

La “salud sexual y reproductiva” como campo de dominación colonial.

MARIA ELENA RAMOIGNINI.

Cita:

MARIA ELENA RAMOIGNINI (2019). *La “salud sexual y reproductiva” como campo de dominación colonial. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/518>

Sexualidad, salud y colonialidad: La “salud sexual y reproductiva” como campo de dominación.

¿Cómo han parido las mujeres? ¿Quién las ha ayudado, cómo y por qué? Estas preguntas no atañen simplemente a la historia de la partería y la obstetricia: son preguntas políticas (Adrienne Rich, 1986: 128)¹.

Autora: María Elena Ramognini. Antropóloga Social (UBA), Mg. Género, Política y Sociedad (FLACSO), Doctoranda en Ciencias Sociales (FLACSO)

Resumen

A partir de las siguientes preguntas: ¿Cuándo se produce la medicalización del nacimiento? ¿A qué obedece este proceso? ¿Cuáles son las implicancias para la vida y la salud de las mujeres y de lxs niñxs? Nos proponemos analizar el proceso de medicalización de la salud sexual y reproductiva en una comunidad del pueblo Wichí en las proximidades de la ciudad de Tartagal, provincia de Salta.

El objetivo principal de este trabajo es analizar el proceso de medicalización del nacimiento y su vinculación con los procesos de conquista y colonización de la vida, que constituyen el fundamento de la razón moderna y del capitalismo. Los objetivos específicos se centrarán en 1) la visibilización del sexismo y el racismo que operan en la base de todas las prácticas médicas y 2) en la identificación del modelo médico estatal como corpus ideológico y práctico de control / dominación.

Presentaremos el caso de la atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres pertenecientes a la etnia wichí en el hospital de Tartagal, provincia de Salta, en el contexto de los programas de atención de la salud vigentes entre los años 2004 y 2005.

El marco conceptual toma como referencias principales los aportes de Silvia Federici en “Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación” y los de otrxs autorxs como María Mies, Vandana Shiva, Rita Segato, en los que se puede constatar los procesos de captura sobre cuerpos, sexualidad y naturaleza como uno de los rasgos sobresalientes de la modernidad, en el cual la conquista y colonización sobre los cuerpos femeninos y su potencia fértil constituye un componente central.

En relación a la metodología se utilizó un enfoque cualitativo, que combina el análisis de los documentos y registros de observación participante con la realización de entrevistas etnográficas a diferentes actorxs clave.

¹ Tomado de Yáñez (2013)

Introducción

En América Latina el control estatal sobre los nacimientos fue una de las estrategias privilegiadas de los procesos de modernización e integración nacional. La medicalización de la sexualidad femenina y del parto constituye un punto de partida tanto para la construcción del proyecto eugenésico de nación (Yáñez, 2013) como para el disciplinamiento de las mujeres, especialmente las indígenas (Quiroz, 2016). La imposición de la obstetricia moderna de estirpe europea, fue interfiriendo y desplazando a los saberes sobre salud y curación de los pueblos de América, especialmente de las mujeres y de las personas que ejercían la partería, impactando sobre cuerpos y su sexualidad.

Como demuestra Federici (2015) la caza de brujas entre los siglos XVI y XVII, tanto en Europa como en América, tuvo el objeto de destruir la autonomía sobre la sexualidad y los cuerpos que las mujeres habían logrado construir durante centenios. Además, la violencia de este proceso no sólo destruyó los cuerpos sino que implicó la ruptura de lazos de cooperación entre mujeres, a mismo tiempo que aniquiló saberes y prácticas de resistencia colectiva gestadas en las numerosas luchas contra el feudalismo. Además, el apogeo de la persecución y eliminación sistemática de las brujas, entre los años 1580 y 1630, es contemporáneo con el proceso de expansión y colonización de los territorios de ultramar por parte de la sociedad europea. Las brujas fueron un emblema de comunidad femenina organizada y representaron una amenaza política y sexual, tanto para la iglesia como para el naciente estado moderno.

Un hecho constatable es que a medida que la medicina moderna y el estado avanzan sobre los espacios antes ocupados por mujeres, la participación activa de las mismas en los procesos vinculados al nacimiento y a la sexualidad en general se va reduciendo. Además se separa la sexualidad de la reproducción, aislando al nacimiento del conjunto de actividades sexuales en las que se entrama.

Según plantean Mies (1999) y Segato (2016, 2018) existe una continuidad extensa y verificable, entre el territorio y los cuerpos femeninos, que está presente en casi todas las sociedades conocidas, pero que adquiere características específicas a partir del Renacimiento y de la conquista de América. Los procesos de racionalización sobre cuerpos y territorios configuran en la modernidad toda una batería de mecanismos que se direccionan en dos sentidos confluyentes: en primer lugar, la apropiación de la vida es significada como un recurso indispensable para la acumulación de riquezas (Federici,

2015, Mies y Shiva, 1998) y en segundo lugar podemos constatar su eficacia expresivo como lenguaje de dominación (Segato, 2003; 2016, 2018). Es en relación a la trama construida entre estos dos ejes que podemos pensar los procesos de medicalización del nacimiento y la sexualidad como mecanismos de control biopolítico (Foucault, 1992) como procesos de cercamiento sobre cuerpos / saberes femeninos, sobre los grupos de mujeres organizadas (Federici, 2015) y como “pedagogía de la crueldad” que naturaliza y legitima las violencias (Segato, 2016, 2018). En la misma línea de continuidades entre cuerpos y territorios, como señalan Mies y Shiva (1998), encontramos los diversos tipos de extractivismo económico ejercidos sobre la naturaleza (tierra, agua, recursos energéticos, minerales, animales y vegetales) en concordancia con las violencias ejercidas sobre las mujeres. Desde esta perspectiva, la historia de la ginecología y obstetricia, que se remontan al surgimiento de la anatomía como disciplina científica en la Europa del siglo XVI puede leerse como la historia de una conquista territorial de los cuerpos, especialmente de los de las mujeres y de su fertilidad. En el siglo XIX, la consolidación de los estados nacionales, tanto en Europa como en América, y la emergencia de la revolución industrial, involucraron nuevos mecanismos sobre los procesos reproductivos y el control poblacional. En Latinoamérica la construcción de los estados nacionales hacia fines del siglo XIX revela la confluencia de dos procesos simultáneos aunque no evidentes: la conquista y anexión de territorios “desiertos” o indígenas y el control estatal sobre las dinámicas poblacionales, en especial sobre los nacimientos. Como señalan Mies y Shiva (1998), el diseño eugenésico de las poblaciones va de la mano del control sobre la fertilidad y la medicalización del nacimiento. En la región latinoamericana este proceso puede detectarse a partir de mediados del siglo de XIX a partir de la progresiva denigración de las comadronas populares mientras se impone la profesionalización certificada por el estado de la obstetricia. Como señala Quiroz (2016) la profesionalización de la obstetricia en la región latinoamericana constituye una expresión de colonialidad y como tal implica la pérdida de saberes ancestrales y de formas de organización y gestión comunitaria de la vida, la salud y la sexualidad. En la actualidad las tensiones y disputas entre la obstetricia profesionalizada y las prácticas idóneas permanecen vigentes, pero con cambios notables. Por un lado se evidencian las consecuencias del “epistemicidio” (De Sousa Santos, 2006) respecto de las prácticas y saberes populares de comadronas y

parteras, y por otra parte, el nacimiento se inscribe como escena expresiva de la colonialidad del poder médico-estatal y científico.

El Cuerpo como territorio conquistado

La modernidad se establece como un progresivo proceso de “cercamiento” de la naturaleza, los territorios, las riquezas y los pueblos (Federici, 2015). Su emergencia implicó una toma de posesión sobre la vida en su conjunto. En el caso de la sexualidad, este despliegue se efectuará especialmente sobre los cuerpos de las mujeres y su capacidad reproductiva. El encierro en la maternidad como destino natural e ineludible, pero paradójicamente alienado, es uno de los rasgos sobresalientes de este proceso político y epistémico. La fertilidad adquiere nuevos significados que irán construyendo la idea lo femenino indisociable de lo reproductivo, y a su vez a la reproducción como recurso inerte, como pasividad, como escenario de captura. La modernidad “colonial” como la llama Segato (2018) reduce a las mujeres a la maternidad y a la vez se las enajena de esa potencia, como si de un mero envase se tratara. La idea de la mujer como cuerpo- envase, presente desde los tiempos de Aristóteles, se resignifica, se amplía y extiende con esta nueva concepción. Forma parte del imaginario erótico /reproductivo y es uno de los emblemas que legitima y sostiene las violencias hacia las mujeres, cuya expresión paradigmática es la trata.

A partir del Renacimiento, pero fundamentalmente en el siglo XVIII, los cuerpos se diseccionaron para descifrar y describir su funcionamiento. Finalmente a mediados del siglo XIX, la disposición sobre la fertilidad será puesta a funcionar totalmente en la construcción eugenésica de las naciones y su crecimiento poblacional. Hacia fines del siglo XIX, la Argentina se consolida territorial y poblacionalmente. A partir de allí, planificará un desarrollo poblacional sustentado por el blanqueamiento del criollo, para lo cual se emplearán dos mecanismos eugenésicos básicos: por un lado el genocidio de los habitantes indígenas del desierto y los montes y por otra parte, la importación de colonos europeos / blancos en sucesivas oleadas inmigratorias planificadas desde el centro del poder estatal.

Género y raza

Desde los estudios postcoloniales que analizan la producción de subalternidades, suele tomarse el concepto de género y más específicamente la subordinación de lo femenino como un “prototipo” que permite comprender como funciona el poder y las situaciones de dominación. Como señala Segato (2003), el

género es la “experiencia fundante que organiza el mundo, incluso el universo biológico” (2003:57). La naturaleza aparece como discontinua por efecto de nuestra percepción binaria y no a la inversa como se ha sugerido desde el estructuralismo clásico. La estructura del universo simbólico concebido por el estructuralismo siempre es jerárquica y naturaliza el orden simbólico. Así, según Segato, tanto para la antropología estructural como para el psicoanálisis, el orden simbólico, estructura que organiza los significantes en la vida social es siempre “patriarcal”. Para Segato (2003) los géneros son el resultado de una “emanación de posiciones en una estructura abstracta de relaciones fijadas por la experiencia humana acumulada” en un lapso temporal tan extenso que se confunde con los tiempos de los orígenes de la especie. Los géneros son desde esta perspectiva transcripciones que se producen desde el orden simbólico al orden natural. En este sentido, podemos decir que es el símbolo el que inventa a la naturaleza y no a la inversa. En consecuencia, el orden empírico es fundado por el signo en un gesto rupturista, que no guarda continuidades con el mundo natural. La estructura simbólica se difunde a través de las instituciones que el mismo orden produce, desde las formas más elementales como las estructuras de parentesco, hasta las más complejas como escuela, estado, instituciones de salud, academias, medios de comunicación, etc. Siguiendo esta línea, tanto lo masculino como lo femenino constituyen roles ficcionales que se escriben y organizan desde la estructura simbólica, a la vez oculta y manifiesta, revelada parcialmente por las relaciones jerárquicas que produce. Así, los géneros no son observables en lo empírico, sino que constituyen el punto de partida, el “registro” desde el cual ingresamos a una escena. Los géneros constituyen una trama relacional que expresa y reafirma las relaciones de poder y lo jerárquico (2003:57-58). Esta estructura simbólica, además se produce en contextos históricos concretos y en sociedades determinadas. En la modernidad, la emergencia de las relaciones capitalistas de producción, imprimirán un sesgo determinado a la significación de la vida. El capitalismo es un sistema histórico-social que somete la vida a la producción de beneficio. Como señalan Mies (1999), Mies y Shiva (1998) y Federici (2015), las mujeres, la naturaleza, los pueblos originarios, los campesinos y los proletarios, constituyen las posiciones subordinadas dentro de la estructura simbólica y material del sistema capitalista. En esta configuración, el estado moderno a través de sus políticas públicas y acciones, escribe permanentemente el libreto del los géneros, las razas y demás desigualdades. Así, este libreto escondido y a la vista al mismo tiempo,

produce sin cesar modelos, esquemas y líneas de acción que se dibujan sobre los cuerpos y las subjetividades. La presencia constante de las jerarquías sexo-raciales, es un indicador del funcionamiento permanente de este aparato simbólico. Presencia que emerge como incuestionable y legitimada desde analogías naturalistas. Lo femenino en esta estructura simbólica, constituye el significante primario de lo subalterno, de lo oprimido, de la materia a dominar, es decir se configura como el territorio de conquista por excelencia.

Silvia Federici en *Calibán y la Bruja* (2015) describe cómo el capitalismo desde sus orígenes se apoya en la desigualdad sexual para establecer una nueva red de desigualdades y opresiones. Esta autora establece el nexo entre la caza de brujas y el surgimiento de una nueva división sexual del trabajo que encierra a las mujeres en el ámbito reproductivo. La caza de brujas es el suceso histórico que se sitúa en el centro de este análisis y es concebida como una maquinaria represiva cuya finalidad será el disciplinamiento total de los cuerpos femeninos según lo requerido por el nuevo orden social. La caza de brujas, tanto en el viejo como en el nuevo mundo, fue uno de los pilares sobre los que se asienta el desarrollo de la modernidad capitalista. La gran persecución de las brujas, junto a la trata de esclavos y los cercamientos del territorio, constituyeron los fundamentos de la acumulación originaria. Además, desde el punto de vista del cuerpo, el feminismo ha revelado cómo los sistemas sociales centrados en el poder masculino han intentado apropiarse de los cuerpos femeninos y a la vez disciplinar a las mujeres cuyos cuerpos se transforman en el territorio por excelencia para desplegar y ejercer las técnicas y las relaciones de poder. La modernidad capitalista se sostiene necesariamente a partir del sexismo y del racismo como fundamentos simbólico-prácticos de su dominación. El sexo y la raza constituyen así sus mecanismos centrales de legitimación. Desde sus orígenes hasta la actualidad resulta imposible vincular cualquier forma de emancipación o de transformación de las desigualdades desde la lógica de la modernidad o del desarrollo, porque su reproducción como sistema se apoya en la construcción de un “entramado de desigualdades” (Federici, 2015) sobre los cuerpos oprimidos y por su capacidad para replicar globalmente la explotación.

Los tres ejes del pensamiento moderno occidental

El control sobre la reproducción de la vida es una prioridad central de la modernidad. La producción de saberes y tecnologías aplicadas al cuerpo en occidente no puede deslindarse de los tres sesgos que definen su racionalidad: Antropocentrismo,

Racismo y Sexismo (Montiel, M y Perez Neira, D, 2013). El pensamiento occidental se caracteriza por ser un “pensamiento abismal” (De Sousa Santos, 2010) que se estructura a partir de opuestos en una trama de lógica excluyente, generadora de abismos. Entre cada término del binomio se profundizan las desigualdades. El “otro” del binomio es lo aniquilable. Su no existencia es construida a priori a partir de la instauración de un simbólico binario y jerarquizado. Allí donde se piensa desde este logos, toda otredad, representada generalmente por la naturaleza, lo femenino y lo salvaje, se transforma en objeto. La cosificación permite su apropiación, su reparto y destrucción. El binario jerarquizado posibilita un orden de dominación y saqueo generalizado respecto del mundo natural, de las mujeres y de las fuerzas productivas, en el que las violencias sobre cuerpos y naturaleza son de carácter expresivo y pedagógico, además de instrumental, como señala Segato en varias de sus obras (2003, 2012, 2017).

Desde el siglo XV, hasta la actualidad, la racionalidad de la conquista del mundo y la naturaleza se sustentan en esta concepción. El saber/poder “naturaliza” una concepción del mundo jerarquizada y binaria. Nos convence que es natural la dominación, la jerarquía y las violencias, mientras se ocultan las tramas de poder que producen y reproducen dichos mecanismos de dominación. En este proceso de veladuras, se naturaliza lo construido desde el poder como si se tratara de algo “esencial” propio de la vida y sobre todo de la naturaleza humana. Esta idea de “lo humano” como masculino y europeo cristaliza en el Renacimiento y es un proceso central en la construcción de la modernidad. Así, el corpus científico moderno que nace junto al humanismo en la Europa del siglo XVI, se posicionará sobre cuerpos y naturaleza a partir de la crueldad como método.

El surgimiento de la biopolítica en los siglos XVII y XVIII (Foucault, 1992), se asienta sobre las bases del antropocentrismo, el racismo y el sexismo, cuya capilaridad atraviesa todos los gestos de la modernidad, constituyendo un sistema global de dominación / destrucción, cuyo poder y eficacia radican en la capacidad de exterminio total, ya no de un pueblo, ya no de algunas especies, sino de la vida misma.

Surgimiento de la Obstetricia y Ginecología como campos de saber científicos

En este contexto, el nacimiento de la obstetricia como campo de aplicación de la medicina académica constituye un claro ejemplo de andro-antropocentrismo. Los descubrimientos de los anatomistas escoceses en el siglo XVIII, William Hunter y William Smellie, a los que se conoce como los “padres” de la obstetricia, fueron

plasmados en unos precisos atlas anatómicos sobre el embarazo y el parto. Entre 1750 y 1774 ambos médicos dibujaron entre 35 y 40 atlas a partir de numerosas autopsias en cuerpos de mujeres que murieron durante el parto. Varios siglos después, se establece la sospecha de la red de los homicidios por encargo, metodología que desde el renacimiento parece haber sido parte de las rutinas de investigación anatómica. En su investigación, Shelton (2010) trata de demostrar a través de datos demográficos y de diarios médicos que para realizar dichos atlas, los anatomistas, debieron encargar o realizar ellos mismos, los asesinatos de aquellas mujeres que reunieran los rasgos requeridos, ya contrariamente a lo que se supone hoy en día, la mortalidad materna en el parto no era frecuente.

A su vez, casi un siglo más tarde, el nacimiento de la ginecología moderna, nos revela una vez más la emergencia del racismo y del sexismo en los experimentos del Dr. James Marion Sims, considerado el “padre” de la ginecología moderna. A partir de la experimentación sin control del dolor, con las esclavas negras que trabajaban en sus plantaciones y de las de sus vecinos en Alabama, descubre la solución quirúrgica a la fístula vaginal entre 1845 y 1849. Dicha patología constituía un grave problema de salud en la época y además es una evidencia sobre las consecuencias de las intervenciones medicalizadas en el parto y de los procesos de control social sobre los cuerpos de las mujeres en plena era victoriana. Una vez que la técnica quirúrgica estuvo lista para ser utilizada con población blanca y libre, en 1853, el médico dejó Alabama y fundó en Nueva York el primer hospital de mujeres de los Estados Unidos. Allí, pudo aplicar la novedosa técnica en mujeres blancas, pero esta vez con la aplicación de los tratamientos para el dolor disponibles para la época, principalmente opio y morfina.

Por último, un tercer ejemplo nos permite reflexionar sobre los impactos de la medicalización del nacimiento y la intersección de diversas desigualdades en la construcción de la Vida como problema de salud pública. Se trata del descubrimiento del origen de la fiebre puerperal por parte del Dr. Semmelweis. Este médico de origen austrohúngaro, descubre a mediados del siglo XIX el origen, intrahospitalario y vinculado a las prácticas médicas, de la epidemia de fiebre puerperal que se abatía sobre las mujeres atendidas en el hospital de Viena. Llama fuertemente su atención la enorme diferencia en la mortalidad materna entre los dos pabellones de atención del parto. En pabellón atendido por médicos y estudiantes de medicina, la mortalidad por fiebre puerperal alcanzaba entre el 20 y el 50% durante los períodos de epidemia y se

mantenía entre un 13-17% fuera de la epidemia. Sin embargo, en la sala atendida por comadronas, el promedio de fiebre puerperal no superaba el 1.5%. Este descubrimiento le resulta muy costoso para su vida y carrera profesional. Lejos de ser recordado como el “padre” de este descubrimiento, es desacreditado como profesional, alejado de los centros hospitalarios e impedido de ejercer su profesión. Pocos años después es reconocido por Pasteur, cuya teoría microbiana hace admisibles las tesis sobre la asepsia propiciadas por Semmelweis (Villanueva-Egan, 2012).

Los partos y abortos de las mujeres “salvajes”

¿Cuántos saberes, prácticas y destrezas acumuladas por las mujeres, comadronas campesinas y populares se fueron suprimiendo con las sucesivas oleadas de misoginia que desde el surgimiento de la modernidad en el siglo XVI?

Tanto desde los registros de los cronistas Indias del siglo XVI (García Campillo, 2007) como desde los diarios de las expediciones militares y científicas entre los siglos XVIII y XIX, (viajes de Félix de Azara entre 1794-1801), se documentan las prácticas sexuales y reproductivas de los pueblos “salvajes”, considerados los más primitivos por su nomadismo y su economía cazadora-recolectora. Según consta en estos relatos, el control sobre la reproducción y los nacimientos son registrados como áreas de exclusividad femenina. La referencia a los partos es que se producen de forma espontánea y natural, sin complicaciones.

“Se debe admirar igualmente la facilidad con que dan a luz todas las indias, sin ayuda de nadie, sin consecuencias enojosas, sin dejar de ocuparse el mismo día de sus quehaceres ordinarios y sin que jamás les falte la leche. Se lavan inmediatamente después del parto con agua a la temperatura ambiente. Cuando es una mujer Payagua la que está en este caso, algunas de sus compañeras forman dos filas desde su casa al río, que está cerca, extendiendo al costado sus mantas, como para evitar que pase el viento; la parturienta pasa por en medio y se arroja al agua” (Azara, 1998:96).

El aborto y el infanticidio del recién nacido, son documentados con una declarada reprobación por dichos cronistas:

“Las indias dejaban morir a muchas de sus crías. Las mujeres sólo conservan ordinariamente el último hijo del que quedan embarazadas, cuando esperan no tener más, en vista de su edad y el estado de sus fuerzas. Si se equivocan en el cálculo y tienen otro después del que han conservado, matan al último. Algunas se quedan sin hijos porque han calculado mal que tendrían aún otro. Yo me encontraba en medio de

muchas de estas mujeres con sus maridos y les hacía severos reproches porque permitían sacrificar a sus propios hijos y exterminar así su nación, puesto que no podían ignorar que un matrimonio formado por marido y mujer no producía así más que un hijo. Me respondieron, sonriendo, que los hombres no se deben mezclar en asuntos de las mujeres” (Azara, 1998:62).

Las mujeres Mbyás consultadas por el propio Azara, justificaron el aborto por dos motivos: embarazarse y parir a tiempo completo les “estropea, deforma y envejece el cuerpo” y luego los hombres no las desean, pero además refirieron las dificultades del traslado permanente cargando una prole numerosa:

“...nada más engorroso para nosotros que criar niños y llevarlos en las diferentes marchas, en las que con frecuencia nos faltan víveres; esto es lo que nos ha decidido a provocarnos el aborto en cuanto nos sentimos embarazadas, porque nuestro fruto siendo entonces más pequeño, sale con facilidad” (Azara, 1998:62-63).

Un dato que resulta llamativo en el análisis de este relato particular es que no obstante la mención a la prontitud con que los portugueses redujeron a la esclavitud a “casi todos los guaraníes del Brasil” (Azara, 1998:94), no hay referencia alguna a los impactos de la conquista y colonización del Paraguay por los españoles, presentes en el territorio desde el siglo XVI. En este sentido, si bien podemos considerar razonable la hipótesis del control poblacional en los pueblos nómades, el silencio sobre los impactos y violencias de la conquista, es un dato a tomar en consideración. Otras crónicas de viaje, como las de la naturalista María Sybilla Merian, detallan las prácticas abortivas de las esclavas, negras e indígenas, en las plantaciones de la Guayana Neerlandesa en 1699, utilizando una planta medicinal autóctona, la “Flos Pavonis”:

“En septiembre de 1699, la ilustradora y naturalista alemana María Sybilla Merian llegó a la Guayana Neerlandesa con una misión: pasar allí cinco años documentando e ilustrando nuevas especies de insectos y plantas. Divorciada y con dos hijas, María había vendido 255 de sus pinturas para costear el viaje, convirtiéndose en una de las primeras mujeres en realizar una expedición científica independiente. En el libro que resultó de aquella expedición, María documentó cómo las esclavas africanas e indias de la colonia usaban las semillas de una planta (que ella identificó como Flos Pavonis o Flor de Pavo Real) como abortivo. Escribió: “Los indios, quienes son maltratados por sus amos holandeses, usan las semillas [de esta planta] para abortar su descendencia y que no se conviertan en esclavos como ellos. Los esclavos negros de

Guinea y Angola reclaman ser bien tratados, amenazando con rehusarse a tener hijos... Ellos mismos me lo dijeron” (Pico, 2018)

Cuerpo, territorio y raza en la las tramas de la construcción del Estado-Nación.

La institucionalización del nacimiento en Latinoamérica es un hecho que está fuertemente ligado a los procesos de construcción y consolidación de los estados nacionales. Existe una línea invisible pero tangible que entrelaza el control territorial involucrado en la conformación del estado-nación y el control sobre los cuerpos y la sexualidad femenina. Esta articulación entre cuerpo y territorio es una consecuencia de la importancia que asume la población y el diseño eugenésico de las naciones y conforma uno de los aspectos más evidentes de este proceso que cobra impulso a partir de mediados del siglo XIX. Este proceso constitutivo revela rasgos que se reiteran en toda la región, como la anexión de territorios “salvajes y desiertos”, el exterminio sistemático de pueblos originarios y la institucionalización medicalizada de los nacimientos. La medicalización de la sexualidad y la reproducción constituirá una de las estrategias biopolíticas centrales para el diseño de la población en Latinoamérica, a la vez que constituye una de los mecanismos por excelencia para la implantación de modelos de normalidad, civilización y modernidad.

La atención hospitalizada del nacimiento en Buenos Aires comienza a darse a partir de 1884. En la década de 1880 se promueve la política migratoria de europeos como estrategia de “blanqueamiento” racial al mismo tiempo que se llevan a cabo las grandes campañas genocidas como la conquista al “desierto” y la guerra contra el Paraguay. Las epidemias de fiebre amarilla y tifus colaboraron con este proceso de definición étnica de la población Argentina. En Argentina, el periodo de construcción nacional tomó desde fines del siglo XIX hasta la primera mitad del siglo XX, y uno de sus pilares fue la “maternalización” de las mujeres para fundar “la raza” nacional (Nari, 2004; Yáñez, 2013). La impronta de este sesgo ha dejado marcas y herencias que perduran en atención obstétrica actual y se desplazan tanto hacia las técnicas de fertilidad asistida como hacia las políticas de anticoncepción y control de la natalidad. A partir de seguir esas marcas podemos visualizar los sesgos eugenésicos, racistas, androcéntricos y antropocéntricos que se despliegan disfrazados de avances científicos y soluciones médicas frente a la mortalidad, la pobreza o la enfermedad.

La tasa de cesáreas en hospitales públicos de Argentina en el período 2010-2014 muestra un ascenso ininterrumpido, alcanzando un promedio del 30,9 %. En el

sector privado, la cifra alcanza el 67% para el mismo período (Informe OPS/OMS, mayo 2016). Según nota del diario Clarín: “En el mapa mundial, Argentina está en rojo, incluso bastante más alto que la tasa en promedio de América Latina (23,7%). Para tratar de revertir esta situación, el año pasado se reglamentó la ley de parto humanizado que, en entre otras cosas, obliga a las instituciones a darle a la mujer el tiempo necesario para poder parir a su hijo como quiera”².

La Ley de Parto Respetado 25.929, sancionada en 2004 y reglamentada el 1 de octubre de 2015 establece como derechos irrenunciables la libertad de decisión, conciencia y respeto para vivir y elegir los modos en que se quiere atravesar el nacimiento. El término "parto respetado" o "parto humanizado" hace referencia a una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de los padres y los niños y niñas en el momento del nacimiento. Detrás de los enunciados de respeto y equidad que la ley promueve hay una serie de supuestos que es necesario desmontar y visibilizar para que este instrumento sea un vehículo de transformación de las violencias propias de los procesos de medicalización y biopoder. Un defecto común a las leyes es el no reconocimiento de los supuestos y las jerarquías que sostienen las prácticas violentas sobre los cuerpos. Su carácter punitivo no permite la transformación o la problematización de los mecanismos de poder, sino la penalización de actos una vez que ya han sido cometidos. A medida que la civilización avanza, las autonomías y la diversidad, retroceden.

Metodología

Los datos y hechos referidos a continuación fueron relevados entre los años 2004 y 2005 a partir de la participación en dos proyectos de salud intercultural con comunidades de la etnia wichi en las proximidades de Tartagal, provincia de Salta.

El proyecto del año 2004, estuvo gestionado por una organización no gubernamental, el CIAC³. El proyecto del año 2005, corresponde al sub-programa “Equipos interdisciplinarios para pueblos originarios”, cuyo objetivo fue el abordaje intercultural de la atención de la salud de pueblos indígenas de la Argentina, en el marco

Diario Clarín /Sociedad, 12 de junio de 2016. https://www.clarin.com/.../epidemia-cesareas-practican-recomienda-oms_0_NywmgRI

³ CIAC sigla de la ONG Centro de Investigación y Acción Comunitaria.

del Programa “Médicos Comunitarios” del Ministerio de Salud de la Nación, creado en el año 2004.

La información cualitativa utilizada para este estudio fue tomada de las notas de campo realizadas entre el año 2004 y 2005, y de entrevistas realizadas a informantes clave en el marco de las actividades territoriales de los proyectos comunitarios de salud. Las técnicas utilizadas fueron, como ya mencionamos, las de la observación participante y la realización de entrevistas etnográficas.

Antecedentes históricos de la región del Gran Chaco

Actualmente, las comunidades originarias de la región, comparten con el conjunto de los pueblos originarios del territorio nacional, los procesos de exclusión y exterminio caracterizados por la destrucción de sus modos de vida, la destrucción física y la destrucción de la naturaleza que se profundizan a partir de 1884.

Los reclamos y luchas de los pueblos indígenas en la actualidad, se centran en torno al uso de la tierra, el reconocimiento de su identidad étnica y el cuidado de la salud. En la zona, la población criolla también los denomina “Matacos”, denominación despectiva creada por los españoles durante la conquista y que significa “cerdos del monte”.

La población originaria del chaco salteño es multiétnica, conformando un espacio de gran diversidad cultural y lingüística. La organización económica de la etnia wichí responde al modelo de autosubsistencia, basado en la caza, la pesca y la recolección. La organización social mantiene connotaciones de nomadismo, cada vez más restringidas por la sedentarización obligada y los avances del desarrollo, que limitan drásticamente el libre acceso a la tierra para el usufructo comunitario, y la agrupación característica en grupos de pertenencia de alrededor de 50 personas denominados “bandas”.

A partir de 1884 se produce la conquista del Chaco, en el contexto de la conformación del estado nación argentino, con la consecuente desarticulación social y económica de los pueblos del gran Chaco y el objetivo de incorporar al indígena al perfil productivo nacional como fuerza laboral sobreexplotada en los ingenios de caña de azúcar, la tala del quebracho y las cosechas de algodón.

En el año 1911 se produce una nueva campaña militar de extensión y conquista de la región Chaqueña. A partir de esta segunda incursión se provoca la destrucción del sistema tradicional de libre acceso comunal a la tierra. La organización económica se

caracterizaba por la coexistencia de modelos de subsistencia tradicional junto al trabajo estacional asalariado. En este momento se concreta la sedentarización definitiva de las tribus y su evangelización, particularmente a cargo de la iglesia anglicana. El objetivo geopolítico de principio del siglo XX fue el de circunscribir territorialmente a las comunidades, para facilitar su control y su reclutamiento como mano de obra para los trabajos estacionales de siembra y zafra, en condiciones de sobre-explotación que originaron una enorme mortandad. Estas formas de explotación diezmaron la población regional, provocando la desaparición de muchos grupos étnicos.

En 1982, a raíz de la guerra de Malvinas, el repliegue de la Iglesia Anglicana, de origen inglés, incide en el resurgimiento de prácticas tradicionales, como los cantos rituales y el chamanismo.⁴

Condiciones de vida actuales

Las comunidades de la etnia wichi visitadas en los proyectos de salud intercultural, se hallan en una zona geográfica comprendida entre el río Bermejo al sur, limitadas por Orán al oeste, Tartagal al norte, y la provincia de Formosa al este, muy separadas entre sí y con acceso muy dificultoso por las distancias y el camino, sobre todo en época de lluvias.

Las viviendas, se caracterizan por ser chozas hechas con ramas y nylon negro, que recogen de los campos sembrados de la zona, principalmente de soja transgénica.

En relación a las estrategias de supervivencia, se conservan costumbres nómades y muchas familias se trasladan permanentemente en el monte, en busca de comida obtenida por los medios de la caza, la recolección y la pesca. También se desplazan en busca de leña para vender en el pueblo o para usar, y de fibras de chaguar⁵ para tejer. La confección de tejidos con fibras de chaguar y de artesanías en madera de palosanto, forman parte de las estrategias de subsistencia. Estas actividades tradicionales se mantienen en un ambiente afectado por el cambio climático, la permanente deforestación, la falta de trabajo debido a la tecnificación de la agricultura, la presencia de explotaciones petroleras transnacionales y la creciente contaminación de agua y tierra. La degradación ambiental provoca la desaparición de animales y plantas

⁴ Datos tomados del Proyecto de Salud Intercultural Comunidad Pacará – Centro de Investigación y Acción Comunitaria. 2004

⁵ Especie vegetal propia de la región que se caracteriza por proporcionar una fibra muy resistente para hilar y tejer. Usada tradicionalmente desde tiempos remotos, forma parte de las tecnologías propias de los pueblos de la zona.

indispensables para la subsistencia de las comunidades, además de impactar negativamente sobre la salud y las estrategias alimentarias de la población.

Desde la existencia de las fronteras entre países limítrofes, las actividades de subsistencia se vieron restringidas a practicarse dentro de los límites políticos impuestos por cada estado nacional. Además, las grandes obras de infraestructura realizadas en el marco del Mercosur, implicaron la realización de grandes obras de comunicación y transporte, la radicación de nuevas empresas petroleras, la radicación de nuevos pobladores, la creación de centros comerciales, una enorme circulación de bienes y servicios, la aceleración progresiva del desmonte de las zonas circundantes, la tala indiscriminada de bosques, la contaminación de las aguas, el aire y el suelo de toda la región. Como contracara, estos avances no produjeron impactos positivos y expansión económica en las comunidades aborígenes, por ejemplo creando rutas para la conexión de las comunidades y el acceso a mejoras en su calidad de vida. Todas estas “mejoras” profundizaron las desigualdades existentes, afectando particularmente a los pueblos originarios.

En las entrevistas realizadas a misionerxs y personal de salud, el impacto negativo, es neutralizado, parece ser invisible:

“Lo que pasa es que los indios son vagos. No les gusta trabajar. No quieren progresar... no entienden que se tienen que integrar, mandar los chicos a la escuela y dejar de vivir así en el monte, en sus chozas, como hace mil años” (Juan, miembro del equipo de salud)

“Todo el tiempo están cortando las rutas por reclamos que no tienen nada que ver como que les devuelvan sus tierras... si ellos no tienen ningún título de propiedad, nunca compraron nada...y además no quieren trabajar, si les das para hacer una huerta, ni siquiera eso hacen” (Ulises, miembro del equipo de salud)

“Pobre gente es muy primitiva, muy salvaje. Andan acarreando el agua en los bidones de agrotóxicos. Hay que armar campañas, porque deben estar todos contaminados. Pero igual no sé si eso serviría de algo... son muy taimados, te dicen una cosa y hacen otra”. (Sonia, miembro del equipo de salud)

“Acá hubo un plan de viviendas, cerca de la ciudad, allá por los año 90, y cuando se les dieron las casitas, pusieron a vivir a las cabras allí adentro y ellos seguían en el monte”. (José, miembro del equipo de salud)

“Antes vivían de la caza y de la pesca, ahora andan cazando planes... a principio de mes los ves llegar al banco con sus tarjetas a sacar la plata... y después van y se la gastan toda en chucherías del (boli) shopping”.

La vida y la salud en las comunidades

La población visitada desde los proyectos de salud intercultural comunitaria mencionados pertenecía a tres asentamientos: Tonono, Misión Pacará y Misión Paraíso. En total son alrededor de 800 pobladores, en su mayoría de la etnia Wichi y en menor medida Tupí Guarani. Los asentamientos están a una distancia de 35 km de la Ciudad de Tartagal, Provincia de Salta. Se encuentran distribuidos en un área de 42 km², atravesada por el Río Caraparí.

El panorama sanitario se caracteriza por la presencia de desnutrición infantil (50% promedio en la infancia), elevado índice de tuberculosis en adultos (30%), alta incidencia de insuficiencia respiratoria aguda, deficiencia nutricional en adultos, alta incidencia del Mal de Chagas y parasitosis, esta última como consecuencia de la ausencia de agua potable, la contaminación del suelo y de la convivencia con animales domésticos.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, se observan embarazos a temprana edad, complicaciones durante la gestación, el parto, el puerperio, vinculadas a severos déficits nutricionales, pérdida de autonomía sobre sus cuerpos y grandes dificultades para acceder al sistema de salud estatal.

Desde la perspectiva de los profesionales de la salud, los problemas de salud y las dificultades de acceso a la atención médica obedecen a la negligencia propia de los “indios”. No se consideran las dificultades de accesibilidad geográfica, cultural, los efectos de la degradación ambiental, y mucho menos la incidencia negativa del progreso y la civilización sobre los pueblos originarios.

“Mirá que les decimos, tienen que venir a vacunarse, a controlar su salud.... Y nada. ¿Sabés cuando vienen?... cuando se están muriendo...” (Silvia, enfermera)

“Y no sé si te entienden cuando les hablás.... Porque después ves que hacen lo que quieren... es así el indio es testarudo... taimado... acá es tremendo la cantidad de chicos con bajo peso que tenemos, pero es como que no les importa... y las embarazadas no vienen jamás a los controles... si los chicos nacen ahí en el monte como animalitos, ni el DNI tienen... no sabés quienes nacen o mueren... porque no hay datos y hay muchos NN” (P. del equipo de salud)

Esta mirada sobre la población originaria contrasta con la experiencia concreta de las personas que concurren al hospital o centros de salud periféricos.

“y nosotras acá para llegar caminando al hospital tenemos que salir de noche.... Son como 4 horas de caminar... y es peligroso, hay violaciones o te pueden golpear.... a veces venimos dos o tres, pero no siempre se puede... embarazada ya te cuesta caminar tanto... es muy lejos... luego se enojan en el hospital” (Deolinda, mujer wichi de la comunidad Tonono).

“y luego como a nosotros nos es difícil ir al hospital... ellos a veces vienen... vienen a vacunar y sacar parásito... a veces vienen con los gendarmes... los chicos corriendo por el monte porque no quieren que los pinchen... no les gusta tomar medicina... y van a buscar a las mujeres que se van al monte... acá a las mujeres no les gusta el hospital...no es lugar para tener sus hijos...” (Juan, curandero de la comunidad Pacará)

En el caso de los saberes sobre sexualidad, embarazos, partería y salud infantil las prácticas originarias fueron sistemáticamente censuradas, moralizadas y prohibidas. Algunas prácticas sobreviven, pero de forma fragmentaria y cosmologizada. Por ejemplo, son frecuentes las intoxicaciones en bebés y niños por el uso de infusiones de hierbas medicinales. Estas intoxicaciones se deben fundamentalmente a errores de dosificación, ya que los saberes que perduran están fragmentados por efectos del “epistemicidio” (De Sousa Santos, 2010). Sin embargo para la opinión pública general, médicos, misioneros y medios de comunicación, la responsabilidad es debida a la ignorancia y la desidia de las mujeres salvajes.

“Mirá, acá lo que es tremendo es el uso del anís estrellado. No se dan cuenta las mamás que es un veneno, que los mata, y van y les dan a los bebés todo el tiempo. Nos cansamos de decir que no usen yuyos, pero nada... todos los días tenés bebés intoxicados por las madres, por las curanderas...” (Silvia, médica).

Además, la relación entre los equipos profesionales de la salud y las mujeres wichi, está atravesada por las dificultades idiomáticas y la inexistencia de un diálogo intercultural. En relación a lo intercultural, es imprescindible relevar que la presencia de una relación fuertemente jerarquizada y colonial entre el sistema de salud del estado y las prácticas tradicionales, hace imposible el diálogo, transformando las interacciones en situaciones de dominación.

Sin embargo en el horizonte argumental de los representantes del estado y la modernidad, la culpa es del indio, y especialmente de la india, taimada y montaraz, que se resisten a los avances de la Humanidad prefiriendo vivir en la prehistoria.

“Recuerdo que había una familia que nunca fue a parir al hospital. Eran todos muy montaraces. Casi ni hablaban. Vivían salvajes como antes de la llegada de Colón. Las mujeres de esa familia tenían los hijos solas, así tiradas, echadas como animales en el piso...una barbaridad... pero eran imposibles... nunca los pudimos convencer de venir acá, de vivir con nosotros” (Analía, misionera)

“Y a veces tenemos que coordinar con la gendarmería para los operativos de vacunación y para los controles de embarazadas, si no es imposible”. (José, equipo de salud)

Respecto de las experiencias en el hospital, las mujeres consultadas refieren vivencias violentas y desagradables, además de temores por estar en un lugar de tratamiento de la enfermedad.

“En el hospital se enojan... te gritan por todo... a veces no entendés por qué... no me dieron la placenta, ni me dejaban sentarme... acostada no podía y me ponían unos pinches en los brazos... no me podía mover...” (Sara, mujer de Misión Paraíso)

Tanto los problemas de salud, como las muertes en torno al parto son consecuencias de las condiciones de vida que afectan especialmente a los pueblos originarios. El hambre, habitar un medio ambiente deteriorado y la progresiva pérdida de los saberes como resultado de las sucesivas oleadas civilizatorias, especialmente durante el siglo XX y hasta la actualidad. No obstante el contexto no aparece como la causa de riesgos y mortandad. La mirada del sistema de salud se centra en la “marginalidad” de los indios y en la patología como algo escindido del contexto social e histórico. Así, las intervenciones médicas demoradas y deficitarias, no pueden contrarrestar los efectos letales que la entrada de la civilización produce en los pueblos originarios.

Además existe otro punto de tensión paradójica en torno a la maternidad. Para los wichi actuales, como para muchos pueblos originarios en la actualidad, el nacimiento de niños de su etnia es significado como una forma de resistencia al avance colonizador. Particularmente la etnia wichi, centra sus procesos de resistencia en la conservación de su lengua, en la defensa de sus territorios-naturaleza y en el

crecimiento poblacional⁶. En relación a este último punto, en las comunidades relevadas, se pudo constatar una fuerte presión sobre las mujeres para que sean madres de numerosa prole desde temprana edad y mientras sea posible. Esta presión genera tensiones que se evidencian cuando desde el equipo de salud se realizan actividades que son percibidas como una amenaza “eugenésica”. El siguiente relato evidencia como se expresan esta contradicción, ya que es percibida por las mujeres como una presión de su comunidad étnica para que tengan hijos y al mismo tiempo como una presión del sistema de salud para que no tengan tantos.

“Una vez planificamos un taller de salud sexual y reproductiva en una comunidad. Nos parecía que iba a ser muy difícil entendernos porque en general las mujeres no hablan castellano, o lo hablan poco... por eso hicimos un montón de láminas y dibujos con ilustraciones del aparato reproductor, del embarazo y del parto... bueno la cosa es que vinieron un montón de mujeres, eran como 15 y nos entendíamos bastante bien. Una de ellas que tiene estudios secundarios, hacía de traductora. Pero antes de terminar el taller cayó el cacique con varios hombres y nos dijeron que acá no podíamos hacer eso... o acaso estábamos propiciando que no nacieran más niños aborígenes... y ese fue el principio del fin... no pudimos hacer otro taller. Las mujeres agacharon la cabeza y quedaron mudas en presencia de los hombres...” (Nilda, del equipo de salud)

La atención obstétrica y la salud infantil es uno de los principales puntos de conflicto con el sistema de salud estatal. Es un campo caracterizado por la persecución, los malos tratos, las violencias y la culpabilización. Desde nuestra perspectiva sostenemos que estas características no se deben al interés por el bien de mujeres y niños, tampoco constituyen epifenómenos patológicos, sino que son mecanismos expresivos, como sostiene Segato (2012, 2018) a través de los cuales el estado-nación y la modernidad escriben su mensaje de dominación y poderío. En el caso de la atención obstétrica de las mujeres de pueblos originarios es posible encontrar con precisión la eficacia de la intersección de las desigualdades interconectadas de raza y género. Mientras las condiciones impuestas por el avance del desarrollo y de la globalización permanecen naturalizadas e invisibles, a los pueblos originarios se los concibe como una amenaza para el avance de la nación. En este escenario, las mujeres se esconden, en

⁶ Contrariamente a lo que sucedía en épocas anteriores según las crónicas y relatos producidos desde el siglo XVI al XIX.

lo que queda de monte, para intentar mantener la tradición del nacimiento, en un acto político de resistencia y autonomía corporal.

“Antes sabíamos de muchos yuyos que ahora ya ni hay en el monte... Las mujeres sabían de yuyos para no tener hijos o de otros para tener... Todo eso se fue olvidando... antes tampoco había las enfermedades de ahora... cuando yo era chico no teníamos hambre, no se morían los chicos por hambre...” (José, curandero Pacará)

En las entrevistas realizadas tanto a mujeres de las comunidades, como a los curanderos, las preguntas relacionadas con los nacimientos y su atención siempre generaron incomodidad y desconfianza. Las respuestas obtenidas en general describen al momento del nacimiento como algo que sucede “naturalmente” y que las mujeres en general se autoasisten y luego siguen con sus tareas habituales. Esta “naturalidad” contrasta con las intenciones de los equipos de salud de controlar los embarazos y atender institucionalmente los nacimientos dentro del encuadre hospitalario, aún cuando las condiciones de transporte y atención no garantizan que la atención médica sea efectiva y resuelva los problemas de salud materno infantil. Los profesionales de la salud hacen referencia de la prevalencia de determinadas patologías que afectan seriamente la salud de madres y niños. Se mencionan principalmente la eclampsia (hipertensión gestacional), la anemia y los embarazos a edades tempranas. En ningún caso, estas patologías son relacionadas con las condiciones de vida que afectan a las poblaciones originarias de la zona. La percepción de estas afecciones está naturalizada, no existen interrogantes alrededor de estos problemas, sino prácticas que desde el modelo bio-médico se realizan para evitar las consecuencias negativas de las mismas. “No sé para que les enseñamos como preparar la mamadera con la leche que entregamos... Al final las preparan mal, todo diluido y tenemos los chicos con bajo peso y desnutridos”... (Flavia, pediatra)

La difusión de la alimentación con biberón y leche en polvo en poblaciones que practican la lactancia exclusiva y prolongada, constituye un claro ejemplo de las violencias que circulan en torno a la atención materno-infantil en las comunidades originarias. Los argumentos en torno a desestimar la lactancia materna son variados: el mal estado nutricional de las madres, la coexistencia de embarazos y lactancias, la costumbre indígena de dar de mamar a varios niños a la vez y de diferentes edades, estas dos últimas, costumbres muy combatidas por los equipos de salud, por considerarlas insalubres y que perjudican tanto a los recién nacidos como a las mujeres.

Las representaciones predominantes sobre nacimientos, lactancias y reproducción entre los miembros de los equipos de salud tienen fundamentos “biologicistas” y responden al paradigma de la medicalización. No se contemplan los contextos sociales ni las determinaciones históricas que se atraviesan la vida de los pueblos en esta situación de colonialidad y los cercamientos (Federici, 2015), tampoco se evidencian los efectos negativos del desarrollo y la modernización en la zona. Los programas de salud sexual y reproductiva se orientan al control de la natalidad, por la vía de la anticoncepción hormonal o quirúrgica como la ligadura de trompas. Esta última es realizada sin consentimiento alguno, cuando se atiende el parto institucionalmente, razón por la cual este tipo de asistencia es doblemente temida por las mujeres wichí. La anticoncepción hormonal es de tipo inyectable, de frecuencia mensual.

“Yo he conocido a muchas que desde que fueron al hospital nunca más hijos tuvieron... y es que algo les habrán hecho allí... muchas mujeres que nunca más... por eso no vamos.... También ahí te dan la inyección para no tener hijos”. (Ofelia, de la comunidad Pacará).

Conclusiones

La salud, como la vida, son procesos que no pueden separarse de las condiciones materiales, históricas y ambientales en las que se despliegan. Los procesos de medicalización de los pueblos originarios, no contemplan las relaciones de interdependencia entre los pueblos y la naturaleza, ni las rupturas violentas como consecuencia de los procesos de conquista y colonización que desde el siglo XVI hasta la actualidad, vienen desarrollándose en la región. Las relaciones entre medicalización, sexismo y racismo, constituyen componentes nucleares de los procesos de conformación del estado nación como territorio y de los efectos que estos procesos tienen sobre los cuerpos y la vida.

La salud hospitalaria y la educación pública han sido los pilares centrales por los que el estado nacional impuso su poder simbólico entre las comunidades originarias. Así como los misioneros combaten las creencias y la religiosidad de los pueblos, implantando el monoteísmo cristiano, la medicina avanza sobre los cuerpos y la educación sobre la lengua. Las intenciones de interculturalidad de los proyectos de salud se centraron difundir la importancia de utilizar la medicina y la educación del estado, sin cuestionar las barreras de acceso, ni tampoco los sucesivos contextos de

colonización que desde el siglo XVI inciden en el deterioro de las formas de vida de los pobladores del monte y del medio ambiente natural. Hay que destacar que luego de más de 500 años de violencias, cercamientos y modernización, los efectos de la colonialidad son evidentes.

A la situación de jerarquía impuesta por la colonialidad de la medicina estatal, se le suma en el caso de la atención obstétrica, la jerarquía patriarcal, sexual, que asume el control territorial de los cuerpos gestantes desde la violencia normatizada de la modernidad respecto de la gestación y el parto. Esta doble incidencia, de opresiones raciales y sexuales resulta paradigmática entre las mujeres aborígenes. En este sentido, la resistencia al parto hospitalizado es una manifestación de la politicidad del nacimiento, de su inscripción en sistemas sociales, en relaciones y tramas de poder en tensión. El objetivo desde los centros sanitarios es el control de la población, la normalización de sus costumbres y la persecución de las prácticas de medicina tradicional. No se evidencia una intencionalidad en la mejora de la atención o calidad de vida o de respeto a las prácticas tradicionales de partería. Entre los pueblos originarios las parteras tradicionales con perseguidas como lo fueran las brujas entre los siglos XVI y XVII. En las experiencias de salud intercultural con población de la etnia Wichí, la persecución no se dirige hacia las parteras, sino hacia todas las mujeres gestantes, debido a que practican el parto con total autonomía como proceso fisiológico natural y automático. Sabemos que tanto en el caso de perseguir a parteras como en el caso de perseguir a mujeres gestantes, el objeto de la persecución no está motivado por la defensa del bien común, de la salud pública y de la vida. La persecución de parteras o de mujeres paridoras tiene como finalidad la ruptura de poderosos lazos comunitarios y con la naturaleza a través del control sobre los cuerpos femeninos. En términos generales los problemas de salud de las poblaciones originarias están vinculados directamente a la privatización de las tierras, la explotación predatora de los recursos, la destrucción de los montes, la contaminación de tierras y aguas, la explotación en ingenios y cosechas, las condiciones de vida deterioradas, el hambre y la ruptura de lazos sociales y naturales.

Mientras no se cuestione la “colonialidad”⁷ (Quijano, 2000) del sistema de salud y de las políticas de salud construidas desde el Estado-Nación, caracterizadas por

⁷ “Es así como la ideología imperial que subyace en el modelo productivo monocultural en este momento histórico, viene a jugar el papel de las pestes y exterminio que enfrentaron en el siglo XVI

un profundo etnocentrismo, la persecución a las prácticas sexuales, medicinas tradicionales, junto a la imposición de jerarquías sexuales, raciales y epistemológicas, la mercantilización de los cuerpos y la vida así como la existencia de una historia de múltiples disciplinamientos que se escriben en los cuerpos de mujeres y niñas durante los ciclos de la reproducción (desde la concepción hasta el nacimiento, incluyendo el puerperio y la lactancia) no podemos hablar de salud intercultural. Las violencias desplegadas alrededor de los cuerpos tienen una dimensión práctica, que consiste en fabricar cuerpos dóciles, mutilables y desconectados de sus capacidades y potencias. Además tienen una dimensión expresiva, cuya eficacia radica en la transmisión de un mensaje de poder (Segato, 2016) que es dirigido hacia toda la sociedad, en el que cada gesto de crueldad es un signo de ese lenguaje. Es el mensaje en sintonía con la imposición de jerarquías violentas y binarias de occidente sobre las colonias, de la ciencia sobre otros saberes, de lo tecnológico sobre lo fisiológico, de las instituciones médicas sobre los cuerpos, de la obstetricia sobre las mujeres. Cada nacimiento medicalizado es una escena de captura violenta sobre los cuerpos femeninos, en la que se actualizan el antropocentrismo, el racismo y el sexismo de forma automática y letal, generando marcas que trascienden dichos cuerpos para difundirse por todo el cuerpo social (Ramognini, 2018:136).

Bibliografía

- Azara, F. de (1998) “Viajes por la América Meridional”. Tomo II. Capítulo X. De los indios salvajes.
- De Sousa Santos, B. (2006) Más allá del pensamiento abismal: de las líneas globales a una ecología de los saberes. Centro Fernand Braudel. Nueva York.
- De Sousa Santos, B (2010) Descolonizar el saber, reinventar el poder. Ed. Trilce. Montevideo.
- Do Pico, Marina (2018) Las hierbas de la emancipación: aborto, biopolítica y soberanía
posted on : 12 de junio, 2018 published by : Marina do Pico
<https://www.revistaamazonas.com/2018/06/12/las-hierbas-de-la-emancipacion-aborto-biopolitica-y-soberania/#ancla1>

y XVII las poblaciones originarias. Estos hechos nos muestran, como destaca Anibal Quijano (2000) que la globalización en curso es la culminación de un proceso que comenzó con la constitución de América y la del capitalismo colonial/ moderno como un nuevo patrón de poder mundial y como la expresión de una única forma de existir” (Papuccio de Vidal y Ramognini, 2018:104)

- Federici, S (2015) Calibán y la Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Buenos Aires. Ediciones Tinta Limón.
- Foucault, M. (1992) Genealogía del Racismo. 11° Conferencia. Ed. La Piqueta. Madrid.
- [Ley de Parto Humanizado N° 25.929](#) y [reglamentación \(decreto 2035/2015\)](#)
- García Campillo, G. M. (2007) Datos etnográficos y etnohistóricos sobre el infanticidio en sociedades tradicionales en <http://moreprod.blogspot.com/2007/09/datos-etnograficos-y-etnohistoricos-sobre.html>
- Mies, M. (1999) Patriarcado y acumulación a escala mundial. Traficantes de sueños. Mapas. Madrid.
- Mies, M. y Shiva, V. (1998) La Praxis del Ecofeminismo: Biotecnología, Consumo y Reproducción. Icaria Antrazyt. Mujeres, voces y propuestas. Barcelona.
- Montiel, M y Perez Neira, D. (2013) Agroecología y Ecofeminismo para Descolonizar y Despatriarcalizar la alimentación globalizada. Revista internacional de Pensamiento Político - i Época - vol. 8 - 2013 - [95-113] - sin 1885-589X
- Nari, M. (2004) Políticas de maternidad y maternalismo político. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- OPS/OMS (2016). www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view...cesáreas.
- Papuccio de Vidal, S y Ramognini, M. E. (2018) Capítulo 4. Mujeres, resistencias y alternativas decoloniales. En: Teoría y Praxis de Ecofeminismo en la Argentina. Librería de Mujeres Editoras. Buenos Aires, pág. 93-112.
- Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En: *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Edgardo Lander (Comp.) CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.
- Quiroz, L. (2016) Descolonizar el saber médico. Obstetricia y parto en el Perú contemporáneo (siglos XIX y XX). Universidad de Rouen.
- Ramognini, M. E (2018) El cuerpo como territorio: Entre la conquista y la emancipación, en: Papuccio de Vidal, S y Ramognini, M. E. (2018) Teoría y Praxis de Ecofeminismo en la Argentina. Librería de Mujeres Editoras. Buenos Aires, pág. 113-142
- Shelton, D. (2010). The Emperor New Clothes. Journal of the Royal Society of Medicine. JRSM 103: 46-50

- Segato, R. (2003) *Las estructuras elementales de la violencia*. Capítulos 2 y 4.
Prometeo. Buenos Aires
- Segato, R. (2015) *La Pedagogía de la crueldad*. Entrevista de Verónica Gago a Rita Segato. Suplemento Las 12 Diario Página 12. 29 de mayo de 2015. Buenos Aires.
- Segato, R. (2016) *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños. Mapas 45.
Madrid
- Segato, R. (2018) *Contra pedagogías de la crueldad*. Editorial Cúspide. Buenos Aires.
- Villanueva-Egan, L (2012) Semmelweis: Investigación operativa para prevenir muertes maternas en el siglo XIX. *Revista CONAMED*, Vol.17, Suplemento 1, pág. 42-47. ISSN1405-6704.
- Yáñez, S. (2013) *De la caza de Brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: Reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad*. *Nómadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* N°37. Vol. I. Argentina.