a través de la ecografía. Con esta solo se conocen cuestiones de peso y talla, pero no se conocían otros datos importantes como la presión o diabetes. Le pregunté cuáles eran las exigencias mínimas en los embarazos y me dijo que esos dos estudios [diabetes y presión] y al menos tres ecografías [una por trimestre]. Pero que las mujeres indígenas a veces venían solo con una o dos y que cuando pedía análisis de sangre no se los hacían. Dijo que ella insistía en los análisis porque permitía, además, detectar infecciones transmisibles por el canal de parto como HIV, sífilis y hepatitis B (RI, 22-8-21)

En este registro vemos que el riesgo se asocia directamente a la prevención de otras enfermedades que supuestamente pueden evitarse o controlarse con diferentes estudios. Como bien dice la obstétrica, la ecografía solo permite dar cuenta de la edad gestacional del feto, pero no otras situaciones como la detección de ITS, lo cual ya vimos es una preocupación médica. En el último capítulo, veremos que la importancia de la ecografía para las mujeres no se limita al control, sino a la materialización del feto como persona, de dotarlo

de cuerpo. Sin embargo, el sentido profesional lo liga más a la prevención y rutinización de prácticas.

Surge entonces lo que Lorenzetti (2017) denomina la idea de que una buena paciente es quien cumple con las recomendaciones propuestas por las/os profesionales. Las personas que se realizan los controles y estudios médicos, priorizando estos sobre las “costumbres mbya” (las eliminan o no) son aquellas mujeres consideradas como “buenas madres”, preocupadas por su estado de salud y de sus futuras/os hijas/os. Contrariamente, quienes no cumplen estas prescripciones son “productoras de riesgos”, a quienes no se les puede detectar ITS o que desencajan las prácticas médicas. En este sentido, volviendo a la propuesta de Schutz (2003), la falta de control es lo que presenta un problema a las/os médicas/os y no el riesgo en sí mismo.

Más adelante, veremos que el “riesgo” comienza a ser una categoría incorporada por las personas de la comunidad, pero me interesa aquí abordar cómo es ese proceso de incorporación. Nuevamente, a través del caso de Celia se puede observar que se convierte en un tema de charla en el día a día, en cada ocasión posible. Me gustaría mencionar dos momentos diferentes en que Carla lo retoma. Una es una charla interna entre agentes sanitarias/os y la otra es una reunión comunitaria.

Situación 1 – Conversación en la salita entre agentes sanitarias/os

Carla comenzó diciendo que hay que explicarle bien a la gente porque muchas pensaban que Celia falleció a causa de la cesárea y que era necesario explicar que no había sido así. Juan, otro agente, dijo que también había escuchado eso. Se había encontrado con una familia en el hospital y tuvo que aclarar que la causa de la muerte no fue la cesárea, sino que había sido un virus. Carla mencionó el nombre exacto del virus para asistir lo que decía Juan. Él agregó que le habían preguntado si murió por COVID y tuvo que explicar que no, que era un virus que causaba hipertensión. De acá, todas/os las/os presentes en la conversación asistieron en que si la muchacha se hubiera hecho los controles [de embarazo], la hubieran podido tratar [las/os médicas/os]. Pero también explicaron lo excepcional del virus, dijeron “eso lo tienen una mujer en mil”. (RC Cantore y Lorenzetti, 1-9-21)

Situación 2 – Charla comunitaria en Yacaré

Carla convocó a una reunión en Yacaré para hablar sobre el programa contra la mal nutrición que se está llevando adelante, pero se mencionaron temas diversos. Solo estaban presentes las mujeres de la comunidad con sus hijas/os. Entre ellos, hizo énfasis en los controles. Dijo que era importante que cuando las mujeres están

embarazadas se hagan los controles y sin nombrar a Celia sumó “eso se podría haber evitado si se hubiera realizado los controles” y continuó diciendo que ellas ahora podían hacerse los análisis sin pedir turnos previos. Agregó que cuando una mujer se daba cuenta que ya no le venía la menstruación por algo, no espere a que no le venga dos o tres veces, con una vez que no le venía vaya a hacer la consulta. (RC Cantore y Lorenzetti, 26-8-21).

A continuación, desglosaré algunos puntos de análisis sobre este registro. En el primero de estos registros damos cuenta de que la situación de pandemia por COVID-19 lleva a confusiones e interpretaciones contextuales sobre la muerte. Segundo, a simple vista se puede notar que en ambos está la idea de que se podría haber evitado. Para ello, el trabajo de las/os agentes sanitarias/os cobra relevancia nuevamente. Como conclusión vamos viendo cómo la idea de riesgo que aparece en estos discursos comienza a incorporarse en las mujeres.

Como mencioné anteriormente, la muerte de esta joven fue disparadoras de preguntas, inquietudes y confusiones. La pandemia por COVID-19 atravesó la vida de las personas en dimensiones inimaginables²⁴. Como cuenta Juan, cuando intentan explicar que la muchacha falleció por un virus, inmediatamente la asociación es al virus COVID-19. Cualquier persona no familiarizada con términos de la biomedicina desconoce qué es un virus e, incluso, las/os no especialistas tienen dificultades para explicarlo. Sin embargo, la pandemia popularizó la categoría de “virus” más allá de su definición científica, otorgando un marco de interpretación contextual a diferentes situaciones. En este caso, la asociación al coronavirus fue directa y obligó a las/os agentes a explicitar ese conocimiento técnico.

En esta situación, el riesgo comienza a convertirse en un problema para las mujeres. Es decir, ellas desconocen qué es y cuáles son los métodos y técnicas para enfrentar algo como un virus. Posiblemente, es la primera vez que muchas de ellas se enfrenten con situaciones de este tipo ubicadas en un marco de interpretación biomédico. Veíamos en el registro de Celia que las personas preguntan qué es el virus, si murió por coronavirus, si muere por la cesárea, qué tan excepcional es la situación, etc. En ese desconocimiento para enfrentar este problema llena de preguntas y cuestionamiento a las mujeres que intentan comprender lo sucedido. En el caso de las/os profesionales, no se trata de un problema, sino algo que tiene fácil solución con más controles, con al menos un seguimiento trimestral, con nombrar como “diabetes gestacional” o “preclamsia” algunos de esos riesgos, etc.

²⁴ La bibliografía sobre cómo la pandemia COVID-19 atravesó la vida de las personas es basta y aborda muy diversas aristas. Específicamente, sobre el abordaje de población mbya guaraní en Misiones, Argentina se puede consultar: Aliata, Soledad; et al. (2020); Abeledo, Sebastián, et al. (2020) Lorenzetti y Cantore (2022); Hecht, García Palacios y Enriz (2021), entre otros.

Si bien durante la pandemia diferentes situaciones fueron interpretadas bajo la idea de virus, es necesario aclarar que no es la primera vez que personas indígenas preguntan qué es un virus y cuáles son sus consecuencias. Recuerdo dos situaciones en las que me vi en el embrollo de intentar explicarlo, no con mucho éxito. La primera ocasión fue en una charla con un varón adulto cuando me preguntó qué era el HIV y encontré dificultades porque me di cuenta de que él no sabía a qué me refería con virus. Y, en otra ocasión, cuando en una charla organizada por equipos médicos del hospital les preguntaron a las mujeres si habían escuchado hablar del HIV y respondieron al unísono que no. Mi pequeña intervención fue si había, en cambio, escuchado hablar del SIDA. Fue esto lo que les dio pie a las profesionales a explicar la infección y su diferencia con la enfermedad. Estos y otros ejemplos permiten exponer la dificultad para explicar los riesgos y la muerte cuando se expresa en términos no cotidianos para las personas.

Esto nos lleva al segundo punto, que esa muerte se podría haber evitado. Se trata de dos situaciones donde se replica la misma idea: el control previene o elimina la posibilidad de riesgo y, especialmente, la probabilidad de muerte. Esta es una visión que responde a las/os profesionales de salud, posiblemente, no sea igual para las/os indígenas. Al decir “se podría haber evitado” se fortalece el trabajo de las/os ASI cuando enfatizan en el control porque para prevenirse es necesario el control en el que ellas/os insisten. Como vemos en el primer registro, cuando ellas/os hablan sobre el tema coinciden en que deben trabajar en prevenir estas situaciones.

Las situaciones relatadas se dieron con personas y en comunidades diferentes. En la primera vemos a las/os agentes de salud en una conversación interna, entre pares, donde pueden coincidir o discutir sobre la temática que están tratando. En la otra, hay un público al que se le habla y el discurso es más organizado y coherente. Se dirigen a las mujeres de la comunidad y se les dice lo que se espera de ellas. Carla, como la agente que vincula las comunidades es quien puede desplazar las ideas de un lugar a otro.

Lentamente, la importancia en la reducción de riesgo se va transformando en una expectativa de la comunidad y las mujeres como veremos más adelante. Pero es destacable que las particularidades del espacio y tiempo son las que permiten esa incorporación. Es un proceso que se genera a través del diálogo constante con los servicios de salud, con la cercanía de las locaciones y el hospital, con la posibilidad de contar con salas en o muy cerca de los núcleos habitacionales, por la articulación entre las/os ASI y, particularmente, por la promotora de salud no indígena que tiene vínculos en todas las comunidades. Pero las agentes sanitarias indígenas tienen su función particular: son mujeres de la comunidad y representante del sistema público de salud.

En el capítulo anterior, presenté a Rosa que al ser representante indígena del sistema público de salud y como mujer indígena en su discurso aparece este doble rol. Recordemos que ella tuvo cinco partos vaginales y una intervención quirúrgica. Como agente sanitaria insistía a las mujeres que sus hijas/os nazcan en el hospital porque “desde el área de salud para el que ella trabaja dan esa recomendación”. Cuando ahondé más me respondió:

“es una obligación, porque quieren [desde el área] reducir los riesgos en el embarazo. Antes [en las comunidades] se sabía mucho sobre estos temas, pero los riesgos también eran muchos. Mi abuela era partera y una vez la escuché decir esto de los riesgos”. Entonces, ejemplifica con el parto de su hija que nació por cesárea porque no “estaba dada vuelta” [se refiere a que no estaba en posición cefálica], “las parteras [antes] no tenían mucho que hacer, por eso se moría la mamá y el bebé” (RI 27.2.2018).

En la entrevista aparece la noción de riesgo, la cual está arraigada al sistema de salud alopático y es incorporada por el personal indígena y por las parturientas. Esta categoría es influyente en la hospitalización de sus prácticas de parto. La idea de “riesgo” se pone en juego porque, si bien el embarazo no es considerado una patología o una enfermedad, siempre está acompañado por esta noción la posibilidad de que existan problemas de salud que con él devengan, lo que haría necesaria la intervención sanitaria (Blázquez Rodríguez, 2005).

Al respecto, una cuestión a resaltar en este punto es que Celia no necesita ser nombrada. En la charla en Yacaré no se la menciona, pero se habla del caso y todo el mundo comprende la referencia. En este sentido, funciona como un ejemplo contextual que es ubicado como el extremo más duro y difícil del riesgo con su efecto máximo, la muerte. Más allá de este caso, otras veces he escuchado frases de las/os especialistas a las embarazadas diciendo “ahora está primero tu bebé”, “vos tenés que pensar primero en tu bebé”, “es peligroso para vos y tu bebé” que se mencionan cuando se detecta alguna situación compleja. De esta manera, las personas comienzan a asociar el embarazo y parto al riesgo. Como conclusión, la idea de riesgo es generadora de nuevos miedos, reales o imaginarios (ver capítulo uno).

Los dispositivos gineco-obstétricos también acompañan la incorporación de estas categorías en las mujeres. Ellas contribuyen con las supuestas especificidades técnicas de las/os medicas/os porque permiten anticipar la posibilidad de riesgo. Por ejemplo, a través de las ecografías se puede ver si el feto está o no en posición cefálica lo que proyectaría un parto vaginal o una intervención quirúrgica. Otro ejemplo es la recomendación de la ligadura tubaria como método anticonceptivo irreversible luego de tres cesáreas.

En el cuarto capítulo, veremos que los sentidos que las mujeres dan a las tecnologías son mucho más amplios, pero acá cumplen la función específica referida a detectar posibles riesgos. Inés es viuda del padre de su primer hijo y hace unos tres años se volvió a casar. Con el nacimiento de su segundo hijo nos presta alguna referencia sobre cómo las tecnologías detectan posibles riesgos que son evaluados por estas mujeres cuando van a dar a luz:

Inés comentaba que ella siempre acompañaba a su padre, el cacique, a todas las reuniones hasta que tuvo su segundo hijo. Su hijo más grande nació por parto vaginal con 2,900 kg y el segundo con 3,400. Con el segundo “los médicos le habían dicho que iba a cesarí, porque el bebé estaba sentado”. Le pregunté qué controles le hicieron para saberlo y ella contestó diciendo “todos los controles me hice, análisis de sangre durante el embarazo y la otra cuando el bebé estaba por nacer y después ecografías, más de una, me las hice en el hospital. En la ecografía lo vieron sentado”. (Iguazú, 20-2-2018).

En el relato de Inés la posición poco favorable del bebé al momento del parto, y detectada por la ecografía, es considerado un factor de riesgo que sería agravado con un parto domiciliario. Las mujeres indígenas reconocen no contar en la comunidad con especialistas, ni recursos para llevar partos “complicados” a buen término. La aceptación del parto hospitalizado apuntaría a reducir la morbi-mortalidad materno-infantil y las complicaciones de salud que pueden suceder debido a las condiciones de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres hoy como, por ejemplo, embarazadas con bajo peso, o enfermedades o infecciones no curadas que se transmiten por el canal de parto.

Entonces, la posibilidad del riesgo, lejos de ser un punto de debate por parte de las mujeres indígenas es una categoría que termina por ser incorporada en sus propias trayectorias de cuidado. Por un lado, las tecnologías gineco-obstétricas son el principal indicador de riesgo, como dice Inés “en la ecografía lo vieron sentado”. Por otro, Rosa, representante del sistema de salud público y de la comunidad por su rol de agente sanitaria, integra esta categoría a narraciones propias. No es únicamente lo que Salud Indígena dice, sino que lo transforma en un relato histórico cuando dice que su abuela ya le hablaba sobre esto y la falta de conocimiento para enfrentarlo.

2.5 Cambios en los modelos de parto

Hay inclinación de alguna/os profesionales y del Ministerio de Salud por un parto con menor intervención y mayor participación de las familias, especialmente los padres. Esto no quiere

decir que sea la expectativa o la proyección de cada una/o de las/os profesionales que allí trabajan, pero se trata de un programa del ministerio al que deben responder. Considero que este nuevo enfoque para el parto tiene que ver con dos cuestiones: por un lado, la creación del dispositivo de Preparación Integral para la Maternidad (PIM) dentro del hospital y, por otro, la incorporación del programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF). Me explayaré en el segundo punto porque es el que compete específicamente a familias indígenas, pero es necesario aclarar unas mínimas cuestiones sobre el PIM porque acompaña los cambios institucionales en sus discursos sobre el parto.

El PIM comenzó a ejecutarse en el 2016 (un año después de reglamentarse la Ley n°25929 de Parto Respetado) de la mano de cuatro licenciadas en obstetricia²⁵. La propuesta es que las embarazadas tomen clases de parto desde la semana 30 de gestación. El propósito es la preparación psíquica, emocional y física para el parto con el intento de incorporar las señales de alarma para el parto e informarse sobre diferentes elementos del embarazo, parto y puerperio. Lo cierto es que, según pude registrar, ninguna mujer guaraní ha asistido a estas clases de preparación para el parto. Como vimos en el primer capítulo, el aprendizaje para el parto es un conocimiento que se incorpora en las mujeres indígenas desde muy pequeñas y, anticipándonos al tercer capítulo, las redes de mujeres son las guían ese aprendizaje desde la transmisión de su propia experiencia, posiblemente ese sostén comunitario del proceso suplante este tipo de dispositivos. Entonces, ¿por qué mencionar la creación de este dispositivo aquí? Porque es parte de las expectativas de las obstétricas. Su finalidad no es necesariamente que asistan a las clases de parto, sino que la institución hospitalaria promueva una perspectiva de parto con la menor intervención posible.

La creación de este dispositivo, con el enfoque de parto respetado que las obstétricas proponen, viene modificando las atenciones a los partos. Esto comienza a verse no sólo para las indígenas, sino, también, en el proceso de otras mujeres parturientas que viven en la ciudad. En Iguazú, era común escuchar “si vas al hospital te van a hacer cesárea”. Los cambios en la perspectiva se ven especialmente en las mujeres de clase media que migraron a la ciudad por ofertas laborales para ellas o sus parejas. Muchas viajaron para tener a sus hijas/os en otras ciudades argumentando, principalmente, que buscaban una mejor atención médica y condiciones más ideales de parto. Obviamente, se trata de mujeres que tienen vínculos en esas ciudades y recursos económicos para instalarse en otros lugares un tiempo prolongado. Con los años de desarrollo del PIM, algunas de ellas

²⁵ Las licenciadas en obstetricia son personal idóneo para la atención de partos en condiciones “normales”, pero no cuando se presenta un riesgo. La complejidad del parto marca la diferencia entre una licenciada en obstetricia y una médica obstétrica.

comienzan a confiar en que la forma de parir en el hospital estaba cambiando y lo eligen para el nacimiento de sus hijas/os.

En cuanto, al programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, Misiones es la primera provincia en proponer un enfoque intercultural. Esta modalidad de maternidad no es nueva, ya que se corresponde la iniciativa de la OMS-UNICEF en 1991 y que se implementa en Argentina desde 1994. Este ente internacional impulsa y financia el programa. El 20 de mayo de 2022 la provincia de Misiones, que ya viene trabajando con este modelo desde hace varios años, convirtió en ley el proyecto que tiene por objetivo “asegurar: el acceso universal y oportuno a servicios materno neonatales con respeto de la interculturalidad; disminuir la morbilidad materna e infantil y optimizar la atención sanitaria; y proteger y respetar los derechos de la mujer embarazada, la madre, el padre y el recién nacido; fomentar la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido, durante el embarazo, el parto y el puerperio; fortalecer la seguridad de la atención y el uso de prácticas efectivas por parte del equipo de salud de la maternidad; e implementar prácticas para la promoción de la lactancia materna” (Proyecto de Ley Provincial Hospital Amigo de la Familia Indígena).

Más allá de cómo se esté llevando a cabo, lo que si se ve es que cambia el enfoque sobre la maternidad. Se comienza a exigir a médicas/os nuevos aprendizajes, se incorporan nuevas personas en el proceso, nuevas herramientas de asistencia al parto, se hacen nuevos cuestionamientos, etc. Mi interés en este apartado no está en ver qué se dice y qué se hace en cuanto a la salud porque, como explica Lorenzetti (2017), esta perspectiva limita el análisis al no complejizar las observaciones de campo. Por el contrario, las prácticas discursivas son tomadas acá atendiendo al carácter situacional y contextual en el que se producen. En concordancia con la autora, propongo dar cuenta de cómo se ponen a jugar relaciones interétnicas que rompen con las ideas de sistema dicotómicos.

En noviembre del 2019 tuve la oportunidad de asistir a una de las primeras presentaciones sobre el programa MSCF en el hospital de Iguazú. La charla estaba a cargo de la jefa de obstetricia del Hospital Materno de Posadas y un antropólogo de Salud Indígena que lleva adelante la parte intercultural de esta política. Además, se encontraba el director de este ente, cinco agentes sanitarias/os de las comunidades, un ginecólogo del hospital, cuatro licenciadas en obstetricia y una nutricionista. La conversación se desarrolló en el zoom de la institución, en las primeras filas se sentaron las/los profesionales del hospital, al fondo las/los agentes sanitarias/os y yo que me senté con ellas/os. Según pude reconstruir de ese encuentro UNICEF financia el modelo de MSCF en cinco provincias argentinas, pero en Misiones, intenta incorporar un enfoque intercultural.

El proyecto consta de dos fases. Una primera parte (2012-2014) donde se acreditaron con esta modalidad los hospitales de nivel III (Posadas, El Dorado y Oberá). Los de nivel II que cumplan con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE), como el de Iguazú, se acreditaron durante la segunda fase (2014-2020). Esta política tiene cinco ejes. El primero es político institucional y estructura organizativa centrada en la familia. El segundo, Educación para la Salud, que apunta a promover y proteger derechos de las/os usuarias/os por lo cual se realizan capacitaciones sobre sensibilización y estrategias en MSCF. El tercero apunta a apoyar y valorar la participación de los padres y la familia. El cuarto, trata sobre el uso de prácticas seguras y efectivas, por ejemplo, el uso de epidural solo cuando sea necesario o la promoción de parto vertical para evitar desgarros. Y, el quinto, el trabajo activo en los objetivos.

El objetivo general del proyecto buscaría garantizar las mejores condiciones obstétricas. Con este punto, la jefa de obstetricia se refería a que el parto quirúrgico se realice solo cuando sea necesario y asegurando los instrumentos necesarios para su realización (como la anestesia o transfusión de sangre), la atención inmediata al neonato, la accesibilidad de transporte (ambulancia) si debe haber una derivación y la evaluación del riesgo materno y neonatal. Se va estableciendo así el hospital como el lugar privilegiado para el parto y se ubica en diferentes roles a cada actor. Es decir, se continua con la idea de que los saberes expertos están en manos de especialistas y ubican a las mujeres como sus destinatarias, reforzando su lugar en la sociedad e incentivando prácticas “correctas” de maternidad -parir en la institución- (Nari, 2004).

Se trata de una política que, si bien no ha sido pensada especialmente con un foco intercultural, obliga y busca el diálogo. Al respecto Salud Indígena ha sabido aprovechar el programa para incorporar a las mujeres mbya y sus cosmologías en el reconocimiento de las modalidades parto a fin de dar protagonismo a las parturientas y las familias en este evento a la vez que se respeten pautas culturales. Así, algunas instituciones de la provincia fueron declaradas Hospital Amigo de la Familia Indígena Mbya Guaraní, entre ellos el hospital de Iguazú, que se orienta a transversalizar el enfoque intercultural del parto. Según señaló Adrián Saldías, director del área de Salud Indígena se apunta a dar continuidad a “sus partos tradicionales, pero con la seguridad del hospital” (MisionesOnline, 26-5-22).

Para hacer efectiva esta política se llevaron adelante encuentros entre el ala de obstetricia de la maternidad del hospital Posadas, la dirección de Salud Indígenas, profesionales de los hospitales que participaron y mujeres de las comunidades, especialmente, las consultas se hicieron a las abuelas. A ellas se les preguntaba principalmente sobre las formas de parir en las comunidades. En este sentido, con el programa se proponen crear un diálogo entre el

personal del hospital y las/os integrantes de las comunidades, especialmente, en la etapa de parto. Es en este punto que se les da reconocimiento al saber de las abuelas. Luego de cada encuentro surgieron nuevas cuestiones, características del parto que desde el sector de salud desconocían.

En la charla del hospital, el antropólogo de Salud Indígena comienza diciendo “*esto no viene a traer nada nuevo, sino actualizar porque se necesitan actualizar esos diálogos que se establecen con la población*”. (RI, 12-11-19). Con “nada nuevo” se refiere a que la articulación entre Salud Indígena y la población guaraní tiene su historia (como vimos en el 2003 se crea este ente). Pero se refería también a un intento de que el programa no sea verticalista, es decir, donde se cree un intercambio entre diferentes saberes, en sus palabras “*no venimos a enseñar, sino, también, a aprender*” (RI, 12-11-19). Para ello, consideraba necesario sensibilizar al personal del hospital sobre el enfoque intercultural que proponían para la maternidad. En este marco, se diseñó una Guía para la implementación de este modelo con Enfoque Intercultural.

El objetivo general del proyecto es mejorar la atención en la maternidad, promoviendo el respeto a la comunidad y la participación de la familia, apuntando a que sea integral. Él menciona que la población guaraní tiene sus propios sistemas de cuidado, pero lo que se busca es ir creando diálogos. Este reconocimiento incorpora algunas características de las formas de parto indígena para hacer más amable el paso de las mujeres por el sistema hospitalario, reconociendo la diferencia étnica de las indígenas, pero su punto innegociable es la incorporación en la institución hospitalaria. A su vez, el sistema público de salud encaja los conocimientos indígenas dentro de sus propias interpretaciones. Un registro de esa la presentación del modelo de MSCF en el hospital, me permite hacer una aproximación:

Las especialistas dijeron sorprenderse por el umbral de dolor que tenían las indígenas, "en eso son unas genias, porque ellas se vienen caminando, se caminaron todo Iguazú y vienen y paren" Las agentes sanitarias respondieron que eso se lo enseñaban las abuelas. Fue entonces cuando la jefa de obstetricia preguntó si tomaban algún té de yuyos durante el embarazo. Una de las agentes sanitarias respondió que no, pero que, las abuelas, sí hacían masajes en el vientre durante el embarazo para que el parto duela menos o les enseñaba a las mujeres que no debían llorar durante el embarazo para que su hija o hijo no sea llorona o llorón. La obstétrica dijo entonces: "este tipo de cosas son buenísimas porque disminuye el temor de lo que va a pasar y, así, disminuye las contracciones musculares, los músculos se relajan y alivia el dolor. (RI, 12-11-19).

En la primera parte de este registro vemos cómo el dolor en el parto era interpretado como una diferencia étnica entre las indígenas y no-indígenas. Para las obstétricas el umbral del dolor marca una diferencia étnica entre “nosotras” (no-indígenas) y “ellas” (mbya guaraní). En otras palabras, el imaginario de que el parto duele menos a las indígenas está más relacionado a una marca identitaria preconcebida de las licenciadas que a las sensaciones molestas o dolorosas que puedan transitar las indígenas. Lo que para las obstétricas es una condición especial de las mujeres indígenas, las ASI lo reconocen como un saber ancestral.

Por su parte, la jefa de obstetricia avala las recomendaciones de las abuelas, pero las traduce en un marco de conocimientos biomédicos. Sus explicaciones son puramente fisiológicas, las traduce en términos de “músculos”, “contracciones”, “relajación”, buscando darle credibilidad científica. Por su parte, las explicaciones indígenas se remiten a lo que las abuelas hacen o dicen. Como ya mencioné, el conocimiento de las abuelas es bien valorado porque en ellas se depositan saberes “tradicionales”, “comunitarios”, “guaraníes”. El conocimiento que ellas tienen es avalado por el grupo y en ellas recae la representación de este, lo que basta para dar credibilidad a lo que sucede con el cuerpo parturienta. Estos preceptos son parte de aquellos motivos que proyectan acciones futuras y que, con la misma intencionalidad, son interpretadas por las profesionales encajándolas en sus propios marcos. La funcionalidad de esos consejos es la de pasar un parto más ameno, con menos miedos y dolores.

Este tipo de políticas permitirían incorporar, por ejemplo, a parteras en el proceso de parto. Un punto que no es menor si consideramos que muchas veces las mujeres mbya son acompañadas en el parto por madres y abuelas que ofician de parteras. Adelantándome al siguiente capítulo, la categoría de partera no existe de manera institucional en las comunidades mbya, sino que puede extenderse a cualquier mujer que haya adquirido aprendizajes para acompañar el parto. Este conocimiento es a través de su propia experiencia y la de otras mujeres, en general, son las madres o tías de las parturientas, lo que marca una diferencia generacional y lleva a que se las reconozca como abuelas. Sin embargo, se referencian algunas mujeres con mayores saberes y conocimientos y se las convoca en situaciones de complicaciones de parto.

Más allá del uso de la noción de partera o quienes son reconocidas en este rol (lo que discutiré en el siguiente capítulo), es importante que el sistema biomédico está admitiendo los saberes de estas personas sobre la partería y apunta a generar diálogos interculturales. En esa búsqueda del diálogo como meta del proyecto de MSCF con enfoque intercultural, uno de los representantes de Salud Indígena decía que *“el conocimiento de esas mujeres era muy valorable porque las mujeres visitaban muy seguido a las parteras, lo que les permitía*

un seguimiento minucioso y, así, logran precisiones sobre el momento del parto, día y hora” (RI, 12-11-19). Como vemos, además, de los conocimientos especialistas de las parteras indígenas el sistema público de salud distingue el seguimiento que estas personas hacen a las embarazadas y considera que esto puede ser provechoso.

Pero este reconocimiento implica una apertura desde las/los profesionales y de las mismas parteras. Mientras las y los especialistas deben aprender y capacitarse sobre el parto indígena (esto les obliga, además, a compartir el campo de experticia), las abuelas se encuentran conociendo nuevos mundos de parto. Por ejemplo, en la charla en el hospital, una obstétrica recordó una anécdota de los encuentros y contó que la había marcado *“una partera que vino preguntó para qué era la silla de parto. Imagínate si llegas a parir por primera vez y ves una silla de parto que no sabes para qué es”* (RI, 12-11-19). Este registro muestra como las prácticas de parir pueden ser tan distintas que los elementos utilizados para asistir un parto sean totalmente desconocidas. Ello también nos habla de las prácticas de parto, las posibilidades en que se disponen los cuerpos para parir dependiendo de los elementos del mundo circundante.

Por último, el modelo de MSCF tiene su orientación hacia la familia. Con ello se busca, especialmente, que los padres participen en el nacimiento de sus hijas/os. Detrás del planteo se esconden normas heterosexuales sobre la distribución de sus roles, promoviendo responsabilidad y obligaciones a sus integrantes como la composición y roles familiares (Laura Santillán, 2009). Sin embargo, es la manera en que se organizan las parejas en las locaciones indígenas, exceptuando los hogares monomarentales. Si bien no trabajé en profundidad las orientaciones sexuales de las personas mbya guaraní, se podría argüir que existen estrategias comunitarias que moldean la orientación, al igual que no encontré mujeres adultas que no sean madres y/o no hayan tenido pareja. Veremos en el siguiente capítulo que la participación de los varones se corresponde más con una expectativa de institucional que con el deseo o las posibilidades de las mujeres de parir en compañía de sus maridos, lo que no significa excluirlos del proceso.

El énfasis en que sea el varón quien acompañe a parir, no implica obligatoriedad. Muchas veces las mujeres van al hospital en compañía de otras mujeres o, incluso, de las/os ASI. En este sentido, si bien la propuesta del personal del hospital es que el padre sea protagonista del parto, reconocen y avalan otros tipos de presencias. Estas políticas construyen ciertas nociones de familia y la participación de los individuos en el parto definiendo sus roles, su meta final es personalizar el parto, convertirlo en un evento íntimo, aunque en una institución pública, y devolver protagonismo a la red de quién está por nacer. Pero tienen efectos prácticos en la vida de las personas: aquellos agentes que participan del parto (sean padres, abuelas, agentes sanitarias/os u otras/os) cumplen roles de intermediarios entre las/os

profesionales y las parturientas. Cualquier comunicación de las/os profesionales va a estar dirigida hacia estas personas, además de dar confianza y seguridad a la parturienta quienes muchas veces van a parir sin siquiera conocer a la obstétrica u obstetra que atenderá su parto.

Podemos concluir que el modelo de MSCF con enfoque intercultural es una expectativa reciente desde el sistema público de salud, pero que se corresponde más con una intención de modificar las formas de nacer en el hospital, con su propia estructura, que con una demanda de las mujeres indígenas. Sin negar, que es una propuesta que facilita el acceso hospitalario y amplía derechos proclamando un parto más respetado. En otras palabras, es una ampliación de derechos, pero no es una demanda que surja de las comunidades, sino que es extrapolado de organismos internacionales y entes de gobierno que promueven un tipo de nacimiento.

En su aspecto intercultural, plantea una propuesta que es nueva para las comunidades, pero que utiliza elementos que no son nuevos: promueve el acompañamiento, pero promueve un tipo de familia y de partería -que no necesariamente es el que utilizan las comunidades-. Esto puede, con el tiempo, generar formas de paternar que sean más presentes, pero hasta aquí no es la respuesta que he registrado de los varones. Como veremos en el siguiente capítulo, las mujeres se suelen sentirse más cómodas acompañadas de otras mujeres del grupo, sin desplazar a los padres cuando quieran participar. Por otro lado, reconstruye una idea de partería y, aunque en las comunidades tal figura no esté institucionalizada de partería, reconoce el conocimiento de las abuelas respecto de este evento.

Nuevamente, es una política que adquiere características especiales en la ciudad de Iguazú y con las comunidades de sus alrededores. En otros lugares, donde la distancia a los hospitales es más larga, los caminos más difíciles, los equipos médicos menos constantes, etc., en resumen, las formas de parir adquieren tiempos y formas institucionales diferentes. Los controles exigen internaciones de uno o dos días en ciudades lejanas, traslados desde y a la locación indígena, seguimientos médicos más esporádicos, mayor probabilidad de partos en ambulancias (entrevista a médico de Ruiz de Montoya, Misiones, 2-3-21) y otros condimentos de espacio social en el que se desenvuelven esos embarazos y partos.

Por tanto, si bien son varios los hospitales que adoptan el modelo de MSCF y que son certificados como "Hospital Amigo de la Familia Indígena Mbya Guaraní" (Materno Neonatal de Posadas, SAMIC Iguazú, SAMIC Oberá y otros en miras a serlo), su implementación es diversa según las condiciones espacio temporales. Nuevamente, los intercambios (humanos y no humanos) entre las comunidades y la institución hospitalaria resalta por el vínculo constante debido a la zona geográfica, el desempeño de los diferentes actores, la cercanía

entre el hospital y las comunidades, la pavimentación de los caminos, los recursos destinados al área, etc. Este nuevo modelo de maternidad trae consigo cantidad de modificaciones y nuevas dimensiones para analizar el proceso de embarazo y parto, pero que no he llegado a registrar suficientemente su implementación.

Es posible concluir que se trata de una política que busca modificar las formas de nacimiento, en donde las/los actores disparan diferentes sentidos que se reencuentran en sus propias expectativas del parto indígena. Me gustaría resaltar que los cambios en los partos y en lo esperable de estos tiene diferentes ritmos: más acelerados para la Dirección de Salud Indígena y el personal del hospital (incluyendo ASI) y más lentos para las mujeres guaraní. La dirección precisa responder a entes internacionales y a los plazos que les exige, así, publicó la guía de implementación finalizando la segunda fase del programa y construyó datos estadísticos que reflejan el aumento en la cantidad de partos como formas de fortalecer la política pública.

En cuanto al hospital, siente la presión de responder a esa política, de amoldarse a las nuevas modalidades de trabajo, y de actualizarse con presiones sociales como el parto respetado²⁶. La creación del PIM se corresponde con estas demandas y, en el año 2015, aparece la figura de las obstétricas (antes solo atendían obstetras y ginecólogas). Esta figura va transformando la perspectiva hospitalaria de la maternidad. Ellas participan en la atención del parto y, en los últimos años, demuestran un interés por vincularse con las comunidades. Por último, las modificaciones para las mujeres guaraní son las más lentas, como presento a lo largo de toda esta tesis, son cambios más graduales y con motivos que distan de luchas por un parto respetado. Posiblemente, la discusión de un parto respetado esté fuera de su eje porque la mayoría nacieron en los núcleos habitacionales, se criaron conociendo que los partos eran en el seno familiar, vieron nacer a sus hermanas/os, etc.

Conclusiones

La introducción de este capítulo es un relato etnográfico sobre una muerte materna. Escoger este registro se basó en que es un caso que dispara puntos de análisis muy diversos. A lo largo del capítulo fui completando información nueva a través de registros de campo de ese momento y anteriores. Así, presenté una discusión teórica sobre el abordaje de la salud indígena en antropología queriendo romper con modelos cerrados de atención. Por ello,

²⁶ Las instituciones deben actualizarse con los marcos normativo y no están eximidas de presiones sociales. Argentina, adhiere a la semana mundial de Parto Respetado (del 16 a 22 de mayo) promovida por la OMS, tiene su propia ley al respecto y, diferentes, grupos militantes abogan por un parto con la menor intervención posible.

propuse la categoría analítica-descriptiva de expectativas porque me permite alejarme de esas discusiones sobre sistemas de salud para acercarme a un conjunto de dimensiones con las que me encontré desde los inicios del trabajo de campo de la mano de diferentes actores y que el caso de Celia permite ir combinando.

La primera discusión del capítulo focaliza en las respuestas antropológicas para pensar modelos de atención. Históricamente, se ha pensado que el modelo biomédico, que compete a profesionales de salud, es completamente distante del modelo folk, donde se incluirían las cosmologías y materialidades indígenas con sus respectivas/os referentes. Esta discusión me quedó incómoda para analizar los procesos de embarazo y parto en un espacio histórico geográfico que tiene una relación interétnica tan constante. De aquí que pensar en expectativas de las personas, es decir, en lo que las personas creen que se debe hacer la embarazada en el proceso, me permitió alejarme de un análisis donde concluya si las embarazadas cumplen o no cumplen lo que el sistema público de salud y la comunidad pretende sobre ellas.

Aquí seleccioné exclusivamente las expectativas de diferentes agentes del sistema público de salud porque me permitió ver, también, con qué situaciones y discursos deben lidiar estas/os actores. Sin embargo, es una categoría que podría ser extrapolada al análisis sobre lo que esperan las comunidades, las familias, el Estado provincial o nacional, las escuelas, o las mismas embarazadas. En otras palabras, pensar en expectativas es un arriesgo teórico para analizar como en los discursos se condensan proyecciones sobre lo que deberían hacer las mujeres durante este período. Como mencioné, esto no quiere decir que deba focalizarse en si las personas responden o no a esa expectativa. Además, las expectativas permiten focalizar en diferencias y similitudes entre actores que pertenecen a una misma institución como las/os profesionales del sistema público de salud.

Las expectativas no son normas ni reglas claras ordenadas ni homogéneas, marcan “motivos para” (Schutz, 1974), como debería actuar la embarazada para, por ejemplo, parir sin riesgos. Estas se manifiestan en discursos circundantes (Zigon, 2009), pero se cierran en una lógica de la elección (Mol, 2008). Estas mismas se fijan en discursos sociales más amplios como lo que las personas piensan sobre las maternidades indígenas. Para referir a ello, focalicé en discursos mediáticos de la sociedad en general que implican tanto a mujeres indígenas, sus comunidades como al sistema de salud público que también se encuentra con exigencias y obligado a responder a imaginarios negativos. Estos discursos como el programa de Maternidad Segura y Centrada en la Familia dan cuenta de que las expectativas de las/os profesionales se insertan en un mundo social más amplio que simplemente las nociones biomédicas. Las expectativas que aparecen se relacionan con

“discursos” de la sociedad misionera o de otros organismos (como responder los requisitos de UNICEF). Como resultado las expectativas de las instituciones y las/os profesionales se van modificando.

Cuando emergen casos como el de Celia las expectativas se reavivan porque son situaciones desencadenantes conmociones e inquietudes que circulan en diferentes ámbitos comunitarios y hospitalarios. Desde aquí, profundicé en cinco expectativas del sistema público de salud que no surgen por la muerte de Celia, sino que son retomada y repensadas, me referí a: la edad de las gestantes, la anticoncepción y prevención de ITS, el control y riesgo durante el embarazo y parto y, por último, al programa de MSCF. Muchos de estas expectativas se sostienen en supuestos de las/os profesionales, lo cual se puede ver en las dos primeras que fueron analizadas.

En cuanto a la primera, es necesario volver a resaltar que, muchas veces cuando surgen problemáticas tan delicadas como éstas, fácilmente se cae en explicaciones culturalistas donde las situaciones no se diferencian de violencias machistas de otros espacios. Al mismo tiempo, mis observaciones de campo no me permiten sostener que los primeros embarazos sean durante la niñez como regla general. Por otra parte, el foco en esta expectativa es generadora de miedos e inquietudes porque, por ejemplo, muchas veces se desconoce las normativas desde las cuales las/os profesionales enmarcan estas situaciones. Por último, es importante destacar que las personas de las comunidades se muestran sensibles y preocupadas ante situaciones de violencia extrema.

En lo que refiere a salud sexual y (no) reproductiva, casos como el de Celia renuevan conversaciones, charlas y talleres que se gestionan desde el organismo de salud o en vinculación con este. Su abordaje toma formas científicas y verticalistas de transmitir el conocimiento, sin considerar los saberes y experiencias previas de estas personas. La finalidad de las/os profesionales es la prevención de embarazos no intencionales e infecciones de transmisión sexual y se trabaja desde supuestos sobre lo que las/os indígenas hacen en sus prácticas sexo-afectivas y bajo la idea del desconocimiento de usos de métodos anticonceptivos.

Las expectativas sobre el control y el riesgo van de la mano y es de las únicas que encontré una voz uniforme en el personal de salud. Afirmé que la institución en su conjunto espera que las mujeres realicen controles de sus embarazos para evitar riesgos, lo que obliga a las/os profesionales a crear estrategias para que las mujeres cumplan con ellos. Advertí que, para lograr este objetivo, gran parte de las acciones recaen en las/os agentes sanitarias/os por ser el nexo entre las comunidades y el hospital. Ellas/os son quienes se encargan de la detección de embarazos, el seguimiento de las embarazadas y

acompañarlas en instancias de consulta. Las/os profesionales también se ven obligadas/os a adaptarse a situaciones contextuales y buscar estrategias como disminuir al mínimo la cantidad de estudios y consultas, aunque ello implique no cumplir completamente su expectativa.

Desde la noción de riesgo observé que pueden ser reinterpretados hechos pasado, por ejemplo, la muerte de Celia como modelo de quien no cumplió con los controles o las palabras de Rosa sobre los peligros a pesar del conocimiento de las ancianas. La muerte de Celia conllevó tanta conmoción que no era necesario nombrarla cuando se hablaba de ella y se la tomaba como ejemplificación de lo que podría suceder con la falta de control. En la charla en Yacaré no se la nombró, se habló en abstracto, pero todas las personas la tenían de referencia. Celia fue el ejemplo contextual para mostrar la forma más cruel del riesgo. Esta idea de riesgo se va incorporando en esas trayectorias, las mujeres reconocen peligros, los asimilan y responden a ellos. Las embarazadas se hacen más controles, atraviesan cesáreas, recrean sus trayectorias desde esta categoría de manera muy variable.

El programa de MSCF podría ser analizado en el capítulo cuatro como una política pública, sin embargo, decidí trabajarlo acá porque permitió ver cómo se modifican las expectativas de las mismas instituciones y las/os profesionales. Con este programa di cuenta de que las expectativas no son algo inmutable, muy por el contrario, las expectativas responden situaciones contextuales, a cambios institucionales, a vínculos con organismos nacionales o internacionales. Es decir, dependiendo de quien o quienes sea la expectativa se modifica, responde o dialoga con un sinfín de disposiciones del mundo que las/os rodea. A pesar de no haber podido registrar suficientemente su implementación fue posible ver el cambio en el enfoque sobre la maternidad de la misma institución hospitalaria y del ente ministerial (Salud Indígena).

Para finalizar, me gustaría destacar que las expectativas no son solo estímulos médicos. Las cinco expectativas presentadas se van incorporando a las proyecciones de la comunidad, las personas comienzan a hablar sobre los riesgos, a tener nuevos miedos, a realizar más controles, a incorporar nuevos elementos de prevención y de planificación familiar, a realizar esfuerzos y gestionar recursos para cumplir esas expectativas, etc. Si bien no fue el punto de este capítulo, las expectativas se entrecruzan con nuevos elementos de cuidado, las biografías de las personas, dimensiones conocidas y desconocidas del embarazo y parto, etc.

Imemby' i va'ere oñeñangareko anguã mokõive tekopy, teko jojapy

Maternidad segura y centrada en la familia con Enfoque intercultural

**Imemby' i va'e oñeñangareko porã anguã hekoa'e i rupi,
kuñangue mbyakuery oguereko:**

En las Maternidades con atención culturalmente atendida, las mujeres indígenas tienen derecho a:



**Omoirũ anguã techaïre
omba'apo va'e omombe'u porã
anguã oikõtevêapy hospitalpy
oï haja ve aupei jurua kuerype
omombe'u anguã mba'epa
ojejapo ra'ã.**

Estar acompañadas por un promotor que la oriente durante su estadía en el hospital y sirva de intérprete sobre los procedimientos que se le realizan.



**Omoirũ anguã hekoa pygua,
mita'ĩ moingoa reve terã ijaryl
o ichy reve.**

Estar acompañada por sus cuidadoras tradicionales: parteras, abuelas o madres.



**Omoirũ anguã ime o hetarã
kuery ha'e oipota va'e.**

Contar con el acompañamiento de sus parejas o familiar que ellas elijan.



**Ikatu ha'e oñemoï,
oñemoïchea rami mita'ĩ
oiko'ita jave.**

Elegir la posición del cuerpo que desea adoptar durante el parto.



**Opoita jave hospital gui omombe'u
porã anguã mba'echapa
oñeñangareko ra'ã hecha'ĩ anguã
imembyju raguarã.**

Recibir un alta personalizada con un mensaje claro y recomendaciones acerca de su salud sexual y reproductiva.



**Oñemongaru anguã ha'e o'u kuaa
va'epy o hemb'i'u hae'ipy teï.**

Recibir alimentos que se adecuen a sus hábitos alimentarios tradicionales.

ESTAS RECOMENDACIONES ESTÁN AMPARADAS POR:

- ▶ Ley Nacional 24.071 que aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales
- ▶ Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado
- ▶ Resolución N°1551 "Modelo de adecuación Intercultural de Alimentación Hospitalaria" del Ministerio de Salud Pública de Misiones
- ▶ Dirección de Salud Indígena del Ministerio de Salud de Misiones



unicef
para cada niño

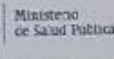
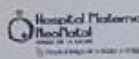


Foto 9 - PH: Alfonsina Cantore Cartelería bilingüe (guaraní-español) que refiere a los derechos de las embarazadas durante el parto. La misma está ubicada en el sector de obstetricia del hospital de Iguazú.

Capítulo 3

Dimensiones de los cuidados

Introducción

“Mbya guaraní fue sorprendido pescando en un parque nacional y le prohibieron vender artesanías por 5 años” es el titular del *Diario Misiones Online* del 4 de noviembre de 2019. Mi directora, Noelia Enriz, leyó la noticia, me la reenvió y, estando yo en Iguazú, me propuso que lo contacte para entrevistarlo juntas a su llegada. Establecí un primer contacto y charlamos con él el 14 de noviembre. En primer lugar, le extendimos nuestra solidaridad comprendiendo que era un freno significativo en sus fuentes de ingreso, ya que el tiempo de multa era exagerado.

Según reconstruimos entre medios, notas de instituciones y la charla con el hombre, el Parque Nacional Iguazú le prohibió vender sus artesanías dentro por 5 años porque lo encontraron pescando. Su relato fue que el 18 de octubre del año anterior (2018) fue junto a su yerno, su sobrino y un “compinche” [amigo] a un arroyo cerca del área Cataratas, pero no dentro. Fueron con unas cañitas y habían pescado unas pequeñas mojarritas y bagres chiquitos. Cuando oscureció una camioneta los alumbró, les pidieron que salgan del arroyo y les apuntaron con armas. Según él, se trataba de guardaparques, quienes además les retuvieron sus documentos, le quitaron los

pescados, las cañas y sus motos con el argumento de que estaba prohibido pescar en esa zona.

La situación se fue poniendo más candente y decidieron llevar al hombre a la intendencia de parques y, luego, a la comisaría de Iguazú. La noche comenzó a extenderse con diferentes eventualidades que complicaron la situación. Recién 4:30 de la mañana pudieron volver a sus casas. El maltrato de parques se agudizó con el tiempo por la falta de atención y respuesta a lo sucedido. Su moto estuvo retenida por mucho tiempo y, sin ninguna notificación escrita, le prohibieron la entrada para vender en el puesto de artesanías del parque por 5 años.

A través de algunos contactos, logró conseguir una abogada con apoyo del SERPAJ [Servicio de Paz y Justicia de Argentina²⁷] con quien continuó desarrollando acciones para que le devuelvan la moto y aceitar su relación con parques para que le levanten la pena de venta de artesanías. El conflicto se destrabó con el cambio de intendente del Parque Nacional Iguazú.

Cuando le preguntamos si había recuperado su moto, respondió que sí; pero lo que más le apenaba era que ese día “le quitaron los peces, cerraron la bolsa y los tiraron”. Su desconsuelo era porque esos peces eran para comer, la mujer de su yerno estaba embarazada y todos fueron a pescar porque ella quería comer pescado. Habían conseguido 15 mojarritas y, finalmente, tuvo que abandonarlas todas cuando se las quitaron, aunque las mojarritas ya estaban muertas (RC Enriz y Cantore, 14-11-19).

La última parte de este registro empieza a deslumbrar porque es escogido para introducir el capítulo tres, un capítulo en el que desenvolveré con más detalles las ideas y acciones de cuidado. Con unas pocas palabras podemos resumir lo que sucedió y su relación con esta tesis, podríamos decir “estar embarazada es querer pez y que una persona vaya en busca de ese cumplir ese antojo”. En la introducción a esta tesis anticipé que el embarazo y parto no puede ser definido de antemano porque es una vivencia que implica dimensiones múltiples. El registro presentado da cuenta de lo inimaginable de las acciones que se desarrollan a fin de cuidar a la embarazada y su gestación. En este relato cuatro personas van a pescar para cumplir el deseo de una mujer embarazada, pero en el medio van sucediendo una serie de acontecimientos que obstaculizan el objetivo de esa pesca.

El antojo de pescado llevó a que estos hombres fueran a pescar, pero su actividad es interrumpida por los guardaparques. Desde ahí, todo empieza a complejizarse,

²⁷ Se trata de una organización social liderada por Adolfo Pérez Esquivel (Premio Nobel a la Paz) que promueve valores de paz, justicia y Derechos Humanos.

especialmente, para el hombre que narra la historia: queda demorado en la comisaria, le retienen su documentación y su vehículo y le prohíben vender artesanías en el predio del Parque Nacional Iguazú por un período de cinco años (finalmente no se cumple). Pero como el mismo narra, su angustia, principalmente, se fija en que se tiran los pescados. La dimensión emocional vuelve a cobrar relevancia no sólo para las embarazadas, sino para las personas que acompañan el proceso. Se manifiesta la frustración y desconsuelo por no poder llevar adelante el deseo de una mujer embarazada.

Este relato nos trae diferentes dimensiones del cuidado. En primer lugar, la importancia de las redes de parentesco en el cuidado, las personas que van a pescar están emparentadas, una de las dimensiones que desarrollaré más adelante. Segundo, que los varones también son partícipes del proceso de embarazo y parto. Veremos que varones y mujeres no cumplen las mismas tareas, ni se espera lo mismo para cada persona, pero la propuesta de cuidado que retomo aquí nos permite superar roles dicotómicos de la estructura social sin dejar por fuera desigualdades entre los géneros. Estos dos aspectos, el parentesco y el acompañamiento serán explotadas a lo largo de este capítulo.

Guía de lectura

En lo que sigue de este capítulo desarrollaré la categoría de cuidado que utilizo para el análisis. El abordaje teórico será explicitado en el apartado “cuidado como categoría de análisis” y, luego, presentaré tres ejes en los que me enfoco. En el primero, “Cuidado no es igual a tratamiento” busco separar la idea de embarazo como enfermedad. Si bien para la medicina hay puntos en común, las diferencias para las mujeres indígenas son muy amplias. El segundo y tercer eje van de la mano. En el segundo, “Parientas/es y cuidadoras/es”, expondré como el cuidado siempre es expresado en términos de parentesco. La idea principal es que la red de parientes es la que sostiene el cuidado. Por último, me introduciré en el acompañamiento durante el embarazo y parto en el apartado denominado “Acompañar el proceso”. La compañía de las personas cercanas cobra protagonismo en los relatos de las/os interlocutoras/es.

Antes de pasar a esta descripción es necesario tener en claro que parte de la decisión de abordar los cuidados es, justamente, que un embarazo y parto no requieren de tratamiento. No son problemáticas de salud, aunque muchas veces sean pensadas en el sistema biomédico bajo este razonamiento. En otras palabras, el cuidado presupone una relación que no está definida por criterios biomédicos o, como decíamos anteriormente, el proceso de embarazo y parto no es simplemente estar volcada a una lógica “para el parto”; sino en relación con la familia, la comunidad, las amistades, el trabajo, las tareas del hogar, o

cualesquiera sean los vínculos y quehaceres cotidianos de esas mujeres. La separación entre tratamiento y cuidado será nuestro primer eje de análisis.

Me baso en que el proceso de embarazo y parto se desvincula de la idea de enfermedad y, aunque parezca, no estoy diciendo algo obvio. El sistema biomédico piensa en el embarazo y parto dentro de una serie de pautas y técnicas que desembocan en llevar adelante “un nacimiento a buen término”, es decir, que el/la bebé nazca sana/o y la madre también lo esté. A pesar de que han llovido críticas desde la antropología feminista a esta forma de pensar el embarazo y parto y ha sido repensado por la propia ginecología y obstetricia, aún se encuentran vestigios que fundamentan las intervenciones. No obstante, las mujeres mbya guaraní están muy lejos de pensarlo en estos términos porque no vinculan el proceso de embarazo y parto a problemas de salud. Posiblemente, el embarazo y parto no es asimilado a una enfermedad porque no es un proceso que requiera tratamiento, sino que está más ligado a los sentidos que cobra la maternidad para las mujeres y la comunidad. En principio, porque para estas mujeres *a priori* no se precisa un tratamiento específico.

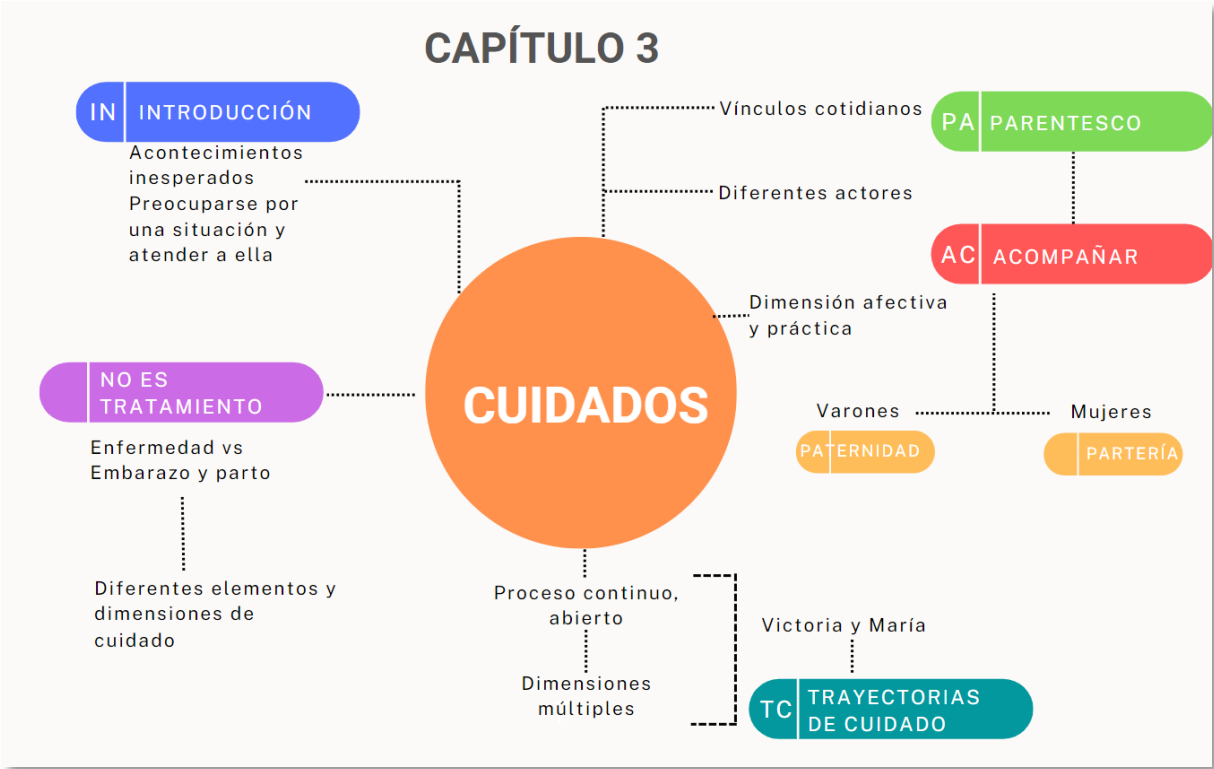
En este sentido, la categoría de cuidado que desarrollaré cobra relevancia por la multiplicidad de prácticas que ella implica. Esto es un punto clave para mi investigación porque las mujeres a quienes me refiero ponen en práctica un conjunto de conocimientos individuales y colectivos para llevar sus embarazos y partos a buen término, teniendo en consideración las situaciones específicas (materiales y simbólicas) en las que se encuentran. Así, toma sentido la idea de experiencia porque me permite dar cuenta de que las prácticas de las personas son heterogéneas, creativas y los resultados de sus acciones son siempre impredecibles. Pero, además, estas experiencias siempre están relacionadas con prácticas comunitarias.

De aquí surge el segundo eje a analizar, las relaciones de parentesco, y el tercero, el acompañamiento. A continuación, veremos que el parentesco juega un papel primordial porque todo se expresa en esos términos, aun cuando no se trata de parientes consanguíneos. Los términos de parentesco como “abuela”, “tía”, “prima”, etc. son siempre utilizados para dar explicaciones generales a las cosas, por ejemplo, cuando una persona se mueve de comunidad siempre hace referencia a que se muda allí donde ya tenía algún/a pariente (Pissolato, 2007). Mi interés en las relaciones de parentesco no es hacer un análisis estructural, sino pensar en que lo que se genera a través de estos vínculos.

Un punto importante es que las mujeres construyen sus vínculos cotidianos a través de estas categorías. Parte de sus tareas son compartidas con otras mujeres con quienes tienen estas relaciones, van con sus hermanas o con sus suegras a lavar la ropa, comparten con ellas el fogón, el tiempo de ocio, etc. Son esas mismas redes de parientes las que se

involucran en el cuidado durante el embarazo y parto, a través de ellas se sostiene ese cuidado y siempre aluden a una pariente cuando arman sus narraciones.

El eje sobre el parentesco es inseparable del acompañamiento porque son estas personas quienes están en el momento del parto. El rol que ellas/os cumplen en la comunidad juegan un rol fundamental en el cuidado de este proceso. Esas/os compañeras/os no son especialistas, es decir, no realizan una tarea específica durante el embarazo y parto como pueden ser las doulas en espacios urbanos. Por el contrario, son familiares quienes acompañan ese proceso. Esta tarea está vinculada con el aprender a cuidar y con replicar y sostener cuestiones afectivas en el hospital. Quién y de qué manera acompaña siempre está en los relatos sobre embarazo y parto, actividades que no aparecen solo en los relatos de las mujeres, sino también de los varones. Desde aquí analizaré, por un lado, “¿Quiénes son las mujeres que acompañan?” y, por otro, “las paternidades en el parto” donde expondré dos narraciones de varones padres. Concluyo que acompañar siempre está vinculado a las biografías de las personas, por eso cierro el capítulo comparativamente con las historias de parto de Victoria y Marta.



Cuidado como categoría de análisis

Para abordar este capítulo retomo la idea de “lógica del cuidado” propuesta por Mol (2008) porque es una categoría que obliga a pensar que todo el tiempo suceden acontecimientos inesperados que no nos permiten ordenar el tiempo de forma lineal. Las prácticas de cuidado, entonces, son diversas y no apuntan únicamente a un parto rápido o sin dolor. Ese proceso implica interacción entre varias personas que participan de él. Ellas son miembros de una familia, tienen determinados trabajos, transitan por ciertos espacios, se relacionan sexual y/o afectivamente, etc. En otras palabras, el cuidado no puede ser pensado sin los vínculos cotidianos. A esto se le suma que pensar en cuidado diario implica saberes y técnicas que se presentan como recónditas para quienes están desempeñando esas acciones.

En trabajos como el de Mol (2008) la categoría de cuidado ha sido analizada a través de dos lógicas, la de “elección” y la de “cuidado”. Si bien ella está investigando con personas que tienen una “enfermedad” diagnosticada (diabetes) y que requieren “tratamiento” y estas dos categorías que no pueden ser extrapoladas al embarazo y parto, su planteo sobre formas de concebir el cuidado es interesante. Ella considera que puede abordarse de bajo dos lógicas diferentes, que conllevan resultados diferentes: la “lógica de la elección” y la “lógica del cuidado”.

La primera considera que las/os pacientes toman decisiones cuando deben realizar un tratamiento. En otras palabras, en la lógica de la elección se considera a las personas autónomas -en condiciones óptimas- que podrían dimensionar las ventajas y desventajas a elecciones en un futuro. Sin embargo, Mol (2008) no pone el foco en la voluntad de las personas, sino en lo que ellas hacen. Para la autora, si atendemos a las “situaciones de elección” el enfoque cambia porque se desvanece la idea de que las personas escogen calculadamente cada una de sus acciones con todas las herramientas a su alcance.

Según esta autora, pensar un tratamiento a través de la elección supone que los individuos son autónomos y sus elecciones se limitan a momentos específicos. El tiempo en esta lógica es un tiempo lineal en el que hay situaciones o hechos donde debemos elegir entre una cosa u otra. Este es un primer punto interesante para retomar del análisis de Mol en esta investigación porque si me interesa prestar atención a los cuidados de las mujeres durante el embarazo y parto me obligaría a pensar que en ciertos momentos de este proceso las mujeres “decidirían autónomamente” sobre un hecho, por ejemplo, decidiría libremente parir en el hospital o en la comunidad. Esas elecciones podrían cargarse de valor y, por lo tanto, podríamos juzgar si las decisiones de esas mujeres son moralmente buenas o no. En cambio, si retomamos su propuesta de lógica del cuidado estamos obligadas a comprender

el tiempo como un proceso continuo, todo el tiempo suceden acontecimientos inesperados que no nos permiten ordenar el tiempo de manera cronológica.

Por el contrario, para la lógica de la elección las personas son consideradas autónomas al momento de tomar sus decisiones, lo que oculta un proyecto iluminista. Se imagina que las personas reciben una información completa al momento de actuar y tomar decisiones. Además, así se supone a los individuos como si fueran iguales sin tener en cuenta las particularidades del mundo en el que vive cada persona. Para tomar decisiones las personas deben considerar las ventajas y desventajas de sus opciones disponibles y, así, recae en ellas las responsabilidades de sus elecciones. Las decisiones independientes parecerían corresponderse con una intención de establecer relaciones múltiples entre determinados factores “estructurales”. En nuestro caso, las mujeres quedarían subsumidas a meras elecciones entre una medicina u otra para atender a las demandas de nacimiento de sus hijas/os; perdiendo así de vista sus prácticas, trayectorias de vida y las situaciones vivenciadas por ellas. En cambio, en la lógica del cuidado los actores hacen cosas que son compartidas con el colectivo del que son parte.

El cuidado en relación también es tomado por otras autoras como Fisher y Tronto (1990). Para ellas, se trata de una amplia gama de actividades que están orientadas a “mantener, continuar y reparar nuestro ‘mundo’” (1990: 40), pero estas tareas se ponen en acción al momento que detectamos una situación y nos preocupamos por ella. Es decir, advertir una situación nos obliga a asumir la responsabilidad y de ahí comenzar el trabajo de cuidado, lo que conlleva una respuesta de quien es cuidado. Con una concepción tan amplia de cuidado parecería que todas las actividades humanas están relacionadas a él. Sin embargo, Tronto (2005) las circunscribe a aquellas que consideran las necesidades de los demás y que, a su vez, se entretajan con dimensiones afectivas y prácticas.

En otras palabras, las prácticas de cuidado se aúnan con estar disponible para cuidar, es decir, atender a las necesidades de las/os otras/os. La autora considera que, al analizar el cuidado, es necesario preocuparse por las/os actores del cuidado, pero, también, por la actividad en sí. Continuando las ideas de esta autora, María Puig de Bellacasa (2017) agrega que el cuidado no es simplemente preocuparse por, sino hacer algo con esa preocupación. En este sentido Annemarie Mol y Anita Hardon nos dicen que cuidar es una actividad que implica compromiso práctico y emocional en busca de mejorar algo, por lo tanto, se trata de una tarea que es “exploratoria y adaptativa” (2021:185, mi traducción). En experiencias como las que voy a presentar en este capítulo, el preocuparse tiene dimensiones afectivas que llevan a formas de cuidado diversas (Puig de Bellacasa, 2017).

El cuidado es pensado aquí como una necesidad consustancial al ser humano, que nos obliga a vincularnos y establecer responsabilidades con una misma, otras personas y con el entorno (Mol y Hardon, 2021). En este sentido, considero junto a María Puig de Bellacasa que el cuidado es un “omnipresente” (2017:1), las personas necesitan, reciben y se sienten cuidadas. De esta manera, Mol nos dice que “la lógica del cuidado no comienza con individuos sino con colectivos” (2008:58, mi traducción). Cada persona tiene una historia de vida que la relaciona con un montón de otras personas, objetos, experiencias vividas, etc. que se ponen en juego al momento del cuidado. Cuando se presentan momentos particulares en la vida de una persona, como pueden ser los embarazos, las relaciones de las mujeres pueden verse modificadas (o no) abriendo un mundo de posibilidades nuevas de vincularse con su mundo.

Así, el cuidado se hace tan colectivo que no podemos imaginarlo ni reducirlo a los individuos o momentos particulares. Por el contrario, se trata de prácticas continuas, un proceso abierto que se va moldeando y reformulando según las acciones que vamos realizando que siempre tienen resultados inciertos. El cuidado, entonces, es un proceso que no tiene límites claros. El cuidado es un conjunto de técnicas, objetos, discursos y prácticas que en situaciones históricas y culturalmente dadas son agregadas o asociadas a los trayectos de las personas (Alves, 2018). Siguiendo estas coordenadas el embarazo y parto es un proceso indivisible. De esta manera, en esta tesis el análisis sobre el embarazo tiene tanta importancia como el del parto porque -tal como definimos en el capítulo anterior- no lo estoy analizando como un “momento para el parto”, sino desde el cuidado como práctica. El embarazo es pensado en situación, me enfocaré en el mundo en el cual vive la embarazada, un continuum de su vida donde gesta en relación con otras personas que ya participan de su mundo.

Como nunca sabemos realmente cual va a ser el resultado de nuestras acciones, las decisiones de los sujetos son primordiales porque no se trata de elegir entre una u otra cosa, sino que cuando hablamos de elecciones estamos pensando en prácticas de los sujetos que tienen efectos sobre sus propias vidas. De esta manera, en la lógica del cuidado los actores siempre son actores activos, siempre están haciendo, siempre son creativos al momento de responder ante una acción o situación. Entonces, cuando hablamos sobre el cuidado no estamos refiriendo a un ideal de qué cosas se deberían hacer para llevar adelante un embarazo y parto a buen término, sino a lo que las personas hacen, inventan, recrean, etc. en su vida cotidiana (Mol, 2008).

Este es una forma procesual de pensar el cuidado en la que se incorporan aspectos como el cuerpo, el tiempo, los afectos, los espacios, etc. donde las dimensiones privado/público y el imaginario de la unidireccionalidad del cuidador activo y un receptor pasivo de cuidado se

desvanece (Martín Palomo 2008). Pero esto no quiere decir que las relaciones de poder entre las/os actores sea eliminada, ni que deje de ser un factor al cual prestarle atención (Tronto, 2007). Además, todas las autoras mencionadas aquí advierten que todas las personas no precisamos de los mismos cuidados, ni tenemos las mismas dependencias y posibilidades para llevar adelante los cuidados (Mol, 2008; Tronto, 2007; Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2015).

En síntesis, los cuidados deben ser pensados como una dimensión de nuestra vida cotidiana, a la vez que son necesarios para sostenerla. La siguiente cita sintetiza algunas de estas ideas: “Nuestra subsistencia, nuestras vidas, nuestros proyectos y logros, se mantienen cada día sobre un buen número de cuidados (desde los más básicos, como el descanso, la nutrición o el aseo), que, o bien unas personas dispensan a otras, o bien ellas se prestan a sí mismas” (Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2015:215). Podemos decir que en los conceptos procesuales de cuidado definidos aquí se incorporan múltiples aspectos como el cuerpo, el tiempo, los afectos, los espacios, etc. Como resultado del entrecruzamiento de estas dimensiones la separación privado/público pierde relevancia.

Por último, una característica que no debe ser olvidada es que quienes mayormente cuidan son las mujeres. Esto no quiere decir que todas las mujeres cuiden o que los varones no cumplan algunas tareas de cuidado. Pero sí que las mujeres ocupan gran parte de su tiempo, destinan enormes cantidades de energías, administran recursos y mucho más para llevar adelante los cuidados. Si a ello le sumamos el gran componente moral y afectivo, Mari Luz Estaban (2003) nos diría que ha sido una de las causas de la histórica invisibilización del cuidado. Reflexionaré sobre dos experiencias de varones que cuidan durante el embarazo, pero en las mujeres aparece de manera generalizada.

Las mujeres históricamente fueron vistas como las expertas o especialistas en el cuidado (Esteban, 2003; Faur y Pereyra, 2018). Esto tiene múltiples implicancias en la vida de las mujeres, basta verlo en la feminización de algunas profesiones como la docencia o la enfermería. Para reflexionar sobre la vida diaria de las mujeres es necesario considerar los aprendizajes del cuidado que son incorporado en la vida de las niñas desde muy pequeñas (Martín Palomo y Muñoz Terrón, 2015). Expondré que las mujeres durante distintas etapas de su vida cuidan y acompañan a otras embarazadas y parturientas.

Cuando hablamos de prácticas cotidianas de cuidado nos referimos a aquellas acciones que no implican que seamos totalmente conscientes de que estamos cuidando. El cuidado, como sostén de la vida en comunidad, implica un montón de acciones diarias que son irreflexivas. Es decir, no pensamos constantemente todo lo que hacemos, sin embargo, llevamos adelante acciones de cuidado. En momentos específicos reflexionamos sobre esas

acciones como tales. El pensar sobre el cuidado aparecerá de diferentes maneras en los relatos de mis interlocutoras. Es necesario, entonces, estar atenta a los presupuestos que ellas tienen sobre el cuidado separándolos analíticamente de la forma en que fui describiendo el cuidado.



Foto 10- PH: Alfonsina Cantore. Fotografía de madre con su hijo, tomada una tarde en que conversábamos y tomábamos tereré en el patio de su casa.

Cuidado no es igual a tratamiento

“Lo que pasa es que yo no entiendo, para ustedes los juruas embarazarse es una enfermedad. Yo no entiendo, tienen que descansar, entonces no pueden hacer nada y en mi cultura hay que hacer.” (Charla con Marta, 23-8-21)

La frase inicial de este apartado son las palabras de Marta refiriendo a dos cuestiones entrelazadas. Por un lado, marcando un “nosotras mbya” y “ustedes jurua” transitando de una manera diferente el embarazo. Por otro, la idea de que, entre las/os no-indígenas, el

embarazo está muy fuertemente asociado a una enfermedad y, por tanto, a un tratamiento. Ya explicité que las disciplinas médicas vienen modificando este paradigma, pero aún quedan sus vestigios. En cambio, para las mbya esa relación está disociada. Podríamos resumir sus palabras en “ustedes se enferman” y “nosotras nos embarazamos”. Estas palabras son inaugurales al primer punto de debate de este capítulo que apunto a correrlos de un análisis sobre los itinerarios terapéuticos durante el embarazo y parto para cambiarla por la de cuidado.

Dos cuestiones son problemáticas en la primera categoría, por un lado, el itinerario y, por otro, el de terapéutico. Muchas veces cuando las investigaciones académicas han referido a los itinerarios parecieran referirse al tránsito por los diferentes sistemas de salud de los que pueden hacer uso, lo que enfatizamos en el capítulo dos. Así, por ejemplo, en el trabajo con las mujeres indígenas en Misiones se presentarían dos opciones frente al parto: parir en el hospital o en la comunidad. Lo mismo ocurriría con los especialistas: visitar el médico o al *opygua* –líder religioso con conocimientos médicos-. De esta manera el problema de investigación se resumiría al recorrido de las embarazadas por dos sistemas de salud que se plantean como antagónicos entre el sistema médico hegemónico y el sistema médico tradicional. Sin embargo, volvemos a volcarnos hacia formas estructurales de llevar a cabo un embarazo y un parto.

En la introducción explicité que la hospitalización de los partos viene siendo creciente en zonas rurales, justificado mayormente en su probabilidad de riesgo. Si bien la institucionalización del parto y embarazo han disminuido la mortalidad materno infantil a lo largo del tiempo, analizarlo desde el riesgo o la enfermedad limita el análisis sobre los sentidos y prácticas de las mujeres embarazadas porque ellas mismas están lejos de considerarlo como una enfermedad o una situación de salud que precisa tratamiento o cura. Pero, como ya vengo desarrollando, si las ubica en un estado de vulnerabilidad.

Aunque desvincular el embarazo y parto de la enfermedad parece algo obvio, en el sistema biomédico comparte una serie de pautas y técnicas para considerar su buen desarrollo. A pesar de que han llovido críticas desde la antropología feminista a esta forma de pensar el embarazo y parto (Davis Floyd y Davis, 1996; Rapp, 1997; entre otras) y ha sido repensado por la propia ginecología y obstetricia, aún se encuentran vestigios que fundamentan las intervenciones. Pero, como decía, las mujeres mbya guaraní son cuestiones disociadas.

El proceso de embarazo y parto no está vinculado con problemas de salud, aunque puedan devenir con ello. Obviamente, este punto está relacionado con la construcción del género de estas mujeres. Como se analizó en otros trabajos (Enriz y García Palacios 2008, Cebolla Badie, 2014; Cantore, 2020) la maternidad es siempre parte de los proyectos comunitarios y

de las personas para que alguien “se convierta en mujer”. La maternidad es el punto más fuerte de la femineidad guaraní, es el que casi no se pone en debate. No solo institucionalmente, sino ser madre implica nuevas tareas, roles, demandas, etc. que se llevan a cabo de manera muy diversa en el día a día de las mujeres (Cantore, 2020).

Posiblemente, el embarazo y parto estén tan lejos de ser pensados en términos de enfermedad por los sentidos que cobra la maternidad para las mujeres y la comunidad. En principio, porque para estas mujeres *a priori* no se precisa un tratamiento específico. Para comprender a qué me refiero compararé con situaciones de salud que requieren tratamiento. Van desde un resfriado, tener parásitos, ser diagnosticada/o con alguna enfermedad, tener un nombre equivocado (explicaré brevemente a continuación), enfermedades con “dueño” (producidas por seres sobre naturales), etc. Al separar las maneras de atender a una enfermedad o un proceso de embarazo y parto vemos que uno requiere tratamiento y el otro de cuidados, en el sentido amplio que vengo enfatizando.

Un punto clave para considerar estas diferencias entre embarazo y enfermedad es el cómo y en qué lugar se intenta dar soluciones a estos problemas. Más allá de que muchas esas enfermedades conlleven a itinerarios terapéuticos múltiples y abiertos, suelen incluir el paso por el *opy* (casa de rezo). Allí se generan una serie de acciones para su cura como puede ser el humo de *petingua* (pipa), los rezos comunitarios guiados por un *opygua* (líder espiritual), internaciones en el *opy* hasta mejorar, etc. Posiblemente, estas técnicas de curación sean combinadas con tratamientos biomédicos e incluyan muchas actividades de cuidado entre las familias, pero lo que quiero resaltar es que los cuidados relacionados al embarazo y parto no se vinculan con el *opy*. El nacimiento requiere cuidados, transmisión de saberes sociales, un proceso de acompañamiento (ampliaré), pero no tratamiento por parte de las autoridades de bienestar de la comunidad, a excepción de situaciones específicas.

Como se ve a lo largo de esta tesis, cuando se habla sobre el nacimiento las referencias generales no son ni las/os profesionales de salud, ni las parteras tradicionales, sino una abuela, una tía, una madre, o al padre. Cualquiera de estas personas es un elemento de cuidado durante en el embarazo, parto y postparto. En otras palabras, cuando las mujeres hablan sobre sus embarazos y partos se refieren a un conjunto de relaciones que se construyen antes y durante esta etapa. Esas relaciones no solo se construyen en vínculos con la madre y sus cuidados; también implican vínculos con quien va a nacer (redes futuras, relaciones vinculares con esa/e bebe/a, sobre las que volveré posteriormente).

En cambio, elementos nos permiten diferenciar el tratamiento de una enfermedad y el cuidado durante el embarazo, entre ellos: la raíz identitaria de las enfermedades (nuestras y de los blancos), el lugar asociado a la curación, las personas que participan, los

medicamentos y los rezos y ceremonias. Si bien venimos discutiendo que los tratamientos se correspondan tajantemente a uno u otro subsistema sanitario, las personas suelen hacer diferencias entre “enfermedades mbya” y “enfermedades de [traídas por] las/os juruas”, aunque la búsqueda de soluciones conlleve indefectiblemente a la combinación de sus características y acciones cotidianas. En efecto, mi discusión está en que elementos se asocian a una enfermedad y cuáles al nacimiento.

Veamos, por ejemplo, que sucedió ante la detención de un caso de HIV. El infectólogo había hecho el seguimiento a cuatro casos y uno de ellos era una mujer a quien describía como una “paciente ejemplar” por su buena conducta con el tratamiento. Sumado al virus, la mujer se infectó de tuberculosis y el médico debió explicitar de qué se trataba. En ese entonces, un médico rotante de Paraguay y hablante de guaraní le pudo explicar la diferencia entre una y otra infección, le confirmó cuando el tratamiento de la tuberculosis terminó, pero que el de HIV era de por vida. Fue en este momento que, según el infectólogo, la mujer comprendió la magnitud de lo que tenía (si bien no aseguraba entender qué es el HIV) y, a partir de esa charla, pudo encarar la infección desde otro lado. Para él, hacer el seguimiento del tratamiento de HIV no debería ser demasiado conflictivo porque parte de eso se puede hacer con las/os médicas/os que trabajan en el CAPS, sin necesidad de que la o el paciente pase por el hospital todo el tiempo. Una estrategia que había utilizado con esta mujer era dejar la receta del medicamento en la farmacia y ella la retiraba directamente sin pasar por el hospital. Pero reconocía que no todas/os las/os indígenas eran tan receptivas/os a seguir los tratamientos.

Otro punto que surge en este registro es en referencia a las/os profesionales de este modelo. La hija de esta mujer también tuvo un diagnóstico positivo de HIV, pero el infectólogo no se sintió capacitado para trabajar en pediatría, reconociendo su falta de experiencia y conocimiento para aplicar la dosis de medicación necesaria. Esto se debía a la variación constante de la medicación dependiendo el peso y talla de las/os niñas/os; en cambio, en adultos la medicación no tiene tantas alteraciones. Finalmente, la niña se hace atender en el hospital de El Dorado.

Más allá de que el registro sea significativo para dar cuenta del subsistema profesional (ver capítulo dos) otro punto interesante en referencia al HIV son las campañas de prevención. No por esta infección en sí, sino porque a través de ellas se promueve exclusivamente el uso de preservativo sobre cualquier otro método de anticoncepción. Si bien vendría a ser el único método que previene infecciones de transmisión sexual (ITS), el uso de este está muy mediado por las decisiones de los varones. Si bien, como desarrollé en el capítulo anterior, no es el único anticonceptivo de distribución del sistema de salud público utilizado en las

comunidades (recordemos implante subdérmico, inyectables y ligadura tubaria), esto me abre la pregunta sobre las decisiones de las mujeres ante las posibilidades de un embarazo.

Este punto me lleva también a problematizar que el tránsito de los varones por el sistema público de salud no es tan corriente como el de las mujeres. Como es sabido, los varones adultos no suelen frecuentar el sistema profesional a menos que presenten síntomas o precisen controles de salud para acceder a un trabajo (análisis preocupacionales) y, como los indígenas suelen mantenerse como trabajadores informales, esto se reduce aún más. En la mayoría de las ocasiones la atención de un profesional médico está medida por las mujeres que insisten en que hagan la consulta. Como vengo sosteniendo las políticas públicas apuntan mayormente al control y atención de niñas/os y mujeres en edad reproductiva.

Este punto es referenciado también por los varones indígenas adultos que me han comentado que consultaron poco o nunca en el subsistema profesional. Al respecto, un hombre me planteó su preocupación por las enfermedades que había “afuera” de la comunidad. Según decía, en la comunidad no había tantas enfermedades como afuera, además de que eran distintas. Esto derivó en el uso que hacían del hospital y del CAPS: esta persona confesó que jamás visitó ninguna de estas instituciones. Para él, los adultos (varones) hacían menos consultas que las/os niñas/os y mujeres embarazadas porque no había tantas enfermedades, pero también porque “en la comunidad todo el mundo sabe hacer algo, aunque sea un poco” (RI, 28-10-17). Con esta frase se refería a que todas las personas conocen algo sobre uso de plantas medicinales de monte. Él consideraba que no sabía muchas cosas, sabía “lo más normal, por ejemplo, para el dolor de panza o cosas así”.

Es constante escuchar que las personas tienen diferentes conocimientos sobre plantas de uso medicinal que se encuentran en el monte, aunque cada vez sean más reducidos estos espacios. El uso de yuyos no necesariamente se utiliza cuando hay una enfermedad. A veces se utiliza para mejorar el estado de salud o prevenir algo, por ejemplo, en una ocasión tomé mates con una joven mamá que estaba amamantando y sentí un gusto mentolado, le pregunte a la mujer y me dijo que le había puesto un yuyo para que su bebé no tenga dolor de panza o flatulencias debido a la leche materna (RI, 10-11-19).

En otras ocasiones, aunque no haya denominación o etiqueta de una enfermedad, se utilizan ante la aparición de un síntoma. Recuerdo visitar a un hombre joven que me invitó unos mates. Le comenté que no me había sentido bien y por eso no debía tomar mates. Él enseguida me dijo “pero esto tiene yuyos” y me dijo que era para la garganta y la tos. Le dije que no sentí tos ni dolor de garganta, sino que había estado mal de la panza, dolorida y

descompuesta. Él enseguida se levantó, cortó una hoja de cedrón y se lo puso al mate diciendo que me iba a hacer bien. Luego, comentó que también tenía cedrillo, pero este se usaba hervido y por eso no me lo ofrecía (RI, 24-2-15).

Los medicamentos de yuyos son muy valorados en la población mbya, pero merecen diferentes interpretaciones por los/as profesionales médicos/as, aunque en general es negativo. Por ejemplo, a el recorte del Plan Remediar en mayo de 2016 que implicó la falta de medicamentos y antibióticos en el CAPS y el hospital, la médica que visita la comunidad avaló la consulta en una *kuña karai* (aunque sin este aval se la consulte igual), pero no la administración de remedios de yuyos. Sin embargo, la agente sanitaria comentó que de todas formas hacían uso de plantas, pero en su justa medida porque también se corría el riesgo de intoxicación.

La mala administración de yuyos suele estar en el imaginario de muchas/os médicas/os no-indígenas. Al respecto, un joven a quien recientemente se le había muerto su hija de un año me comentó que en el hospital le dijeron que la culpa de la muerte había sido el mal uso de plantas medicinales. Sin embargo, él me confesaba que no le habían dado “ni mucho ni muy fuerte” (RI, 18-3-19). En cambio, él interpretaba que la muerte de su hija se debía a una “macumba” destinada a él; pero al ser su hija “nueva/nuevita” era más susceptible y repercutió en ella (*pytã* es el término guaraní para denominar el período de vida desde el nacimiento hasta que la persona comienza a caminar y pronunciar sus primeras palabras).

Este tipo de interpretaciones las encontramos también en referencia a las “nuevas enfermedades”. Un joven repitiendo la misma separación de enfermedades que comenté antes me decía “que ahora tienen enfermedades por los blancos” que, por ejemplo, “antes no había dengue y ahora si [para él] el dengue es un invento del blanco, no existe. Fue el hombre el que infecto al mosquito con su mugre. Son sus malas acciones, el desmonte que hace que todo esté más sucio, lo que hizo que el dengue se infectara e infectara a los otros” (RC Boffelli y Cantore, 23-5-16).

Desde un enfoque sistémico, cuando se trata de “enfermedades mbya”, algunas/os autoras/es (Schaden, 1998; Keller, 2011; Remorini, 2009) suelen atribuirlo a una ruptura del equilibrio social o cósmico. A algunas de ellas se las denomina “enfermedades con dueño” y entran en juego cuando se produce un desbalance entre los distintos niveles de la vida (individual, colectivo, terrenal y/o supraterrrenal). En estas ocasiones se hace alusión a la acción de seres extrahumanos, espíritus dueños que influyen en las relaciones cotidianas de estos grupos (Keller, 2011) o pueden ser consideradas como un “estado de desajuste con el medio” (Remorini, 2009: 310). El tratamiento de estas enfermedades puede ser a través de

fumigaciones con humo de tabaco o de rezos en ceremonias guiadas por *opyguas* (líder espiritual) y suelen durar varios días.

La función del *opygua* excede a las terapéuticas. Fundamentalmente se interesan por todas aquellas consecuencias que a nivel moral se desprenden del incumplimiento de tabúes y prescripciones que constituyen el origen de numerosas enfermedades que pueden afectar a las personas. Desde esta perspectiva la enfermedad, la muerte y otros males se asocian a conductas que vulneran los preceptos que hacen al mantenimiento del *mbya reko* (la costumbre mbya o el modo de ser). Por ello, el hombre puede influir a diario negativamente sobre su entorno y, en consecuencia, favorecer la aparición y/o agravamiento de enfermedades (Remorini, 2009).

En resumen, existen algunos elementos de análisis que nos permiten fortalecer la idea de que el embarazo no está ligado al tratamiento, sino al cuidado (aunque el tratamiento sí precise de cuidados). Son puntos que nos permiten comparar cómo es pensada la gestación para la población mbya y para el sistema público de salud. Estos me permiten afirmar que la gestación, si bien irrumpe en la cotidianidad y la vida de las gestantes, no es separada del espacio común y cotidiano en las comunidades como las enfermedades. Las enfermedades y la gestación se diferencian por el lugar preferible para su desarrollo, la existencia de especialistas y la curación a través de rezos y medicamentos.

En las comunidades, cuando las personas enferman pasan días y noches enteras en los *opy* siendo atendidas por especialistas, *opyguas*. Se realizan curaciones que implican ceremonias, rezos, medicina de yuyos y/o cambios de nombre (*rery*). Aun cuando los partos han sido domiciliarios, el *opy* no es un lugar en que se desarrolló el parto, sino sus propias casas. Las referencias al cuidado suelen ser mujeres cercanas (desarrollaré en los apartados siguientes) y los medicamentos no tienen protagonismo (a excepción de complicaciones o problemas de salud), aunque si existen masajes, dietas especiales y otros componentes prescriptivos. Si bien ambos son enmarcados religiosamente porque la predisposición de los dioses a que las cosas sucedan, su desenvolvimiento en la vida terrenal implica búsqueda de soluciones distintas.

Esta afirmación podría entrar en un terreno fangoso cuando vemos que las consultas en el sistema público de salud durante el embarazo y parto. Tanto este proceso como las enfermedades son derivadas al centro de salud o al hospital y atendidas por profesionales (pueden ser de la misma especialidad o no). Pero, como desarrollo en esta tesis, los motivos de la consulta en la gestación y el parto están lejos de su asimilación con una enfermedad. Aunque la obstetricia viene modificando su enfoque por presión de los debates sociales, continúa desarrollando sus prácticas como elementos de cura y prevención (ver capítulo

anterior). Estas ideas se reducen a lo que Marta expresó como “yo no entiendo, para ustedes los *jurua*s embarazarse es una enfermedad” (RI, 23-8-21).



Foto 11 – PH: Alfonsina Cantore. Corteza de pindó utilizada por las/os mbya para la cicatrización del cordón umbilical.

En este sentido, la noción de cuidado que definía arriba amplía el panorama para no prestar atención solamente a aspectos estrictamente sanitarios. Los cuidados durante el embarazo, parto y puerperio no se restringen a buscar un tratamiento. Así, pensar en los cuidados y no en los itinerarios terapéuticos nos permite acercarnos a las experiencias de estas mujeres no sólo en los espacios sanitarios, sino también, en sus quehaceres cotidianos. Los cuidados se presentan como una categoría más amplia que nos permite registrar las estrategias que las mujeres van desarrollando, las redes que van tejiendo, las decisiones que toman día a día, etc.

Para guiar este análisis es útil la separación que propone Mol (2008) entre la lógica de la elección y la lógica del cuidado. En esta tesis no busco registrar las posibilidades al alcance de las mujeres para reconstruir sus itinerarios terapéuticos en donde las mujeres queden subsumidas a meras elecciones entre la medicina biomédica y la tradicional, sino relevar sus

prácticas, trayectorias de vida y las situaciones que van viviendo. En este sentido, la lógica del cuidado de la autora nos permite atender a acontecimientos inesperados que les suceden a las mujeres durante sus embarazos y partos, y a las acciones compartidas con el colectivo.

Esto es un punto clave para mi investigación porque las mujeres a quienes me refiero ponen en práctica un conjunto de conocimientos individuales y colectivos para llevar sus embarazos y partos a buen término, teniendo en consideración las situaciones específicas (materiales y simbólicas) en las que se encuentran. Así, toma sentido la idea de experiencia porque me permite dar cuenta de que las prácticas de las personas son heterogéneas, creativas y los resultados de sus acciones son siempre impredecibles. Pero, además, estas experiencias siempre están relacionadas con prácticas comunitarias.

De esta manera, lo comunitario nos trae una nueva línea de análisis sobre la maternidad para el grupo y para las mujeres. Se trata de varias personas que acompañan el proceso. A continuación, haré referencia a las diferencias entre parteras y cuidadoras buscando fundamentar que las primeras aparecen en el proceso en aquellos momentos en que hay complicaciones, se administra alguna planta medicina o un masaje. En cambio, las madres, suegras, abuelas, tías, etc. comparten el día a día.

Parientas/es y cuidadoras/es

Anteriormente, mencioné que los términos de parentesco son utilizados para explicar acontecimientos cotidianos y en ello se insertan los cuidados. El parentesco juega un papel primordial porque todo se expresa en esos términos, aun cuando no se trata de parientes consanguíneos. Pensar el parentesco no es algo nuevo, varias/os autoras/es han puesto su foco en explicaciones sobre la estructura del parentesco y cómo las categorías referidas ordenan el mundo guaraní (Gorosito Kramer, 1982). Mencionaré algunos puntos principales para dar cuenta de que pensar sobre el parentesco mbya no es novedoso. Sin embargo, mi propuesta es poner especial atención a la relación entre parientes y cuidadoras.

Las/os guaraníes fueron descritos como una familia extensa (*te'yi*), es decir, que están unidas/os por relaciones de consanguineidad o alianza (Susnik, 1983; Mura, 2006; Beate Lehner, 2008). Ana María Gorosito Kramer (1982) le dedico un espacio a los términos parentesco y así nos brinda un primer pantallazo sobre el grupo familiar. Cuando las/os mbya se refieren a sus parientes suelen aparecer al menos tres generaciones: sus abuelas (*jeryi*), abuelos (*ramoi*), madres (*chy*) y padre (*ru*). Cuando se habla del grupo de parientes también se incluye a la tía (*cheky'y*), el tío (*chetuty*), las hermanas menores (*chekypy'y*), los

hermanos menores (*chekyvy kyri'i*), las hermanas mayores (*cheryke*), los hermanos mayores (*chekyvy*) y sus sobrinas (*chemebykyri'i*). Cuando son las/los abuelas/os quienes hablan, también incluirán a su nieta (*cheremiariro*) y nieto (*cheamyo*). Es importante notar que se explicita si se está hablando de una mujer o un hombre (Enriz, 2012).

Estas categorizaciones son interesantes porque mis interlocutores han hecho referencia a algún pariente que vivía en tal o cual comunidad, lo que era una de las razones de migrar hacia ese lugar o recibir algún pariente en el núcleo. Susnik (1983) y Pissolato (2007) anticipan que las relaciones parentales se expresan también en relaciones entre comunidades porque uno de los principios que cohesiona al grupo es la idea de un ancestro común (*tamoi*). Más adelante, veremos que estos términos de parentesco adquieren relevancia en la temática de cuidados aquí tratada porque muchas veces es sobre alguna tía, tío, abuelo, abuela quienes se ocupan de acompañar el embarazo y parto.

La idea de familia extensa ha sido la principal explicación del uso y organización del territorio, entendiendo que esa familia extensa se distribuye en núcleos más pequeños donde conviven grupos de parientes (*teko'a*) (Lehner, 2008). En cada uno de estos espacios se disponen ambientes más pequeños, hogares (*oga*), que permiten compartir actividades de la vida cotidiana a partir de la cooperación del grupo doméstico (Mura, 2006). Los nuevos matrimonios suelen construir casas próximas a la de sus madres/padres.

En otras palabras, las relaciones de parentesco son generadoras de vínculos. Quizás el ejemplo más gráfico es la categoría de abuelo o abuela que se refieren a las personas más ancianas de la comunidad. A estas personas se las respeta y reconoce su trayectoria y siempre se habla de ellas en genérico "la abuela Delia", no necesariamente porque se trate de una parienta consanguínea de toda la comunidad, sino porque es una forma de referenciar que es alguien que toma decisiones comunitarias o tienen conocimientos religiosos o marca rumbos políticos del grupo²⁸.

Podemos pensar los hogares a través de los fogones. El fogón es el espacio donde sucede gran parte de la vida cotidiana y será la referencia familiar y de crianza (Enriz, 2012). El lugar arquetípico de la mujer es la casa cerca del fuego (*oka*) donde se cocina, se come y se reúne la familia por las noches, y que es identificado como el centro de las actividades infantiles. El fuego en las cocinas abiertas o los patios son los espacios donde transcurren la mayor parte del tiempo las mujeres jóvenes y adultas, las/los niñas/os y las/los ancianas/os. Este fuego se corresponde con los patios de las casas se indica como el lugar donde se cocina, donde se come y la familia se reúne por las noches.

²⁸ Para un ejemplo, ver: Enriz y Cantore (2021).

Tal como describe Carolina Rodríguez (2018) las casas se conectan por senderos pequeños (*tape po'i*) a través de los cuales las personas se mueven y transitan. Esta disposición permite compartir actividades diarias, visitas corrientes entre las familias y conectar con espacios comunes. Como expresa la autora, los mismos caminos conforman redes sociales. Desde aquí, la espacialidad construye una dinámica comunitaria de relacionamiento social. A nuestros fines esta descripción del territorio y el uso de las categorías de parentesco son útiles para comprender cómo se desarrolla el cuidado en lo cotidiano. Desde las/os niñas/os compartiendo el juego, la visita o charla constante entre varones y mujeres de una casa a otra, la conexión del día a día a través de un sendero dan lugar a prácticas singulares de cuidado.

Las actividades del día a día son compartidas con el grupo familiar, principalmente, con otras mujeres. Teniendo en cuenta que la perspectiva sobre el cuidado que estoy abordando apunta al sostenimiento de la vida cotidiana, las tareas domésticas cobran principal protagonismo en este análisis. En este sentido, el cuidado durante el embarazo y parto se enmarca en estas actividades. En esta línea, podemos decir que son las mismas redes de parientes las que se involucran en cuidado de la gestación, es a través de ellas que se sostiene ese proceso. Un padre o una abuela que va al hospital, un abuelo que sueña la llegada de una nueva alma, una tía que hace masajes abdominales, una hija o un hijo que cumple tareas del hogar, las palabras de una anciana o un anciano y muchas otras son las acciones que se detallan en los relatos durante el proceso del nacimiento.

Es necesario aclarar que, muchas veces, los vínculos no refieren precisamente a las gestantes, sino al vínculo parental con quien va a nacer. Es decir, en las narraciones el ego se desplaza hacia la/el bebé dejando de ser la madre quién tiene una relación familiar para pasar a ser el *ñe'e* (alma). De aquí que en los relatos de las embarazadas aparecen categorías de tías/os, abuelas/os, hermanas/os que refieren lazos con quien va a nacer y no con la gestante. Un enfoque interpretativo estaría en lo correcto al pensar que esa alma pertenece a dos líneas parentales. Pero fuera de buscar establecer vínculos de consanguinidad o alianza, mi interés está en remarcar que son las relaciones de la cotidianidad de las mujeres. Son las personas con las que la mujer está conviviendo, con quienes comparte el fuego, el patio, la charla diaria, sean de su árbol genealógico o el de su marido. En otras palabras, las acciones de esas personas están apuntando al cuidado del proceso y, por ende, sosteniendo el bienestar de la madre y la/el bebé.

Como veíamos en el capítulo 1, las mujeres aprenden a parir y son especialmente otras mujeres del núcleo quienes les enseñan a enfrentar ese proceso. Siempre hay una mujer para ir a charlar, alguien que les cuenta que se aproxima, qué se encontrarán al momento

de parir, o compartir angustias sobre la pérdida de un embarazo. Se trata de experiencias de mujeres traspasadas a otras mujeres. Estas conversaciones son vitales para pensar el cuidado. Frases como “mi abuela me decía...”, “a mi mamá le pasó tal cosa”, “yo sabía porque mi tía siempre me habló de eso” son el resumen de narraciones compartidas. Se trata de conversaciones que expresan tanto “motivos para” llevar adelante un buen embarazo, como “motivos porque” lo cuales las embarazadas fueron modificando sus trayectorias de embarazo y parto. Más adelante, retomaré como la experiencia de la madre de Victoria (entre otros motivos) justificó su atención en el sistema público de salud.

Como expresé, el rol que cumplen las/os parientes en el cuidado es fundamental porque son quienes llevan adelante prácticas constantes de cuidado. Esas/os compañeras/os no tienen conocimiento especializado, ni realizan una tarea específica durante el embarazo y parto. Se trata simplemente de familiares que acompañan el proceso, en donde sus saberes son justificados a través del vínculo parental, siendo otras mujeres del núcleo o el futuro padre. A continuación, mencionaré algunas características que me permiten pensar sobre acompañar el proceso. Dicho esto, procederé a comparar las maneras de acompañar de dos varones que presenciaron el parto de sus hijas para mostrar que ellos también son parte de estos parientes que cuidan. Y, posteriormente, traeré a colación dos experiencias de mujeres que plantean puntos de comparación y análisis sobre cómo las personas que cuidan son elementos que modifican las trayectorias de cuidado de manera pre-reflexiva.

Acompañar el proceso

En este punto, parto de la idea de acompañar como parte del cuidado durante el proceso de embarazo y parto. La categoría “estar acompañada/o” suele utilizarse en las comunidades para referir al estar en pareja, sin embargo, aquí voy a darle otro sentido, específicamente, profundizando en lo referido a este proceso y no en vinculación con el estado civil de las personas. En principio, cuando preguntaba ¿con quién fuiste al hospital? ¿alguien te acompañó? En base a las diferentes respuestas pude ver que las personas engloban algo más que el desplazamiento al hospital. Desde aquí, mis reflexiones apuntarán a extrapolar esta categoría al proceso de gestación.

Estoy utilizando la categoría de cuidado de manera más abarcativa que la de acompañamiento, aunque en otros contextos podría ser utilizada como sinónimo. Un punto para diferenciar a los fines de esta etnografía es que cuando hablo de acompañamiento requiere presencia física y el cuidado no necesariamente. El cuidado, como categoría amplia, engloba entidades humanas y no-humanas (Mol, 2008), por ejemplo, en el siguiente capítulo veremos artefactos y tecnologías que hacen parte de la trayectoria de embarazo y

parto. Además, el acompañar se engloba dentro del cuidado. En el capítulo uno, decíamos que las personas aprenden a cuidar y parte de ese aprendizaje es a acompañar.

Decíamos que las mujeres aprenden a cuidar, en parte, a través de su propia experiencia de gestación y en la interacción con otras embarazadas. Sin embargo, esto no es necesariamente una condición *sine qua non* y ponerla en diálogo con la compañía nos lleva a estas reflexiones. Como mencioné es una categoría que recopilé hablando sobre quienes estaban en el hospital al momento del parto, es decir, quienes eran las personas de la comunidad con las cuáles las mujeres se sentían seguras y en quienes depositaban la confianza para transitar con ellas el nacimiento de sus hijas/os.

El hospital tiene como característica ser un lugar extraño. Las mujeres que llegan a parir pueden conocerlo de antemano o no. Puede ser que hayan tenido otros partos, hayan estado internadas, hayan tenido hijas/os o familiares internados, que se hayan hecho estudios médicos, o bien, que por primera vez estén visitando la institución. El recorrido dependerá de la trayectoria de vida de cada embarazada. Lo cierto es que no es un lugar familiar, un espacio de tránsito rutinario, es una de las referencias al mundo *juruá*. Entonces, el acompañar en el hospital al momento del nacimiento se carga de sentido.

Es importante señalar que no es fácil replicar este tipo de acompañamiento en cada hospital de la provincia. Solamente los hospitales de San Ignacio e Iguazú están tan poco distantes de las locaciones indígenas. En el resto de la provincia el traslado a los hospitales implica largos viajes y por caminos sinuosos. Estas distancias implican otras maneras de cuidar y acompañar, otras trayectorias de embarazo y parto. Para verlo comparativamente, un médico de Ruiz de Montoya (a 200 km de Iguazú) ante mi pregunta si había más nacimiento en la comunidad o el hospital, respondió entre chiste y sinceridad “la mayoría nace en la ambulancia porque no llegan [al hospital]” (Entrevista virtual, 2-3-20).

La cercanía con el hospital de Iguazú permite que las mujeres realicen ecografías y análisis volviendo al mediodía a su comunidad sin la necesidad de estar uno o dos días internadas como en el resto de la provincia. Los centros de atención en los núcleos habitacionales facilitan que las embarazadas hagan las consultas en sus comunidades. El camino pavimentado permite que transiten taxis, ambulancias y motos con rapidez. Estas particularidades del referente etnográfico posibilitan también que alguien de la comunidad acompañe el momento del parto. Las personas se pueden mover con relativa rapidez y facilidad en comparación a otras zonas. La compañía de Eugenia en su último parto es un ejemplo:

El hijo de Eugenia nació el 25 de agosto del 2020 a las 14 horas en el hospital de Iguazú. Ella fue a internarse temprano, pensando que ya tenía un trabajo de parto

avanzado. Un fluido corporal había caído de su vagina, “perdí algo” decía refiriéndose, posiblemente, a la pérdida del tapón mucoso cervical. El líquido resbaladizo la puso en alerta y despertó a Alberto, su pareja y padre del niño, y fueron juntos al hospital. En la revisión ginecológica le explicaron que aún no había empezado a dilatar. Estuvo más de 24 horas internada antes de parto con una dilatación lenta que llevó a que el médico le diga “a las 14.30 te vengo a hacer la cesárea”. Estas palabras daban por sentada la forma de nacimiento (intervención quirúrgica) y su hora exacta (14.30h). Sabiendo como se desarrollaría Alberto volvió a la comunidad porque estaba cansado, había esperado toda la noche y volvería para ver nacer a su hijo. Para sorpresa de todas/os, el bebé nació a las 14h por parto vaginal. En ese momento, Flavia estaba acompañando a Eugenia (es la ASI que trabajo en el hospital, entre ellas tienen vínculos parentales y de amistad, además de compartir el ámbito laboral). A los pocos minutos llegaron Alberto y el médico y Eugenia, explicando su sorpresa, les dijo “nació” (RC Cantore y Lorenzetti, 2/9/2021).

Este registro explica un poco como la espacialidad modifica las trayectorias de parto. Ante la primera alerta que tiene Eugenia va a internarse. Es acompañada por su marido, quien puede ir y volver a la comunidad en un mismo día. Y, aunque imaginaba estar presente para el nacimiento, la manera en que se desarrolló el parto no se correspondió con el cálculo del tiempo. Sin embargo, la agente sanitaria del hospital, Flavia, se quedó ese día por fuera de su horario laboral para acompañar a su amiga. Cuando ella tenga compañía volvería a su casa, posiblemente su marido la iría a buscar en moto o se tomaría un colectivo. Este intercambio de las personas que acompañaron del momento del parto no sería posible con el acceso restringido en otras áreas de la provincia.

Decíamos en el capítulo anterior, que las/os especialistas piden que alguien vaya con las parturientas al momento de parir. Pero, para estas personas son algo más que una/un intermediaria/o con el sistema público de salud, es también, a través de quienes se reponen los vínculos con la comunidad. Estas personas les darán las primeras sensibilidades afectivas al estilo que lo harían en la comunidad, por ejemplo, le hablarán bajito, suave y en guaraní a la/el recién nacida/o. En otras palabras, son las personas de confianza de la parturienta y, por ende, las elegidas para acompañar el proceso siempre y cuando se den las condiciones para esa elección.

Encontré entonces que mayormente eran las mujeres del vínculo cercano y, en ocasiones, los padres de sus hijas/os. Las mujeres acompañan desde su conocimiento previo, más adelante, veremos que la suegra de Marta es la persona más presente las rememoraciones durante el parto. Esto me permite indagar que no hay una figura institucionalizada de

partera, como una mujer que tiene conocimiento y sabe técnicas específicas para ayudar a otra mujer a transitar el proceso. Sino que se trata de un conocimiento que es difundido entre las mujeres guaraní. Al cuestionar esta idea de partería y vincular el conocimiento con el parentesco pretendo profundizar en quiénes y cómo se acompaña.

En otra línea de análisis, los varones también aparecen como elementos de cuidado, ellos también acompañan a las embarazadas, pero no es por el reconocimiento de su experiencia. Como una vez Marta le dijo a su esposo delante de mí “vos no sabes lo que es dolor de parto y nunca lo vas a saber” (RI, 19-8-19) dando cuenta de que hay parte del conocimiento que pasa por el cuerpo, generándose en la propia experiencia de embarazo y parto (ver capítulo 1). Concluyo que son mayormente otras mujeres las referencias para acompañar, pero los varones también participan. De aquí que me pregunto cómo es esa participación y cómo se perciben en ese rol.

3.1 ¿Quiénes son las mujeres que acompañan a parir?

Me permito en este apartado hacer una reflexión teórica sobre la partería a partir de la pregunta de quienes son esas mujeres que acompañan en el proceso de embarazo y parto. Dos puntos me llevan a estas aproximaciones, por un lado, que las mujeres que referencian las embarazadas tenían algunas características comunes y, por otro, que ante la pregunta sobre la figura especializada de parteras siempre obtenía respuestas vagas. Desde aquí que propondré que la partería es acompañar a otras mujeres en su proceso de embarazo y parto.

Entre las características comunes que encontramos en las mujeres que acompañan afirmo que se trata de personas del entorno íntimo de las embarazadas. En este sentido, comparto con Paula Prates (2021) que el parentesco es un componente fundamental para pensar la partería y el acompañamiento. Además, son mujeres que han aprendido a acompañar a través de su propia experiencia y de otras mujeres. En algunas ocasiones, hay una diferencia generacional, que hace que se les reconozcan grandes conocimientos sobre el tema y se las reconozca como abuelas. Esos saberes son expandidos entre muchas mujeres, lo que no significa que a todas denominen parteras.

En muchos pueblos indígenas, “ser partera” refiere a un conocimiento especializado sobre el proceso de embarazo y parto. Infinidad de trabajos en antropología han referido a este rol, mostrando el vínculo que la partería tradicional con lo sagrado, los roles de género y el aprendizaje generacional, pero siempre reservado para algunas mujeres (Jordan, 1993; Fleischer, 2006; Drovetta, 2016; Freyermuth Enciso, 2003; Raquel Paiva Dias-Scopel y

Daniel Scopel 2018). En otras palabras, la partería se institucionaliza con el reconocimiento de saberes específicos a algunas personas del grupo, pero como tal no es una figura relevante entre las/os mbya (Prates, 2021).

Brigitte Jordan (1993) analiza que en las poblaciones indígenas la adquisición de habilidades se transmite de personas expertas a aprendices. El principal objetivo es que las aspirantes puedan tener un buen manejo de situaciones concretas, aprendiendo a través de métodos pragmáticos y experimentales que se contrarrestan con los cursos de formación de parteras y obstétricas en estudios formalizados. Pero, como bien señalan Raquel Paiva Días-Scopel y Daniel Scopel (2018), la atención a un parto por sí misma no garantiza que las parteras sean reconocidas como tales. A veces, el reconocimiento comunitario de la partería está relacionada al “don” que legitima que la persona tiene habilidades natas y “ser partera” es su destino por nacimiento.

Ahora bien, mi pregunta es por el acompañamiento de las mujeres y no necesariamente con saber qué define a una partera. Al contrario, son las preguntas sobre a partería las que me permiten seguir indagando en lo referido al cuidado como un accionar cotidiano que no necesariamente precisa de un conocimiento experto. Algunas preguntas que me posibilitan ampliar este punto son si se reconocen las figuras de partera en el grupo mbya guaraní, qué actividades las diferencias de quienes acompañan el proceso, cómo se acompañan los procesos, quienes se vuelven protagonistas cuando hay dificultades y quienes no, es decir, cómo se van creando las trayectorias de cuidado depende de quienes participan. Mostraré a continuación es que si tomamos a la partería como conocimiento experto no nos referimos a las personas que acompañan a las embarazadas, pero si ampliamos esa categoría a quienes asisten durante el embarazo y parto algunos puntos son compartidos.

La palabra “partera” apareció en mis registros solo cuando yo la puse en juego: “¿hay parteras en la comunidad?” “sí, hay una o dos señoras”, “la señora que vive al fondo es partera”. Se trataba siempre de personas que han atendido una gran cantidad de partos y que fueron consultadas por otras mujeres, pero no suelen officiar la partería más allá de su red de parentesco (aunque esta pueda ser muy extensa). Otras veces, fue una categoría mencionada por una o un *jurua* que me decían “las parteras conocen la fecha exacta de parto” o “las parteras hacen todo un seguimiento de las embarazadas”, pero en las comunidades no eran fácil diferenciarlas de las ancianas. Es decir, continuaba siendo una categoría que no era referenciado desde las/os interlocutoras/es indígenas.

Brigitte Jordan (1993) ampliando la categoría de partería propone hacer una diferencia entre aquellas personas que tienen un conocimiento técnico (puede ser ritual, medicinal, etc.) y quienes no. En las primeras ubicamos a quienes usualmente mencionamos como “parteras”,

“dolas”, “obstétricas”, “chamanes”, etc. y, en las segundas, las otras personas que participan del evento, por ejemplo, “padres”, “tías”, “vecinas”, “hijas/os”, entre otras. Esta diferenciación puede ser extrapolada a contextos muy diferentes, en tanto, las mujeres no suelen parir solas. En el momento del parto siempre participan otras personas que las asisten, colaboran, dan confianza, seguridad o, por el contrario, que generan nervios, ansiedades, miedos, etc. Sea cual sea la sensación que produzcan la historia de la evolución humana ha llevado a que los partos sean asistidos por profesionales o no.

Cuando Raquel Paiva Días-Scopel y Daniel Scopel (2018) analizan la participación en el parto domiciliario en comunidades *munduruku* reconstruyen esta diferencia. Una mujer mayor de la familia asiste a la parturienta e influyen en las decisiones de buscar o no un conocimiento especializado. Las/os *munduruku* no diferencian a las parteras de estas otras mujeres por la práctica, sino por la legitimidad comunitaria. Al igual que entre las/os *mbya*, encontramos una diferencia entre las parteras que circulan entre varias familias de quienes reciben la/el recién nacida/o, la/lo baña -*ojaú*- sería la nominación del nacimiento en el grupo guaraní (Cadogan, 1997).

Las jóvenes que participaron de esta investigación no mencionaron la ayuda de una partera de la comunidad, sino recordaban que en ese momento “estaba mi mamá, mi tía, mi suegra, etc.”. Las visitas a las parteras fueron mencionadas en torno al control del embarazo, la búsqueda de algún medicamento a base de plantas, o ayudas en el parto; pero no tengo un caudal de registros suficiente sobre estas trayectorias para dar lugar a un análisis profundo. No obstante, a estas no se las reconoce bajo la categoría de parteras porque no actúan más allá de sus vínculos parentales. La atención de las parteras se busca, entonces, cuando hay alguna complicación en el parto, mientras la compañía de las parturientas es de su vínculo cercano. Estas son personas que proporcionan una fuente emocional y dan sentido a la forma en la que las mujeres experimentan el parto (Jordan, 1993). En este sentido, esa compañía puede ser extrapolada cuando los partos son hospitalarios, pero no así su asistencia.

Siguiendo a Paula Prates (2021) la partería en las comunidades refiere más a una anciana o una mujer del vínculo familiar que una especialista con reconocidas técnicas de intervención. La atención de esa anciana contenga infusiones de plantas medicinales, humo de tabaco, palabras de dioses y otros elementos, lo que la convierte en una *mitã jary'i*, en palabras de la autora “una mujer que sabe cuidar de otras mujeres a parir” (2021:8). En este sentido, es necesario recordar que, para la población guaraní, las palabras de las/los abuelos tienen una importancia particular. Constantemente se habla de no perder la

costumbre de ir a hablar con las/os ancianas/os, escuchar lo que tienen para decirnos. Estas personas son las que tienen “la palabra sabia”.

No es que las mujeres de la misma generación no acompañen, decir esto, sería contradictorio con el registro de Eugenia presentado anteriormente. Flavia, compañera de trabajo, misma generación, pariente, amiga, está en el momento del parto de su hijo, pero es diferente la valoración sobre el conocimiento que tienen unas y otras mujeres. La importancia de lo que dicen las/os abuelos tienen sentido de pertenencia y legitimidad comunitaria, basado en el reconocimiento de lo que ellas/os ya vivieron. Paula Prates (2021) traduce *mitã jaryi* como abuela de crianza, refiriéndose a una anciana que cuida a lo largo de la vida.

Este conocimiento nos devuelve sobre la idea de aprendizaje para el parto que vimos en el capítulo uno e inaugura el aprender a cuidar. Allí mencionaba que a las mujeres se les enseña a transitar el embarazo, aquí sostendré que también van aprendiendo a acompañar. Esto tiene su base en la experiencia propia, es decir, haber transitado la vivencia del embarazo y parto (Jordan, 1993; Prates, 2021). Aunque no se trate de un requisito fundamental que otra mujer haya sido madre es una característica que le da legitimidad a sus palabras, consejos y acciones.

Obviamente, que de la manera en que estoy pensando el cuidado no es una condición imprescindible para las acciones de cuidar. En tanto, las personas cuidan como prácticas amplias que permiten sostener nuestro mundo (Fisher y Tronto, 1990) son amplias y nos obligan a ir más allá de la propia experiencia corporal como carácter obligatorio para cuidar (más adelante, retomaremos las narraciones de varones que cuidan). Todos estos actos son pre-reflexivos e implican técnicas y conocimientos recónditos (Fisher y Tronto, 1990), pero cuando se trata de las mujeres que pasaron embarazos y partos en su propia experiencia corporal aprenden a acompañar. De aquí que reservo la palabra acompañamiento para estas mujeres, diferenciándola de cuidado.

Entonces, tenemos hasta aquí que las embarazadas depositan confianza y sostenidas en esa compañía tanto por sus vínculos parentales como por la seguridad de la experiencia previa de las otras mujeres. Siguiendo a Brigitte Jordan no es simplemente la empatía de las emociones lo que facilita el acompañamiento, sino su “capacidad de compartir los procesos corporales” (1933:119, traducción propia). A esto mismo se refiere Paula Prates (2021) cuando nos dice que se trata de una relación de parentesco y una experiencia corporizada y que estas son las condiciones que hacen que raramente se escoja a mujeres fuera del núcleo para dar sostén a la embarazada.

Vengo diciendo también que no se trata de un proceso en el que los varones queden completamente excluidos, por el contrario, el padre es un componente necesario en el proceso. No solo porque, siguiendo las cosmologías guaraníes, dota de corporalidad al feto a través de su semen (Larricq, 1993), sino también porque tienen acciones concretas de cuidado y acompañamiento durante el proceso. Presentaré que en ese proceso son especialmente los padres los que se involucran en el proceso y son ellos quienes están al momento del parto.

Paternalidades en el parto

Pensar en que los varones también cuidan me obliga a preguntarme ¿quiénes son esos varones? ¿de qué manera el género impacta en las maneras de cuidar? Lo primero que podemos notar es que no cualquier varón, aunque sea de la familia es designado o se espera que cumpla tareas en el embarazo. En tanto, el embarazo y parto quedan en el dominio de lo íntimo, lo familiar, es el padre quién participa más activamente. Esto no quiere decir que en las historias de embarazo y parto no haya participación de otro varón como un abuelo, un hijo, un hermano, las relaciones personales pueden ser tan diversos que no podría sostener esta afirmación, sin embargo, no tengo registros de ese tipo de narraciones.

Para profundizar en este análisis reconstruiré la participación de dos varones que estuvieron en el parto de sus hijas/os. Uno de esos partos acontece en la comunidad, en la casa de la parturienta y su esposo, Luis. El otro es en la sala de parto del hospital, donde Alberto está presente. Pero no es únicamente el lugar del parto lo que hace de estas historias un relato a contar y analizar, sino algunos condimentos de la vida de cada uno de estos varones. Ambos son agentes interculturales por lo que suelen vincularse con las/los *jurua*s en sus tareas cotidianas, Luis como guía de turismo y Alberto como agente de salud. En la primera situación veremos que, aunque el parto sea domiciliario tiene puntos de encuentro con las instituciones del sistema público de salud. En la segunda, que la cotidianidad del agente sanitario indígena con la biomedicina me llevó a dar cuenta que, cuando los varones decían acompañar a sus mujeres a parir al hospital, no entraban a sala de parto.

3.2 Luis: “yo atendí el parto de dos de mis hijas”

Luis es guía de turismo de Yacaré y es a través de este espacio que nos fuimos vinculando²⁹. Él tiene más de 40 años y migró desde Aristóbulo del Valle (centro de la provincia) cuando ya era adulto. Con la madre de sus hijas/os y esposa sólo cruzamos unas pocas palabras una vez. Él tiene 5 hijas mujeres (21, 17, 16, 8, 7) y un varón (3) más pequeño que, según me confesó, fue muy buscado. Le pregunté ¿dónde habían nacido? Y respondió que cuatro en el hospital y dos en su casa. En tres oportunidades charlamos sobre el nacimiento de sus hijas y en todas me repitió: “yo atendí el parto de dos de mis hijas”. Se trata de su segunda y tercera hija. Su explicación es que la más grande nació en el hospital porque fue prematura. El resto nacen en el hospital.

Según su relato, no hubo una dedición de ser el partero de sus hijas, sino que las dos veces pasó lo mismo: la ambulancia no llegó a tiempo. Le pregunté cómo fue y respondió “mi mujer me dijo ‘me duele’ [se tocó el abdomen haciendo referencia a qué parte del cuerpo se refería a su mujer]. Entonces, salí a llamar a la ambulancia, pero cuando estaba al teléfono escuché a la beba llorando y entré” (RI, 15-2-18). La narración fue la misma para la segunda y tercera hija, dando a entender que no hubo una decisión premeditada de no ir al hospital. Agregó entonces “yo no le conté a nadie que atendí el parto de mis dos hijas” (RI, 15-2-18).

Intentando conocer un poco más sobre estos eventos consulté quién había recibido a las bebés y me dijo que su mujer “las agarró el en parto” (RI, 15-2-18), refiriéndose a la maniobra para sostener a las bebés durante su expulsión. Pregunté qué había hecho él y cómo había participado y continuó: “cuando vi eso, salí a buscar una tacuara para cortar el cordón, en ese momento había al lado de mi casa. Después puse agua a calentar, a entibiar, en una palangana y bañé a la beba”. Indagué en cómo sabía qué hacer y me dijo que se lo habían enseñado sus las/os ancianas/os y agregó “nosotros, en nuestra cultura, sólo podemos cortarlo con la tacuara, es una obligación [...] es así por costumbre [...] lo que pasa es que los abuelos dicen que así el ombligo se corta más rápido” (RI, 30-8-21).

Para el resto de los nacimientos de sus hijas/os cuenta que ya fueron en el hospital porque “ya había salita en Yacaré” , dando a entender la presión que esto ejercía. Entonces, su pareja se había realizado “todos los controles”. De igual forma, fue con ella al hospital las otras tres veces.

²⁹ En mi tesis de maestría analicé cómo los vínculos con los guías de turismo fueron abriéndome campo y llevándome a interactuar con muchas otras personas (Alfonsina Cantore, 2020).

En necesario volver sobre algunos datos expuestos en el capítulo anterior para analizar la participación de Luis en los nacimientos de sus hijas. El ente de Salud Indígena se creó en el año 2003 y, desde entonces, promueve fuertemente el control biomédico del embarazo y el parto hospitalario. Las hijas de Luis nacieron durante esos años (2005 y 2006), cuando en Yacaré comienzan a establecerse los primeros vínculos con el hospital y el ente de gobierno en términos comunitarios, aunque existen referencias a vínculos entre individuos y el hospital que son previos como la primera hija de este guía de turismo. Podemos observar que las relaciones entre las comunidades y el sistema público de salud no estaba tan allanada, se encontraba en sus inicios.

Podemos ver que hay un corte que coincide en las edades entre sus tres primeras hijas y las/os tres segundas/os. Este dato permite ir dando cuenta de que la incorporación de los partos hospitalarios y la introducción del sistema público de salud en las trayectorias de embarazo es gradual. En consecuencia, la intimidad de los partos domiciliarios presenta mayores probabilidades de que sea el varón que participe del parto (Prates, 2021), utilizando los materiales a su alcance y el conocimiento transmitido. El nacimiento de estas dos niñas se da en el ámbito íntimo con la presencia de la parturienta y el padre.

Una cuestión para mi llamativa es la referencia a dos elementos: la ambulancia y el teléfono. Teniendo en cuenta el momento en que se describen los partos la utilización de ambos instrumentos en el nacimiento no implicaba un uso tan ordinario. En ese entonces, la urbanización de Iguazú no estaba tan expandida y el acceso a las 600 hectáreas era más boscoso, recién comenzaban a delimitarse las tierras para complejos hoteleros (Núñez, 2009). En concordancia, aumentan las posibilidades de que la ambulancia no concurra inmediatamente. Y, en cuanto al teléfono, es menos probable debido a que la utilización de teléfonos móviles en los años 2005 y 2006 no era tan masiva. Incluso, hoy en día, encuentra grandes complejidades en las comunidades (Aliata, et al 2020).

No estoy cuestionando las palabras de Luis, por el contrario, es un relato que me permite reflexionar sobre cómo las personas ordenan y dan coherencia a la construcción de sus relatos a través de artefactos conocidos para las/os interlocutores (quién relata y la investigadora). Y, a su vez, dar cuenta de la incorporación en perspectiva histórica de dispositivos que son de uso cada vez más frecuente en los procesos de embarazo y parto. En el siguiente capítulo profundizaré en el uso de tecnologías, pero aquí quiero referir a cómo es una narración que se organiza desde mi pregunta por el lugar donde nacieron las niñas.

Recordemos que la pregunta disparadora fue “¿todos nacieron en el hospital?”. Desde aquí el relator tiene la capacidad de darme una respuesta de su experiencia en donde incluye

instrumentos que encajan con mi pregunta. En formas de nacimiento que son conocidas para mí y que incluyen las miradas y expectativas actuales para los nacimientos. En este sentido, la incorporación de la ambulancia, junto con la frase “yo no le conté a nadie...”, remiten a que no hay una decisión premeditada de no ir al hospital. En otras palabras, nos habla de las presiones actuales de que los partos sean intrahospitalarios. No cambia en este análisis si existieron o no o como fueron utilizados porque, de todas maneras, lo que quiero dar cuenta es de la participación de los varones en el parto de sus hijas/os.

Tal veíamos en el capítulo anterior, si bien actualmente el hospital espera y fomenta que los varones participen en el parto, esto no fue así durante mucho tiempo. Al escuchar y profundizar en los relatos de participación de los varones pude dar cuenta que, mayormente, cuando me decían que habían acompañado a sus esposas a parir no entraban a sala de parto. Ese acompañar refería específicamente a ir con ellas hasta el hospital, pero no necesariamente entrar a sala de parto. Más adelante, veremos que el relato de Alberto es iluminador en este sentido, lo que me llevó a preguntar cómo acompañaban a sus mujeres. El resultado fue que cuando referían a su participación la institución hospitalaria no mencionaban sostener y auxiliar a la mujer en el trabajo de parto como sí sucede en relatos de Luis.



Foto 12 – PH: Clara Boffelli. De visita en una comunidad. El varón que está a mi lado va contando quienes son las personas que ahí viven, cómo se creó la comunidad, cómo se sostiene hoy en día. Se trata de una comunidad donde todas las personas están emparentadas con una anciana, su madre. De fondo se puede ver la casa de esta mujer. La construcción abierta, pero techada es el espacio dónde se cocina y reúne a la familia, principalmente, a las/os niñas/os.

3.3 Alberto: “darle confianza a la parturienta”

Para analizar la participación de Alberto elegí un recorte de registro donde conversamos una tarde en su casa. Hablamos sobre distintas temáticas, pero gran parte de la charla estuvo destinada a su nueva hija. Además de ella, él tiene seis hijas de un matrimonio anterior. La niña nació en pandemia y yo quería conversar sobre los diferentes cuidados en ese momento, pero, más que ser las medidas para prevención de COVID-19 las que le presentaban una situación atípica, fue haber ingresado a sala de parto lo que le resultó una experiencia a resaltar. El fragmento dice:

Con Mariana nos dispusimos a visitar gente en las comunidades. Había llovido durante la mañana y comenzaba a asomar el sol. Las personas comenzaban a salir de su casa y nuclearse en la cancha de fútbol como todos los sábados. En la semana habíamos

comentado con Alberto la posibilidad de visitarlo y nos arriesgamos a falta de suerte en otras casas. En la casa se encontraba su suegra, su nueva pareja, una de sus hijas del matrimonio anterior y la pequeña de un año. Recientemente, había sido su cumpleaños y le llevamos un regalo. Alberto nos invitó a sentarnos y charlas. Las mujeres poco compartieron con nosotras, entraron a la casa, pero se quedaron cerca como para escuchar la conversación.

Charlamos diferentes temas, mucho sobre su hija nueva. Es común que sea tema de conversación la/el nueva/o niña/o. Entre algunas cosas, nos contó que la bebé dormía de corrido, pero a veces se levantaba a las 5 am. Cuando podían la hacían dormir hasta las 7, pero casi nunca lo lograban, entonces la mamá se levantaba con ella. También comentó cómo había sido el festejo de cumpleaños, que fue en la comunidad de su madre (Coatí) porque la pareja tuvo intenciones de mudarse ahí, pero el cargo de agente sanitario de Alberto no se los permitió. Recientemente, pasó a planta del Ministerio de Salud provincial y, como comenté en la introducción, exigen que las personas viven en la comunidad que representan y la locación en la que trabajan.

Entre las conversaciones le preguntamos si hubo diferencia en tener a una hija en pandemia. Nos referíamos a los cambios impuestos en el sistema hospitalario. Su primera respuesta fue que no vio diferencia, pero, entonces, comenzó un relato más fino de lo que fue el parto. Su hija nació a las 16 horas, pero fueron la noche anterior al hospital. La mamá y la beba pasaron dos días internadas porque les hicieron controles, entre los que nombró: “las huellas digitales, los análisis de sangre, análisis de talón”. Nos contó que había acompañado a su pareja en el hospital y que entró en la sala de parto.

Era la primera vez que entraba al momento del parto. Con sus otras hijas había acompañado a su exmujer, pero nunca había ingresado a la sala. Según narraba, el permiso de ingreso era reciente, creía que no hacía más de un año que se les permitía. Cuando le ofrecieron entrar, le preguntó a su pareja si quería que entre o no y ella respondió afirmativamente. Entonces, le preguntamos qué fue lo que más le sorprendió a lo que dijo que fue “ver todo lo que cuesta” y agrega: “uno siempre sabe, siempre te dicen, pero lo vi ahí, vi lo difícil que es, todo lo que se sufre ... vi como lo saca [como la médica toma a la/el bebé] y cuando se lo da a la mamá”. Dijo que todo el tiempo estuvo muy atento a qué hacían las médicas.

A continuación, le preguntamos qué hace un acompañante cuando acompaña el parto y su respuesta fue “darle confianza a la parturienta” para lo que hay que tener un lazo

muy estrecho con ella. Le preguntamos si los varones solían acompañar y nos dijo que es la mujer quién decidía quien la acompañe y si entrar o no a sala de parto. Dijo “alguien que tenga confianza y le dé confianza, acompañarla y hacer las cosas que le pedía la doctora”. Dijo que cuando era una mujer quien acompañaba era distinto, pero no desarrolló esta idea, más que volviendo sobre la confianza.

Además, mencionó que el acompañante tenía la tarea de transmitirle a la embarazada las indicaciones de las/os doctoras/es en relación con cuando pujar o como respirar. Dio a entender que, en esa situación, más que hacer una traducción del guaraní al español (lo que no podrían hacer otras mujeres que acompañan), él repitió las indicaciones de la médica para su pareja. Dijo que había mamás que eran tímidas y más se notaba cuando las atendían un varón. Decía que ahí todo se complicaba, con las profesionales mujeres era más simple. Las mujeres cuando las atendía un varón había cierto rechazo.

Le preguntamos enseguida le dieron la bebé a la madre y respondió que sí y que, luego, [la obstétrica] “lo llevó, lo bañó, lo limpió todo y le hizo los controles”. Una pediatra cortó el cordón, pero él intervino explicando donde cortar para que no sea muy cortito. Indicó que lo corten a $\frac{1}{4}$ (explicó poniendo el pulgar en el ombligo y marcar con dedo meñique, dijo “es un cuarto así”). Dijo que si lo cortaban más cortito tardaba más en cicatrizar y había más probabilidades de infección. A continuación, contó que cuando cayó el ombligo lo guardó en el ropero porque, en general, se hace un collarcito o pulsera donde se guarda el cordón. Sin embargo, dijo que en ese momento “había mucha rata”. Le pregunté si la rata se lo llevó y respondió “sí, se lo comió todo”, razón por la cual no pudo convertirlo en collar o pulsera y ponérselo a su hija hasta que hable o camine³⁰.

Reafirmó que nunca había asistido a un parto. Que tampoco le había tocado como agente sanitario. En el momento en que él se incorporó, sí le tocó a su compañera en la salita. La embarazada fue para que pidan una ambulancia y el parto se desarrolló ahí mismo. Una anciana de la comunidad vino a asistir también. Le pregunté si era una señora que sabía mucho de partos y me dijo “sí, era una mujer que sabía mucho, ya había acompañado a otras mujeres, es como se dice una partera” (lo que reafirma lo

³⁰ Hablar y caminar son condiciones manifiestas de que el alma se siente a gusto en la tierra. Una vez que la/el niña/o ha adquirido estas destrezas psicomotrices es cuando se considera que ha alcanzado su condición de persona (Pissolato, 2007; Enriz, 2012).

analizado anteriormente). Se trataba de una de las kuña karai reconocida por sus saberes. La ambulancia llegó una vez nacida/o la/el niña/o.

Mucho de lo que menciona Alberto ya fue mencionado en parte de este capítulo, pero también abre nuevos puntos de análisis. A continuación, analizaré como el ser agente sanitario lo posiciona favorablemente para proponer técnicas utilizadas durante el nacimiento. Reforzaré la idea de que quien acompaña tiene un vínculo estrecho con la parturienta y la diferencia con “estar en el hospital” estratégicamente. Y, por último, el lugar de los varones como acompañantes y su experiencia de aprendizaje.

En principio, el dato de que se trata de un promotor de salud quien está hablando no es menor esto le permite llevar conocimientos de su comunidad al ámbito hospitalario. Veíamos en el capítulo anterior que las/os agentes interculturales tienen una doble demanda y deben responder tanto a su comunidad como al ente de Salud Indígena. Si bien muchas veces se encuentran con presiones y limitaciones, en otras sus recorridos brindan una posibilidad. Vemos en el registro que Alberto interviene explicando a la pediatra a qué distancia debe realizar el corte del cordón, pero, como dije, no todos los varones tienen las mismas oportunidades para intervenir con sus saberes en el parto.

Alberto, como agente sanitario, trabaja hace más de 6 años, entre los que ocupó un lugar en el hospital por más o menos dos años cuando recién se creó ese puesto, hoy ocupado por una de sus colegas. En este recorrido conoció a muchas/os especialistas en el hospital, interactuó con ellas en su día a día, cuando llega al nacimiento de su hija todas/os saben de quién se trata. Además, en este rol sus conocimientos indígenas no son tan cuestionados, sabe de qué habla al mencionar las cicatrices y las infecciones, lo que es interpretado por las/os profesionales como un saber técnico. Es él quien le explica a la médica a cuántos centímetros prefiere que se haga el corte del cordón y traslada conocimientos comunitarios al hospital.

Tenemos hasta acá que la participación en el parto es diferente de lo que podrían lograr otros varones en el hospital. Sin embargo, en un punto todos los relatos se aúnan en la finalidad de por qué acompañar: “darle confianza a la parturienta” son las palabras que utiliza y generaliza. En este sentido, se fortalece la idea que propuse anteriormente que acompañar se basa en un lazo estrecho entre la parturienta y alguna persona del entorno familiar. Esa confianza va más allá de ser una mujer o un varón quien está presente al momento del parto. Posiblemente la manera de participar y dar seguridad sea diferente entre las personas y los géneros, pero quien sea es incorporado en las trayectorias de cuidado como uno más de sus elementos.

Por otro lado, también plantea una participación que denominé como estratégica. Es decir, que tiene como objetivo facilitar la comunicación entre las parturientas y el equipo médico. Esta es una de las tareas que cumplen las/os ASI en las diferentes consultas, pero en el momento del parto específicamente cumplir ese rol no es una condición necesaria. Acá el interlocutor introduce la diferencia de género como una causa importante para facilitar el intercambio. Interactuar entre mujeres permitiría una empatía entre la parturienta, quien la acompaña y las profesionales como ya desarrollé en el capítulo uno.

En esta línea, Alberto dice que es la mujer a quien le corresponde decidir quien la acompañará en el parto, con quién se siente cómoda. Sin embargo, otros varones no han coincidido con esta postura y, además, las decisiones de las mujeres no siempre son tan consensuadas y respetadas. En este sentido, él sabe que desde el hospital hay una insistencia del varón en el parto que se extiende a partir del programa de MSCF, aunque no está limitada a ellos, si un fomento a que se comprometan en el proceso (ver capítulo dos). Por último, es necesario alertar que los partos se desarrollan muchas veces de maneras y formas que son imprevistas en los que no es posible una decisión premeditada.

El último punto para resaltar es que los varones relatan la experiencia de participación como un aprendizaje. Anteriormente Luis contaba que atendió los partos firme a las enseñanzas de sus abuelos. En el relato de Alberto, la vivencia se relata con un condimento de sorpresa y alegría. No es solo lo que el aprende como acompañante, sino también del proceso en sí mismo. Él mismo dice que su mayor asombro fue “ver lo que cuesta”, “lo difícil que es”, “lo que se sufre”, “como sale”. En este sentido, el relato vuelve sobre el parto como actuación corporal (ver capítulo uno) que se aprende y experimenta no teóricamente. Estar presente en el nacimiento le permite empatizar con su pareja, compartir esa vivencia, ver lo que alguna vez fue explicado, pero ahora se percibe de forma diferente.

Trayectorias de cuidado

En lo que sigue me interesa problematizar cómo los elementos de cuidado presentados hasta aquí se incorporan en las trayectorias de embarazo y parto de dos mujeres mbya. Escogí estas dos experiencias porque contrastan con las primeras hipótesis con las que me acerqué al campo. Como mencioné en la introducción y en el primer capítulo conocí una amplia diversidad de mujeres que no encuadraban con el tipo de mujer que se describía en mis lecturas previas. Me inclinaba a pensar que las mujeres que más se alejaban de estos relatos eran, posiblemente, más propensas a tener a sus hijas/os en hospitales que las mujeres que más estaban en la comunidad y tenían menos vínculos interétnicos. A mi sorpresa las trayectorias son tan diversas que no puedo sostener esta hipótesis.

Queriendo dar cuenta de cómo diversos elementos se cruzan y combinan de maneras inimaginables en los procesos de embarazo y parto, propongo reconstruir los relatos de dos mujeres Marta y Victoria que permiten una buena síntesis de lo que vengo desarrollando en este capítulo. Se trata de dos mujeres que combinan muchos de los elementos propuestos hasta acá en cada una de sus narraciones sobre sus embarazos y partos. Todos estos se entremezclan en sus historias de vida y van dando forma a sus experiencias. A continuación, presentaré a estas mujeres y, luego, haré algunas comparaciones.

3.4 Victoria, un parto con otras historias

Victoria es una joven de 26 años Empecé a relacionarme con ella a través de su marido, Esteban. Sabía por palabras de él que su hija había fallecido con poco más de un año. A los dos años de esto, ambos soñaron con su hija y anticiparon así la bienvenida de un nuevo hijo. Presentaré cómo fui conociendo a Victoria y algunos elementos que forman parte del proceso de su segundo embarazo. La narración que presento a continuación es una reorganización de encuentros con ella entre 2019 y 2021.

Si bien con Victoria ya nos habíamos visto algunas veces nunca intercambiamos palabras, hasta el día que fui a su casa en busca de su marido. No sabía bien cuál era la casa, vi una joven y me acerqué a preguntar. Le dije que estaba buscando a Esteban porque me había invitado a pasar por unos mates. La muchacha, Ana, me dijo que espere y fue a buscar a su vecina Victoria, la esposa de Esteban. Cuando vino me dijo que él no se encontraba, pero me trajo una silla y me convidó con tereré. Al principio estaban muy tímidas, pero como me habían invitado a sentar y preparado tereré, saqué un paquete de galletitas de mi mochila y me quedé conversando. Les contaba qué hacía y les dije que me interesaba conocerlas más y charlas con ellas. Durante los primeros minutos ellas solamente se reían cuando yo hablaba, hasta que Victoria comenzó a charlar un poco más.

Enseguida les comenté quién era y porqué estaba ahí. Noté que Ana estaba embarazada, llevaba 8 meses de embarazo con una panza pequeña para esa cantidad de tiempo. En cambio, solo me enteré del embarazo de Victoria cuando ella me lo comentó. Les dije que me gustaría conocerlas más y pasar con ellas tiempo durante estos días. Victoria me dijo que sí, pero los encuentros con Lucía no siguieron. Le propuse ir a caminar por ahí en los días siguientes y Victoria me respondió “sí, mi mamá me dijo que tengo que caminar por mi embarazo” (ella tenía una remera muy

floja y hasta ese momento yo no me había dado cuenta). Entonces le dije “¡ah! ¿estas embarazada?” me dijo que sí y me contó que estaba de 5 meses.

Unos días después la pasé a buscar por su casa. Le pregunté si quería que salgamos a caminar, al principio solo se rio y, luego, me preguntó por dónde iríamos. Le ofrecí salir por el camino pavimentado. Aceptó y salimos. En el camino ella iba saludando gente que nos cruzábamos, pero su saludo era apenas levantando la mano o moviendo la cabeza, creo que le daba vergüenza que la vean con una mujer blanca, pero a la vez disfrutaba mi compañía. Cuando volví de ese viaje puso en su estado de WhatsApp una foto juntas con el mensaje “extraño a mi amiga” (noviembre 2019).

Charlamos sobre diferentes cosas, ella se animó a hacerme varias preguntas, por lo que intercambiamos bastante sobre nuestras vidas, cómo estaban compuestas nuestras familias, hace cuanto estábamos en pareja, dónde nacimos, qué trabajos teníamos o nos gustaría, la escuela, etc. Desde entonces, charlamos cada vez que fui a visitarla. Siempre sus embarazos fueron tema de conversación para nosotras. Su primera hija murió al año y medio, lo que la marcó y, si bien disfrutó su segundo embarazo, lo vivió con miedo. Las interpretaciones sobre esta muerte fueron múltiples y por un tiempo decidieron esperar para tener un bebé nuevo, que llegó a los dos años de esta situación. El niño tiene la misma enfermedad de la que murió su hija y ella decidió colocarse un implante subdérmico para no volver a embarazarse.

Entre charla y charla contó que cuando las mujeres estaban embarazadas tenían que caminar, pero me dijo que a veces ella no salía. Sabía que tenía que hacerlo, pero no siempre lo hacía. Su mamá le había dicho que camine porque así su bebé sale más rápido y con menos dolor. También que tenía que levantarse temprano y limpiar su casa, pero a veces se olvidaba. Agregó que los papás también tenían que cuidarse mucho cuando nacían las/os bebés, no ir a trabajar por mucho tiempo porque sus hijas/os los acompañan. Durante el primer tiempo de vida “siguen mucho más a sus papás que a sus mamás”. Todas sus frases empezaban con “mi mamá me dijo...”.

Un día le pregunté si le gustaba vivir dónde estaba y me dijo que le gustaría estar más cerca de su mamá, pero allá no había más lugar. Su madre vive en la misma comunidad y a los alrededores del predio varias/os de sus hijas/os, nueras, yernos y nietas/os. Le pregunté si la visitaba seguido, y me respondió que casi todos los días. El día anterior su madre la había visitado a ella. Además, me contó que, ahora que está embarazada, no iba tanto porque se agitaba. Le pregunté sobre qué cosas charlaban y me respondió que, como ahora iba a ser mamá de nuevo, hablaban sobre

todo de cómo cuidar a su hijito, por ejemplo, que infusiones de plantas preparar si está enfermo.

Otras veces me comentó que solía ver a su tía, que era una persona que sabía mucho de embarazos. Le pregunté cada cuánto iba a verla y me contó que ahora hacía como un mes, que debería volver esta semana porque intenta ir una vez al mes estando embarazada. Le pregunté qué hacía su tía en sus visitas y me dijo que le hacía masajes con la mano.

Cuando nació su segundo hijo, el padre no estuvo presente. Ese día, cruzó a Paraguay a visitar a su madre que estaba enferma. La incertidumbre de lo que sucedería con su madre era tal que Esteban decidió viajar a las 4 de la tarde del 5 de marzo, sin saber que pocas horas después, 1:30 del 6 de marzo nacería su hijo. Victoria sabía que podía darse el nacimiento porque una tarde, sin la presencia de su marido me dijo “yo sabía que iba a nacer, pero sabía que él quería ir, así que no le dije nada”. Esa misma tarde había sentido las primeras contracciones:

AC: ¿y vos cómo sabías que iba a nacer?

Victoria: “porque me dolía”

AC: ¿a dónde te dolía?

Victoria se señaló la parte baja del abdomen, la cintura y la vulva.

Continuó contándome que esa noche decidió ir a dormir a lo de su madre. Le pregunté si era algo que hacía habitualmente y me dijo que no, “no, me fui esa vez porque estaba embarazada... me fui sin la ropa, nada...”. En un momento de la noche despertó a su mamá y le dijo que le dolía mucho. Llamaron a la ambulancia, llegaron a la 1am al hospital y a los 30 minutos nació el niño. La posición de parto fue acostada, según dijo, porque el bebé venía con el cordón enredado. Le pregunté si le habían hecho una cesárea y me dijo “no, fue normal”. La partera le dijo que no había peligro, que le dijeron que puje, ella pujó y “salió”. En seguida se lo dieron upa, pero luego se lo llevaron para revisar y limpiar, una vez que lo vistieron se lo devolvieron. Le pregunté qué sintió al verlo y su respuesta fue “alegría”. Por problemas de salud del niño estuvieron unos días en internación hasta poder continuar los cuidados en la comunidad.

A lo largo de nuestras charlas me fue contando que el embarazo no fue buscado, si bien tenía el deseo de volver a ser madre, el miedo por lo que había pasado con su otra hija la limitaba. Cuando le pregunté si quería ser mamá de nuevo, respondió “yo

quería, pero no”, “me puse contenta y no”. Esta trayectoria la llevó a colocarse un implante subdérmico como método anticonceptivo. Anteriormente, su anticoncepción era a través de medicina de plantas y su madre era la persona que se encargaba del preparado. Este preparado debía ser consumido por ella y su pareja, pero fue a causa de la mala administración que no le hicieron efecto.

En una ocasión me dijo que tenía miedo a tener otro hijo y miedo al embarazo mismo. Una vez su abuela le dijo que cuando las mujeres están embarazadas hay dos partes “una buena y una peligrosa” y está última podía ponerla en peligro, por eso le daba miedo. Me aclaró “en mi cultura, en nuestra cultura, pasa eso”.

Entre sus miedos, también me habló de tenerlo en su casa. Me dijo que ahora había muchos peligros, en cambio, en el hospital había menos cosas, enseguida te podían atender, pero en su casa le daba miedo y prefería irse en el hospital. Su mamá también le decía esto de los peligros. La interrumpí diciendo que seguramente su mamá había tenido varios partos en la comunidad y me dijo que “sí, todos sus partos fueron en la aldea, pero mi hermana más chica casi la mata a mi mamá porque estaba muy pesada, era muy grande. Pesaba mucho, por eso casi la mata” (su madre tuvo 11 hijas/os, 7 están vivas/os).

En un momento, me preguntó “¿viste que se murió una chica en la otra comunidad?”. Se refería a Celia (ver capítulo anterior). Empezamos hablar sobre esta muerte. Ella quería saber un poco más sobre su muerte, para ella había muerto “porque le hicieron cesárea”. Le dije que había pasado por esta intervención quirúrgica, pero no había sido lo que desencadenó su muerte, sino un virus, según me habían comentado. Preguntó entonces “¿y ese virus cómo te agarra?”, le dije que no sabía mucho porque no había querido preguntar, como sabía que era un tema delicado y la gente estaba mal por eso, no preguntaba más de lo que me contaban. A ella le pareció bien.

3.5 Marta, refuerzo de los saberes mbya

Marta refiere a su lucha por los derechos indígenas desde el primer encuentro con cada persona. Parece ser un requisito indispensable para continuar en contacto con ella tener una postura explícita que busque avalar y apoyar de alguna manera su posición. Tal es así que desde el día que nos conocimos relató la lucha que llevó adelante para su comunidad, nos dice: “yo soy representante de mi comunidad. Siempre voy a muchas reuniones afuera”, a lo que Damián, su pareja, suma “sí, ella es

muy guerrera”, y Marta termina la frase diciendo: “sí, eso me encanta de mí” (RC Enriz y Cantore, febrero 2018).

Conversaciones como las que se muestra en el registro fueron constantes en las oportunidades en las que nos encontrábamos. Marta comienza su historia como mujer guerrera a partir de un conflicto territorial con una empresa internacional de siembra de pino en Puerto Libertad (Misiones). Durante su lucha por la recuperación territorial, la empresa tuvo varios intentos de desalojo. En estos episodios participaron reiteradas veces las fuerzas estatales de seguridad³¹. Esta lucha la ha llevado a viajar por distintos lugares –incluyendo viajes a Brasil que resalta-, frecuentar la ciudad, ir a programas de radio o televisión, contactarse con algunas personas públicas para lograr algunos de sus fines, entre otras acciones.

Con su primer matrimonio, Marta tiene dos hijos y dos hijas. Durante nuestras charlas muchas veces ha surgido la maternidad como tema de conversación. En ellas la mención a los valores y prácticas propias mbya son ineludibles para Marta. Ella considera que durante el primer tiempo de vida de las/los niñas/os las madres deben cumplir con aquellas prescripciones del grupo. Las mujeres consultan a las ancianas sobre estas prácticas. Durante nuestra entrevista me cuenta: “Fue muy lindo tener un primer hijo. Yo no sabía cómo era. Pero siempre con los más adultos yo siempre preguntaba cómo tenía que hacer si un día tenía un hijo, como tenía que hacer. [...] cuando yo quedé embarazada de mi nene, yo empecé a hablar con la abuela de él. Y ella me contaba cómo es la cultura del mbya, también del jurua”.

Marta dijo que las abuelas y las mamás siempre les hablan como tener a sus hijos, les hablan desde que son chicas, por eso ellas ya saben lo que va a pasar. Cuenta que ella tuvo complicaciones en uno de sus partos y que entonces su abuela le hizo un té con unas hierbas para que el bebé pudiera salir más rápido [cuando nombran hierbas en general no dicen que hierbas son]. Marta cuenta que las abuelas también hacen masajes en la panza y en la parte baja de la espalda para que el bebé vaya saliendo, y que las madres se agarran de dos palos para poder hacer fuerza. La abuela recibe al bebé y con una tacuarita le corta el ombligo, lo pone primero sobre unas hojas de banana que se colocan al lado de los palos y después los bañan en un fuentón.

Ella se enteró de sus embarazos porque su pareja lo soñó, en sus palabras “el papá contó que yo iba a tener el bebé, yo no creía. [...] me preguntó si yo tenía algún atraso nomás y yo le dije ‘no, no creo’, pero él dijo sí. Y, además, me dijo que iba a tener un

³¹ Para ampliar ver Cantore (2020).

varón porque él lo soñó, soñó que era varón y fue así". Desde entonces comenzó a hablar con su suegra, con quien vivía. Las palabras de la señora fueron en relación con qué debía hacer durante sus embarazos, me contaba "por tus embarazos vos no tenes que estar tan sentada, ni tan levantada, ni levantando mucho, teneés que hacer cosas no pesadas [...] para que nazca saludable. No tenía que dejar sucio los patios, las cosas, debía tener todo limpio. No hacer trabajos pesados. Y yo le pregunto por qué. Porque nuestra cultura es así, porque nosotros mbya es... La mayoría de las mujeres viste en el parto sufre mucha, va dos o tres horas de contracción y no nace. Y para no pasar eso en el embarazo tienen que hacer algo. Tienen que moverse, no tiene que estar sentado todo el tiempo o acostado. Eso es lo que aprendí, que me enseñó y es así. La mayoría de todas los mbya es así".

En las diversas charlas comentaba que ella seguía la mayoría de las prescripciones culturales: cortar el cordón con una tacuara, enterrar la placenta, levantarse temprano, utilizar ychú³² o paquetes de yerba para ahuyentar malos espíritus, colocar el bebé en la hamaca (kya), que el padre no se aleje mucho, etc. Marta es una persona inquieta, le gusta saber de su cultura, pero también genera cuestionamientos. En este sentido, en las charlas con la abuela, preguntaba por qué las otras mujeres ahora parían en el hospital, le daba miedo que no conocía experiencias de parto en las casas, fue y consultó a la abuela quien le dijo 'lo nuestro es más simple, no es como el hospital, en el hospital es otra cosa'. Ella reconocía los saberes de esta anciana y se sentía acompañada con ella y su cuñada, en sus palabras "siempre hubo estas dos señoras que [me] cuidaron en el parto".

Marta tuvo cuatro hijas/os, el último en el hospital, por parto vaginal. Marta dice que todas las abuelas saben, pero que en realidad hay mujeres que son parteras y que saben más específicamente. La figura de la partera aparece cuando la abuela no quiere recibir ese parto, por el motivo que sea. Cuando iba a nacer el segundo hijo de Marta, fue asistido por la partera. Ese día estaban en la casa su mamá, su abuela, la partera y su marido, los hermanitos no. Marta tuvo su último parto en el hospital porque en el momento de dar a luz ni su mamá ni su abuela estaban, y ella dijo que sin ellas ella no podía quería tener el parto en la comunidad.

Ella fue sola al hospital, sin su marido, sin la compañía de nadie. De las experiencias de parto relatadas, el hospitalario es la que menos le gustó. En algunas frases explicaba su incomodidad "te lo hacen tener desde arriba", "te ponen arriba y ellos están abajo" [haciendo referencia a la posición de parto en camillas ginecológicas], "no

³² Gusano de la palmera utilizado con fines alimenticios y terapéuticos.

tenés de donde agarrarte [para pujar]”, “el médico está abajo como esperando que caiga [el bebé]”. Contaba que fue al hospital porque no estaba la abuela para acompañarla. En una ocasión, me dijo que no entendía por qué las mujeres no querían tener a sus hijas/os en su casa. Me repitió que solo con la última lo tuvo en el hospital y era porque se sentía sola. Entonces reflexionó y me dijo que quizás eso era lo que sentían en todos sus embarazos las mujeres y que si era así estaba bien, pero para ella era otra cosa que había que fortalecer.

Sus comparaciones constantes entre “las/os mbya” y “las/os juruas” llevaban a reflexiones como la mencionada en este capítulo sobre las enfermedades en la cual compara el estar embarazada con una enfermedad para las/os juruas, mientras para ella implica hacer más cosas. Continúa esa conversación diciendo: “cuando tuve a mi primer hijo el primer tiempo no tenía ganas, quería dormir y vinieron los abuelos, y cuando uno vive con los abuelos, vienen los abuelos y te levanta y dicen ‘usted tiene que hacer’. Y yo mis embarazos carpía y todo. Y estuve muy cansada al principio y dormí mucho y el parto me costó mucho porque los chicos nacen así como una está. Y si una está muy cansada y todo el día echado entonces el chico no va a querer salir y si el chico no quiere salir después es todo quedado y a uno le cuesta mucho el parto. Yo eso lo aprendí cuando tuve a mi segunda hija yo me moví, yo carpía y no estaba ahí sentada y salió enseguida, hice así y salió”.

Continúo estas reflexiones con su experiencia en el hospital: “Cuando llegué enseguida lo tuve. Y había una señora al lado mío y se interesó, me dijo ‘¿ustedes cómo hacen?’ porque... me dice ‘¿vos? ¿tu hijito?’... porque mi hijito se lo llevaron para hacerle ahí unas cosas y después me lo trajeron y la señora me dijo ‘¿vos no pariste recién?’ y yo le dije que sí y ella respondió ‘pero ¿cómo? ¿tan rápido?’ [ella] ‘si, vine y lo tuve’. La señora me dijo ‘yo hace tres días que estoy acá para tener a mi hijo y no pude’. Entonces le dije ‘¿usted el primer tiempo cómo estuvo?’ y me dijo que estuvo mucho en la cama y claro ‘es por eso, si ustedes no se levantan, el nene no va a salir”.

3.6 Trayectorias de embarazo y parto comparadas

¿Cómo se entremezclan diferentes elementos en sus trayectorias de embarazo y parto? Para responder a esta pregunta mi camino es retomar un elemento, el lugar de parto. No estoy pensando en este espacio como el lugar de finalidad del proceso, sino como un punto desde dónde iniciar el análisis, como podríamos tomar el parentesco, el acompañamiento, el

riesgo, los saberes comunitarios, u otros. Quisiera desde acá mostrar cómo se entrecruzan diferentes elementos en las experiencias de Victoria y Marta.

Si partimos del lugar de parto encontramos que Victoria tuvo a sus dos hijas/os en el hospital, mientras Marta solo la última de sus cuatro hijas/os. Como bien ellas relatan son muchos los componentes que fueron desarrollándose hasta ahí, desde saberes comunitarios hasta experiencias previas. Encontramos, por ejemplo, la importancia de los conocimientos guaraní para Marta o Victoria de los potenciales peligros en el embarazo. En los párrafos siguientes intentaré ver comparativamente como se ponen en escena los diferentes elementos.

Considero que la compañía es lo que finalmente las lleva a parir en uno u otro lugar, pero interactúa de manera diferente. Son personas de su núcleo parental quienes aparecen en los relatos, la madre de Victoria es protagonista en su narración como lo es la suegra de Marta en el suyo. Una madre y una suegra son las que “dan confianza” y acompañan a la parturienta, pero también quienes con acciones no premeditadas van modificando esas trayectorias, aunque no lo único.

En el caso de Victoria, cuando comienza el trabajo de parto va tomando una serie de decisiones que llevan a que su madre la acompañe a parir al hospital. En primer lugar, surgió una situación no esperada para su marido. Cuando se enteran de que la madre de Esteban está mal de salud, Victoria decide ocultar los primeros síntomas del trabajo de parto considerando que esto no lo ataría a quedarse esperando. Luego, va a casa de su madre y con ella espera que las contracciones sean en tiempos más breves para ir al hospital. En cambio, Marta solo tiene a su última hija en el hospital porque no está su persona de confianza (ampliaré a continuación).

Pero, parir en el hospital para Victoria también se relaciona con eventos anteriores. Por un lado, la muerte previa de una hija y, por otro, la experiencia previa de su madre en el parto en la locación que la llena de miedos y angustias. En cuanto al primer punto, vemos que en esa experiencia anterior se ponen en juego no solo el lugar donde parir sino también sus proyectos de maternidad. Su nuevo embarazo se trata de un niño que es bien recibido, pero no estaba dentro de las intenciones a corto plazo. Podríamos pensar entonces que no se trata de una simple decisión de los dioses a que un alma llegue a la tierra (ver introducción) sino también de acciones de las personas para que eso suceda o no. Victoria, utilizaba anticoncepción de plantas para evitar el embarazo. Sin embargo, la nueva alma es aceptada y bienvenida y anunciada a través de los sueños de Esteban y de ella con su hija anterior.

Nuevamente, podemos pensar que las cosmologías “indígenas” y “occidentales” no necesariamente son contradicciones incompatibles.

Por otro, la idea de riesgo que veíamos en el capítulo anterior es revisitada aquí. Victoria siguiendo los saberes comunitarios nos dice que en el embarazo hay cosas “buenas” y “peligrosas”. Entre las peligrosas, rememora la experiencia previa de su madre en un parto domiciliario. En sus palabras, “a mi mamá casi la mata mi hermanita” es una manera de hacer referencia a las posibilidades de riesgo en el embarazo y a las limitaciones materiales existentes para enfrentar esas situaciones en las comunidades. Esto genera un nuevo miedo fundante de la decisión de parir en el hospital. Ella prefiere parir en el hospital porque considera que hay menos peligros, una atención más rápida ante cualquier eventualidad y, sobre todo, porque reencarna la historia de su madre en su miedo por el parto domiciliario. Pero, el hospital no es mundo exento de esta posibilidad y aquí menciona la reciente situación de Celia que veíamos en el capítulo anterior.

En la experiencia de Marta, la peligrosidad viene de la falta de compañía. Parir en la comunidad representa para ella la posibilidad de parir acompañada de la persona que estuvo en todos sus partos a excepción del último. Es por ello que cuando esta persona no está, busca en el hospital una mano que asista al parto. Es necesario que quede claro que no está buscando compañía en el hospital, sino atención para parir. Es decir, el hospital le brinda atención humana que permite llevar adelante el proceso que implica técnicas de atención y no solo el acto de parir.

Marta comenta que prefiere dar a luz en las comunidades porque confiaba más y se sentía más protegida. Para ella, la compañía y el conocimiento de una mujer con mayor experiencia era primordial. En su relato siempre remite a la inseguridad, el miedo, la angustia que sintió cuando iba a dar a luz a su última hija por no tener la compañía de su suegra quien la había acompañado en los partos anteriores. Su suegra era la persona que le daba confianza, en quien reconocía los saberes ancestrales para dar a luz en buenos términos, con quien había experimentado los partos anteriores. Este conjunto de emociones la llevaron a parir a su última hija en la institución hospitalaria. La ausencia de su suegra produce una falta de seguridad en un evento que, por sus experiencias previas, consideraba debía ser acompañado de alguien del entorno íntimo y cotidiano. Hoy en día, ella vive en otra comunidad y su suegra es quien vive con sus hijas/os. Continúa siendo la persona que le da seguridad y confianza para que cuide a sus hijas/os cotidianamente, es decir, continúa siendo una referencia de cuidado.

Pero, además, Marta tiene un fuerte discurso reivindicatorio de “lo mbya” y desde aquí construye sus narraciones. Como se presenta en este fragmento el conocimiento sobre las prácticas del grupo conlleva las buenas acciones de la maternidad. La comparación con las prácticas *jurua*s han sido constante en nuestras conversaciones. Las experiencias de sus tres primeros partos están relacionadas siempre a los saberes comunitarios, parir bajo las prácticas comunitarias más tradicionales. Este no es un punto menor teniendo en cuenta que la reivindicación de saberes comunitarios son siempre un punto de referencia para llevar adelante sus luchas.

Contrariamente a mi primera hipótesis, no hay una relación entre el lugar de parto y las mujeres más introvertidas o extrovertidas. El lugar de parto tiene un componente situacional, de cómo están estas mujeres y con quienes están, cruzado con sus trayectorias de vida y experiencias anteriores suyas y de otras mujeres. Vemos que Esteban no estaba para acompañar a Victoria y ella busca refugio en su mamá. En el último parto de Marta, su suegra no estaba y se siente sola para parir en la comunidad. Pero también el propio discurso reivindicatorio de los saberes guaraní, la lucha por los derechos indígenas coincide con sus preferencias por sostener prácticas transmitidas de generación en generación. Victoria, no deja de lado estos saberes por parir en el hospital. Visita a su tía partera una vez al mes, habla con sus hermanas y con su madre.

Conclusiones

En este capítulo focalicé principalmente en la noción de cuidado. El cuidado implica comprometerse con una misma, con las personas, con el entorno y hacer algo con esa preocupación para sostener la vida (Fisher y Tronto, 1995; Mol, 2008; Puig de Bellacasa, 2017). El cuidado se sostiene en redes incluyendo agentes humanos (en el ámbito doméstico, parientes, mujeres o varones parientes con implicancias directas con quien va a nacer) y no humanos (tecnologías, como veremos en el siguiente capítulo). Si bien se trata de una categoría que atraviesa toda la tesis, aquí presenté cómo elementos de cuidado se entrecruzan de maneras muy diversas en dos procesos de embarazo y parto: las trayectorias de Victoria y Marta.

En ambas narraciones algunas personas cobran relevancia en sus trayectorias de cuidado. Por un lado, la tía y la madre de Victoria y, por otro, la suegra de Marta. Estas personas son las que definí como claves porque son quienes acompañan el proceso de embarazo y parto. Estas mujeres son quienes hablan, revisan a las embarazadas, son sus referentes, han parido. Ellas hacen parte del proceso no por sus conocimientos técnicos necesariamente, sino porque ellas mismas atravesaron situaciones diversas durante sus experiencias de

embarazo y parto. Esas vivencias “ajenas”, es decir, de sus madres, hermanas, tías, suegras se transmiten a quien está embarazada y se incorporan en su trayectoria de cuidado, lo vemos cuando Victoria dice “mi hermanita casi mata a mi mamá”.

En el caso de Marta, la ausencia de otra mujer, su suegra, quien fue parte del proceso de cuidado de sus tres embarazos y partos anteriores hace que el parto de su última hija tome un camino diferente a los anteriores. Ella no se siente segura estando sola y decide ir al hospital porque considera que allí encontrará seguridad para parir. Podemos concluir que “estar acompañada” va construyendo esas trayectorias de cuidado. Esas compañías son elementos definitorios, incluso, en el lugar del nacimiento por la ausencia de quien acompaña o por sus vivencias previas. En estos casos, la posibilidad de que la madre de Victoria la acompañe o la falta de la suegra de Marta hizo que sus partos se den en el hospital. La diversidad de elementos de acompañamiento conlleva resoluciones diversas de problemáticas. Los miedos y posibles peligros hacen que Victoria piense que la biomedicina como disminución de riesgos, mientras Marta considera que los riesgos pueden ser solucionados dentro de la comunidad, pero el miedo se basa en que no esté la persona de confianza.

En cuanto al varón como acompañante vemos que se reduce en el padre de quien va a nacer. Las narraciones no suelen contar con otros varones que acompañan el proceso, aunque no los excluyen. Obviamente, estas personas viven con otros hijos, con hermanos, suegros, padres, etc. que comparten parte del día a día y que también forman parte de la cotidianidad de los cuidados que no registré en detalle porque implican registros en la intimidad, pero es significativo que no eran las personas a quienes referenciaban constantemente en las rememoraciones sobre el proceso. Y acá vale la salvedad de que se habla mayormente de que los varones padres acompañan en el momento del parto, están o no para ver nacer a sus hijos. Puede que estén ausentes por motivos situacionales como Esteban, el marido de Victoria, o que se esfuercen por presenciar el parto como Alberto y Luis. En otras palabras, esas maneras de acompañar también están atravesadas por las historias de vida de estos hombres.

En las dificultades que está atravesando Esteban con su mamá enferma en Paraguay hicieron que Victoria promueva que vaya a visitarla, sabiendo la posibilidad de que su hijo nazca. De esta forma el padre no está en el momento del nacimiento, lo que hace su presencia/ausencia totalmente situacional. En cambio, Luis acompaña el parto de su mujer, en su casa, cuando los dispositivos de salud recién comenzaban a tener presencia en las comunidades; Alberto tiene un vínculo mucho más aceitado con el sistema público de salud

porque forma parte de este y es uno de los pocos varones que entraron a la sala de parto en el hospital.

Alberto resalta lo del “estar acompañada/dar confianza”, él está ahí para cumplir esa función, la confianza se expresa más allá que sea varón o mujer quien acompaña. Alberto presenta la posibilidad de empatizar con la parturienta, intentar entender qué sucede en ese momento, pero jamás atraviesa la experiencia corporalmente, como dice Marta “vos no sabes lo que es el dolor de parto”. Me arriesgo a pensar que su compañía no está tan definida por comprender lo que les sucede a las mujeres, sino por la posibilidad de establecer un nexo como agente sanitario (explicar medidas técnicas de corte del cordón según conocimientos indígenas, comunicar a la parturienta lo que las profesionales dicen, etc.).

Las dimensiones geográficas dan otra posibilidad al acompañar. La capacidad de desplazamiento accesible hace que en ese acompañar participe más de una persona. El marido de Eugenia va y vuelve y mientras tanto otra persona es protagonista del proceso: Flavia, amiga de Eugenia. Acompañar es una dimensión fundamental del parto en este proceso, pero no es igual a partería. No se trata de una actividad institucionalizada. Afirmé que el acompañamiento está más vinculado a las relaciones de parentesco, a las personas con quienes se comparte el día a día que a parteras reconocidas. Esto no niega que a algunas personas se les reconozca un saber experto dentro de la comunidad, pero no son la referencia constante en los relatos de parto.

Es posible concluir que muchas personas participen del proceso de embarazo y parto, pero utilicé la categoría de acompañamiento para pensar en las prácticas de las personas más cercanas y cotidianas a las embarazadas. Es decir, esta noción sirvió para dar cuenta de cómo interactúan en el proceso quienes comparten tiempo alrededor del fuego, los mates diarios en los patios, quienes están en el día a día. Todas estas personas sostienen el proceso de cuidado y, por tanto, el bienestar de la madre y de quien va a nacer. Pero de aquí se desprende una segunda conclusión que es las mujeres tienen un lugar protagónico en estas experiencias como no lo tienen los varones. Reitero que los varones padres no están ajenos al proceso, pero la experiencia corporal de la gestación los ubica en un segundo lugar.

El parentesco y el acompañamiento fueron eje de este capítulo, pero a través de los relatos de Victoria y Marta podemos ver que son diversos los elementos que se entrecruzan en sus trayectorias. “Me puse contenta y no” es la frase con la que Victoria condensa miedos atribuidos a su experiencia previa y la de otras mujeres, la pérdida de su primera hija marcó su nuevo embarazo. El conjunto de las diversas situaciones la llevaron a la colocación de un

implante subdérmico como forma de planificación familiar. Veremos en el siguiente capítulo, que esta historia está atravesada también por otros elementos como el uso de diversas tecnologías.

Por su parte, la experiencia de Marta no está atravesada por los miedos o riesgos, sino por su experiencia en la lucha por los derechos indígenas. La recreación de su experiencia es desde su posición política, incluso, resuelve los problemas de la forma “mbya” esto quiere decir, marca su identidad étnica incluso ante situaciones de salud. Cuando se le pregunta por esa trayectoria vuelve sobre “conocimientos culturales” y desde acá narra su trayectoria, pero siempre de manera colectiva “nosotros mbya”. Que sus hijas/os nazcan en la comunidad (a excepción de la última) es una acción política más para el fortalecimiento de su lucha.

En síntesis, ambas reconstruyen su trayectoria desde elementos diversos: sus experiencias pasadas, las acompañantes, sus maridos, sus vínculos con la comunidad, su trayectoria como líderes, sus imaginarios, etc. Aquí la categoría de cuidado cobra relevancia y se aleja de la categoría de tratamiento. El embarazo y parto vivido por estas mujeres no requiere tratamiento porque no es considerado una enfermedad, por el contrario, el cuidado se asemeja más a acciones para el sostenimiento de la vida diaria (Fisher y Tronto, 1995).

Continuando las discusiones planteadas en el capítulo dos, no se trata de encausar elementos cosmológicos o materiales del proceso de embarazo y parto en tipos de medicinas, ni referenciar qué es o qué representa el nacimiento para las/os guaraní, sino de entender que se trata de dimensiones múltiples que se entrecruzan de manera diversa en la vida de las personas. El cuidado tiene más que ver con elementos humanos y no humanos de la vida doméstica que con los dispositivos con los que se suelen enfrentar enfermedades. Además, las personas están muy lejos de pensar este proceso como una enfermedad, discuten con ellos, incluso cognitivamente la referencia al embarazo y parto sobre pasa la idea de un itinerario terapéutico. Así, el lugar donde parir, las personas que hacen parte del proceso, los instrumentos utilizados son variados y las formas que se incorporan a las trayectorias son diversas (Mol, 2008).



Foto 13 – PH: Alfonsina Cantore. En esta foto aparecen algunos de los elementos de la cotidianidad de las mujeres indígenas: el fuego con la olla, juguetes de niñas/os por ahí, utensilios de plástico, bancos de madera, más atrás se aprecian construcciones, etc. La foto fue tomada un día en que conversaba con una mujer mientras ella hacía el almuerzo para la familia.

Capítulo 4

Dispositivos que hacen al cuidado

Introducción

El aumento en la institucionalización del parto introduce cambios en las experiencias de gestar y parir. Se trata de transformaciones graduales y heterogéneas que pueden ser experimentadas de múltiples formas. Muchas de esas innovaciones tienen sustento en la tecnología utilizada para este proceso en el sistema de salud formal. Este es el punto de partida para analizar las relaciones entre las mujeres indígenas y las diferentes tecnologías. En continuidad con las discusiones planteadas en el capítulo anterior, los cuidados son diversos y se entremezclan con elementos del entorno que son de los más diversos, pero esto no significa que el cuidado sea exclusivamente humano (Puig de Bellacasa, 2017). En este capítulo, veremos que las tecnologías lejos de ser contradictorias a las trayectorias de cuidados son herramientas que se incluyen en ellas (Mol y Hardon, 2021).

Los instrumentos o artefactos utilizados durante el embarazo y parto pueden cambiar entre una cultura y otra e, incluso, entre las personas que las utilizan. Por ejemplo, en los partos en comunidades guaraníes el corte del cordón umbilical se suele realizar con una tacuara³³;

³³ *Guadua chacoensis*. La caña cortada transversalmente logra ser muy filosa.

mientras en los hospitales se hace con una tijera o bisturí. La finalidad de este capítulo no es dividir las técnicas y tecnologías entre tradicionales versus profesionales. Si bien me referiré aquí a un conjunto de tecnologías que tienen una historia occidental porque son relativamente nuevas en las formas de nacer, ello no significa deslegitimar o dejar en desuso técnicas y conocimientos indígenas. Entonces, no busco alentar la discusión “mundo tradicional rural” vs “mundo urbano moderno”; sino profundizar en la discusión sobre la relaciones humanas y no humanas y su transformación (Padawer, *et. al*, 2021).

Mi argumento es que el uso de estas tecnologías no significa que las mujeres sean simplemente usuarias de tecnologías biomédicas o víctimas de ellas. Considero que las embarazadas se van apropiando de ellas, dándoles sentido y generando usos diferentes para las que fueron pensadas. En otras palabras, las relaciones entre la tecnología y las embarazadas son situadas, relacionales y generan efectos diversos en las experiencias de gestar. Mi pregunta es, entonces, por aquellos puntos de convergencia entre las embarazadas mbya y las tecnologías. Pero, el abordaje de las tecnologías es en sentido amplio. No me refiero únicamente a tecnologías gineco-obstétricas, sino a un conjunto de dispositivos que no necesariamente suelen identificarse con el proceso de embarazo y parto. En este capítulo analizo tres tipos de tecnologías que cobran relevancia para el análisis que propongo: las tecnologías obstétricas, las de uso cotidiano y las ciudadanas.

Los relatos presentados serán analizados en diálogo con debates antropológicos previos para esta temática. Como vengo desarrollando en este texto, los marcos teóricos sobre partos indígenas o violencia obstétrica no encajan perfectamente con la situación etnográfica que desarrollaré. Estas mujeres no están completamente sujetas a formas tradicionales o profesionales de parto, ellas mantienen otra relación con las tecnologías a su alcance. No es mi intención describir tecnologías e indígenas como esferas inconmensurables o contradictorias. Por el contrario, considero que los discursos, haceres y sentidos circulan entre las personas y se encarnan en las experiencias de embarazo.

A continuación, propongo un análisis de las tecnologías que no ubique a las mujeres como meras reproductoras del orden social o víctimas de tecnologías intangibles, superiores y violentas. Tampoco pienso a las tecnologías como un ente fijo, neutral o negativo de antemano, sino como objetos que amplían posibilidades de práctica. Es decir, intento focalizar en que las tecnologías se incorporan a las trayectorias de cuidado ajustándose a prácticas materialmente existente y modificando progresivamente esas experiencias (Padawer *et. al*, 2021). Busco ubicar a las tecnologías en el centro del análisis y la participación de distintas personas en ese proceso, por eso retomo discusiones sobre tecnologías en salud que pueden desenvolver nuevas miradas y pensar en los efectos reales en las experiencias de las mujeres.

Como mencioné, me refiero a tecnologías gineco-obstétricas, pero también al uso de celulares o tecnologías pensadas para la construcción de ciudadanía. Por las primeras me refiero especialmente en aquellas destinadas a la reproducción. Con las segundas, busco un abordaje sobre dispositivos que pasan desapercibidos porque su uso es tan rutinario que, en el sentido común, no se las vincula al embarazo y parto. Y las últimas, son tecnologías puramente estatales, específicamente, las asociadas con la identidad y a programas sociales.

Hoja de lectura

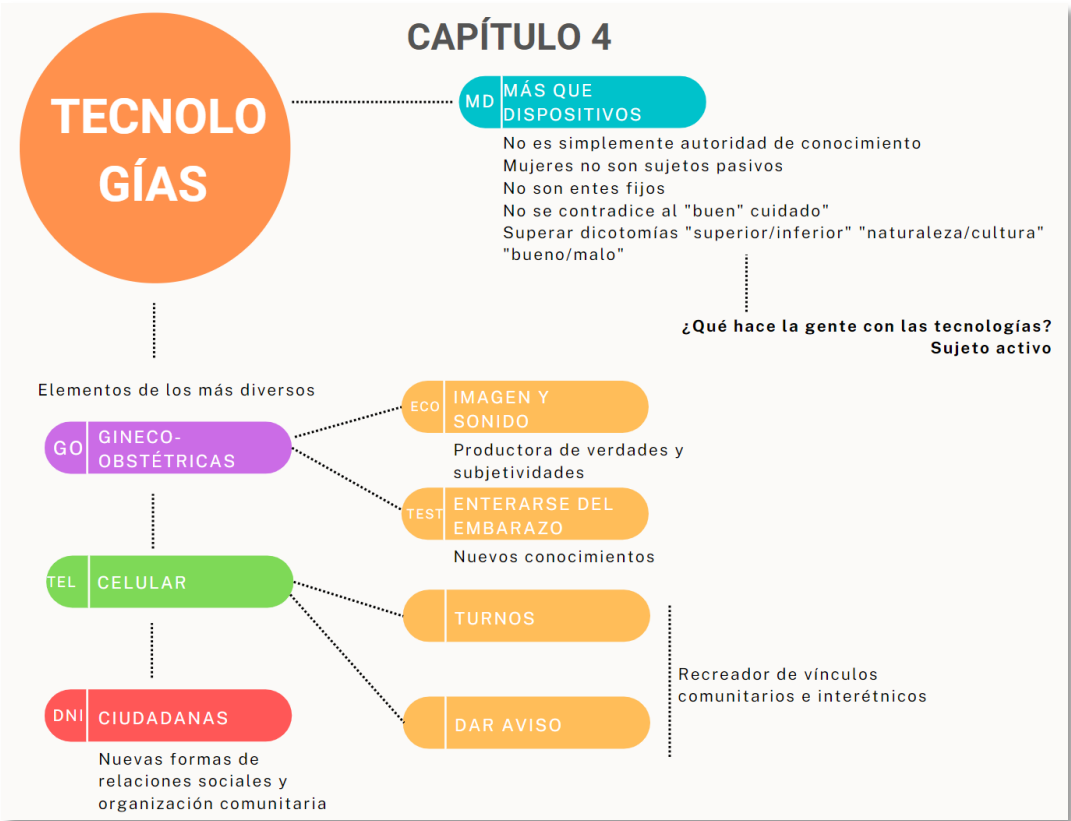
En este capítulo comenzaré con una discusión que presenta qué estoy entendiendo y cómo estoy analizando los dispositivos tecnológicos. En este apartado denominado “Más allá de los dispositivos” propongo una definición que no se cierra en el debate en la autoridad de conocimiento que traen estos aparatos. En primer lugar, porque no limito la discusión de tecnologías solo aquellas creadas para monitorear y gestionar la reproducción. En segundo, porque considero que las tecnologías no solo aportan datos de lo que sucede, sino que son apropiadas por las mismas mujeres. En este sentido, las mujeres no aparecerán como sujetos pasivos de las tecnologías, sino retomándolas y dándoles sentido.

En concordancia, el análisis propuesto va más allá de pensar los dispositivos como entes fijos, sino como actores del proceso de embarazo y parto. Traigo de aquí la propuesta de Janette Pols (2012) que intenta superar dicotomías cuando pensamos en tecnologías de cuidado. Su propuesta es superadora de enfoques que caen en dicotomías como “naturaleza/cultura”, “inferior/superior”, “bueno/malo” y en la que la autora se basa principalmente “cuidado humano = cálido / tecnología = frío”. Desde aquí, lo que sigue al capítulo es enfocarme en qué hace la gente con las tecnologías a su alcance.

Los tres apartados siguientes retoman estas discusiones a través de situaciones etnográficas muy diferentes. En el primero como su nombre lo indica, “Entre alegrías, subjetividades y sorpresas. El uso de tecnologías gineco-obstétricas”, analizo sentidos y prácticas de mujeres indígenas sobre estos dispositivos que tienen una historia occidental. Veremos en el primer subapartado “‘ya lo quería tener en mis brazos’ Imaginando una persona en imágenes y sonidos” los sentidos que las embarazadas dan a las ecografías. Veremos que estas son productoras de verdades sobre el proceso de embarazo y parto y sentimientos y emociones producidos durante la maternidad. El siguiente subapartado “‘a mí me parece que acá hay dos rayitas’ Dispositivos que notifican” trae una situación etnográfica interesante para pensar cambios que se están sucediendo en este proceso, específicamente, nuevas formas de confirmar un embarazo.

En los dos subapartados siguientes es donde amplio sobre los dispositivos utilizados en el proceso, referenciaré a los celulares y políticas públicas. En “el celular, un recreador de vínculos” pretendo dar cuenta de transformaciones en las relaciones comunitarias e interétnicas. Veremos que los usos de la telefonía móvil son muy amplios, van desde lograr sacar un turno en el hospital a comunicar un nacimiento. Estos son los dos ejes que amplió en los subapartados “Algo más que pedir turnos” y “avisar que alguien nació”. La propuesta es que el celular permite reconstruir relaciones entre las comunidades y el hospital, pero también reponer dimensiones de lo familiar.

Por último, en “Tecnologías ciudadanas, dispositivos de consulta”, pienso a las políticas públicas como tecnologías del Estado. Nuevamente, la propuesta no es pensar a estas políticas de manera verticalista, desde arriba hacia abajo, desde el Estado a las comunidades. Sino ver qué hacen las personas con ellas, qué sentidos le dan, cómo van modificando los procesos de nacimiento, como van generando aumento en el parto hospitalario, cómo el CAPS y las/os agentes sanitarios son mediadores y efectores de esas políticas y cómo estas van modificando relaciones dentro y fuera de las comunidades.



Mucho más que dispositivos

“las transformaciones de los mundos indígenas solo pueden ser entendidas como procesos en los cuales los indígenas son sujetos y no objetos” (Marina Vanzolini, 2018:326, mi traducción).

Inicio este debate con la idea de que las tecnologías están en todos los ámbitos de nuestra vida. Es innegable que las personas hacen un uso constante de artefactos, utensilios, instrumentos, etc. Incluso cuando se trata de procesos que suelen definirse como “procesos fisiológicos, biológicos o naturales” tal como el que estoy abordando, siempre está mediado por instrumentos y técnicas. Imaginemos una mujer que entró en trabajo de parto y precisa traslado al hospital. En las comunidades guaraní, mayormente se utilizará un teléfono celular para pedir una ambulancia que la desplazará al hospital y así ya contamos al menos con dos dispositivos: la ambulancia y el celular.

Como decía anteriormente, me voy a ocupar aquí de tecnologías que tienen una historia de producción occidental, pero no estoy considerando que estas sean parte de un mundo moderno en contradicción a formas “tradicionales” de vida. Por el contrario, en el capítulo anterior, Luis definía cómo debería ser el corte de la tacuara de forma transversal para que tenga filo, por ejemplo. Si bien se trata de conocimientos transmitidos entre generaciones, pueden ser repensados en contactos interétnicos como ya explicité con el nacimiento de la hija de Alberto cuando era él quien le indicaba a la pediatra a cuántos centímetros del ombligo debía cortarse el cordón para evitar infecciones.

Una podría seguir desarrollando en estos términos y ahondar en el análisis sobre este tipo de hechos técnicos y el cruce entre líneas de saberes. Sin duda, llevaría a un análisis antropológico interesantísimo. Sin embargo, por las preguntas que me estoy haciendo y por las características de organización de mi trabajo de campo mis inquietudes son a la inversa. No me pregunto por técnicas que tienen un origen en la relación entre este pueblo y el monte (me refiero a que las técnicas y tecnologías siempre están vinculadas a condiciones del espacio en que vivieron las/os mbya guaraní y sus elementos manipulables), sino por cómo las mujeres reconfiguran, se apropian, retoman, resignifican aquellas tecnologías que tienen un origen occidental, pero que hoy son parte de los elementos humanos y no humanos que circulan en su mundo cotidiano.

Al respecto, los análisis sobre tecnologías en el proceso de embarazo y parto han sido mayormente las “tecnologías reproductivas”. Hablar sobre ellas es interiorizarse en un universo muy amplio, encontramos desde técnicas de fertilidad hasta neonatología (Rayna Rapp, 2001) o, como ya mencioné, artefactos de uso cotidiano como un teléfono móvil. Pero, en tanto busco avizorar tecnologías en una situación etnográfica específica es necesario comenzar a delimitarlas. Para ordenar, retomo la separación entre tecnologías

reproductivas y genéticas (TRG) y gineco-obstétricas. No ahondaré en las primeras, pero es importante sugerir que el análisis antropológico sobre ellas llevó a cuestionar fuertemente dicotomías como naturaleza-cultura y los vínculos de parentesco (Strathern, 1992). Siempre es bueno volver a pensarlas porque funcionan como ejemplo para irrumpir y problematizar el imaginario de la concepción y reproducción como un proceso natural que implica relaciones (hetero)sexuales.

Por su parte, las tecnologías gineco-obstétricas componen un conjunto muy heterogéneo pensado para utilizarse tanto en el embarazo como durante el parto o puerperio. Desde extractores de leche, ecografías de distintas complejidades, análisis de sangre, fórceps, oxitocina, epidural, pelotas, camas obstétricas ginecológicas, bañaderas, ácido fólico, ambulancias, camillas, entre muchas otras. Estos elementos fueron pensados con diferentes propósitos para el proceso de gestación que van desde el control del crecimiento fetal, el rastreo de contracciones, evitar riesgos, detectar patologías, bajar la intensidad del dolor, entre muchas otras. En su mayoría, son tecnologías que fueron diseñadas con la finalidad de controlar y detectar anomalías y posibles riesgos. Para la obstetricia, siempre está la posibilidad de que existan problemas de salud para la mujer o el feto, y la forma de conocerlos es a través de estas tecnologías. Es de aquí, que sean definidas como “controles de rutina” y ya fue punto de debate en el capítulo dos.

Algunas investigaciones fueron marcando el camino en la antropología. Brigitte Jordan (1992) es bibliografía obligada para inmiscuirnos en estos temas por su extenso y profundo trabajo donde compara formas de parir en cuatro culturas. De aquí, surge la tan citada idea de “conocimiento autorizado” que ha guiado a los trabajos antropológicos sobre partos. Se trata de un concepto de gran profundidad por su vinculación con los partos institucionalizados, la relación con el cuerpo médico y, principalmente, por su anclaje en las tecnologías. Repondré aquellos puntos que tienen vinculación específica con este trabajo.

Siguiendo a esta autora, en los entornos obstétricos modernos las embarazadas están familiarizadas con las diferentes tecnologías de la atención prenatal. Actualmente, resulta casi imposible transitar embarazos donde las tecnologías obstétricas no formen parte del itinerario. Lo que nota es que “las máquinas no son un evento ocasional, sino un fenómeno omnipresente” (Jordan, 1992:158, traducción nuestra). Al consultar el embarazo en entornos biomédicos el poder sobre la información sobre el proceso de embarazo y parto cambia de manos. Los saberes de parturientas y parteras comienzan a dejar espacio a los profesionales.

Brigitte Jordan (1992) observa cómo las mujeres miran las máquinas intentando obtener datos que no logran decodificar sin mediación de las/os especialistas. Los conocimientos

relevantes no son controlados por la mujer, sino por quien puede interpretar la información o sabe utilizar cada instrumento. Para ella, son las/os expertas/os quienes conocen las propiedades de los artefactos, quienes los operan, los tocan, entienden, leen, etc. La antropóloga nos señala que durante la gestación las mujeres van conociendo diferentes aparatos obstétricos y sabiendo su función, pero desconocen sus ordenamientos, procedimientos, operaciones, la interpretación de los resultados, etc. Su incompetencia para operarlos es lo que la lleva a pensar que las mismas tecnologías dejan por fuera a las mujeres cuando deberían ser las protagonistas en el proceso.

El estado y desarrollo de la mujer y del feto es conocimiento privilegiado y restringido a profesionales, deslegitimando cualquier otra información como lo que acontece en su cuerpo o su propia experiencia. La máquina sabría más que las propias mujeres lo que pasa en sus cuerpos, en palabras de la autora: “es la máquina la que produce conocimiento autorizado, el conocimiento sobre cuya base se toman las decisiones sobre la gestación y el trabajo de parto” (Jordan, 1992:209, traducción propia). La autora concluye que todas/os las/os participantes se orientan a la máquina para obtener información y se convierte en la protagonista del proceso; creando una posición de jerarquía entre las/os participantes y las cosas.

El conocimiento autorizado propuesto por Brigitte Jordan (1992) ha sido retomado en antropología casi sin cuestionamiento. Esta idea fue un gran avance para el análisis en ciencias sociales que buscaban cuestionar cómo la parturienta era corrida de la escena de parto en la biomedicina y las/os profesionales y máquinas ganaban cada vez más terreno (Davis Floyd, 1992). Coincido en que el traspaso del parto domiciliario al hospital trajo consigo profundas modificaciones en este evento que quitan protagonismo a las mujeres. Sin embargo, considero que muchas de ellas fueron cambios no imaginados como los que relataremos aquí. Estas tecnologías se han incorporado lentamente en la experiencia de las mujeres haciendo que las mismas embarazadas se las apropien y reorganicen los elementos de su mundo material (Padawer *et. al*, 2021). Busco entonces problematizar la idea de que las mujeres son sujetos pasivos ante las tecnologías y que las tecnologías son un ente fijo.

Analizo, principalmente, las ecografías y los test de embarazos. Las primeras por cobrar relevancia entre nuestras interlocutoras y las segundas por su excepcionalidad. El punto es que las ecografías son productoras de sensaciones maternas (Imaz, 2010) y de la idea del feto como persona (Chazan, 2007). En relación con el test, reflexiono a través de un registro que nos permite complejizar el vínculo entre las tecnologías y las mujeres. Con tecnologías de uso rutinario me refiero específicamente al uso de los celulares. En general, no son

dispositivos que las personas vinculen directamente con el embarazo y el parto, pero los mismos son utilizados para múltiples situaciones ligadas a este proceso. Como tal, es una tecnología que funciona como bisagra: a la vez que repone aspectos de los vínculos parentales y comunitarios, es una estrategia de acceso al sistema de salud público.

Siguiendo a Janette Pols (2012), con este análisis rechazo la metáfora sobre la atención humana como algo cálido y la tecnología como lo frío por ser inviable. La autora, preocupada por formas en que el cuidado se aúna con las tecnologías, hace un análisis etnográfico sobre dispositivos de teleasistencia que se utilizan en la atención a enfermedades crónicas. Nos trae un debate interesante para pensar las tecnologías y la asistencia personal que puede ser extrapolable a otros contextos. Se trata de lo inviable de la metáfora sobre el cuidado como algo cálido y la tecnología como algo frío. Tomo este punto a fin de correrlos de controversias sobre la intervención tecnología durante el embarazo en el polo de lo malo, ajeno y frío y el parto “tradicional o natural” como lo cálido y cercano.

La autora analiza la separación entre el contacto humano como un cuidado cálido y la teleasistencia como una atención racional, funcional y fría. La misma ha sido utilizada en las ciencias sociales, pero también es cotidiana entre las personas y en el sistema médico. Esta separación tiene su historia en un razonamiento objetivo, técnico y dualista del cuerpo y las enfermedades. De aquí, se sustentan en la idea de que las personas son “bien cuidadas” cuando alguien se preocupa por ellas, mientras los aparatos tecnológicos sólo pueden cumplir funciones instrumentales del cuidado. En otras palabras, se presupone que el cuidado a través del contacto humano implica una preocupación y ocupación por la persona cuidada, mientras la tecnología se interpone en la atención personal.

El conjunto dicotómico tecnología-fría / humano-caliente es el punto de discusión de la autora. Para ella, en el uso de tecnologías de cuidado lo cálido y frío, lo objetivo y subjetivo está entrecruzado. En otras palabras, existe una relación práctica entre los dispositivos, los cuidados y las personas implicadas. En el proceso de cuidado se desenvuelven acciones variantes que se van ajustando a esa interacción. Es decir, se van creando vínculos que tienen su especificidad en cada situación donde las personas y objetos se moldean. En este sentido, María Puig de Bellacasa (2017) agrega que, a través de las tecnologías táctiles, se explotan sentidos sensoriales generando un poder afectivo.

Basada en la teoría de la domesticación Janette Pols (2012) presenta un análisis que comprende como las tecnologías y otros objetos (como plantas o animales) viven con las personas, no las determinan. De aquí, la autora adopta una perspectiva que permite pensar en el uso creativo de los instrumentos, es decir, que las personas usan las tecnologías de

forma variada, pueden imaginar y hacer cosas con ellas para las que no necesariamente estuvieron diseñadas. Esa posibilidad de inventar funciones o generar nuevos usos lleva a efectos impredecibles y formas inesperadas de acción.

Las tecnologías están incluidas dentro de las trayectorias de cuidado (Puig de Bellacasa, 2017; Mol y Hardon, 2021). En este sentido, las palabras de Mariana Vanzolini (2018) citadas en el epígrafe de este apartado son una clave para como pensar las técnicas y dispositivos de origen *jurua* cuando aparecen en escenarios interétnicos. Retomando sus consideraciones es necesario pensar que las/os indígenas son sujetos activos en la interacción con diferentes artefactos y herramientas. Es decir, que son participan en las transformaciones de sus propios mundos y los recrean, sin dejar de ser críticas/os sobre cómo los afectan. Esta manera de entender las tecnologías es mi punto de partida para analizar las situaciones etnográficas que presentaré continuación.

Entre alegrías, subjetividades y sorpresas. El uso de tecnologías gineco-obstétricas

Las madres saben que el control de sus embarazos y partos en el servicio de salud público incluye numerosos procedimientos de los que, aunque no sean ellas quienes operen y manipulen las máquinas, conocen sus funcionamientos (Jordan, 1992). Saben sobre el monitoreo fetal, las pruebas de detección de embarazo, la camilla ginecológica, la cesárea, etc. Lo que no significa que todas estas mujeres se hayan enterado de sus embarazos mediante las mismas técnicas, realizado los controles regulares dispuestos por el servicio de salud, colocado oxitocina al momento del parto o utilizado todas las mismas tecnologías.

La institucionalización del parto no significa que todas las tecnologías reproductivas estén disponibles o sean de uso habitual entre las guaraníes. Para dar algunos ejemplos, nunca vi o me nombraron un extractor de leche, ya que la lactancia materna no suele ser un problema para estas mujeres (ver capítulo uno). Rara vez se indica una translucencia nugal, examen que detecta anomalías en el crecimiento fetal y que, en mujeres de clase media urbana, puede llegar a ser un indicador para continuar o no la gestación. Una obstétrica del hospital me comentaba que es un estudio que debe hacerse las primeras semanas de gestación y las mujeres indígenas llegaban a las consultas con embarazos avanzados, en general, pasados los cuatro meses (Entrevista obstétrica, agosto 2021).

Otro tipo de tecnologías que permiten que las mujeres tengas más opciones disponibles y que fomentan un “parto respetado” solo están disponibles en unas pocas clínicas privadas del país y se trata de servicios costosos. La mayor parte de la población, especialmente

mujeres de recursos bajos y medios o de zonas rurales no acceden a salas de parto que puedan estar equipadas con pelotas, bañaderas o, incluso, muchas veces la falta de recursos económicos de las instituciones no permite diferenciar salas de parto de las de preparto o de las quirúrgicas. Por lo tanto, se reduce la cantidad de elementos disponibles y las experiencias de parto se corresponden con el mundo limitante.

Al no haber realizado trabajo de campo durante las consultas, este texto encuentra algunas limitantes para comprender las prácticas de las pacientes en ese amplio mundo tecnológico. Para contrarrestar esa ausencia de información recopilé los datos a través de charlas informales con las embarazadas y el personal médico. En mi trabajo de campo, encontré algunas referencias como la posición recostada en la camilla ginecológica al momento de parir (litotomía), realización de análisis de sangre y ecografías durante el embarazo, la colocación de suero al momento del parto, etc.

En lo que sigue de este texto me enfocaré específicamente en las ecografías y la prueba de embarazo. Estos dos dispositivos fueron elegidos porque, siguiendo los registros de campo, nos invitan a pensar sobre los sentimientos y configuraciones que con ellos se producen y las formas de confirmar un embarazo. Continuando con nuestro punto de debate, veremos que las ecografías no sólo cumplen con la función de detectar riesgos o patologías como inicialmente fueron pensadas. También, con ella devienen nuevos sentimientos y reconocimiento de una nueva persona. Ahondare en cómo la ecografía y el test de embarazo legitiman aquello que muchas mujeres sabían o sospechaban, mientras otras estaban lejos de planificar un embarazo.

4.1 “Ya lo quería tener en mis brazos” Imaginando una persona en imágenes y sonidos

Un punto para destacar en cuanto a las tecnologías es la producción de imágenes que permiten recrear el cuerpo del feto y su subjetividad. Como ya fue mencionado en el capítulo uno y tres, siguiendo la literatura guaraní encontramos detalladas descripciones sobre la formación de la persona. Mi punto aquí no es necesariamente contradecir las referencias cosmológicas que se han producido desde la etnografía, sino complejizar esas miradas con nuevos registros. El uso de este dispositivo tecnológico va acompañando la constitución del feto como persona que va a nacer y de su cuerpo. En este apartado, avanzaré con las descripciones etnográficas en miras a problematizarlas situacionalmente.

Como explicita Chazan (2007, 2008), en sociedades urbanas industrializadas, la asistencia profesional casi no se produce sin apoyo tecnológico a través de imágenes. Esta autora se

enfoca específicamente en las interpretaciones de esas imágenes esfumadas que pueden verse en la pantalla de un monitor o en una fotografía y que ponen al feto en el centro de escena. Esa imagen es productora de distintos hechos. Por un lado, que la imagen crea verdades médicas que se piensan como hechos indiscutibles. A su vez, se originan verdades no médicas.

En cuanto a la ecografía como productora de verdad médica, la autora nos dice que es resultado de un largo proceso histórico. Con ello devienen formas de los que se considera normal en cuanto a la salud, edad y tamaño del feto; además de indicar riesgos de anomalía. Se sustenta la idea de que a través de las tecnologías biomédicas se pueden prevenir posibles patologías o peligros durante el embarazo, pero los efectos de las tecnologías no acaban ahí. Las/os actores atribuyen sentidos diferentes sobre lo que ven en las pantallas, lo que la autora considera como verdades no médicas.

Este conjunto de verdades no profesionales comprende aspectos muy amplios, pero la autora refiere dos puntos particulares. Por un lado, a las significaciones de las sensaciones maternas a través de lo que se ve en la ecografía. Y, por otro, a la subjetividad fetal, es decir, comienza la construcción del feto como persona. Aquí confluye lo que se ve en pantalla con las agitaciones en el vientre de la embarazada. La embarazada relaciona esos movimientos con las partes del cuerpo del feto. A la vez que considera el feto como un cuerpo separado del suyo, adquiere cierto control sobre el mismo. Algunos de estos puntos serán retomados junto con los datos etnográficos porque encontramos ciertas similitudes con el análisis en cuanto a la subjetividad fetal y la verdad médica principalmente.

En lo que sigue, pondremos en cuestión este punto desde los relatos de María y Victoria. En ambas narrativas la ecografía toma un lugar primordial.

Charla con María

Con María nos conocimos en mi último trabajo de campo. Ella se crio en Iguazú, pero de adulta vivió mucho tiempo en Brasil. Allí trabajó fuera de la comunidad, algo no muy común entre las mujeres guaraní. Sus dos hijos más grandes nacieron en el hospital de Iguazú y el más pequeño en el de San Miguel (Brasil). Ella habla portugués a la perfección y se defiende con el español. Se mostró predispuesta a charlar conmigo desde la primera vez que nos vimos. Apenas le conté cuál era el tema sobre el que me interesaba conocer, me relató partes de su historia de embarazos. Para ella era un tema emocionante, había disfrutado estar embarazada. Al enterarse se sentía muy alegre, siempre había soñado con ser mamá de una nena, pero tenía tres varones (uno fallecido), pero seguía siendo su anhelo. A veces hablaba con su

hermana, la cual no quería tener más hijas/os. En cambio, a ella le encantaría, si fuese por ella “ya tendría una nena, pero ahora no tengo marido” me dijo.

La palabra “alegría” fue la más utilizada para describir la maternidad. Cuando le pregunté cómo se enteró que estaba embarazada se enfocó en su primer embarazo y dijo “porque yo estaba muy contenta, me sentía muy contenta, muy alegre y mi mamá me miró y me dijo ‘estas embarazada’, pero yo le dije que no”. Su mamá la llevó a hacer análisis al hospital y lo confirmaron, ya estaba cursando el tercer mes de embarazo. Le pregunté si ella tenía falta de menstruación y me dijo que sí, pero que no se imaginaba que estaba embarazada.

No contó cómo se enteró del embarazo de su segundo hijo, pero sobre el tercero dijo “yo de él no sabía que estaba embarazada, me enteré a los cuatro meses, pero a mí me venía la menstruación. Y estaba en Brasil, estaba trabajando y me desmayé. Y yo no podía creer que estaba embarazada porque me venía la menstruación”. Dijo que ahí tuvo que parar y descansar. En ese momento vivía en una comunidad en San Miguel que “tenían todo para los cuidados...se podían hacer hasta las ecografías ahí”, me dijo.

Me contó que ella se había hecho todas las ecografías, que con el más grande se hizo análisis de sangre y a través de eso se enteró que estaba embarazada. Lo que más le llamó la atención en la ecografía fue que “lo veía” y “le sentía el corazoncito”. Le pregunté qué sintió y me dijo que mucha alegría “ya quería tenerlo en mis brazos”. Le pregunté si le dio ansiedad porque naciera, y me dijo que sí, que “ya lo quería tener”.

María va a ser abuela por primera vez. Su nuera está embarazada de 5 meses y aún no realizó ningún control médico. Ella le insistía en que vaya a hacerse una ecografía. Cuando pregunté por qué me dijo: “porque así sé si es nena o nene y le puedo ir a comprar ropita” (agosto 2021).

Conversaciones con Victoria

Las náuseas y falta de apetito fueron los síntomas que la llevaron a conversar con su mamá que le preguntó ‘¿no estarás embarazada?’ y ella dijo no saberlo. Cuando lo conversaron tenía un atraso de dos meses, por lo que abría la posibilidad. La mamá le recomendó ir al hospital y hacerse estudio. Se hizo análisis y ecografías, pero cuando me lo contó poco mencionó el análisis de sangre, fue verlo en la ecografía lo que lo

había confirmado. Pero esa confirmación también estuvo acompañada por sueños de ella y de su esposo. Ella me contó que “él soñó con su hijita muerta”.

A mi sorpresa contó que se realizó cuatro ecografías. Le pregunté si le gustaba hacerlas y me dijo que sí, lo que más le gustaba era que “se sentía el latido del corazón”. Ante mi pregunta sobre si lo distinguía en la imagen, respondió “mucho no, pero se veía que se movía”. Su marido la llevaba a las 3 am para intentar conseguir turno con la ecógrafa mujer, con el varón le daba vergüenza (ver capítulo uno). Muchas veces se volvía porque no lo conseguía. Actualmente, esto cambió porque se les asignó un día especial a mujeres indígenas. En una de sus ecografías nos encontramos en el hospital. Yo me quedé afuera en el momento de la consulta, no tardó más de 15 minutos y cuando salió le pregunté si estaba todo bien, me dijo que sí y que iba a ser un varón. A ella le hubiera gustado que sea nena.

Retomando las descripciones de María y Victoria, la ecografía fue una tecnología protagonista durante sus embarazos. No se trata del simple hecho de su tránsito por el hospital, sino que esas imágenes esfumadas de la pantalla cobran sentidos corporizados en nuestras protagonistas. A través de la ecografía se ve, se escucha y se siente aquello que se está llevando dentro. Las palabras de nuestras interlocutoras “le sentía el corazón”, “lo veía”, “mucho no [la/o distinguía], pero veía que se movía”, etc.

Antes de pasar al análisis de estos registros, recordemos que las ecografías han sido pensadas como una herramienta para detectar posibles patologías o riesgos, pero se ha convertido en una tecnología de rutina. Algunas mujeres llegan a realizar más ecografías de las que se consideran necesarias. Posiblemente, porque se trata de un instrumento que, como nos dice Janette Pols (2012) fue pensada con un fin, pero las personas dieron usos y sentidos múltiples que van mucho más allá de encontrar anomalías.

La ecografía es aquel dispositivo que confirma que algo está creciendo en el vientre. Victoria relata que cuando ve que algo se mueve en su vientre es cuando su embarazo cobró sentido de realidad, a pesar de haber tenido síntomas y un resultado positivo en el análisis de sangre. Fue ese movimiento en el monitor lo que los convirtió en certeza. Como refiere Chazan (2007, 2008) la ecografía es productora de verdades no médicas, certezas construidas a partir de la imagen fetal. No es que Victoria invalide esos elementos previos, pero es en ese momento en que se da lugar a las subjetividades maternas y a la producción de otro cuerpo.

Estos registros sobre el ver algo en la pantalla, escuchar latidos y sentir movimiento ponen en manifiesto lo que Lilian Chazan (2007) enuncia como efectos en la percepción del

embarazo y la subjetividad fetal. En cuanto a lo primero, María explicitó la alegría que sintió en ese momento y su ansiedad por el nacimiento, decía “yo quería tenerlo en mis brazos”, “ya lo quería tener”. Esas mismas emociones y sensaciones de ansiedad dan seguridad de que hay algo dentro que va tomando dimensiones de persona. Le late el corazón, se mueve, se distingue (y no) del cuerpo de la gestante.

La ecografía permite escuchar los latidos del corazón de la/el bebé, lo que da reconocimiento a su existencia. Por medio de esta tecnología se puede acceder a escuchar los latidos que diferencian cuerpos que nos son posibles sin uso de tecnología. En otras palabras, hay distintas técnicas para escuchar el corazón de otra persona y saber que está ahí, poner el oído en el pecho de otra/o nos permite saber que ese órgano late. Sin embargo, la misma acción en la panza de una embarazada no permite escuchar el latido del feto, para ello necesitamos mediar con otros dispositivos como la ecografía o el estetoscopio fetal. Este último, da la posibilidad de monitorear ese órgano sin la presencia del monitor. Pero con la ecografía se ve y se escucha, es decir, se agudizan sentidos que producen como verdad que un cuerpo crece en el vientre.

A través de las ecografías se empiezan a distinguir esos procesos de personificación del feto. Siguiendo a Rayna Rapp (1997) un indicativo importante es la posibilidad de conocer su sexo porque es la posibilidad de proyectar si se trata de “una niña” o “un niño” como se ve en la desilusión de Victoria por esperar una niña o la ansiedad de María para comprar ropa para su nieta o nieto. En otros términos, saber el sexo generará acciones de sexualización de la o el bebé previo a su nacimiento y, por tanto, generando subjetividades. Pero no es solo el sexo del feto lo que nos apuntan estos relatos, también se encuentran ideas sobre la persona.

Siguiendo a Lilian Chazan (2008), a través de la ecografía se perciben los movimientos e imágenes fetales. El sentir que se mueve, que late y verlo se va construyendo la idea de una persona separada de la madre. Destaco que, según mis registros de campo, el feto siempre se nombra como “bebé” lo que lo personifica aún más. Ni las embarazadas ni el personal de salud han utilizado la palabra “feto” para referirse a aquello que crece en el vientre de la mujer, lo que podría tener que ver con posiciones ideológicas en contra del aborto.

Pero, podemos ver cómo las vivencias de las embarazadas también están mediadas por las tecnologías. Al respecto, Elizabet Imaz (2010) nos habla sobre este proceso de reconocimiento del/a hijo/a y el autorreconocimiento como madre. Para esta autora, esas identificaciones no se dan en un momento puntual, sino que se trata de un transcurso de diferentes situaciones y elementos que se van dando en el tiempo (antes, durante y después de la gestación). Ella observa que las ecografías contribuyeron a estos procesos dando

lugar a la individualización del feto y a los sentimientos de las madres para con ellos. Me gustaría agregar que también contribuyen a dimensionar la participación activa de las personas embarazadas, ya que es un fenómeno que se produce en un cuerpo y no es posible desarrollarse sin prácticas concretas de quienes gestan. Las ecografías son aquellas tecnologías que nos permiten percibir a través del contacto (Puig de Bellacasa, 2017). El tacto entre el abdomen y el ecógrafo permite a estas mujeres explotar sensaciones y sentidos del estar embarazada y, por tanto, son generadoras de afectos y aproximación con aquello que se está gestando.

No obstante, esas ecografías no actúan por sí solas. Vemos, por ejemplo, que los sueños también son parte de esas identificaciones de una/un nueva/o bebé y la madre. Los mensajes de los dioses muchas veces tienen forma en los sueños, a través de estos se da aviso de los embarazos y el grupo se prepara para comenzar a armar las condiciones necesarias para albergar esa alma. Victoria cuenta que ella y su marido supieron de la llegada de un nuevo bebé al soñar con su otra hija. El sueño es un elemento más que se pone en diálogo con otros que se relatan en estas experiencias: análisis de laboratorio, conversaciones con ancianas, emociones diversas, consultas en el sistema sanitario y –a los fines de este análisis- las ecografías que comienzan a dotar de corporalidad al alma que está por llegar y que fue anunciada. Se establece un continuum entre la imagen de aquello que se sueña y de la que se ve en la ecografía.

La ecografía como productora de verdades a través de agudizar sentidos y poner en diálogo diferentes elementos del proceso de embarazo y parto permite disputar que la tecnología sea algo impuesto a las mujeres guaraníes. Retomando a Janette Pols (2012) la ecografía cuestiona justamente la dicotomía de tecnología fría y contacto humano caliente porque a través de ella se generan proximidades con los dispositivos y encuentros más frecuentes entre las mujeres indígenas y las/os profesionales del hospital. Pero las tecnologías no se tratan solamente de las dimensiones emocionales o la producción de verdad en un embarazo, sino de creación de prácticas nuevas y modificación de experiencias como veremos en el próximo apartado.

4.2 “a mí me parece que acá hay dos rayitas” Dispositivos que notifican

Un punto interesante para analizar es la detección de los embarazos porque este hecho nos permite pensar en los usos de las nuevas tecnologías. Esto no quiere decir que las técnicas por las cuales las mujeres conozcan su estado sean exclusivamente a través de instrumentos y métodos de la medicina profesional, pero tampoco que los sueños sean la única forma de anticipar un embarazo. De esta manera, se rompen también descripciones

estáticas y ritualizadas sobre las poblaciones indígenas. Como se empieza a vislumbrar en los registros, las maneras en que las mujeres conocen su nuevo estado son diversas.

La falta de menstruación suele ser pensada como la primera señal de un embarazo o, al menos, de la posibilidad de este. Si bien esto puede parecer una obviedad varias investigaciones, al tener en cuenta las cosmologías, presentaron otros indicadores pueden ser más relevantes o está acompañado de algún elemento que lo confirme. Esos pueden ser desde un sueño, el crecimiento del abdomen, hasta una prueba de embarazo o análisis de sangre. La confirmación no es necesariamente a través de sólo un mecanismo. En los registros presentados veíamos su interacción.

Siguiendo mis registros, cuando las mujeres se percatan de la ausencia de sangrado lo consultan con otra mujer del grupo, sus madres generalmente. Ella orienta a la embarazada sobre las acciones a seguir para corroborar la gestación. Actualmente, esa confirmación no siempre implica el sueño, aunque tampoco tiene por qué excluirlo. Veíamos dos experiencias donde síntomas como las náuseas, desmayos o cambios de actitud como estar contentas fueron disparadores para pensar la posibilidad de un embarazo.

En esas experiencias el sangrado menstrual podía o no continuar. María continuaba su vida normalmente, fue a trabajar a la fábrica hasta desmayarse y hacer una consulta médica. No había detectado atrasos, ni irregularidades en su menstruación, por lo cual la tomó por sorpresa. Su cambio de humor junto a la falta de menstruación en el embarazo anterior fueron una alerta para su madre que la llevó a hacerse análisis de sangre para confirmar su estado. Su misma historia expresa dos indicios muy diversos que la llevan a confirmar sus embarazos.

La recomendación de otra mujer también aparece en el relato de Victoria. Su narración es interesante porque conlleva a un conjunto de elementos entrelazados. Tanto ella como su marido sueñan con la llegada de una niña, la hija anterior del matrimonio aparece en los sueños para anunciarlo. Victoria lleva dos meses sin menstruación, tiene náuseas y falta de apetito, varios síntomas que hacen a la sospecha de su madre, quien le sugiere hacerse exámenes en el hospital. De ahí, Victoria desarrolla un conjunto de itinerarios de cuidado durante el embarazo que están ligados al sistema público de salud.

Vemos que aquí las tecnologías no se contradicen, ni oponen. En ambos relatos, las tecnologías vienen a confirmar algo que las personas ya sabían o sospechaban de otro modo. Mientras para el sistema médico las ecografías funcionan como una manera de detectar el riesgo, para las mujeres son una forma de acrecentar algo que ellas ya saben y sienten. Les permite dar encarnadura a su sospecha. Sobre estas maneras de detectar un

embarazo los registros abundan, pero debatiré otras maneras de confirmar un embarazo, ahí cuando no había una duda.

Un nuevo registro nos presenta una situación que, por su particularidad, “es buena para pensar” parafraseando a Lévi-Strauss. Lo que narraré es la historia de una joven se entera de su estado durante la búsqueda de un método anticonceptivo occidental. Durante esta investigación no he puntualizado en los métodos de anticoncepción utilizados por las y los indígenas, aunque siempre se hicieron referencias. El uso de plantas como principal fuente anticonceptiva fue lo más relatado, pero también los provistos por el sistema público de salud. Será motivo de discusiones futuras la anticoncepción a base de plantas porque no puede ser escindida del avasallamiento constante sobre los territorios de estas poblaciones que hacen peligrar los recursos del monte, pero no me detendré aquí.

En cuanto a los métodos anticonceptivos distribuidos por programa de salud sexual y reproductiva, de la Ley nacional 25.673 (2015), encontramos métodos reversibles y no reversibles, hormonales, de barrera o de emergencia. No todos los ofrecidos son utilizados por las personas de las comunidades, por ejemplo, pocas veces escuchamos sobre la colocación de dispositivos intrauterinos. Si bien las pastillas anticonceptivas son ofertadas en las consultas ginecológicas no suelen ser elegidas por las mujeres, lo que posiblemente tenga que ver con su uso horario tan esquemático para la administración. La ligadura de tubaria es utilizada por mujeres decididas a no tener más descendencia por motivos múltiples. El preservativo, por su parte, no implica la necesidad de salir de las comunidades porque pueden encontrarlo en las escuelas o en el CAPS. Sin embargo, su uso está mediado por la decisión del varón de colocárselo.

En los últimos años, el implante subdérmico viene ganando terreno en las comunidades. Veamos aquella situación donde en busca de un implante, una joven se entera de su embarazo:

En uno de los Centro de Atención Primaria a la Salud, se destinó un viernes a la mañana para la colocación de implantes. Durante la primera parte, las obstétricas dieron una charla en la escuela secundaria de la comunidad y al finalizar bajaron a “la salita”. Allí se encontraban varias mujeres esperando y sólo dos hombres. Los varones hicieron una consulta rápida a las agentes sanitarias y se retiraron. Había mujeres de edades distintas; pero todas ellas en edad reproductiva.

Se reunió a las mujeres y se destinó un tiempo a una charla que duró más o menos 20 minutos. En el centro se paró una obstétrica que se presentó, explicó qué hacía y donde podían encontrarla si precisaban algo. Continuó explicando qué era un implante, que era como otros métodos anticonceptivos y lo recomendaba por ser de

larga duración. Enfatizó varias veces que las mujeres que se lo iban a colocar tenían que estar muy seguras porque era un dispositivo que duraba tres años, que tenían que estar seguras de no querer tener hijos durante ese tiempo porque, en ese caso, se les podía recomendar otro. Mencionó que era gratuito, se aplicaba con una aguja en el brazo y que para quitárselo o cambiarlo, pasado el vencimiento, debía hacerlo una profesional.

Por último, explicó que previo a la colocación se debía hacer un test de embarazo porque había que asegurarse que no estén embarazadas. Las obstétricas ingresaron al consultorio y Lucía, una de las agentes sanitarias, se ocupó de distribuir los test de embarazo y llamar a las pacientes. Otra de las agentes sanitarias tomó las medidas de peso y talla para colocar en las historias clínicas. Sólo había 20 implantes y eran muchas mujeres más, se definió que se colocaría a las de entre 15 y 18 años (no había menores de esa edad) que primero habían llegado. Carla, la agente sanitaria no indígena, se comunicó por WhatsApp con la coordinadora de Atención Primaria a la Salud para comentarle que la demanda era mayor. La respuesta de la coordinadora fue que pediría unos 50 más para las próximas semanas.

Si bien las mujeres estaban dispersas comenzaron a hacer un circuito que consistía en pasar por el baño y hacer el test de embarazo. De allí, tener una reunión privada con dos obstétricas y Lucía cuando se precisaba traducción. En esta consejería se colocaba el implante. Una vez colocado se retiraban de la sala. A mitad de la jornada, una joven entró al baño y se demoró en salir. Cuando salió, se acercó a la agente sanitaria no indígena, Carla, y le mostró el test de embarazo. Carla miró el dispositivo y dijo “y... a mí me parece que acá hay dos rayitas”. Consultaron con otra agente sanitaria que recomendó repetir el estudio.

El procedimiento fue el mismo. La joven entró al baño, demoró un poco más, salió, le mostró nuevamente a Carla, pero las rayitas estaban aún más marcadas. La chica quedó sorprendida, se ríe tímidamente, pero no pareció una risa alegre, más bien era una reacción ante lo inesperado. Nadie le ofreció, entre las posibilidades, interrumpir su embarazo³⁴.

Pasó a la consulta en privado. Salió del consultorio con una obstétrica que le indicó en voz fuerte y clara los estudios que debía hacer “grupo y factor, ecografía y laboratorio”.

³⁴ En Argentina, la Interrupción Voluntaria del Embarazo fue aprobada en la cámara alta el 30/12/20, después de años de movilizaciones feministas y con la marea verde en las calles. Entró en vigor días más tarde, pero su aplicación no siempre es una certeza y aún se encuentran grandes resistencias.

Carla anotó en un papel y le dijo a la joven que para grupo y factor y laboratorio debía ir al hospital sin turno y que le iba a pedir uno para ecografía. La chica agarró los papeles, calzó su mochila y desapareció. La risa y el no saber que hacer se transformaron en salir de la situación lo más rápido posible.

La conversación sobre ella siguió en la salita. Entre las agentes sanitarias se preguntaron si estaba “acompañada” (en pareja) y dijeron que no. La obstétrica contó más tarde que su última fecha de menstruación había sido el 24 de agosto (cursaba su primer mes de embarazo). Al finalizar la jornada dijo “se colocaron 29 implantes y un embarazo detectado” (RI, 3-9-21).

En este registro, muestra como cada vez más mujeres deciden colocarse el implante subdérmico como forma de anticoncepción. Ello tiene que ver, por un lado, con la recomendación de las obstétricas que trabajan en el hospital que hacían campañas para la colocación de este. Y, por otro, la aceptación por parte de las mujeres ya que encontraban en él una forma de anticoncepción de larga duración que no implica un sostenimiento constante, requiere una primera colocación y una extracción cuando la mujer lo decida o a los tres años cuando caduca. Concretamente, al no haber hecho un seguimiento de los anticonceptivos, desconocemos si llevan adelante la forma de utilización prescrita. Se trata de un dispositivo que es colocado en una consulta médica con obstétricas o ginecólogas/os y, para su aplicación, previamente se debe descartar un embarazo.

La situación me llevó a observar una forma bastante atípica en que una mujer se entera que está embarazada. Su particularidad reside tanto en que se trata de un evento novedoso como en su forma. Es decir, hasta este año, la colocación de implantes en cantidad no era algo rutinario en las comunidades. En tanto su forma es el único registro que tenemos en que se detecta un embarazo a través de un test cuando no había sospechas previas. Posiblemente otras mujeres han confirmado sus embarazos de esta forma, más allá de mi conocimiento. Sin embargo, es una observación interesante para analizar.

Decir que se trata de un evento novedoso no significa que este sea descontextualizado. En este confluyen situaciones e intereses. Por un lado, una obstétrica que tiene un gran interés por formar un espacio de trabajo con las comunidades, según manifestó en una entrevista previa (RI, 22-8-21). Esta posibilidad está acompañada por sus compañeras de trabajo, también obstétricas, y dirección de atención primaria a la salud, como vemos las agentes sanitarias y la coordinadora que busca más recursos. Pero estos incentivos están relacionados con eventos previos, principalmente, con la muerte de dos mujeres indígenas por complicaciones durante el parto (ver capítulo dos). Este escenario llevó a la organización de la colocación de implantes.

Como se describe en el registro el stock provisto por el Ministerio de Salud fue de 20 implantes y asistieron muchas jóvenes más. Como veíamos en el segundo capítulo, desde las instituciones y las/os profesionales se apunta a la anticoncepción principalmente de las jóvenes. La motivación del equipo de salud por ampliar la salud sexual y (no)reproductiva llevó a dimensiones inimaginables del uso de tecnologías como las nuevas formas de detección de un embarazo. En la situación relatada, el orden de llegada fue el criterio para definir a quien le correspondía y la prueba de embarazo, el paso previo para aplicarlo junto con la entrevista con las profesionales.

El test de embarazo es un artefacto sensible a la hormona hCG (gonadotropina coriónica humana), que aumenta durante la gestación. Cuando la orina se pone en contacto con la tira este marcará un resultado positivo cuando los niveles de hCG son elevados y negativo cuando no lo son. El conocimiento sobre el funcionamiento de la prueba no es compartido por todas las participantes, pero la lectura del resultado sí es algo accesible. Tanto las jóvenes como las obstétricas saben si este instrumento está indicando un positivo. Fue, justamente, que cuando la joven leyó el aparato que las participantes comenzaron a desenvolver una serie de acciones que no estaban previstas.

Al salir del baño, la joven comenta a una de las agentes sanitarias la situación. Lo hace riendo tímidamente, con una sonrisa que no necesariamente denotaba felicidad. En el primer capítulo, mencioné que la timidez es una forma de expresión común en las consultas interétnicas. Allí mostraba como se pone en juego fuertemente en las relaciones de género, pero acá está más relacionado a los vínculos interétnicos. La muchacha no está en la intimidad de su casa, se encuentra en una sala de atención donde hay otras mujeres, algunas profesionales del sistema de salud con quienes no tiene vínculo. La timidez fue, en este caso, una forma de responder a una situación incómoda. Incluso, sus expresiones del cuerpo cambian cuando va pasando el tiempo. Hacía el final agarra su mochila bruscamente y se va, ya no expresando una risa tímida, sino una intención firme de querer salir de ese lugar.

Instantáneamente que se marcan las dos rayas en la prueba, se le ofrecen repetir el test. La joven vuelve al baño, demora un tiempo más, y al salir repite la misma actitud. Al enterarse de su embarazo en una institución como es el CAPS el proceso de ese embarazo, posiblemente, implicará una trayectoria de cuidado no desvinculada del sistema formal de salud y acompañada de dispositivos tecnológicos que puede conllevar a acciones inimaginables. Para empezar se le pidieron tres estudios (grupo y factor sanguíneo, laboratorio y ecografía) que para las obstétricas significaban poder detectar patologías o cerciorarse del buen desarrollo evolutivo del embarazo. Por último, es importante destacar

que ese embarazo se hizo público. Todas las mujeres de la sala fueron partícipes de la situación. Por su parte, las agentes sanitarias conocen a la joven y esperarán que ella cumpla con los controles indicados, pero no sabemos que instancias pueden implicar para esa embarazada.

Esta ha sido una de las situaciones donde florecieron mis dilemas de investigación. En ese momento, me surgían millones de preguntas ¿cómo habían hecho de este evento algo público? ¿cómo todas las personas en la sala, y no eran pocas, ahora sabían de ese embarazo, incluso, antes que su entorno íntimo? ¿cómo nadie le había ofrecido hablar en privado? ¿nadie le comentó la posibilidad de una interrupción voluntaria (si la quería), cuando ya era una ley en Argentina? ¿cómo se reducían o cambiaban las opciones de llevar adelante, o no, y cómo hacerlo? ¿qué se había charlado en el consultorio que se dio tan por obvio seguir un protocolo (análisis de sangre, ecografías, etc.)? ¿qué sentimientos tenía la joven? ¿qué le gustaría? Y así mil preguntas. Lamento nunca más haber visto a la muchacha, pero la situación me confirmó la necesidad de seguir apostando a consejerías de salud sexual y (no)reproductiva que no se apresuren con sus “certezas” y de continuar cruzando saberes.

Aquí discutí que las tecnologías obstétricas no son simples imposiciones sobre las mujeres indígenas, sino que ellas saben apropiarse de estas y les dan sus propios sentidos como veíamos con las ecografías. Pero, también, que estos dispositivos son generadoras de nuevas prácticas y proponen nuevas maneras de enterarse de un embarazo. Completando algunas ideas presentadas en el capítulo uno, la importancia y el deseo de transitar esta experiencia, actualmente, puede estar mediada por la certeza de un embarazo que traen estos dispositivos obstétricos. En algunas mujeres, las tecnologías son agregados para la relación feminidad/maternidad que presenté en ese capítulo. Nuevamente, traen nuevas heterogeneidades de la feminidad no solo porque las mujeres pueden utilizarlas o no, también porque sus usos son heterogéneos. Estos elementos ponen a las mujeres en situaciones nuevas donde deben enfrentar decisiones o cambios en sus proyectos previos como vemos en una joven que va en busca de un anticonceptivo y se entera de un embarazo. En los apartados siguiente continuaré dando cuenta de que las tecnologías son creadoras de nuevas prácticas y van más allá de ser técnicas insensibles de cuidado. Continuaré analizando qué sucede con los teléfonos celulares siguiendo este debate.

El celular, un recreador de vínculos

En este apartado quiero dejar planteada la cuestión sobre el uso de dispositivos como el celular. Se trata de una pregunta que comencé a hacerme hacia el final de mi investigación,

por lo cual no la responderé completamente a través de mis registros de campo. Sin embargo, algunos elementos me permiten pensar que el uso de telefonía móvil puede estar reponiendo o reconstruyendo algunos vínculos o eventos que tienen fuerza en lo comunitario, pero que se recrean en el espacio del hospitalario. En este sentido, vengo a proponer que los celulares funcionan como agentes mediadores de vínculos familiares cuando el lugar de nacimiento cambia, cuando se introducen nuevas herramientas, nuevas disposiciones espaciales, nuevos objetos, etc. que no son aquellos disponibles en el ámbito domiciliario como las hojas de palma, los fuentones de agua tibia, cenizas, las hojas de yerba, la tacuara, el pindo, u otros³⁵.



Foto 14 – PH: Clara Boffelli y Alfonsina Cantore. *Amba*: estructura de madera creada y utilizada por las/os mbya para que las/os bebés comiencen a dar sus primeros pasos.

³⁵ Algunos usos de estos objetos son: la yerba para ahuyentar malos espíritus, fuentones para el baño del bebé, tacuara para el corte del cordón, pindo y cenizas para cicatrizar, hojas de palma donde se coloca la parturienta para parir (puede tener una idea de higiene), etc.

Es de notar que las inquietudes en torno al celular llegan tardíamente en mi investigación debido a que yo misma había naturalizado su uso en las comunidades hasta que se pusieron en juego las medidas de ASPO. Envuelta en cuestionamientos sobre que la identidad indígena no se define por el uso de objetos o herramientas, donde el celular siempre funciona como el objeto por excelencia en exclamaciones como “por tener celular no dejan de ser indígenas”, este artefacto no era algo en lo que focalizaba mis observaciones. Eran objetos que para mí “simplemente estaban ahí”, formaban parte de lo cotidiano, no había nada de estos que llamara mi atención.

Sin embargo, con la pandemia COVID-19 y las medidas para apaliar sus efectos, fue necesario repensar en los dispositivos y comunicaciones tecnológicas. No me refiero a qué sucedió con los celulares o computadoras durante los años 2020 y 2021 porque está muy alejado de los intereses de esta tesis, pero, de pronto me vi interactuando puramente a través de estos aparatos. Una cuestión que considero importante es que no abrí nuevas relaciones en esos años, sino que intenté sostener los vínculos que había construido entre el 2015 y 2020³⁶. A través de comunicaciones virtuales, principalmente mensajes de WhatsApp, me enteraba de nuevos nacimientos. Entonces, apareció la pregunta sobre ¿qué usos daban a los celulares durante el proceso de embarazo y parto?

Desde aquí, las preguntas por aparatos técnicos no se reducían únicamente a cómo eran reapropiadas las tecnologías obstétricas para las mujeres indígenas, sino por un mundo de objetos que circulan en el día a día y que funcionan como agentes mediadores en el proceso de embarazo y parto. Este enfoque puede expandirse y pensarse en otros objetos y no únicamente los celulares, podríamos pensar en el dinero, las ambulancias, motos o automóviles, televisores o computadoras, medicamentos, etc. Pero son estos los que llamaron mi atención porque considero que funcionan como bisagra: reponen aspectos de los vínculos parentales y facilitan el acceso al sistema público de salud.

Retomando a Janette Pols (2012) los usos de los artefactos van mucho más allá de aquello para lo que fueron creados. Ella misma lo explicita con los celulares diciendo que si bien fueron diseñados para conversaciones empresariales entre varones estadounidenses, las personas domesticaron el teléfono al ampliar lo que podían hacer con ellos, por ejemplo, simplificar las conversaciones familiares o entre amigas. Lo que nos está diciendo la autora es que la historia de las tecnologías “muestran una y otra vez que los dispositivos se

³⁶ Como mencioné en la introducción, tuve la oportunidad de hacer trabajo en febrero de 2020, previo a las disposiciones de ASPO. Sin embargo, no viajé a Misiones por más de un año, entre marzo de 2020 y agosto del 2021.

comportan de manera diferente a la que pretendían sus diseñadores” (2012:18 mi traducción).

En sus trabajos sobre dispositivos de teleasistencia nos dice que las personas intentan hacer que las tecnologías encajen en el uso que quieren darles, por ejemplo, de la gran cantidad de funciones que tienen los smartphones solo se usan las aplicaciones a las cuales se le encuentran sentido, como el WhatsApp, las llamadas telefónicas, las redes sociales, etc. Esto, a su vez, permite un uso creativo de estos dispositivos.

En este sentido, autores como Fabio Mura (2011) trabajando con población guaraní plantea que es mejor pensar en las necesidades de uso de los objetos más que en su producción. Como manifiesta el autor, en los grupos sociales puede que más personas tengan habilidades para manejar un objeto que para producirlo. Esto es un primer punto para retomar, ya que estamos hablando que los celulares no se fabrican en las comunidades, pero se usan y circulan en ellas. Pensar en las necesidades de uso de las tecnologías en los pueblos indígenas va en contra de determinismos culturales que las consideran entes prefijados. Los objetos o los ambientes técnicos no se relacionan aquí con la producción de una identidad étnica específica que asocia los objetos a tal o cual sociedad.

Siguiendo el planteo de Fabio Mura, la adquisición de objetos de mejor calidad de técnica o - diría yo- que permiten nuevos usos, no deben ser vistas como hechos negativos para los estudios sobre población indígena. Justamente, las preguntas que me estoy haciendo en este capítulo me permiten cuestionar que la identidad étnica se limite o pierda cuando se incorporan objetos que no tienen un vínculo directo con los objetos del monte, es decir con aquellos elementos humanos y no humanos que se suelen atribuir al “ser mbya”. Esta es una de las ideas que nos permiten romper con dicotomías como naturaleza/cultura o sujeto/objeto porque invita a pensar objetos tales como los analizados acá como “objetos de acción”. En este sentido, es que el celular es un objeto-agente recreador de vínculos.

La obtención de saberes y objetos juruas pasan a ser incorporados como elementos de la vida cotidiana, herramientas e instrumentos para lo que se aprenden nuevas habilidades. Como explicita Mura “la diferencia, por lo tanto, no reside en los elementos en sí, sino en el tipo de uso que será hecho en cada esfera” (2011:119, traducción mía). Este planteo trae consigo un segundo punto que es que se flexibilizan y diversifican las técnicas y conocimientos en las comunidades, por lo tanto, van cambiando las cosmologías y las posibilidades de acción.

En este sentido, es que las tecnologías de origen occidental se van incorporando, algunas más lentas que otras. Cuando inicié mi trabajo de campo la presencia de grabadores, lapiceras, anotadores, celulares y cámaras de fotos no eran de uso ordinario y mi falta de

atención a estas herramientas hizo que dé por supuesto su escaso uso. Pero, prestando atención a dónde y cuándo son utilizadas se puede ver, por ejemplo, que en las escuelas los usan todos los días o que en la sala de salud se llenan constantemente planillas e historias clínicas. Quiero decir, que los objetos del alrededor están cambiando y pude registrarlos a lo largo de estos siete años. Se puede ver, por ejemplo, como la pandemia trastocó la visibilidad y usos del teléfono móvil.

Algunos datos generales me permiten ahondar en estas ideas. Por ejemplo, las lapiceras no eran instrumentos que todo el mundo tenía en sus casas. Más de una vez, quise dejar mi número de teléfono para que me contacten y pidieron biromes en las casas cercanas. Durante las medidas de ASPO y la exigencia de la escolaridad en las casas quedó evidenciado que la mayoría de las familias no contaban con dispositivos tecnológicos, ni acceso a internet para dar continuidad y se buscaron estrategias que implicaban agruparse con el auxiliar bilingüe. Muchas familias, por primera vez, llevaron los útiles escolares de las escuelas a las casas (Aliata, *et al*, 2020). Quedó al descubierto que el uso de celulares no era tan cotidiano como se pensaba.

En cuanto a las grabaciones, solo realicé una entrevista grabada a personas indígenas porque sentía que la mediación de este dispositivo incomodaba, no permitía que las personas se relajaran durante las conversaciones. A la única mujer indígena que grabé, previo a dos charlas para pactar esa entrevista, fue a Marta. En esa charla ella prefirió hablar más sobre la manera en que las/os “mbya hacen las cosas” que en las situaciones personales que me contaba en la intimidad de nuestras charlas, pero, aun así, su corporalidad fluyó y se expresó como lo hacía normalmente. Hoy creo que podría utilizar este tipo de técnicas con otras mujeres.

Algo similar sucede con las fotografías. Hoy quienes tienen celulares sacan fotos y suben a redes sociales, principalmente, estados de WhatsApp donde muestran su día a día. Fotos de sus hijas/os en el interior de sus casas, comidas cocinándose al fuego, partidos de fútbol, compartiendo con la familia los patios, dedicatorias a sus enamoradas/os, etc. Sin embargo, este uso de las fotos es reciente. Incluso me arriesgaría a pensar que se limita a las cámaras de celulares. En ocasiones, llevé cámaras de fotos y cuando las personas querían usarla, me vi explicando brevemente cuál botón apretar para que se dispare la foto. Cuando saqué fotos a las personas, me pedían que luego se las envíe por WhatsApp y se las lleve reveladas en futuros viajes (aun cuando pasaban varios meses que no volvía).

Entonces, es posible pensar que hay un cambio en el uso de estas tecnologías desde que comencé a realizar trabajo de campo. En cuanto los celulares eran menos en cantidad y el teléfono era más usado para llamadas telefónicas que para uso de redes sociales. Iba a las

comunidades con teléfonos celulares y me pedían para realizar algún llamado telefónico, pero no para envío de mensajes por WhatsApp. Si bien los teléfonos móviles tenían cámaras de fotos, no era tan común su uso como ahora. Las personas comenzaron a acceder más y más a estas tecnologías, aunque su masividad no es igual que en sectores urbanos.

Los celulares si bien son de uso cotidiano, no implica un empleo similar al de quienes vivimos en urbes. No todas las personas tienen celulares, obviamente, es más común entre las/os jóvenes, pero muchas veces hay uno solo por familia. Esos dispositivos no siempre tienen crédito, se rompen, se intercambian o venden entre ellas/os, etc. A través de estos artilugios he concretado encuentros o continuado en contacto con personas estando en Buenos Aires. Otras veces, estando en Iguazú, la comunicación se vio imposibilitada, los mensajes no llegaban, o aun habiendo coordinado un encuentro, cuando llegaba no estaban en sus casas.



Foto 15 – PH: Alfonsina Cantore. Centro de atención primaria a la salud dentro de una comunidad mbya

Las investigaciones sobre teléfonos móviles en diferentes contextos nos brindan algunas coordenadas para analizar su uso. Dominique Pasquier (2001) pensando al teléfono como dispositivo de comunicación y con familias inmigrantes en Francia busca dar cuenta de la articulación entre la telefonía y las familias. Si bien su trabajo refiere a un contexto y enfoque alejado del que aquí nos interesa, donde el teléfono es un omnipresente, plantea algunos ejes útiles para guiar el análisis. Entre los puntos que analiza encontramos la evolución de las tecnologías, su coste económico, el resolver urgencias y los usos generacionales. El referente empírico y la perspectiva son muy distanciadas de mi trabajo, pero me permiten reflexionar sobre estos ejes.

En principio quiero mencionar que la evolución de la telefonía no implicó el mismo proceso en las comunidades al que yo referencio en mi memoria donde los teléfonos de cable mudaron hacia la tecnología móvil. En esta linealidad, la telefonía inalámbrica se modificó y abrió un campo de posibilidades que llevaron al teléfono ser mucho más que un dispositivo para la comunicación. En este imaginario se pone en juego algo de lo general, urbano y de clase media desde donde estoy hablando. Es decir, crecí con teléfonos fijos en una ciudad del interior de la provincia de Buenos Aires, con los obstáculos que eso pueda implicar en los años 90' (servicio costoso, líneas intermitentes, ruidos extraños, etc.) y que, posiblemente, sea diferente a otros lugares.

Sin embargo, lo que cuestiono aquí es que esta misma evolución del teléfono fijo al móvil no sea tan directa, quizás es una asociación en teoría, pero no se trataba de un objeto que haya estado en sus casas. En las comunidades indígenas no había teléfonos de cable, ni tendido de la línea, por ello planteo que una no es referencia sobre la otra. La tecnología móvil, por su parte, trae consigo la posibilidad de moverse con una misma, de prestarse, de circular a diferencia de los teléfonos familiares en los hogares.

Contrariamente, los celulares apuntan a ser más personalizados. Especialmente los smartphones vienen con tecnologías de reconocimiento facial para ciertas aplicaciones, huellas digitales para su desbloqueo, pin y otras herramientas que están pensadas para una constante individualidad de su uso. Sin embargo, es un dispositivo que puede ser prestado, intercambiado o utilizado por otras personas. En las comunidades es un dispositivo que se compra y vende continuamente, a veces solo hay un celular por familia, cuando hay más de uno se prioriza alguno para la carga de crédito, algunas parejas comparten el celular, o durante la pandemia las/os hermanas/os hacían tareas escolares con el mismo aparato, etc.

Por otro lado, cuando las personas deben comunicar algo desde los hospitales, implica un costo económico que no siempre pueden sostener. En diversas ocasiones, me han pedido a mí o a otras personas no indígenas si podíamos cargar crédito en sus celulares o

respondían mis mensajes después de un mes o más diciendo que sus celulares no habían tenido crédito. Esto me lleva a pensar también que el teléfono, a diferencias de otros contextos, no está en todas las situaciones y, por tanto, no puede ser pensado de manera generalizada. Además, cuando se trata de su uso requiere ciertas habilidades para su manejo que están relacionadas a lo generacional y la alfabetización.

Como es de imaginar, el uso de los celulares es más frecuente entre jóvenes y adultas/os que las/os ancianas/os. Es preciso tener algún grado de alfabetización digital para poder manipular este objeto, especialmente para enviar mensajes de texto y utilizar aplicaciones. Sin embargo, en algunos puntos lo trasciende. El teléfono móvil permite también la expresión de lo oral. Tanto las llamadas telefónicas como los audios de WhatsApp pueden desarrollarse totalmente en lengua guaraní. La posibilidad del habla oral simplifica el uso y la apropiación del celular. Incluso, la mayoría de los mensajes suelen ser notas de voz, más que mensajes escritos, aun cuando se está hablando en español.

Sucedan muchas cosas a través de estos dispositivos. Recuerdo una ocasión en que un grupo de jóvenes armaba un equipo para jugar fútbol y, a través de WhatsApp, preguntaban a las mujeres quienes estaban disponibles. Alguna vez, vi un niño jugando juegos como el Angry Bird con el celular de su tío. Una niña jugaba a sacar fotos a la par que yo sacaba con la cámara. También, las/os juruas también comunican su llegada a través de un llamado o mensaje. Yo misma he avisado mi arribo en las comunidades o coordinado el envío de algún paquete desde Buenos Aires.

Como mencionaba, no todas las personas cuentan con estos dispositivos, a veces hay uno por familia. Muchas veces son las/os más jóvenes quienes cuentan con este y comunican o prestan su teléfono a las personas más ancianas. En diversas oportunidades, el uso de mi celular permitió mediar alguna situación. Un ejemplo, una persona trató de comunicarse con un cacique por un trámite desde Buenos Aires, como él no tenía celular, mandó un mensaje al mío para que lo comunique. En otra ocasión, una niña se acercó a la salita picada por una araña y el agente sanitario llamó a una ambulancia desde mi celular porque no tenía saldo en el suyo.

Sin embargo, esto no implicaba un acceso simple, mi compañía de celular no captaba señal en varias comunidades. Recuerdo una vez en que conversaba con una chica, cuando una anciana se acercó en busca de Marta, quien no se encontraba en la comunidad. Su mamá estaba muy enferma y la estaban tratando en el *opy*. Intentamos comunicarnos con ella desde mi celular, pero no pudimos. Entonces, salí al camino asfaltado buscando una mejor señal. El intento de llamar fue trunco, pero accedí a una red Wifi libre de un hotel y envié un

mensaje. Al poco tiempo, Marta que estaba en la ciudad haciendo un trámite volvió para ver qué le sucedía a su madre. El resto de la semana la cuidó en la casa de rezo.

El celular es un gran mediador para la comunicación en las cuestiones vinculadas a la salud. No solo en experiencias como la recién presentada, sino también cuando es necesario notificar la evolución médica de familiares internadas/os en otras ciudades. Recuerdo una charla con un anciano que tenía su nieta internada en Posadas y su esposa la estaba acompañando. Él sabía que estaba mejorando y que aún debían hacerle estudios -porque otra nieta se comunicaba por celular y lo mantenía al tanto (RC Lorenzetti y Cantore, 29-8-21). Otro ejemplo, es una familia que conocí en el hospital Garrahan en Buenos Aires de casualidad y me pidieron que, a través de mi celular, comunique a sus parientes en Iguazú que la niña había sido operada y estaba estable (RI, 18-11-21).

En este sentido, anticipo que el celular también es utilizado en el proceso de embarazo y parto. A través de este se comunica un nacimiento, se piden turnos para ecografías, se hacen llamados en urgencias, se piden ambulancias para traslados desde la comunidad y mucho más. El trabajo de Véronique Duchesne (2021) es un gran antecedente para pensar los teléfonos móviles como agentes no humanos que intervienen en el proceso de gestación y parto, aunque ella esté enfocada en la reproducción asistida. Si bien está trabajando con migrantes africanas en Francia, dos puntos que trabaja la autora se asimilan a inquietudes que aquí intento trabajar. En primer lugar, que estos aparatos actúan en la práctica médica y, por otro lado, que permite sostener la red de familiares y parientes en la lejanía.

La autora pone el foco en dos puntos. Por un lado, en que los teléfonos celulares son parte del protocolo de fertilización asistida. Y, por otro, que permiten mantener relaciones transnacionales y que la familia acompañe el proceso. En ambos sentidos, considera que estos dispositivos son agentes de acción. En cuanto al primer punto, menciona que los celulares están en repertorio de qué tienen que hacer, cuándo y cómo las personas que buscan tratamiento de fertilización. Aparecen en los folletos y manuales, en los números de emergencia, en la gestión de turnos, en los avisos por parte de las/os profesionales, etc. En tanto al segundo, permite que las familias estén comunicadas aun estando en otro continente y recreaba las relaciones familiares casi a diario, pudiendo informar las noticias de inmediato.

Siguiendo a esta autora quisiera dejar planteadas ambas cuestiones en mi trabajo de campo. Por un lado, que protocolizan la atención sanitaria, la modifican y posibilitan nuevas formas. Por otro, que reponen vínculos comunitarios en el espacio hospitalario y fuera de este. En cuanto al primero, veremos que son agentes que intervienen constantemente en la atención de las mujeres embarazadas en el sistema público de salud. Presentaré algunas

mínimas ocasiones en los que yo pude registrarlos. Para analizar el segundo punto, mi propuesta es presentar algunas coordenadas a través de conversaciones que yo tuve con madres y padres cuando nacieron sus hijas/os, pensando que es un análisis extrapolable a las relaciones familiares.

4.3 Algo más que pedir turnos

Escena 1: *Quedé en encontrarme con Victoria en el hospital que iba a hacerse una ecografía. Cuando llegué a sala de espera Victoria no estaba, pero me encontré a Ana. Le pregunté por ella y me dijo que se volvió a la comunidad porque no consiguió turno. A los tres días volvió a intentar, pero a las 7.30 am me envió un mensaje que tampoco llegó con el número de atenciones y ya no estaba en el hospital. La semana siguiente por fin consiguió un turno. Llegó al hospital a las 3 am y se quedó esperando. Me acerqué al hospital y compartimos la mañana (RI, noviembre 2019).*

Escena 2 (nota periodística): *están trabajando “para que las personas gestantes mbya tengan turnos protegidos en todas las maternidades. Es decir, si tiene control con el obstetra o para hacerse una ecografía tienen prioridad, no hacen cola ni esperan”, explica Saldías [director de Salud Indígena]. (RedAcción, 11/1/21)*

Escena 3: *Estábamos en la salita. Sale una muchacha de la consulta con el médico y se dirige a Carla. La agente sanitaria ve el papel con las anotaciones del médico y le dice que para hacerse los análisis clínicos puede ir directamente al hospital sin turno. En cambio, para la ecografía ahora se gestionaban los turnos a través de las/os agentes sanitarias/os. Carla tomó el DNI de la joven, lo apoyó en la mesa junto con la orden médica y les sacó una foto. Enseguida la envió por WhatsApp a alguien gestionaba turnos en el hospital. Se dirigió a la mujer y le dijo que en cuanto tenga el turno le iba a avisar qué día y hora debía ir a hacerse la ecografía (RC Lorenzetti y Cantore, 27-8-21).*

Las tres escenas van dando cuenta de cambios en el pedido de turnos hospitalarios. No planteo aquí que sean dispositivos que vengán a “solucionar” o “mejorar” la consulta en los hospitales, sino que a través de estos cambian los protocolos atención. Nuevamente, las ecografías nos permiten pensar en estas posibilidades. A través de Victoria advertimos la continua asistencia hasta conseguir un turno con la ecografista, me arriesgo a pensar que

esto puede estar relacionado con los sentidos que se les da estas. Es decir, veíamos que la ecografía no es una simple imagen con medidas milimétricas que detecta un mal desarrollo del feto, sino que a través de ellas se lo corporifica y comienza a identificar como “hija/o”. Quizás, sea uno de los motivos de esa asistencia que, además, recordemos que es posible en un espacio geográfico que tiene pequeñas distancias entre la ciudad y las comunidades.

Pero, vemos a lo largo de estas tres escenas que hay una intención de protocolización de los turnos hospitalarios. Mientras Victoria iba una y otra vez al hospital, el director de Salud Indígena menciona en una nota periodística que están trabajando para agilizar esos procesos. Obviamente, su intencionalidad está en que las mujeres indígenas no abandonen la consulta hospitalaria que es un motivo de queja constante entre las/os profesionales. De aquí la propuesta de establecer prioridades o “turnos protegidos” para las mujeres mbya guaraní.

Para mí es interesante es que el dispositivo móvil permite tejer ese puente y esto queda claro en la tercera escena. En ella, Carla, la agente sanitaria (no-indígena) coloca el DNI y receta sobre la mesa, le saca una foto y la envía a una persona que se encuentra en el hospital. El celular no implica solo un llamado telefónico para el pedido del turno, sino también poder identificar qué se pide y para quién. La firma de la profesional en la receta y el documento de identidad son enviados a través de una foto. En efecto, a través de celular se establecen formas y rutinas de atención.

Por último, es importante destacar que las/os agentes sanitarias/os son ese nexo entre las comunidades y el hospital. Es a través de ellas/os que los turnos se gestionan. Y aquí es importante destacar que las/os promotoras/es de salud indígenas cuentan con celulares personales. Gran parte de la atención, consultas y trámites son gestionadas a través de sus dispositivos. En este sentido, estos aparatos pueden crear diferentes oportunidades en la recreación de redes. Es decir, los dispositivos reafirman las redes y vínculos entre el hospital y la comunidad que ellas/os encarnan.

4.4 Avisar que alguien nació

Es una obviedad que desconozco el contenido de los mensajes o llamados telefónicos entre las personas, algo de esta magnitud sería entrometerme en su intimidad. Sin embargo, mis propias conversaciones con ellas son las que me permiten pensar que estos dispositivos están reconstruyendo o recreando los vínculos comunitarios que se expresan al momento del nacimiento. A continuación, presentaré tres recortes de conversaciones y WhatsApp al

momento de nacer tres niñas/os y un encuentro presencial dónde un padre me muestra fotos de su hijo.

Conversación 1

Veo en el estado de WhatsApp de Victoria que su hijo ya había nacido. Desde Buenos Aires, respondo a la foto de ese estado: “Felicitaciones! Una alegría”. Ella me responde a la hora con un “Gracias” y comenzamos un diálogo dónde me cuenta que el nombre del niño lo eligió el padre. A la semana continuamos la conversación sobre si su bebé está bien y si está sano. Me responde que está todo bien y que ya están en la comunidad. En estos días se decretan las medidas de ASPO y que me comentó que casi no salían de su casa. A los pocos días le detectan una enfermedad al bebé y tiene que seguir un tratamiento. Victoria me escribe diciendo que esto la tiene triste y preocupada: “no quiero que le pase algo malo a mi bebé”. De ahí mantuvimos varios intercambios por mensaje de voz en la que ella me iba contando y preguntando cosas. Cada tanto me iba comentando como evolucionaba su hijo. Al principio estaba angustiada y triste, pero con el tiempo el nene fue creciendo, le hicieron estudios, le dieron una medicación alopática y ella se fue relajando. Todas nuestras conversaciones durante la pandemia fueron en torno al niño, en uno de esos mensajes se refiere a que está grande y dice “sí, mi hijo ya tiene 5 meses” (Conversaciones por WhatsApp, 2020).

Conversación 2

En el caso de Eugenia, tuvo a su hijo en agosto del 2020. Los meses previos fui preguntando cómo iba su embarazo. En esas conversaciones me comentó que tenía fecha de parto para el 24 de agosto (ver registro capítulo 3). Llevaba 4 meses de embarazo cuando se decretaron las medidas de ASPO, pero me dijo que sus cuidados no eran muy diferentes que con el embarazo anterior. El contexto pandémico no parecía implicarle cambio alguno. Lo único que le sonaba diferentes es que el doctor le recomendó no salir de su casa.

Al mes nos escribimos mientras esperaba al doctor para controlar su embarazo y me dijo que estaba todo bien. Ella buscaba ropita para su bebé y otras/os nenas/es. Entre las donaciones, le envíe un enterito blanco que tenía valor sentimental porque se trataba de ropa usada por seres queridos. Ella estaba muy contenta con el envío especial, me lo agradeció mucho y me envió el siguiente mensaje “Muchísimas gracias

es muy lindoo 🤗😊❤️... cuando se lo ponga te voy a mandar foto junto con la ropita 🤗". En esa conversación me comentó que ya tenía nombre para su bebé.

Chateamos al menos una vez todos los meses. La semana anterior al nacimiento le escribí para ver si había novedades. Ella pensaba que seguramente nacería el 24 como había indicado el doctor. Por lo pronto sería un parto vaginal, hasta acá no había complicaciones. El 25 de agosto tuvimos la siguiente conversación:

25/08/20 17:15 - Eugenia: Hola
25/08/20 17:15 - Eugenia: Ya nació mi bebe hoy
25/08/20 17:53 - AC: Hola! Que alegría
25/08/20 17:53 - AC: Bienvenido !
25/08/20 17:53 - AC: Felicitaciones
25/08/20 17:54 - Eugenia: Si si
25/08/20 17:54 - Eugenia: Así es
25/08/20 17:54 - Eugenia: Gracias
25/08/20 17:54 - AC: Estas en el hospital o ya te fuiste a la comunidad?
25/08/20 17:56 - Eugenia: Si estoy en hospital
25/08/20 18:06 - AC: Bueno te dejo tranquila que disfrutes a tu hijo y mañana te vuelvo a escribir para que me cuentes un poco más
25/08/20 18:08 - Eugenia: Bueno voy a descansar un poco porque a noche entera no podía por el dolor 🤗👩🏻👶🏻😊
25/08/20 18:08 - Eugenia: Ahora estoy muy tranquila
25/08/20 18:09 - Eugenia: Nos escribimos mañana beso abrazo muy muy grande
25/08/20 18:09 - AC: Descansa!
25/08/20 18:09 - Eugenia: IMG-20200825-WA0091.jpg (Ver foto 15)
25/08/20 18:09 - AC: Otro muy muy grande para vos y tu bebé
25/08/20 18:10 - AC: Hermooso.

Los días siguientes conversamos sobre cómo había sido recibido el nuevo bebé por su hermano mayor. Estaba muy contento de que había un nuevo integrante en la casa. Me contó también que hizo dos horas de trabajo de parto en su casa y después ya fue al hospital, que fue muy doloroso, pero que ya estaban en la comunidad y ambas/os se encontraban bien. (Conversaciones por WhatsApp, 2020).



Foto 16: PH: Selfie Eugenia el día del nacimiento de su hijo.

Conversación 3

08/09/20 12:41 - AC: ¡Marcos! ¿Cómo estás? ¿Tuviste otro hijo? 🤔

Fue por una publicación en su estado que me enteré de que había sido padre por segunda vez. Yo no iba a Iguazú desde febrero del 2020 porque el ASPO no me había permitido volver a viajar. Para ese viaje, su pareja no había transcurrido el primer

trimestre de embarazo según mis cálculos. Durante la charla me contó el nombre del bebé, que había nacido a las 5 de la mañana de ese día, que estaban en el hospital y al otro día le darían el alta. Le envié un mensaje de bienvenida para el niño y continuamos con mensajes más esporádicos hasta que conocí al bebé en agosto del año siguiente cuando volví a viajar. (Conversaciones por WhatsApp, 2020).

Cuando en el 2018 nació su primer hijo, la primera vez me lo mostró por fotos estando yo en Iguazú. El bebé tenía tres meses. Antes de mostrarme las fotos dijo “cuando lo veas vas a decir que no es parecido a mí”. Cuando vi las fotos nos reímos porque el bebé es mucho más parecido a la madre que al padre. Todas las fotos que me mostró parecían ser del mismo día, cuando el bebé estaba recién nacido con una mantita y un gorrito celeste en el hospital. En la primera foto estaba el bebé sólo en una de las cunas plásticas de la institución. Luego, varias fotos aupa de la madre. La última, era el bebé con su abuela paterna que había visitado ese día en el hospital.

En las tres conversaciones tienen algunos puntos en común que me permiten afirmar mi planteo. Por un lado, se trata de tres conversaciones que mantuve con personas que recién habían sido madres o padres nuevamente. Se trata de personas jóvenes, promedio de 25 años, a quienes ya conocía de mis trabajos de campo. Victoria, Eugenia y Marcos han sido grandes compañeras/os en mis viajes, son de esas personas que visito contantemente. Todas/os tienen sus propios celulares. Victoria casi no lo usa, su celular no suele tener crédito y, a veces, para comunicarme con ella le he escrito a su marido, Esteban. En cambio, Eugenia y Marcos tienen un uso más constante. Eugenia es agente sanitaria y Marcos es auxiliar bilingüe por lo cual también utilizan sus celulares para el trabajo.

Las/os tres destacaron en su estado de WhatsApp el nacimiento de sus hijos. Conociendo las fechas probables de parto de Victoria y Eugenia, yo estaba a la expectativa de esos nacimientos. Se puede ver el contacto reiterado con Eugenia preguntando sobre el desarrollo de su embarazo y ella me escribió para contarme que su hijo había nacido ese mismo día. En cambio, desconocía que la pareja de Marcos estaba embarazada y no lo había visitado ese año debido a la pandemia. A través de su estado en la red social me puse al tanto.

Muchas cosas se expresaron a través de este dispositivo. En el caso de Victoria, pudimos hablar sobre la alegría del nacimiento, pero también de su angustia y preocupación cuando a su bebé le detectan una enfermedad. Se trata de una enfermedad que no tiene cura, pero con tratamiento alopático de por vida. Con el paso del tiempo, la administración comienza a hacer efecto, el estado de salud del niño mejora y ella comienza a estar más tranquila. Parte

de su preocupación es la experiencia de muerte de su hija anterior, pero hoy en día su segundo hijo está creciendo sano y ella se encarga de llevar adelante y cumplir con el tratamiento médico.

Para mí es interesante dimensionar que Victoria me escribe porque necesita compañía emocional. Es de destacar que las medidas de ASPO/DiSPO aislaron a las personas del contacto físico y, si bien considero que no es este contexto la única razón por la cual Victoria me escribió, es importante resaltar que la enfermedad fue detectada al mes de que se pusieron a disposición estas medidas y, en las comunidades, también se estaban adaptando al desconcierto que producía la pandemia. El teléfono permitió un espacio de charla a través del cual ella podía comunicar lo que estaba viviendo y cómo.

Las conversaciones con Eugenia fueron muy diferentes. Seguí su embarazo prácticamente por WhatsApp. Ella fue contándome como avanzaba, cuando tenía controles, cuando decidió el nombre criollo (*rera*) de su bebé y la fecha probable de parto. En más de una ocasión expresaba la alegría y ansiedad que sentía a la espera de su nuevo hijo. El mismo día que el bebé nació me mandó un mensaje de WhatsApp para contarme. En este sentido, el celular modificó las temporalidades de mi trabajo de campo. En otras ocasiones, hubiera esperado un próximo viaje para saber si había nacido el niño y en qué estado se encontraba. Por el contrario, este aparato permitió la inmediatez de la comunicación. Como se ve en el registro, a través de un mensaje comparte conmigo la noticia de su llegada y me envía una foto en la que está en sus brazos.

Por otro lado, el teléfono fue más allá de la posibilidad de comunicar a distancia lo que sucede en determinado momento. Durante su embarazo, Eugenia gestionó un encargo de ropa para su bebé. Desde Buenos Aires envió una donación para la comunidad y le especificó de un modelo especial que enviaba para su bebé. Como se ve en el registro, ella fue muy receptiva de regalo personal. Con este ejemplo, busco mostrar que el celular posibilita acciones que hacen al cuidado durante el embarazo, parto y nacimiento. Eugenia sabe muy bien aprovechar sus relaciones interétnicas y las puso en juego cuando iba a nacer su hijo, estos contactos le permiten solventar necesidades materiales del niño.

Por último, Marcos publica en su estado de WhatsApp el nacimiento de su segundo hijo. El bebé nació en septiembre y mi último viaje había sido en febrero, con lo cual su esposa debió haber transitado su primer mes de embarazo. Me enteré entonces por esa publicación en su estado. Pero lo que me interesa resaltar es que el celular ya venía siendo parte desde su primer hijo. Antes de conocerlo me mostró fotos como se ve en el registro. Por ello, el celular no se limitó al momento de pandemia, sino que venía siendo utilizado y permitía capturar imágenes de momentos especiales y compartirlos luego de acontecidos.

Obviamente, no estoy diciendo que la comunicación conmigo se desarrolle de la misma manera que con sus familiares. Las charlas de WhatsApp conmigo están presentadas de manera ilustrativa a fin de dar cuenta de que el teléfono móvil genera nuevas prácticas durante el proceso de embarazo y parto. A través de este expresan emociones como la alegría de un nuevo nacimiento y se comunica mucho más allá de la comunidad. Pero, en los vínculos más íntimos permite enviar el mensaje de nacimiento desde el hospital y que las personas “vengan a acompañar”. Esa compañía siempre apunta a mejorar las condiciones para la/el bebé, reponer esas acciones comunitarias como “si las personas llegaran caminando”, es decir, recrear prácticas que se hubieran realizado en las comunidades.

En resumen, mi argumento es que los celulares no son meros objetos que las/os indígenas utilizan porque “se modernizan” o “están en contacto con no-indígenas”, sino que a través de ellos se generan acciones y recrean vínculos. Las/os mbya guaraní van transformando los procesos de embarazo y parto y los teléfonos móviles son agentes de esas transformaciones. Estos permiten hacer un llamado con una urgencia, protocolizar y facilitar turnos para las ecografías, gestionar consultas y trámites; como también, reconstruir redes comunitarias, comunicar en simultáneo lo que está aconteciendo y reponer dimensiones emocionales con seres queridos.

Véronique Duchesne (2021) brinda una buena síntesis de esta propuesta. Ella nos habla de la paradoja de los celulares porque a la vez que transmiten instrucciones y formas de comportarse de acuerdo con las propuestas del sistema de salud público, permite sostener el apoyo emocional de los miembros de la familia cuando no están en el lugar. Si bien para la tecnología móvil fue una de las últimas preguntas en mi investigación doctoral me permite preguntarme cómo se reestructuran los vínculos con las instituciones sanitarias como con lo comunitario. En este sentido, las tecnologías táctiles generan proximidad y, retomando las palabras de María Puig de Bellacasa, “son compañeros existenciales para las personas que intentan mantenerse en contacto con redes dislocadas de los seres queridos” (2017:116, traducción propia).

Para este planteo, es importante tener en cuenta las palabras de Fabio Mura (2011) cuando dice que la incorporación de técnicas y artefactos no-indígenas no impide la continuación de actividades tradicionales o cosmologías, sino que se reactualizan a la vez que se adquieren nuevas técnicas. Llevando este planteo al análisis de los dispositivos móviles, estoy proponiendo que con los celulares las actividades y vínculos guaraní se continúan realizando, pero ahora con objetos diferentes que implican competencias técnicas nuevas.



Foto 17 – PH: Clara Boffelli. Jugando a arco y flecha en una tarde que conversábamos con las mujeres en los patios de sus casas. Más que tratarse de una actividad rutinaria son herramientas utilizadas para mostrar formas de vida “tradicionales” a turistas.

Tecnología ciudadana, dispositivos de consulta

AC: ¿dónde preferís parir?

X: En el hospital porque es más rápido

AC: ¿qué es más rápido?

X: los DNI

(Conversación repetida con diferentes personas)

Este registro se repitió miles de veces, casi sin variar de una persona a otra desde que comencé a hacer trabajo de campo en el año 2015. La constante me obliga a su análisis. Sostengo que los planes y programas son partes de las motivaciones propias de las mujeres para pasar por el sistema de salud público durante sus embarazos y partos. El derecho a la identidad, a través del DNI, se plantea como el primer punto para parir en el hospital. Existen excepciones de partos domiciliarios, pero saben que el parto hospitalario garantiza ese

derecho con rapidez por la posibilidad de salir de ahí con una partida de nacimiento que confirme la identidad de la/el bebé.

En el capítulo anterior, Alberto mencionaba que cuando nació su hija estuvo dos días internadas donde le hicieron todos los controles, pero entre ellos nombró “las huellas digitales”. Vemos que más que a controles sanitarios se está refiriendo a tecnologías para la identidad que es lo que me interesa problematizar en este apartado. El nacimiento hospitalario incluye un montón de tecnologías ciudadanas que modifican las proyecciones de las mujeres y de la comunidad en general sobre el lugar de nacimiento y al seguimiento del embarazo. La huella digital es el primer reconocimiento del Estado a esa/e bebé.

Como muestra el diálogo con el que inicié este apartado, la facilidad de accesos a DNI es una de las razones por las cuales las mujeres dicen preferir el parto hospitalario. En este trabajo sostengo las tecnologías ciudadanas son una de las motivaciones para que las mujeres se acerquen al sistema público de salud durante sus embarazos y partos. Obviamente, no es la única estimulación para ellas. Y, a la inversa, el proceso de embarazo y parto no es el único momento a través del cual se puede acceder a DNI o planes y programas estatales. Sin embargo, me parece un momento privilegiado porque allana el camino hacia la identificación ciudadana.

Sostengo que las políticas públicas pueden ser referidas como tecnologías del Estado. Esta tesis no es un análisis de políticas públicas, ni está enmarcada en los estudios antropológicos que se enfocan en ellas. Sin embargo, algunos puntos son necesarios para dimensionar y poner en contexto porqué vale preguntarse por políticas públicas como tecnologías ciudadanas en un estudio sobre el proceso de embarazo y parto. Cris Shore (2010) abre este análisis cuando se pregunta qué quieren decir las políticas públicas para las personas, cómo son recibidas y experimentadas, cómo afectan su vida diaria. La propuesta de esta autora tiene un punto similar al que venimos planteando aquí, los efectos de las políticas no se limitan a aquello para lo que fueron diseñadas. Sus efectos son imprevistos porque incluyen la relación entre diferentes actores e instituciones. Muchas de las políticas que veremos aquí son gestionadas por los centros sanitarios y, estén o no pensadas para el embarazo y parto, las mujeres se van apropiando de ellas.

Las políticas sobre las que hablaré a quién no tienen su foco principal en el ámbito sanitario, ni tampoco son específicas para población indígena. Son políticas que tiene una cohorte universal. Para empezar, me refiero a la posibilidad de acceder a una identidad nacional. Aquello que en contextos urbanos de clase media parece muy obvio, tiene una historia muy reciente en la población indígena argentina, data más o menos de los años 80 (Diana Lenton, 1999; Luciano Martín D’Addario, 2013). Hay muchas personas que hicieron sus DNI

hace poco tiempo o que aún no lo tienen. Más que nada ancianas/os, aunque no sucede tanto con las/os niñas/os.

Los DNI, junto con otros documentos, son guardados de una manera especial por las familias. En aquello que ante un vistazo rápido puede parecer caótico, lleno de barro rojo o desordenado puede pasar desapercibido el cuidado de estos documentos. Por más gastados, húmedos o teñidos de tierra colorada por el uso, las personas los guardan en cajones destinados solo para documentación, en billeteras, en folios. Puede ser imaginable que las y los guaraní no transitan en la comunidad con sus documentos, pero saben dónde encontrarlo, cuando hacen trámites los llevan bien sostenidos o guardados en pequeñas carteras o billeteras. Esta atención da indicios de su importancia.

Decía que las mujeres consideran que el parto hospitalario agiliza el trámite del documento de identidad, las partidas de nacimiento, las inscripciones en ANSES³⁷, etc. Como muestra el siguiente registro, no es únicamente el parto el momento para hacerlo, aunque se facilite:

Pasé por el hospital porque Eugenia me pidió colaboración con unas impresiones. Cuando llegué estaba una señora con una nena de no más de tres años. Según me contaron estaban realizando el trámite de edad presuntiva de la niña porque había nacido en la comunidad. La señora no podía decir la fecha exacta de nacimiento de su hija. Estuvo más de tres horas en el hospital donde la derivaron a varias oficinas y le hicieron diferentes evaluaciones a la niña (RI, 11-11-19)

Este registro muestra lo engorroso que puede ser acceder al DNI posterior al nacimiento. En uno de los casos donde se repitió el registro en que aparece la preferencia por el parto hospitalario, una madre me dijo a continuación “porque después los médicos no te firman”. Es posible acceder a la documentación posteriormente, pero implica otros tiempos y trámites. Si bien la obtención del documento de identidad es un derecho básico para las personas y que, en para población indígena, ha presentado sus limitaciones históricamente. En este sentido, la rapidez de registros nacionales es fundamental para poblaciones que han visto vulnerado este derecho.

Maritza Peirano (2009) nos dice que los documentos van siendo modificados y también los datos que incluyen. El DNI identifica fácilmente el nombre, la edad, la dirección, el país de origen, etc., nada de esto marca de auto adscripción étnica como si lo hacen otros formularios. Incluso, la misma autora sugiere que la forma y el contenido de los documentos

³⁷ Administración Nacional de Seguridad Social. Es un ente de administración pública nacional que depende del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y que está encargado de gestionar pensiones, prestaciones sociales, servicio previsional, entre otras.

forman parte de las cosmologías. Las personas mbya suelen hacer uso de dos nombres, por un lado, el denominado *rera* o nombre criollo y, por otro, el *rery* o nombre indígena. Mientras el primero es el que figura en el DNI y es una decisión arbitraria de la madre y el padre, el segundo es comunicado por los dioses mediante una ceremonia religiosa.

El nombre del DNI suele ser utilizado en las relaciones interétnicas. El segundo es un nombre enviado por los dioses a través del cual se establecen vínculos entre estos y las almas de las personas. Este se recibe a través de la ceremonia religiosa (a diferencia del anterior no es una decisión arbitraria de madres y padres), condición que permea su personalidad, características y cualidades individuales (Paulo Porto Borges, 2002). La interpretación de este nombre debe ser correcta porque podría traer consigo enfermedades lo que obligaría al cambio.

Existe un repertorio finito de nombres. El nombre es determinado según la región de la que viene el alma. Dependiendo del lugar de procedencia será en su vida en la tierra, por ejemplo, líder religioso, buen cazador, líder político, etc. Durante los primeros años, la gran preocupación de los padres es asegurar el crecimiento del alma debido a su vulnerabilidad. Cuando un *rery* (nombre indígena) ha sido mal interpretado en la ceremonia de bautismo, puede desarrollar enfermedades a lo largo de la vida, lo que implica volver a comunicarse con los dioses para un nuevo nombre (Porto Borges, 2002; Gorosito Kramer, 2003).

Podemos pensar, en cambio, que el *rera* expresa la relación con juruas y el Estado y el *rery* el vínculo con los dioses y la comunidad (Gorosito Kramer, 2003), ya que es la condición que le permea su personalidad, características y cualidades individuales (Porto Borges, 2002). En cuanto al *rera* cobra importancia que esté explicitado en DNI porque, siguiendo a Maritza Peirano (2009) los documentos son objetos indispensables hoy en día porque, a través de ellos, demostramos quienes decimos que somos. En este sentido, para los vínculos burocráticos interétnicos no alcanza con nuestra palabra, como si los es la identidad dentro del propio grupo que se expresa totalmente en la oralidad.

En continuidad con el trabajo de Ana María Gorosito Kramer (2003), anteriormente interpreté que el nombre en el DNI no era más que una burocracia vacía que no tenía más uso que en sus propias lógicas y se colocaba apresuradamente (Cantore, 2017). Hoy discuto esta idea porque la elección del nombre criollo es ampliamente pensada y debatida, suele replicarse el nombre de una persona cercana, de la familia o un/a referente. Pero, también discuto que sea vacía porque son una puerta de acceso a programas estatales que permiten acceder a un recurso económico. Me enfocaré especialmente en la Asignación Universal por Hija/o (AUH) y por Embarazo (AUE).

El DNI es el primer paso para gestionar y acceder a derechos y beneficios estatales que, actualmente, implican algo más que el nombre y la fecha de nacimiento. Las tecnologías ciudadanas son constantemente reactualizadas. Por ejemplo, para acceder al Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) -un seguro social para paliar los efectos económicos de las medidas de ASPO/DiSPO- era necesario contar con el número de trámite del DNI, una referencia numérica cada vez más usada para diligencias en el Estado argentino. En este sentido, las/os indígenas reactualizaron vínculos no-indígenas como estrategias para quienes no están alfabetizadas digitalmente puedan contar con este monto económico.

Como sostengo, el DNI es el ingreso a muchos otros derechos y beneficios estatales. La identidad de las personas y de la comunidad establecen conexiones con el ámbito sanitario. Enfatizaré que la atención pública sanitaria es la mediadora para el acceso a algunos de estos planes y programas (nacionales y provinciales). Muchos programas tienen su fundamentación en el ámbito sanitario. Y, si bien no son específicos para poblaciones indígenas, tienen un tinte universalista, podemos nombrar: el plan remediar, el programa de salud sexual y reproductiva, el plan NACER/SUMAR, la atención primaria a la salud, médicos comunitarios para pueblos originarios, el programa específico para la población mbya destinado a garantizar el derecho a la salud de estas poblaciones: techaí mbya, entre otros.

Estas políticas universales o destinadas particularmente a sujetos indígenas tienen conexión con otras como las referidas a registros censales, políticas de reconocimiento de derechos específicos, de regulación de la movilidad social y de regímenes de ciudadanía. Como decía, me interesa ver qué sucede con la AUH y la AUE. La primera se trata de una asignación económica para menores de 18 años que no cuenten otra asignación y sus m/padres estén desocupadas/os o en la economía informal y se puso a disposición en Argentina en el año 2009. Como contraparte las/os beneficiarias/os deben comprobar la permanencia en el sistema de educativo y cumplir con los requisitos sanitarios estatales. En el 2011 se extiende para embarazadas con más de 12 semanas de gestación y surge así la AUE.

A los fines de esta tesis es necesario notar que, para acceder a ambos programas, es necesario recurrir al sistema público de salud. Es allí donde se gestionan planillas firmadas por profesionales que proveen de datos sobre las personas. Entonces, ese beneficio estatal obliga a las mujeres a realizarse los controles estatales durante el embarazo y a atender a sus hijas/os en el sistema público de salud como veíamos en este capítulo y el capítulo dos. Nuevamente, las tecnologías adquieren sentidos especiales para las personas y crean efectos más amplios que para las que fueron pensadas.

Pero como vengo desarrollando desde el principio de este apartado, las mujeres no están pensando únicamente en la exigencia del Estado, ellas consideran de importancia su contrapartida económica y el cuidado en la crianza de sus hijas/os. La AUH no es un programa que esté destinado especialmente a beneficiarias mujeres. Los padres también pueden recibirlas, pero son ellas quienes mayormente los cobran. Como se ha dicho desde la antropología feminista, esto refleja las ideas que el Estado continúa teniendo sobre los roles de género porque privilegian a las mujeres porque las piensa como “naturalmente cuidadoras”, pero a su vez “habilitan espacios de responsabilidad, decisión y poder” (Cynthia Del Río, et al. 2012:61). Sin dejar de mencionar que la exigencia de la “buena maternidad” implica una sobre carga física, emocional, de tiempo, de asistencia, etc.

Si bien se potencia su rol de madres y cuidadoras, no puedo dejar de mencionar que ante las condiciones de pobreza en la que viven estas poblaciones, estos planes y programas son una respuesta económica y sanitaria. Sin embargo, las mujeres se van apropiando de las políticas públicas de formas muy diversas en busca de mejores condiciones de vida y el bienestar de sus familias. Los programas estatales son mucho más que una medida vertical desde el Estado, desenvuelven nuevas dinámicas constantemente.

Son programas que incluyen un ingreso fijo mensual y la administración de ese dinero puede llegar a generar tensiones en las familias o habilitar nuevas actividades para las mujeres. En tanto desencadenante de nuevas acciones para las mujeres. La AUH y AUE son dispositivos que comienzan a generar independencia económica. Cuando las madres son quienes cobran pueden comenzar a administrar sus gastos, como refería una médica “ahora las mujeres tienen más independencia para salir a comprar” (RI, 18-2-2020). Ello implica más salidas de la comunidad, negociar en el mercado, expresarse más en español, definir en qué se gasta y qué no, etc.

Sucede muchas veces que cuando las parejas se separan la AUH comienza a ser una tensión en quién debe cobrarla, si el padre o la madre. Si el cobro debe estar nombre de la persona con quien viven las/os niñas/os o si la persona tiene un mínimo ingreso por changas o trabajo informal, si debe repartirse ese ingreso. Pocas veces quien tienen un mínimo ingreso quiere renunciar al beneficio estatal, conviva o no con sus hijas/os y administre sus gastos. Incluso, conocí un caso donde las personas buscaron asistencia legal del Estado para resolver este conflicto.

Otro tipo de tensiones son especialmente con las/os agentes sanitarias/os. Como mencioné, muchas personas se acercan a los centros de atención para gestionar algún trámite, pero a veces pueden confundir cómo y dónde terminan esas diligencias y qué les corresponde

hacer a las/os agentes y a las/os beneficiarias/os. Rosa me explicó una pelea con otras mujeres por no haber cobrado la AUE:

Mientras tomábamos mates nos cuenta que hace todos los papeles para las madres y embarazadas, pero éstas no siempre van a ANSES a terminar el trámite y opina: “eso no es mi problema, yo les lleno todos los papeles, pero las mamás tienen que encargarse de llevarlos”. Esa era la actitud que ella tomaba ante estos episodios sin distinguir en sus vínculos más cercanos. Continúa: “mi cuñada vino a decirme que ella no había cobrado la asignación por embarazo y yo le respondí eso mismo ‘que no es mi problema’. Yo le llené los papeles, pero si ella no fue...” (RC Enriz y Cantore, 5-11-16).

Como vemos los planes y programas generan mucho más que un acceso económico, tienen efectos que van mucho más allá de lo que fueron pensados (Shore, 2010). En este registro damos cuenta de que la sala de atención solo es uno de los pasos a seguir para acceder a esos beneficios. Como cuenta Rosa, su cuñada no continuó los trámites en ANSES y ella se sintió increpada. El efecto secundario que se ve en este registro es que la sala como mediadora me refiero también a que es un paso necesario para continuar los trámites en la ciudad. Salir de la comunidad, implica romper con esa imagen estática de la mujer cerca del fuego se rompe, no así su rol de cuidadora. Pero muchas de estas mujeres se maquillan y ponen sus mejores ropas para ir a la ciudad, gestionan el viaje, compran cosas en la ciudad, etc.

En tanto el sistema público de salud es uno de los gestores de estos planes y programas, es importante reconocer su expansión y alcance. Siguiendo la reconstrucción de Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti (2016) a mediados del siglo pasado se extiende la atención primaria a la salud con la intención de llegar a la población más vulnerables. Uno de los principales cambios de la expansión de las políticas sanitarias fue la llegada de los hospitales y centros de atención primaria a la salud en cercanía a zonas rurales. Muchas de las personas que vivían en estos espacios eran indígenas que comenzaron a hacer uso de estos hospitales y otros centros sanitarios, aunque la aceptación de la biomedicina varió entre los grupos.

Estas primeras políticas tenían su principal foco en la población materno infantil desde un enfoque preventivo. En la atención a las mujeres embarazadas y a los/las recién nacido/a se promulgaban formas aceptables y adecuadas para el desarrollo de una buena maternidad (Nari, 2004). Ello tuvo un fuerte impacto en las prácticas reproductivas y de cuidado de las mujeres promoviendo la implementación de controles prenatales y el parto hospitalario (Drovetta, 2016). Las mujeres indígenas fueron incorporando progresivamente prácticas

biomédicas como parte de cuidado de su salud reproductiva y del cuidado sus hijas/os dando como resultado un fuerte impacto en el ejercicio de su maternidad y de sus prácticas reproductivas (Hirsch, 2015).

Esta expansión del sistema sanitario continua hasta el día de hoy. Todas las comunidades de Iguazú cuentan con agentes sanitarias/os indígenas. Además, tres de ellas poseen una casa de material que funciona como centro de salud, una tiene una estructura de madera y en las otras dos la atención es bajo un árbol. La atención y la búsqueda de acceso a planes y programas modifican el espacio comunitario. Las salitas abiertas o las visitas de las/os médicas/os marcan los ritmos de la comunidad (como también lo hace la Escuela, los partidos de fútbol los fines de semana, las asambleas, las lluvias y otros eventos). En las mañanas -momento del día en se atiende- las mujeres comienzan desde temprano a acercarse con sus niñas/os. Desde adentro se les provee de sillas o bancos improvisados para sentarse y esperar.

Mucho del tiempo que las mujeres pasan en las salas es realizando trámites y no solo haciendo consultas médicas. En este sentido, los CAPS y las/os agentes sanitarias/os funcionan como “mediadores” entre las mujeres y el Estado. Es el lugar donde se llenan las planillas, se expiden turnos, se hacen control de peso y talla, se vacuna, se evalúa el crecimiento y un montón de otras cuestiones que hacen a la posibilidad de acceso a planes sociales que exceden el ámbito sanitario. Los mismos planes y programas como AUH o AUE implican exigencias de paso por el sistema sanitario, por ejemplo, el cumplimiento del calendario de vacunación para poder cobrar. En este sentido, la salita es un espacio de sociabilidad especialmente para mujeres embarazadas o madres.

Las/os agentes sanitarias/os no son simplemente una extensión del Estado, son sujetos actuantes. No solo por ser a través de quienes se gestionan los vínculos con los programas estatales, sino también porque ponen en prácticas sus propios intereses en los intercambios. Recordemos que en el capítulo dos, veíamos que las rondas de vacunación por COVID eran un momento para hablar de los controles durante el embarazo y parto. Pero también, con el entrecruzamiento de programas es posible obtener datos estadísticos en beneficio de las comunidades y de Salud Indígena. En la salita se generan registros censales que permiten dar cuenta de cuantas familias viven en la comunidad, cuantas personas hay, cuantas cobran algún plan o programa y cuando nace una/un nueva/o niña/o.

A continuación, presento un registro que permite dar cuenta de cómo se reconfiguran las familias a través de los censos cuando hay un nuevo nacimiento:

Acompañé a las agentes sanitarias a hacer una recorrida por terreno. Cuando nos detuvimos en una de las cosas preguntamos si alguien debía vacunarse contra COVID-19 y salieron dos muchachas. La más chica (17) tuvo un pequeño niño hace un mes y el padre no lo reconoció. Ella era muy tímida y casi no hablaba. A través de las preguntas que hacía una de las promotoras de salud se pudo dar cuenta que recibía mucho acompañamiento familiar en el cuidado del niño. La agente sanitaria le dijo “una cosa es que te ayuden, está bien que te ayuden, pero vos sos la mamá, vos te tenés que hacer cargo”. A continuación, vieron que el niño no estaba en los censos. Le preguntaron si estaba acompañada y alguien intervino diciendo “ella se acompañó, pero ya no está más acompañada”. Entonces se la inscribió a ella y su bebé como una nueva familia (RI, 30-8-21).

Este registro muestra que los censos estadísticos que se construyen desde el centro de salud tienen su propia forma de contabilizar a las familias. Para el Estado, los nacimientos marcan la inauguración de nuevas familias y explicitan formas de comportamiento. En el registro se puede ver también que la joven recibía mucho acompañamiento familiar en la crianza de su bebé y vivía en la misma casa. Pero, a la hora de contabilizar aparece en los datos como una familia diferente. En resumen, a través de las políticas públicas se generan nuevas formas de relacionarse entre las personas, como también se recrean las maneras de organización de las comunidades.

Conclusiones

En este capítulo continúe la discusión que se viene dando en esta tesis con las formas más “clásicas” de pensar el mundo indígena. Discutí que las tecnologías puedan ser organizadas esquemáticamente entre el mundo indígena/tradicional vs el mundo moderno. Partir de aquí es posicionarse atenta a las transformaciones de las prácticas y, por tanto, cómo se van organizando y transformando las relaciones sociales y materiales (Mura, 2011; Vanzolini, 2018; Padawer *et. al*, 2021). El capítulo se construyó bajo el supuesto de que las tecnologías son un elemento más de cuidado para tener en cuenta cuando se piensan dimensiones del cuidado.

Desde aquí retomé la propuesta de Janette Pols (2012) de no pensar a las tecnologías como aquellas formas de cuidado que son frías y distantes, mientras el cuidado humano se corresponde con lo amoroso, cariñoso y cálido. Bajo este paraguas analicé tecnologías que son muy diferentes entre ellas y que englobé en tres: las obstétricas, las de comunicación y las ciudadanas. A respecto de las primeras, el foco estuvo puesto en las ecografías y la

prueba de embarazo. Con las segundas, referí específicamente a los celulares. Y, en cuanto a las estatales, enfatice en el documento nacional de identidad y otras afines. A su vez, discutí el conocimiento experto del personal de salud para la lectura de las tecnologías (Jordan, 1993). Si bien tienen un conocimiento técnico que las mujeres desconocen, ellas mismas pueden acceder a lo que están informando las tecnologías a través de “sentir”, “escuchar”, “ver” la ecografía o “interpretar” dos rayas en la prueba de embarazo.

Comencé el análisis con una tecnología que parece obvia en el proceso porque como dice Lilian Chazan (2008), en contextos urbanos raramente se transitan embarazos sin acompañamiento de estas imágenes, pero en espacios como el presentado aquí son un elemento bastante novedoso. Si bien es una tecnología que fue pensada para detectar patologías y posibles riesgos del feto es utilizada por las mujeres con sentidos muy diferentes. Vimos que construye subjetividad fetal, exacerba sentidos de maternidad y da certeza sobre el embarazo, sin excluir las propias cosmologías y elementos del mundo indígena. Por ejemplo, el embarazo de Victoria fue soñado por su marido y confirmado por la ecografía. El hilo que siguió este apartado es que las mujeres mbya mostraron que las tecnologías pueden generar proximidad con el proceso de cuidado y con agentes humanos y no humanos, lo que también se puso de manifiesto con el uso de celulares.

En cuanto a la confirmación de los embarazos las tecnologías también están jugando un papel novedoso. Por un lado, porque pueden confirmar algo que ya se sospechaba por otros síntomas como la falta de menstruación o cambios de humor. Por otro, pueden notificar algo que no era esperable. El registro sobre los implantes subdérmicos mostró como una tecnología confirmó un embarazo no intencional, justamente, cuando el motivo de visitar el sistema público de salud era esquivar la posibilidad del embarazo. En este caso, la tecnología puso sobre la mesa un problema inesperable para la muchacha, se encontró con algo que no solo no estaba planificado en su vida, cuando su proyecto iba por otro lado. El test de embarazo y el implante subdérmico no son simple incorporación de tecnologías en las comunidades, son instrumentos que en su uso modifican proyectos de las personas y del grupo.

En este capítulo, retomando la idea de que los dispositivos pueden también generar proximidad analicé el uso de los celulares. Aquí pudimos ver que las personas hacen usos de las tecnologías de manera mucho más amplias de la función para la que fueron pensadas (Pols, 2012), propuse entonces que los smartphones son un ente recreador de vínculos. Estos fueron pensados como agentes mediadores en dos sentidos, por un lado, a través de ellos se facilita y rutiniza la práctica médica y, por otro, se reponen prácticas comunitarias. En el primer punto vemos que a través de estos se piden ambulancias o

turnos médicos, a través de ellos se van rearmando las relaciones entre las comunidades y el sistema público de salud. En lo afectivo se comunica públicamente un nacimiento, se expresa alegría, se cuenta a alguien cercana/o, se gestionan bienes materiales, se recrean prácticas como si se dieran en la comunidad cuando las personas no están en ellas o cuando el nacimiento se dio en el hospital. Los celulares son un elemento que acercan mundos que a simple vista parecen antagónicos, dan cuenta de las transformaciones de los grupos sociales y son agentes que posibilitan esos cambios. Su uso es cada vez más frecuente, aunque incomparable con contextos urbanos.

En cuanto a las tecnologías ciudadanas escogí enfatizar en el Documento Nacional de Identidad y otros programas como la Asignación Universal por Hija/o o por Embarazo (AUH/AUE). El nacimiento hospitalario se presenta allana el camino para la identificación estatal. El DNI como objeto material tiene un cuidado que no tienen otros objetos, inclusive el celular a pesar de ser un dispositivo costoso. El DNI es una identificación como ciudadanas/os -en un país que invisibilizó la presencia indígena (Gordillo y Hirsch, 2010)- y, a su vez, la puerta de acceso a otros programas de derechos y beneficios estatales -para poblaciones históricamente empobrecidas y negadas-. Las/os indígenas sabe que para acceder a programas de cobertura estatal es necesario el paso por el servicio público de salud.

Por la necesidad de tramitar recursos económicos y sociales del Estado el tránsito por las dependencias sanitarias es cada vez más cotidiano. Las mujeres encuentran la posibilidad de mejorar condiciones materiales y bienestar social a través de estos programas. Y como contracara se modifican relaciones de género porque, por ejemplo, logran mayor independencia para decidir cómo administrar la economía. Como resultado, también cambian las disposiciones espaciales en las comunidades porque las mujeres pasan mucho tiempo no solo haciendo consultas y realizando trámites.

El último punto para resaltar es que las tecnologías, además de elementos de cuidado, dan cuenta de la diversidad entre las mujeres. Es decir, nos permiten discutir con las formas estereotipadas de “ser mujer mbya” porque van creando heterogeneidades de las más diversas. A través de las tecnologías se pueden apreciar maneras variadas de acceder a la información y confirmar un embarazo, de generar corporalidades, de maternar y, sobre todo, de transitar los procesos de embarazo y parto. Los usos de las tecnologías son tan amplios que van desde la alegría y ansiedad que produce ver y escuchar una ecografía como fue para Victoria y María, el enojo y angustia que generó a la muchacha el test de embarazo, la promoción de las/os agentes sanitarias/os del uso de dispositivos biomédicos, o pueden

facilitan contención afectiva como los celulares. Todas estas formas tecnológicas generar feminidades y experiencias de embarazo y parto diversas.



Foto 18 – PH: Alfonsina Cantore. En la foto estamos una mujer embarazada y yo. Fue tomada por su marido en una tarde que conversábamos las/os tres en su casa.

Conclusiones

Esta conclusión está compuesta por dos estilos de análisis. En el primero preciso algunos cruces entre los capítulos propuestos que, a simple vista, parecieran lejanos en sus temáticas y abordajes. Entre la amplia gama de componentes desde donde se puede indagar este proceso, escogí cuatro (corporalidades, expectativas, cuidados y tecnologías) que funcionaron como paraguas de cada uno de los capítulos. Estas cuatro dimensiones permiten debatir con etnográficas clásicas sobre mbya guaraní y lo que yo veía y escuchaba en el campo. Aquí voy a cruzar estas variables que fueron analizadas separadamente (ver cuadro). En el segundo, explico elementos que han sido transversales a esta tesis y que brindan coordenadas para pensar las experiencias de embarazo y parto en este espacio etnográfico en particular.



Los capítulos uno y dos tienen un enfoque más teórico buscando discutir con lecturas interpretativas sobre la población mbya guaraní y los modelos médicos. Si bien en los capítulos tres y cuatro no se exigen de discusiones teóricas, se priorizan las experiencias (o algunos de sus aspectos) de mujeres mbya guaraní. A lo largo de este texto teoría y registros dialogan de un modo alternado. El punto principal de esos debates teóricos es la necesidad de hacer un análisis contextual e histórico donde las mujeres no sean representadas como paisaje de fondo de las comunidades, ni la población guaraní como reticente a entablar diálogos (muchas veces tensos) con el sistema de salud público. Desde aquí busqué correrme de imágenes homogeneizantes sobre las mujeres, las comunidades y el sistema público de salud.

El capítulo uno fue una invitación a abordar las corporalidades y la vivencia de las mujeres en lugar de representaciones o generalidades sobre el cuerpo mbya guaraní. Analizar las corporalidades es una oportunidad para pensar el embarazo y parto no como un abstracto que se carga de contenidos culturales, sino que se experimenta a través del cuerpo. Interesada en cómo las mujeres atraviesan este proceso, busqué focalizar en las vivencias

corporales para atender a las muchas caras de la maternidad, sin limitar el análisis a las representaciones sobre la feminidad y el cuerpo. Fue posible reconstruir algunos aspectos que se entrelazan de manera muy diversa en las trayectorias de cuidado de las mujeres. Las emociones, la timidez, los acompañamientos, las diversas tecnologías, el lugar de parto, etc. son algunas de las dimensiones que me permitieron reflexionar sobre la multiplicidad de elementos que se incorporan en el proceso de embarazo y parto y, por tanto, en la heterogeneidad de vivencias de lo que implica gestar para las mujeres mbya guaraní.

En el análisis sobre las corporalidades un punto a resaltar fue la timidez. Desde aquí problematicé que sucede en la consulta médica con las feminidades. Explicité entonces que, en esos intercambios, suelen ser cabizbajas, no preguntan, no hablan más de lo necesario. Obviamente, no se trata de manifestaciones de todas las mujeres, pero es un aspecto que llama la atención. Estas ideas fueron retomadas en el capítulo cuatro con un registro donde se detecta un embarazo no intencional con nuevas tecnologías. Si bien la joven levanta su mochila y sale de la consulta enojada con tonos corporales fuertes, con una clara intención de querer desaparecer de la escena, durante la consulta médica es tímida, se ríe cuando pide una segunda prueba de embarazo, baja la cabeza en la confirmación, etc.

Concluyo que la vergüenza es parte del encuentro de género e interétnico: no es simplemente que las mujeres prefieran no atender sus partos con varones, sino que la forma en que se disponen a veces las consultas, con la sala repletas de gente, con tecnologías nuevas, con médicas/os que están de tránsito, etc. generan manifestaciones de las identidades como indígenas y como mujeres. Pero, atenta a las relaciones de género, es importante destacar que las mujeres se presentan como muy tímidas en la atención sanitaria, pero son las más activas y cuidadoras al interior de la comunidad.

El miedo fue otro punto retomado en varios capítulos de esta tesis. Considere que el miedo al parto o al dolor en el parto no es una condición inhabilitante para las mujeres o que las lleva a buscar atención biomédica, incluso que no necesariamente debe ser pensado como una sensación negativa. En los capítulos uno y tres vimos que el miedo durante el proceso de gestación cobra un sentido singular, es un miedo a lo incierto y al dolor, pero también es un sentimiento que se ancla en las experiencias previas de las mismas embarazadas o de mujeres cercanas, en ello reside su carácter compartido. En el capítulo tres, se puede ver como la trayectoria de parto de Victoria estuvo vinculada a la pérdida de su primera hija y las situaciones de riesgo atravesadas por su madre. En ello la dimensión del riesgo que, en el capítulo dos, fue analizada como una probabilidad estadística en la cual las/los profesionales basan sus expectativas, es en reapropiadas por las mujeres ante las dificultades que puedan acontecer en el embarazo y/o parto.

Pero el miedo no se limita al riesgo, también está vinculado a experiencias pasadas de las mismas mujeres. Por ejemplo, el miedo de Marta radica en no sentirse segura por ausencia de quien es su referente. Su suegra, que actuó de acompañante y partera en todos sus partos, no se encuentra cuando se desencadena el último y ella decide ir a parir al hospital. Vemos así que sentirse segura y estar acompañada pueden ser otras de las emociones que se vinculan al proceso de embarazo y parto, donde nuevamente, lo comunitario cobra relevancia.

En el capítulo dos, propuse la categoría analítico-descriptiva de expectativas, focalizando en las/os profesionales de salud, porque permitió romper con dicotomías entre sistemas médicos contrapuestos. Al no buscar interpretaciones del modelo biomédico versus modelos indígenas para comprender que sucede y que atenciones precisan el proceso de embarazo y parto, a través de esta categoría podía registrar proyecciones de distintas/os sujetos sobre las mujeres. El enfoque no es una invitación a analizar si las embarazadas responden o no a una expectativa, sino a comprender con qué discursos se encuentran las mujeres, qué diferencias y similitudes hay en esos discursos, cómo se van modificando y cómo son reapropiados o discutidos. Pero el punto que me interesa resaltar en esta conclusión es que las mismas expectativas son desencadenantes de emociones, miedos, ansiedades, etc. Situaciones como la de Celia reavivan imaginarios y generan inquietudes y dificultades que se vinculan al desconocimiento de las normativas en las que se enmarcan las expectativas de las/os profesionales.

Las mujeres retoman muchas de esas expectativas e intentan responder a ellas. Veíamos, por ejemplo, que las ideas de riesgo son retomadas por Inés (capítulo uno) o por Victoria (capítulo tres). Pero, también, vimos que la insistencia en el control desencadena emociones que van más allá de saber si un embarazo transcurre acorde a estandartes biomédicos. Esas emociones tienen que ver con lo que generan las tecnologías obstétricas para las mujeres. Mientras el control es una insistencia biomédica para conocer el curso de la gestación, para las mujeres es generadora de ansiedades y alegrías por escuchar los latidos del corazón, por ver imágenes difuminadas de lo que se lleva dentro y por confirmar un embarazo. Si bien se trata de tecnologías pensadas para detectar patologías y riesgos, es apropiada para confirmar un embarazo y permite experimentar emociones de las más diversas. Las tecnologías explotan sensaciones corporales a través de ver y sentir. Aquí la corporalidad vuelve a cobrar sentido porque nos corre de las representaciones del cuerpo para dar lugar a las sensaciones que se producen y reactualizan entre las expectativas médicas y las tecnologías.

Un punto interesante es que las expectativas profesionales van ganando tanto terreno en las comunidades ya que los propios relatos de las personas se construyen en diálogo con ellas. Retomando el registro de Luis se puede ver una insistencia en que le tocó atender el parto porque “la ambulancia no llegó”. No me interesa discutir si se trata de un hecho certero o no, sino de mostrar que responde a una expectativa muy difundida que es que los partos sucedan en el hospital. Se trata de narrar un relato que tenga sentido en el tiempo presente, con las exigencias actuales, y con las disposiciones del mundo material vigentes (la ambulancia y el teléfono) que se interrelacionan en su narración, a pesar de corresponderse con un tiempo pasado. Las tecnologías vuelven a cobrar protagonismo, más allá del momento en que sucede el evento.

A través de las tecnologías, en el capítulo cuatro, se discuten las formas más clásicas de pensar el “mundo indígena” contrarrestando al “mundo moderno”. Justamente, el análisis situado de esta tesis permite ver cómo a través de las tecnologías se reactualizan conocimientos indígenas (por ejemplo, embarazos que son soñados y confirmados con ecografías) y reorganizan vínculos interétnicos (por ejemplo, con las tecnologías ciudadanas como DNI y programas sociales). Posiblemente, las tecnologías creen nuevas ansiedades, nuevos miedos; pero también generan nuevos puentes. Los dispositivos pueden achicar distancias espaciales porque permiten una comunicación instantánea en el nacimiento, reponen así vínculos familiares, acompañamientos que no pueden darse en el hospital. O bien, reactualizan relaciones de género porque reubican a las mujeres en los espacios sanitarios y de cuidado o porque permiten un ingreso económico a su nombre que deben administrar.

Para esta tesis fue necesario correrse de ideas preestablecidas de lo que es un embarazo y parto, en otras palabras, me encontré discutiendo que un embarazo pueda ser analizado como una enfermedad (capítulo tres) que acontece en determinados órganos reproductivos como plantea la biomedicina (capítulo uno). Si bien encontré puntos de diálogo y distancia en las maneras de pensar el cuerpo y, por tanto, la gestación; la propuesta fue la de pensar el cuidado durante este proceso. La idea de cuidado como un omnipresente en la vida de las personas, en el capítulo tres, permitió dar cuenta de que de lo que hacen las personas para sostener y atender al embarazo y parto implica incorporar elementos en este proceso que son siempre impredecibles. Las variables en las trayectorias de las mujeres son múltiples y las formas de entrecruzarlas también. Pero, es necesario alertar que, si bien esta es mi punto de partida para el análisis, tuvo que ponerse en diálogos con los supuestos de lo que significa cuidar para otras personas: diferentes usos y prácticas de cuidado, cuidar como expectativa, cuidar para llevar a buen término un nacimiento, cuidar como prevención de ITS o embarazos no intencionales, etc.

En el segundo eje de análisis podemos ver algunas cuestiones que son transversales a esta tesis. Podemos notar que el embarazo y parto es un proceso comunitario que requiere de múltiples cuidadoras/es, su dimensión temporal, que las experiencias de embarazarse y parir son siempre heterogéneas, que la feminidad se va modificando en este espacio contextual (entre sus deseos y posibilidades). Enfatizo que este no es un trabajo “en” o “con” comunidades, sino con mujeres que viven comunitariamente. Las experiencias de ser mujer mbya y de estar embarazada y parir está atravesada comunitariamente, desde parientes que acompañan el proceso, agentes sanitarias/os que insisten en consultas biomédicas, expectativas de las/os profesionales hacia las comunidades en su conjunto, etc. Parte del acompañamiento resume estas ideas porque, como vimos, a cuidar se aprende y algo de esos aprendizajes son incorporados en el proceso de parir que se fortalece con las conversaciones cotidianas y al atravesar un embarazo (capítulo uno). Entonces, la comunidad se reactualiza en cada una de estas instancias porque aprender a estar embarazada es también un aprendizaje para acompañar posteriormente.

Acompañar aparece como una de las dimensiones del cuidar que, si bien fue enfatizada solo en el capítulo tres, da cuenta de la importancia de la maternidad como proceso comunitario. Es decir, las experiencias de embarazos y parto siempre requieren de cuidados donde participan otras personas, pero adquiere características diferentes según quienes cuiden. Los varones más comprometidos suelen ser los padres de quién va a nacer, en cambio, cuando las mujeres cuidan ponen a disposición sus propias experiencias y aprendizajes para cuidar a otras mujeres. Este aspecto fue resaltado como parte del cuidado. El cuidado estuvo pensado desde las trayectorias, historias de vida que siempre están implicadas en lo comunitario. La vida en comunidad de las/os guaraní llevó a considerar que gran parte de los cuidados se desarrollan entre la familia, con personas cercanas. El cuidado se construye desde el ámbito comunitario, como una red que va haciendo -con formas muy diversas- que las mujeres “anden/caminen bien” y esto es, en algún momento, “ser madres” y “cuidadoras”.

La heterogeneidad siempre ha sido parte de mis reflexiones académicas intentando despegarme de ideales sobre “un tipo” de mujer mbya guaraní que finalmente construyen estereotipos. La diversidad ha sido un hilo que atravesó esta tesis para pensar la feminidad y, también, los procesos de embarazo y parto. Las experiencias de embarazo y parto se presentan siempre como heterogéneas, aún más en procesos de cambio comunitario. Aquí aparecen nuevas opciones, nuevas dimensiones para tener en cuenta, nuevas personas que participan en el proceso, nuevos proyectos, necesidades, etc. Atravesar un embarazo implica siempre creatividad de las mujeres según las posibilidades a su alcance y no formas preestablecidas de comportamiento. Aunque la heterogeneidad de la

que hablo en esta tesis no elimina algunos puntos en común. Es decir, si bien hay formas diferentes de maternar, no encontré mujeres que no hayan expresado el deseo de no ser madres.

Otro de los aspectos primordiales es que el embarazo y parto de mujeres mbya guaraní siempre es un proceso situado. La temporalidad es una dimensión subyacente en todos los capítulos y brinda algunas coordenadas para pensar la situación de este evento. El enfoque propuesto invita a dar cuenta de que la corporalidad de las mujeres se va transformando con el intercambio interétnico y la posibilidad de ubicarse en nuevos roles de poder en las comunidades. Por su parte, las expectativas institucionales también han ido cambiando de acuerdo con programas internacionales y nuevos paradigmas de la maternidad. El control del embarazo y el parto en el hospital adquiere dimensiones particulares del espacio geográfico de esta etnografía, como explicité, no todas las comunidades se encuentran tan cerca de los hospitales y con una historia de intercambio con el sistema público de salud de más de una década. Con ello se incorporan nuevos elementos a considerar en las trayectorias de parto, por ejemplo, los celulares no son dimensiones que se hayan tenido en cuenta con anterioridad.

En el este espacio geográfico los vínculos interétnicos toman cada vez más relevancia porque son cada vez más cotidianos. A la vez que el sistema público de salud y otros ámbitos del Estado se expanden hacia las comunidades, las mujeres van logrando posicionarse y poner en juego sus deseos. Para dar un ejemplo, las tecnologías nuevos elementos para la planificación familiar, reponer vínculos comunitarios, accesibilidad a programas sociales, etc. Todos estos dispositivos son generadores de diversidades femeninas, es decir, son un elemento más para pensar las identificaciones de las mujeres con lo femenino. Esto es una pauta central para pensar que las identidades no son estáticas, ni homogéneas.

Desde acá, la maternidad se puede comprender posiblemente como una presión social, pero también como un deseo. Se trata de una categoría que me permite ahondar en las propias proyecciones, deseos, anhelos de las mujeres y poner a jugar lo individual y comunitario. La pregunta por el deseo de las mujeres ha atravesado esta tesis sin llegar a una conclusión tajante, qué opciones están habilitadas en estas comunidades o es posible hablar de un deseo comunitario fueron la guía a lo largo de este trabajo. En otras palabras, sigue siendo una pregunta abierta en mi investigación. Pude arriesgar que hay un deseo de ser madre que pareciera ser compartido por las mujeres, pero esto no cierra la posibilidad de otras maneras de encontrar placer, de desear no maternar, o repensar la planificación familiar que no hayan sido expresadas en estos años de investigación. Esto invita a una

nueva pregunta sobre por qué no se manifiestan, a la vez que abre la posibilidad de que, si bien no se observan actualmente, puedan aparecer en un futuro. El análisis sobre el deseo en esta tesis fue exploratorio, las comunidades mbya están en procesos de cambio constante y, por ende, las maternidades también lo están.

Estas preguntas invitan a pensar, también, cuál es el aporte de estas mujeres a los feminismos y a la antropología de género. Quizás es necesario ver cómo las mujeres indígenas entablan diálogos con el mundo que las rodea y qué acciones y posibilidades tienen, sin dejarlas subsumidas al ámbito doméstico porque, aun cuando la pregunta es por la maternidad, ellas generan formas propias de relacionarse con los varones, las comunidades y la sociedad envolvente. En la observación detallada, ellas mismas pueden aportar a los feminismos interrogantes sobre cómo disminuir desigualdades que se ocultan en el manto de “lo étnico” y cómo atender a las desigualdades étnicas y de género.

Este enfoque es transversal a esta tesis, pero todavía hay muchas desigualdades por explorar con la lente de género. Desde los inicios de mi investigación aparecieron estas inquietudes tempranas referidas a la feminidad y maternidad en el grupo mbya. En sintonía, tengo algunas preguntas más amplias que aún no he podido responder sobre el deseo, las posibilidades de no maternar y la anticoncepción que de alguna manera atraviesan esta tesis. De igual manera, se abre la pregunta a futuras investigaciones sobre dispositivos de salud sexual y (no)reproductiva, tecnologías ciudadanas y el deseo de las mujeres. La actual expansión de programas de anticoncepción es favorable para que las mujeres incorporen nuevas opciones de planificación familiar, pero es importante complementar con la pregunta sobre cómo altera las cifras de nacimiento en grupos poblacionales vulnerados. Desde ya, se plantean dilemas para atender en un futuro.

Bibliografía

Abeledo, S; Acho, E; Aljanati, L; Aliata, S; Aloí, J; Alonso, M; Altman, A; Álvarez, M; Aragon, G; Ávalos, A; Barandela, A; Balazote, A; Barbosa Becerra, J; Benedetti, C; Bensi, A; Brac, M; Brosky, J; Brown, A; Buttori, N; Cantore, A y otras/os (2020). Informe ampliado: efectos socioeconómicos y culturales de la pandemia COVID-19 y del aislamiento social, preventivo y obligatorio en los Pueblos Indígenas del país -Segunda etapa- Junio 2020-. Disponible en:

http://antropologia.institutos.filo.uba.ar/sites/antropologia.institutos.filo.uba.ar/files/info_covid_2daEtapa.pdf

Ahmed, Sara (2015) *La política cultural de las emociones*. Ciudad de México: Programa Universitario de Estudios de Género

Aliata, Soledad; Brosky, Jacqueline; Cantore, Alfonsina; Enriz, Noelia; García Palacios, Mariana; Golé, Carla; Hecht, Ana Carolina; Medina, Mónica; Padawer, Ana; Rodríguez Celín, María Lucila. 2020 La educación intercultural bilingüe en Chaco y Misiones frente a la pandemia del COVID-19. En el marco de la Redes Orientadas a la Resolución de Problemas (RIOSP-CONICET). <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Informe-EIB-en-contexto-COVID-19.pdf>

Alves, Paulo (2016) Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: Gerhardt, TE; Pinheiro, R; Ruiz, ENF. (Org.). *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde*. Rio de Janeiro: CEPES-IMS/UERJ: 125-146.

Alves, Paulo (2018) "A morte de Ivan Ilitch" e as múltiplas dimensões da doença. *Ciências & Saúde Coletiva*, vol 23(2) <https://www.scielo.br/j/csc/a/MrKHGyP34FfHWQG6dK4BWGS/?lang=pt&format=html>

Appel, Michael (2005) "La entrevista autobiográfica narrativa: Fundamentos teóricos y la praxis del análisis mostrada a partir del estudio de caso sobre el cambio cultural de los Otomíes en México". *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 6(2): 1-27.

Berger, Peter y Luckmann, Thomas (2003) "La construcción social de la realidad" *Orígenes de la institucionalización*. Buenos Aires Amorrortu Editores. pp. 72-89

Blázquez Rodríguez, Isabel (2005) Aproximaciones a la antropología de la reproducción. *AIBR Revista de antropología iberoamericana*, 24 Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62304208>

Brosky, Jaqueline (2022) *Procesos de patrimonialización de prácticas musicales mbya guaraní en contextos turísticos de Misiones*. Tesis de Maestría. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires

Butler, Judith (1990) "Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Wittig y Foucault", en S. Benhabib y D. Cornell, *Teoría feminista y teoría crítica*, Valencia, Ediciones Alfons el Magnanim, pp. 193-211

___ (2001) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: Paidós.

Cadogan, León (1997) *Ayvu Rapyta. Textos Míticos de los Mbya-Guaraní del Guairá*. Asunción, Biblioteca Paraguaya de Antropología

Cantore, Alfonsina (2017) "Ellas están mucho dentro de sus casas" *Una aproximación a las experiencias de mujeres mbya guaraní al norte de Misiones*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. <https://dx.doi.org/10.17561/rae.v21.6292>

___ (2020) *Ñeangareko Cuidados familiares entre las y los mbya guaraní al norte de Misiones (Argentina)*. Tesis de maestría. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. <https://dx.doi.org/10.17561/rae.v21.6292>

Cantore, Alfonsina y **Enriz**, Noelia (2021) Maternidades en la escena pública. *Cadernos Pagu* (64) <https://doi.org/10.1590/18094449202200640010>

Cantore, Alfonsina y **Bertoni**, María Belén (2021) Mujeres indígenas mbya guaraní y migrantes bolivianas en Argentina. Comparaciones etnográficas sobre sus procesos de parto y atención sanitaria. *Antropología Experimental* (21) 469-484 <https://dx.doi.org/10.17561/rae.v21.6292>

Castrillo, Belén (2016) Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata. *XI Jornadas de Sociología, Buenos Aires*.

Cebolla Badie, Marilyn (2014) “‘Iñengue’. Transformarse en mujer en la sociedad Mbya-guaraní”. En: Eligueta, Orobítg, y Pitarch (comp) *Modernidad indígena, indigeneidad e innovación social desde la perspectiva del género*. Barcelona, Universitat Barcelona, pp27-40.

___ (2016) *Cosmología y naturaleza mbya guaraní*. Buenos Aires, Biblos.

Chirix García, Emma Delfina (2014) “Subjetividad y racismo: la mirada de las/los otras/os y sus efectos”. En Yuderquis Espinosa Miñoso, Diana Gómez Correal y Karina Ochoa Muñoz (ed.), *Tejiendo de otro modo: Feminismo, Epistemología y Apuestas decoloniales en Abya Yala*. Editora Universidad del Cauca: 211-221

Chazan, Lilian (2007) *Meio quilo de gente*”: um estudo antropológico sobre ultrassom obstétrico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ

___ (2008) ‘É... tá grávida mesmo! E ele é lindo!’ A construção de ‘verdades’na ultrasonografia obstétrica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 15(1)99-116

Clastres Pierre (1974) *La société contre l’État*. Paris: Les Editions de Minuit.

Csordas, Thomas (2011) “Modos Somáticos de Atención”. En: Citro, Silvia (comp.) *Cuerpos plurales. Ensayos antropológicos de y desde los cuerpos*. Buenos Aires, Editorial Biblos.

D’Addario, Luciano (2013). Las políticas estatales hacia los pueblos indígenas y las prácticas de normalización durante el primer peronismo. Perspectivas desde un análisis de la cuestión. *Actas XIV Jornadas Interescuelas de Historia*, 2-5.

Das, Veena y **Poole**, Deborah (2008) “El Estado y sus márgenes. Etnografías comparadas.” *Cuadernos de Antropología Social*, 27:19-52

Das, Venna (2008) *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Bogotá, ed. Francisco A. Ortega.

Davis Floyd, Robbie y **Davis**, Elizabeth (1996) Intuition as authoritative knowledge in midwifery and homebirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2):237-269

Davis Floyd, Robbie (1992) *Birth as an American rite of passage*. Los Angeles: University of California Press

del Rio Fortuna, Cynthia Anahi; **González Martin**, Miranda; **Pais Andrade**, Marcela Alejandra (2013) Políticas y género en Argentina: aportes desde la antropología y el feminismo. *Asociación Contubernio; Encrucijadas*; 5(6):54-65

Delrio, Walter; **Escolar**, Diego; **Lenton**, Diana; **Malvestitti**, Marisa (2018). En el país de nomeacuerdo. Archivos y memorias del genocidio del Estado argentino sobre los pueblos originarios, 1870-1950. Editorial UNRN. <http://www.doi.org/10.4000/books.eunrn.1254>

Douglas, Mary (1973) *Pureza y Peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid, Siglo XXI

Drovetta, Raquel (2014). Antarca no. de espaldas no). Cambios generacionales en la atención del embarazo y el parto en las mujeres de Susques. En A. Benedetti, & J. Tomasi (Comps.). *Espacialidades altoandinas. Nuevos aportes desde la Argentina: interacciones con el mundo de afuera*, 195-239.

Duchesne, Véronique (2021) Mobile phones, non-human agents at the service of assisted reproduction: monitoring and gendered dual allegiance. *Horizontes antropológicos*. 27(61): 143-162, <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832021000300005>

Durkheim, Emile (1976) *The elementary forms of the religious life*, London: George Alien & Unwin, Ltd.

Enriz, Noelia y García Palacios, Mariana (2008) “Deviniendo Kuña va’era”. En: s. Hirsch (Coord.). *Mujeres indígenas de la Argentina*. Buenos Aires: Biblos. pp. 205-230.

Enriz, Noelia y **Cantore**, Alfonsina (2021) Poder e interculturalidad entre las mujeres mbya guaraní de Misiones. *Identidades* 20(11): 1-19

Enriz, Noelia (2010) “Tomar asiento. La concepción y el nacimiento mbya guaraní.” *Anthropologica*, 28,117-137

___ (2012) Ceremonias lúdicas mbya guaraní. *Maguaré*. 26(2) 87-118

Enriz, Noelia (2016). Pasado y presente de la escuela intercultural bilingüe en Misiones. En A.C Hecht & M. A. Schmidt (Comps.) *Maestros de la Escuela intercultural Bilingüe. Regulaciones, Experiencias y Desafíos* (pp. 105-122) Buenos Aires: Noveduc

Fainsoid, Paula (2008) Embarazos y maternidades adolescentes. Desafíos en las escuelas. En: *cuerpos y sexualidades en las escuelas. De la “normalidad” a la disidencia*. Morgade, Graciela y Alonso, Graciela (comp). Buenos Aires: Paidós.

- Faur**, Eleonor y **Pereyra**, Francisca (2018) "Gramáticas del cuidado", en Piovani, Juan y Salvia, Agustín (ed.) *La Argentina del siglo XXI. Cómo somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual*, Buenos Aires, Siglo XXI editores
- Fisher**, Berenice y **Tronto**, Joan (1990) Toward a feminist theory of caring. *Circles of care: Work and identity in women's lives*, 7 (5), 35-92
- Fleischer**, Soraya (2006) Pasando por comadrona, midwife y médico: el itinerario terapéutico de una embarazada en Guatemala. *Anthropologica* 24, 51-75.
- Fornes**, Valeria (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. In *Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Foucault**, Michel (1986) *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las Ciencias Humanas*, Siglo XXI, Bs As
- Fretes**, Lucía; **Anton**, Mariano; **Pascolini**; Guillermina; **Allara**; Javier; **Gómez**, Laura; **Schnorr**, Rosana (2020) Violencia de género y comunidades mbya guaraní. Análisis de una experiencia. Ruiz de Montoya, Misiones, Argentina. En: actas 12º Congreso de Antropología Social, La Plata.
- Freyermuth Enciso**, Graciela (2003) *Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México
- Garlet**, Ivory y de **Assis**, Valeria (2009) "Desterritorialização e reterritorialização: a compreensão do território e da mobilidade Mbyá-Guarani através das fontes históricas." *FRONTEIRAS: Revista de História*, 11(19), 15-46
- Giordano**, Mariana (2004). Indígenas y fotografía anglicana: una mirada al grupo lengua de Markthalawaiya. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Gómez**, Mariana (2017) "La mirada cosmologicista sobre el género de las mujeres indígenas en la antropología del Chaco argentino: una crítica". *Corpus*, 7(1). <https://corpusarchivos.revues.org/1765>
- Gómez**, Mariana; **Sciortino**, Silvana (2015) Mujeres indígenas, derechos colectivos y violencia de género: Intervenciones en un debate que inicia. *Revista de la carrera de Sociología*, 5 (5): 37-63. Disponible en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.11152/pr.11152.pdf

González Martín, Miranda; **Cantore**, Alfonsina, **García Palacios**, Mariana y **Enriz**, Noelia (2019) “Géneros, sexualidades e interculturalidad. Experiencias formativas de jóvenes mbyá y toba/qom en ámbitos escolares y sanitarios”. En Hecht, AC; García Palacios, M y Enriz, N (comp) *Experiencias formativas interculturales de jóvenes toba/qom, wichí y mbyá-guaraní de Argentina*. Buenos Aires: Grupo Editor Universitario 51-66

Gorosito Kramer, Ana María (1982) *Encontros e desencontros. Relações interétnicas e representações em Misiones (Argentina)* (Doctoral dissertation, Tesis de Maestría en Antropología, Universidade de Brasília)

___ (2003) Nombres indígenas: las dos formas de la dominación blanca. *Antropología y Derecho*, 1(3), 3-7.

Guber, Rosana (2016) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: SXXI

Hecht, Ana Carolina; **García Palacios**, Mariana Ines; **Enriz**, Noelia María; “Pudimos seguir adelante a pesar de las dificultades”: reflexiones de docentes sobre la educación en los pueblos Toba/Gom y Mbyá-guaraní durante la pandemia de COVID-19 en Argentina; Universidad Federal de Mato Grosso do Sul; Albuquerque; 13; 25; 4-5-2021; 63-81

Hirsch, Silvia (2015) “Salud pública y mujeres indígenas del noroeste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención a la salud reproductiva” En: Langdon, E y Cardoso, M *Saúde indígena: políticas comparadas na américa latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 169-193.

Hirsch, Silvia y **Gordillo**, Gastón (2010). “La presencia ausente: invisibilizaciones, políticas estatales y emergencias indígenas en la Argentina”. *Movilizaciones indígenas e identidades en disputa en la Argentina*. Buenos Aires, La Crujía Ediciones. pp15-38

Hirsch, Silvia y **Lorenzetti**, Mariana (2016) “Biomedicina y pueblos indígenas en la Argentina. Un recorrido por las políticas de salud”. En Hirsch, S y Lorenzetti, M (ed) *Salud pública y pueblos indígenas en Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad*. San Martín: UNSAM EDITA, 19-50

Imaz, Elixabete (2010) *Convertirse en madre: etnografía del tiempo de gestación*. Ediciones Cátedra.

Jackson, Michel (2011) “Conocimiento del cuerpo”. En: Citro, Silvia (comp.) *Cuerpos plurales. Ensayos antropológicos de y desde los cuerpos*. Buenos Aires, Editorial Biblos

Jerez, Celeste (2015) *Partos ‘humanizados’, clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos*. Tesis de licenciatura en Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires Disponible en:

<http://antropologia.filo.uba.ar/sites/antropologia.filo.uba.ar/files/documentos/Jerez%20-%20Tesis.pdf> (consultado el 24/7/18)

Jordan, Bridgette (1993) *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and United States*. Illinois: Waveland Pres, Inc

Keller, Hector (2011) *Nociones de vulnerabilidad y balance biocultural en la relación sociedad Guaraní y naturaleza*. Avá, (18)

Kleiman, Arthur; **Eisenberg**, Leon y **Good**, Byron (1978) Culture, illness and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*. 88, 251-258.

Kleinman Arthur (1980) *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press

Kleinman, Arthur y **Kleinman**, Joan (1991) "Suffering and its professional transformation From cultural category to personal experience", *Culture Medicine and Psychiatry*, 15(3) 68.

Laquer, Thomas. (1994 [1990]). *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press

Lamas, Marta (1986) "La antropología feminista y la categoría género". En: *Revista Nueva Antropología*, 8(30):173-198.

Largade, Marcela (1997) "La sexualidad", en *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Ciudad de México, UNAM, pp 177-211.
Le Breton, David (2013) Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. 10(4). 69-79

Leavy, Pia (2017) "hacer crecer la cría". *Un análisis antropológico sobre el cuidado y la desnutrición infantil en contextos rurales del departamento de Orán, Salta*. Tesis de doctorado. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras

Lehner, Beate. (2008). *¿Qué es un territorio tradicional indígena?* Disponible en: <http://guarani.roguata.com/sites/default/files/text/file/uid110/lehnerterritorioindigena.pdf>

Lenton, Diana (1999). "Los dilemas de la ciudadanía y los indios-argentinos: 1880-1950". En: *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales*, año 7, núm. 8, 7-30.

Lewkowicz, Rita Becker (2016) *A hora certa para nascer: um estudo antropológico sobre o parto hospitalar entre mulheres mbyá-guarani no sul do Brasil*. 166f. Tese de mestrado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2016

Lorenzetti, Mariana (2010) *Salud intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas*. Tesis de Doctorado, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

___ (2017) “Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina”, *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 11: 148-176

Lorenzetti, Mariana y **Cantore**, Alfonsina (2022) Salud y cuidados en las comunidades mbya guaraní de Puerto Iguazú (Argentina) durante la pandemia COVID-19. *albuquerque: revista de história*, 13(25), 22-45

Lupton, Deborah (2005) Going with the flow: some central discourses in conceptualising and articulating the embodiment of emotional states. En *The Body in Everyday Life* Sarah Nettleton and Jonathan Watson (Ed) New York: London and New York: 83-101

Malinowski, Bronislaw (1973) *Los argonautas del Pacífico occidental*. Barcelona: Península

Martin, Emily (1987) *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press

Martín Palomo, Teresa (2008). Los cuidados y las mujeres en las familias/Care, Women and Families. *Política y sociedad*, 45(2), 29-48

Martín Palomo, Teresa y **Terrón**, José María (2015) “Interdependencias. Una aproximación al mundo familiar del cuidado” *Argumentos* 17, 212-297

McCallum, Cecilia (2013) *Gender and Sociality in Amazonia: How Real People are Made*. New York: Oxford

Mead, Margaret (1984) *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Barcelona, Planeta Agostini

Mello, Flávia (2006) *Aetcha nhanderukuery karai retará: Entre deuses e animais: xamanismo, parentesco e transformação entre os Chiripá e Mbyá Guarani*. Tese de Doutorado, Antropologia, UFSC

Mendes, Luna (2021) Relações e substâncias: apontamentos sobre corporalidades e concepção mbya guarani *Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste*, 7 (14): 119-136, maio a agosto de 2020.

Menéndez, Eduardo (1992) “Modelo Médico Hegemónico. Modelo Alternativo Subordinado. Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. Campos Navarro R, comp. *La antropología médica en México*. México: Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana, 97-114.

- Mennelli**, Yanina y **Rodríguez**, Manuela (2018) "Introducción: La corporalidad en cuestión. Alcances teóricos, metodológicos y políticos de la antropología del cuerpo en la actualidad", *Claroscuro. Revista del Centro de Estudios sobre Diversidad Cultural* 17: 1-19
- Merleau-Ponty**, Maurice (1962) "The Body in its Sexual Being". En *Phenomenology of Perception*, trad. Collin Smith, Boston, Routledge and Keagan Paul, Editorial Península
- Mol**, Annemarie Mol y **Berg**, Marc (1998) *Differences in medicine Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*. London: Duke University Press
- Mol**, Anniemarie. (2008). *The logic of Care*. Health and problem of patient choice. London: Routledge
- Mol**, Annemarie y **Hardon**, Anita (2021) Caring. En: *Pragmatic inquiry : critical concepts for social sciences*, John R. Bowen, Nicolas Dodier, Jan Willem Duyvendak, and Anita Hardon.(Ed) 185:205
- Moore**, Henrietta (2009) *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra
- Mura**, Fabio Mura (2006) *À procura do "bom viver": território, tradição de conhecimento e ecologia doméstica entre os Kaiowa*. Rio de Janeiro: UFRJ/MN/PPGAS.
- ___ (2011) De sujeitos e objetos: um ensaio crítico de antropología da técnica e da tecnologia. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, 17(36):95-125
- Nari**, Marcela (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Editorial Biblos
- Nettleton**, Sarah y **Watson**, Jonathan (2005) The body in everyday life: an introduction. En *The Body in Everyday Life* Sarah Nettleton and Jonathan Watson (Ed) New York: London and New York 1- 25
- Nuñez**, Ana Carolina (2009) "DOS MIL. Crónicas de una ciudadanía mediada por el conflicto: el territorio en disputa". Tesis de Grado no publicada. DAS-UNaM. Posadas.
- Nimuendaju**, Curt (1978) *Los mitos de creación y de destrucción del mundo*. Lima: Centro amazónico de antropología y aplicación práctica.
- Núñez**, Yamila y **Millán**, Gonzalo Ariel (2019) "Tenemos derecho de estar ahí, de ser mujer y también *mburuvicha*". Liderazgo femenino en dos comunidades mbya-guaraní de Misiones, Argentina. En: Oviedo, Norma y Cossi, Carla [Coordinadoras]: *Historia de mujeres y mujeres en la historia regional*. Editorial Universitaria, UNaM. 101-108
- Ortner**, Sherry (1979) ¿Es la mujer respecto al hombre lo que la naturaleza con respect a la cultura? En: Harris, Olivia y Kate Young (Compiladoras). *Antropología y feminismo*. Editorial Anagrama, Barcelona, 109-131

Ourriques Ferreira, Luciane (2013) *Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ

Overing, Joanna (1986) "Men control women? The match 22' In the análisis of gender". *International Journal of Moral and Social Studies*.1(2)

Paiva Dias-Scopel, Raquel y **Scopel**, Daniel (2018) ¿Quiénes son las parteras munduruku? Pluralismo médico y autoatención en el parto domiciliario entre indígenas en Amazonas, Brasil *Desacatos* 58:16-33

Pasquier, Dominique (2001) "La famille, c'est un manque". Enquête sur les nouveaux usages de la téléphonie dans les familles immigrées. *Réseaux*, [s. l.], n. 107, p. 181-208,

Peirano, Maritza (2009) O paradoxo dos documentos de identidade: relato de uma experiência no Estados Unidos. *Horizontes antropológicos*. 15(32): 53-80
<https://doi.org/10.1590/S0104-71832009000200003>

Pissolato, Elizabeth (2007) *A duração da pessoa. Mobilidade, parentesco e xamanismo mbyá (guarani)*. São Paulo. Editorial UNESP.

Pollock, Lorena (2009) Rituales de nacimiento: subjetividades en transformación. Elegir cómo parir, elegir cómo vivir. Inédito.

Pols, Jannette (2012) *Care at a distance. On the closeness of technology*. Amsterdam University Press, Amsterdam

Porto Borges, Paulo (2002) Sonhos e nomes: as crianças Guaraní En: *Cadernos Cedes*, 22(56), 53-62.

Pozzo, Maria (2011) *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Buenos Aires, Antropofagia.

Prates, Maria Paula (2013) *Da instabilidade e dos afetos: pacificando relações, amansando outros: cosmopolítica guarani-mbyá (Lago Guaíba/RSBrasil)*. Tese de Doutorado, Antropologia, UFRGS.

___ (2021) Birthing, corporality and care among the Guaraní-Mbyá of southern Brazil. *Vibrant, Virtual Braz. Anthr.* 18 <https://doi.org/10.1590/1809-43412021v18a501>

Puig de Bellacasa, María (2017) *Matters of care : speculative ethics in more than human worlds* Minneapolis University of Minnesota Press

Rabelo, Francine (2018) Reflexionando sobre el liderazgo de mujeres indígenas mbya guaraní desde la teoría feminista decolonial. En: *Mujeres indígenas y formas de hacer política: un intercambio de experiencias situadas en Brasil y Argentina*. compilado por Mariana Gómez; Silvana Sciortino (comp) Temperley: Tren en Movimiento 113-135

- Rabelo**, Miriam y **Alves**, Paulo Cesar (1999) Significação e Metáforas na Experiência da Enfermidade. In: Miriam Cristina Rabelo; Paulo César Alves; Iara Maria Souza. (Org.). *Experiência de Doença e Narrativa*. 1ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 171-185
- Rapp**, Rayna (2001) "Gender, Body, Biomedicine: How Some Feminist Concerns Dragged Reproduction to the Center of Social Theory". *Medical Anthropology Quarterly* 15(4) 466-477
- Remorini**, Carolina (2003) "Mujeres mbya: vida cotidiana y cuidado infantil. Estudio etnográfico en comunidades mbya del Valle del Cuña Piru (Misiones)". En: Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, 20: 301-316.
- ___ (2009) *Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de salud enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbya-Guaraní de Misiones, República Argentina* (Tesis doctoral) Facultad de Ciencias Naturales y Museo- UNLP.
- Renoldi**, Brígida (2013) Fronteras que caminan: relaciones de movilidad en un límite trinacional. *Revista Transporte y Territorio*, (9), 123-140.
- Ricoueur**, Paul 1994 *Tempo e narrativa. A intriga e a narrativa histórica*. São Paulo: wmfmartinsfontes.
- Rockwell**, Elsie (2009) *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires: Paidós
- Rodríguez**, Manuela (2016). Giros de una mae de santo Corporalidad y performatividad en un caso de conversión a las religiones afrobrasileñas en Argentina. Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Rodríguez**, Carolina (2018) *Territorialidad mbyá guaraní. Experiencias en los tekoa de Itapúa y Caazapá, Paraguay*. Tesis de maestría en antropología social. Universidad Nacional de San Martín
- Rohden**, Fabiola (2001) *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ
- Rohden**, Fabiola (2009) Diferenças de gênero e medicalização da sexualidade na criação do diagnóstico das disfunções sexuais. *Revista Estudos Feministas*, 17(01):89-109. http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026x2009000100006&lng=pt&tln=pt.
- Rosaldo**, Michele (2019) Em direção a uma antropologia do self e do sentimento *Revista brasileira sociologia da emoção*. 18(54):30-50
- Ruddick**, Sara (1995) *Maternal thinking: Toward a politics of peace*. Beacon Press

- Santillán, Laura** (2009) Antropología de la crianza: la producción social de “un padre responsable” en barrios populares del Gran Buenos Aires. *Etnográfica*, 13 (2): 265-289
- Scarry, Eliane** (1985) *The body in pain. The unmaking and making of the world*. New York: Oxford University Press
- Schaden, Egon** (1988) *Aspectos fundamentales de la cultura guaraní*. Asunción: Universidad Católica
- Scharagrodsky, Pablo** (2004) juntos pero no revueltos: la educación física mixta en clave de género. *Cuadernos de pesquisa* 34(121), 57-76
- Shore, Cris** (2010) La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la "formulación" de las políticas Antípoda. *Revista de Antropología y Arqueología*. 10:21-49
<https://doi.org/10.7440/antipoda10.2010.03>
- Schutz, Alfred** (1974) *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu Ediciones.
- Shutz, Alfred** (2003) *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu
- Scott, Joan** (1986) El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta (comp) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México.
- Strathern, Marilyn** (1992) *Reproducing the future. Essays on anthropology, kinship and the new reproductive technologies*. Manchester: Manchester University
- Susnik, Branislava** (1983) *Los aborígenes del Paraguay*. Asunción: Museo Etnográfico Andrés Barbero.
- Tronto, Joan** (2005) Care as the work of citizens: A modest proposal. En F. Marilyn (ed.) *Women and Citizenship*. Oup Usa. (pp. 130-145). Oxford: Oxford Scholarship.
- ___ (2007). Assistência democrática e democracias assistenciais. *Sociedade e Estado*, 22, 285-308.
- Tarducci, Mónica** (2013) Abusos, mentiras y videos. A propósito de la niña wichi. *Debate Feminista*, 48, 219-231.
- Vanzolini, Marina** (2018) O feitiço e a feitiçaria capitalista. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros* 69:324-337 <https://doi.org/10.11606/issn.2316-901X.v0i69p324-337>
- Viveros Vigoya, Mara**. (2016). “La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación”. Vigoya. Universidad Nacional Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género. Disponible en www.sciencedirect.com.

Wilde, Guillermo (2007) "De la depredación a la conservación. Génesis y evolución del discurso hegemónico sobre la selva misionera y sus habitantes". *Revista Ambiente & sociedad*, 10:(1) 87-106.

Wittgenstein, Ludwig (1964) *Preliminary Studies for the "Philosophical Investigations"*. Oxford, Basil Blackwell

Zigon, Jarret (2009) Morality and Personal Experience: The Moral Conceptions of a Muscovite Man *ETHOS*, 37(1):78–101

Fuentes

Modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia, con enfoque intercultural: "Estamos felices por ser reconocidos por Salud Pública", celebran desde la comunidad mbyá guaraní 26/5/2022 *Misiones Online* <https://misionesonline.net/2022/05/26/modelo-de-maternidad-segura/>

Desde el idioma hasta la dieta: cuando el choque de culturas influye en el parto y los hospitales practican la empatía. *RED/ACCIÓN* 11/01/2021 <https://www.redaccion.com.ar/como-trabaja-misiones-para-ofrecer-una-atencion-de-partos-intercultural-a-2-100-familias-mbya-guarani/>

Proyecto de Ley **Hospital amigo de la familia indígena mbya guaraní** <http://diputadosmisiones.gov.ar/nuevo/archivos/proyectos/P57589.pdf>

UNICEF (2016): Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos, Buenos Aires. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA2016.pd

Ministerio de Economía (2020). "Informe Diagnóstico Misiones". Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20.08.04_informe_mis.pdf

Ministerio de Salud (2020) Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas: hoja de ruta: herramientas para orientar el trabajo de los equipos de salud / 1a ed. UNICEF. [Atención MenoresDe15 Embarazadas.pdf \(unicef.org\)](#)