

Salud, Religión y Sexualidad en mujeres indígenas del norte argentino

Género, Desigualdad y Ciudadanía

Dra. Vanesa Vazquez Laba
CONICET/UBA/UNSAM

Palabras claves: religión, sexualidad, mujer indígena, salud reproductiva

Introducción

Religión y sexualidad es una relación que viene siendo estudiada en las Ciencias Sociales con más fuerza en los últimos años desde diferentes abordajes (Vaggione, 2008; Jones *et. al*, 2012; González y D'Amico, 2008; entre otros). Lo religioso es fundamental para repensar el vínculo género y sexualidad pero, además, debemos incorporar también el factor étnico-racial ya que el no acceso a ciertos derechos de algunos grupos sociales subalternizados se explica no sólo por el condicionamiento que implica la heterosexualidad normativa impuesta desde los discursos religiosos y médicos –por mencionar algunos de los más fuertes- sino, también, por la racialización y sexualización de los cuerpos de las mujeres como factor ideológico que sigue obstaculizando la ciudadanía reproductiva.

Sin embargo, la cuestión de las diferencias entre las mujeres vinculada a la relación étnico-racial en el ejercicio de la sexualidad y salud reproductiva ha sido poco estudiada dentro de las Ciencias Sociales. Algunas investigaciones antropológicas han indagado sobre las formas de vida reproductiva, sexualidad y maternidad en comunidades indígenas (Gómez, 2008; Hirsch, 2008), dando cuenta que el ejercicio de la autonomía y la decisión sobre el propio cuerpo contempla cuestiones étnico-culturales además del género normativo.

Por tanto, este trabajo se propone reflexionar sobre la relación que se entabla entre los cuerpos de las mujeres con identidad indígena, el sistema de salud y las creencias religiosas. Focalizaremos sobre la noción de autonomía del cuerpo y el derecho a decidir sobre salud reproductiva en relación la organización social y las relaciones de parentesco étnicas de las comunidades. Asimismo, veremos cómo influyen las creencias religiosas -armando sincretismos con las costumbres ancestrales indígenas-, en la toma de decisiones de las mujeres sobre sus prácticas sexuales y reproductivas.

El estudio se centró en comunidades indígenas kolla, wichi, guaraní y toba en las provincias Jujuy, Salta, Tucumán, Misiones, Chaco y Formosa. Se llevó a cabo un trabajo de campo donde se aplicaron técnicas de entrevistas en profundidad, semi-estructuradas, notas de campo y observaciones participantes tanto a mujeres, varones, caciques, miembros de las comunidades y diferentes efectores de los servicios de salud.

Sexualización y racialización de los cuerpos de las mujeres

Son varias las investigaciones antropológicas que estudian la “sexualización de la raza” y la “racialización del sexo”, develando las relaciones de dominio y poder del hombre blanco, heterosexual, colonizador sobre mujeres indígenas colonizadas. Es fundamental la interseccionalidad de las categorías clase, raza y género para entender estas relaciones de poder y sus dinámicas pero no hay un agotamiento de éstas.

Las mujeres indígenas son conscientes de que la política está en el meollo de su posición como ciudadanas por connotaciones de género-racial-sexual, es decir, que se saben –como sostiene Sarah Radcliffe-, “...seres sexuales incrustados en comunidades etno-raciales específicas”. “Lo político se vuelve sexual, ya que las mujeres líderes tienen que disputar constantemente los agravios sexuales de

sus comunidades y, en ciertos casos, deben batallar con la violencia física de sus compañeros, vinculada a los celos sexuales” (Radcliffe, 2008: 128).

La cuestión de las mujeres indígenas en la Argentina ha sido abordada tardíamente por las investigaciones sociales. Si bien en las primeras décadas del siglo XX inician los estudios etnográficos que dan cuenta de la vida material y simbólica de los pueblos indígenas del país, y, aunque algunos indagan aspectos de la vida de las mujeres como la reproducción, el trabajo artesanal, la organización familiar, en general estos trabajos no desarrollan un corpus problemático sobre las cuestiones de género en su interior (Hirsch, 2008: 15). Más recientemente pero, aún escasos, resultan los trabajos sobre sus cuerpos, sexualidad y salud (no) reproductiva (Vazquez Laba y Páramo Bernal, 2011; 2012).

Resulta delicado hablar de autonomía de las mujeres indígenas. Las teorías feministas clásicas han trabajado para mantener la idea del género normativo como prioridad sobre las otras relaciones de dominación tales como clase social y raza. No obstante, a partir de varias investigaciones que venimos desarrollando podemos dar cuenta que en algunos sectores de mujeres subalternizados estos factores se entrecruzan y componen una normativa múltiple. Ser mujer; ser mujer indígena; ser mujer indígena migrante; son registros diferenciados por los otros actores sociales.

En este sentido, la idea de sexualización de la raza y racialización del sexo devela situaciones de violencia simbólica las cuales se dan o por la positiva –“la indígena sexy”- o por la negativa –“la indígena sucia”-; ambas son estigmatizaciones sobre los cuerpos de las mujeres y discriminaciones sobre sus formas y costumbres. Por lo tanto, esta dominación que se produce sobre las mujeres a partir violencia simbólica que ejercen impide su autonomía. Los cuerpos sexualizados y racializados pierden soberanía; aun más.

Las mujeres indígenas encuentran varios obstáculos frente a sus decisiones. No les es fácil. Uno de los obstáculos que deben enfrentarse y es difícil de vencer son sus parejas o maridos. Sus testimonios pusieron en evidencia los maridos son lo que tienen “la decisión” frente a la (no) planificación familiar. Les es muy difícil negociar y más aun cuando no tienen información. En segundo lugar, deben vencer el obstáculo de los servicios de salud y los maltratos que padecen por su condición de indígenas.

En relación a los márgenes de negociación con sus familias encontramos casos muy diferentes pero con el común denominador que las mujeres terminan haciendo lo que ellas quieren. Si bien es escaso el margen de negociación cuando lo consultan o lo charlan con su pareja o marido en realidad lo que aparece como dato interesante y novedoso es la estrategia a la que apelan que tiene que ver con el ocultamiento o la mentira. El no decir nada, el ir al hospital cada tres meses para colocarse el anticonceptivo inyectable o colocarse un DIU son recursos válidos ellas encuentran para resistir u enfrentar la familia o comunidad con rasgos patriarcales.

Relatos tales como el de una mujer indígena de la localidad de La Quiaca, en la provincia de Jujuy, que ya con 45 años alcanzaba los ocho hijos entonces tomó la decisión sola, sin consultarle al marido, de colocarse un DIU. Otras experiencias también han mostrado transformaciones en las subjetividades de las mujeres en relación a sus propios deseos y necesidades. Algunos recortes de las entrevistas exponemos a continuación:

“No queremos tener más hijos en escalerita” (Mujer guaraní, comunidad La Bendición, Salta, 2012).

“Tomé la decisión sola, sin mi marido, dije que ya tenía muchos hijos y basta.” (Mujer indígena de La Quiaca, 45 años, madre de 8 hijos).

“La postura de la mujer indígena ha cambiado mucho, ya no es lo que dice el varón” (Capacitadora de Agentes Sanitarios, barrio Nan Qom-Wichi, Notas de campo).

Hay que tener en cuenta que estas decisiones autónomas e individuales de las mujeres generan tensiones en sus familias y en la comunidad a la que pertenecen. Sabemos que tanto la maternidad como la familia extensa otorgan estatus a las personas y a las familias dentro de las organizaciones indígenas. Por ejemplo, la maternidad "define la femineidad" en las mujeres, como lo afirma la antropóloga Silvia Hirsch (2008).

Esto viene cambiando también. Las mujeres indígenas tienen otros modelos de femineidad que incorporan a sus vidas rurales y comunitarias. Una de estas es la reducción de la cantidad de hijos/as no solamente porque argumentan que no pueden mantenerlos económicamente sino porque ellas mismas quieren trazarse otras vidas.

No obstante, el patriarcado, entendido como sistema de dominación (Millet; Hartmann; Firestone) deja poco margen a la soberanía de los cuerpos y las posibilidades de toma de decisiones autónomas. Las mujeres indígenas no solamente deben enfrentarse y sortear los obstáculos que permanentemente el patriarcado produce y recicla en las relaciones familiares y comunitarias sino, también, a los sistemas sanitarios.

Lo religioso y la práctica médica

En la introducción del trabajo se mencionó que la relación género y sexualidad debía ser atravesada por la mirada crítica y analítica de los estudios sobre religión. Juan Marco Vaggione (2008) sostiene que "la presencia actual de lo religioso tiene que ver con la conservación o recuperación de un orden social que algunos sectores religiosos sienten amenazados frente a la diversidad sexual y al empoderamiento de las mujeres" (pág. 10).

La religión también forma parte de los sistemas que sostienen el patriarcado. La especificidad de los discursos religiosos son un aporte importante para comprender, por un lado, la resistencia a la implementación de las políticas públicas en salud sexual y reproductivas, a la efectivización de los abortos legales y a comprender la persistencia de los embarazos adolescentes y la mortalidad materna por causales de aborto clandestino. Por otro lado, que las mujeres también son creyentes y no por eso son sujetos pasivos frente a los sistemas de creencias, por el contrario, denuncian y se movilizan contra los mandatos que sienten injustos (Vaggione, 2008).

Ahora bien, ¿cómo se cruza lo religioso con lo institucional médico? Vaggione sostiene que la religión o, mejor dicho, los discursos religiosos "son parte constitutiva de distintas dinámicas políticas. En las relaciones internacionales, en las regulaciones jurídicas sobre la familia, en las políticas migratorias, en las elecciones nacionales, como en tantas otras temáticas, las principales religiones no sólo son voz de los debates sino que también tienen una fuerte influencia en la toma de decisiones" (2008: 17).

En nuestra investigación la relación médico-paciente se complejiza ya que hemos detectado que ciertas prácticas médicas dificultan el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las usuarias migrantes, indígenas y criollas de la región del NOA. Estas formas de ejercer la medicina está impregnada de los modelos ideológicos referidos a la maternidad, sexualidad y género que reactualiza prejuicios de clase y refuerzan relaciones esa poder (López y Carril, 2010), pero además se deslizan sus creencias personales basadas en discursos religiosos más modernos vinculados a los derechos sexuales y reproductivos.

Los profesionales transforman sus opiniones morales en prescripciones médicas (Blima Schraiber, 2010), por esta razón los abortos legales en la Argentina no se practican a pesar de que se encuentran exceptuados del código penal desde 1921.

De los testimonios recogidos tenemos algunos relevantes cuando indagamos sobre situaciones de aborto legal:

"Hemos tenido un caso de una chica que ha sido violada en la temporada, cuando salía de bailar. Al acto la chica se hizo ver con el médico, se le dio la pastilla del día después y no

hemos tenido consecuencia en ese tema. Después la chica vino a tratamiento psicológico" (entrevista a agente sanitario, Tafi del Valle, 2012).

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

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

Estos fragmentos de las entrevistas dan cuenta del rechazo que persiste en la ideología médica sobre la idea de interrupción de un embarazo argumentando en la mayoría de los casos entrevistados que no llevarían a cabo un aborto porque "ellos no están de acuerdo". Esto evidencia claramente dos cuestiones, por un lado, que priorizan su posición frente a una situación de aborto legal, no cumpliendo con su deber como funcionario público ni con la ley vigente y, por otro lado, un paternalismo que persiste que pone énfasis en la jerarquía del papel de la madre anulando toda posibilidad de considerar a la mujer sujeto de derechos.

Por detrás de estos dos aspectos están los discursos religiosos pesando en la conciencia del sujeto profesional médico y trasladándose a la práctica profesional en los centros de salud públicos. Lo interesante, también, es que ya no sostienen argumentos conservadores respecto a la sexualidad y el aborto, por el contrario, apelan a los discursos supuestamente científicos que hoy disputan poder en la arena académico.

El umbral de la violencia institucional invisibilizada

El sistema de salud en la Argentina se divide en tres sectores: público, privado y las obras sociales, subsectores que responden a las directivas del Ministerio de Salud de la Nación a la vez que gozan de autonomía provincial de acuerdo al esquema federal. La complejidad que supone la diversidad de actores, roles, niveles de coordinación y de responsabilidades hace que la descoordinación y la fragmentación sean una característica del sistema de salud en el país. El sistema público -que interesa a esta investigación-, opera a través de hospitales de baja y alta complejidad, Centros de Atención Primaria (CAP) y Centros Integrales de Salud (CIS) en las provincias que presentan rasgos de desarrollo heterogéneo de acuerdo a las brechas de desigualdad entre las provincias.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en tanto política nacional, se coordina y ejecuta dentro del sistema de salud pública y su provisión pasa por los distintos niveles de servicio y compromete la totalidad de recursos físicos y humanos disponibles, aunque como se ha dicho, con arreglo a las disposiciones de la política provincial.

La Política Nacional promueve el logro de objetivos generales y ofrece un modelo de actuación común en la práctica profesional en relación a la ejecución del Programa. En el trabajo en campo encontramos que la información sobre métodos anticonceptivos, el acompañamiento a las mujeres y la aceptación de aborto en casos de violación son tareas puestas en práctica en su mayoría por el esquema de atención primaria, que aunque se corresponden con los esquemas ideológicos respecto de la sexualidad y la maternidad conservadores del sistema médico general, ejercen una tarea de sensibilización social y actúan en ocasiones con autonomía de estos valores, no sucede lo mismo con las categorías ocupacionales de mayor rango, hablamos de médicos ginecólogos y directores de hospitales donde hay un mayor "deslizamiento" (López y Carril, 2010) de sus creencias y valoraciones personales.

En el sistema de salud la relación comunicacional médico-paciente es fundamental para que las mujeres accedan a información completa y de calidad para luego tomar su propia decisión respecto de su

sexualidad y reproducción o no reproducción. Sin embargo, algunas investigaciones (Petracci, 2009) develan que los profesionales generan obstáculos y no garantizan un adecuado acceso a la información y que responda a las necesidades y expectativas de las mujeres.

En otras investigaciones (Vázquez Laba y Páramo, 2012) también se ha detectado que los discursos médicos son poco amigables con las mujeres indígenas, inmigrantes e inclusive con las criollas pobres ya que están cargados de ideología en torno a prejuicios de género, étnicos y de clase social, y que, a su vez, se desliza en su práctica profesional. Pero también, el orden médico establecido normaliza los cuerpos y homogeneiza a las mujeres imponiéndoles formas de vida y cuidados universales sin detenerse en las diferencias y diversidad cultural de las usuarias que llegan a los centros de salud.

De esta manera, la práctica médica se transforma en un ejercicio violento hacia las mujeres no sólo por los juicios morales que invocan sino, fundamentalmente, por la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres por no cumplir con la ley vigente (Vázquez Laba y Páramo, 2012).

Para Jelin (2010), el sistema de salud argentino limita el acceso y uso de servicios de salud a toda la población. La escasez de recursos financieros, humanos, de infraestructura, insumos, conjugado con la mala administración de la institucionalidad pública en salud y la sobresaturación de los sistemas propician una expulsión indiscriminada. Esta es la situación de base, sin perjuicio de reconocer que la discriminación sobre la población de migrantes limítrofes, especialmente mujeres en edad reproductiva, se constituye en otro factor expulsivo de grupos diferenciados de los sistemas de salud.

Jelin, Grimson y Zamberlin (2010) señalan que pese al conocimiento de la normatividad en materia de salud, salud sexual y reproductiva y migración se detectan prácticas en el sistema sanitario en Argentina que agregan mayor dificultad al acceso de población migrante, más allá de las que tienen los amplios sectores de la población argentina pobre o empobrecidos por la recesión económica.

Las condiciones económicas, sociales y políticas de cada comunidad tienen sus particularidades lo que produce ciertas singularidades en las vivencias de las mujeres y los vínculos que establecen con su pareja, con sus comunidades y con la institución sanitaria. Sin embargo, mediante el trabajo de campo se vislumbraron comportamientos similares como, por ejemplo, el que las mujeres pidan los anticonceptivos inyectables ofrecidos por el PNSSyPR en la Consejería para evitar asistir permanentemente a los centros de Salud, o bien que tengan un actitud activa frente al cuidado de su salud y que demanden insumos, anticonceptivos e información de sus derechos, opciones de cuidado y satisfacción de sus necesidades a los centros, programas o instituciones, como sucede en la provincia de Salta o Jujuy.

Estas pequeñas demandas, son consideradas estrategias en el sentido que Di Stefano (1996) lo señala y englobadas en la utilización del concepto de autonomía como proceso que visualiza negociaciones. Si bien las mujeres indígenas están condicionadas por la racialización del sistema de salud, el trabajo de campo entrevistó en temas como el aborto o los métodos anticonceptivos, que las mujeres en algunos casos viajan a Bolivia para conseguir la pastilla Misoprostol para la interrupción voluntaria del embarazo, utilizan métodos anticonceptivos como el DIU o inyectables donde su pareja no se da cuenta en el caso de ellas estar planificando *“Ella utiliza los MAC a escondidas de su marido, porque quiere tener la cantidad de hijos que Dios le envíe, y ella quiere planificar y lo hace a escondidas”* o bien hacen uso de Yuyos que evitan el embarazo, *“Aborto: se hacen con cascara de quebracho blanco, lo hierven y lo toman, se expulsa”*. Prácticas precisamente resultantes de la interacción con el otro que cuestiona el ideal de autosuficiencia en algunas posturas feministas, que masculinizan la autonomía o proponen la negación y distanciamiento de los vínculos entre mujeres y hombres. *“La autonomía vela más que revela y está constitutivamente implicada en su contrario, la dependencia”* (Di Stefano ,1996:75)

Sin embargo, estas estrategias no cambian las estructuras de normas, acuerdos sociales y sistemas de salud que limitan y condicionan el cuerpo y deseo de las mujeres. ¿Es posible entonces hablar de la autonomía como concepto político normativo, si las prácticas han de contradecir la norma? En el marco del programa de SSRR, es posible entrever la autonomía de esta forma. La racialización de las prácticas

medicas en las distintas etnias a las cuales pertenecen las mujeres entrevistadas visibilizan los problemas estructurales de las instituciones médicas.

La violencia institucional¹ también es el trato de forma degradante, una forma de abuso que comprende daño físico y psicológico a las mujeres como resultado de condiciones estructuralmente inadecuadas en las instituciones y sistemas públicos. Esta condición se relaciona estrechamente con la calidad de atención a la salud; abarca el hecho de negar tratamiento, las largas esperas para ser atendida, dar información errónea o incompleta deliberadamente, y por supuesto amenazar, intimidar, maltratar verbalmente, entre otras acciones a las que las mujeres y niñas también se ven obligadas a enfrentar cuando cruzan la puerta de una institución que lejos de protegerlas las vulneran nuevamente.

Así como en muchos casos el hospital brinda a las mujeres la posibilidad de emplear métodos anticonceptivos, proporcionándoles información y posibilitando el acceso a anticonceptivos muchas veces se presentan considerables dificultades que restringen el acceso a éstos servicios por parte las usuarias. Las dificultades geográficas y la lejanía sumadas a los pocos recursos con los que las mujeres cuentan para trasladarse, que se entrecruzan en el hospital con una larga espera que muchas veces ni siquiera cumple con el propósito de lograr ser atendidas (dada la cantidad de pacientes) se adicionan a otras situaciones acerca de las cuales queremos hacer referencia. Esas otras situaciones tienen que ver con el trato hacia las mujeres indígenas, que nos muestran según los testimonios que obtuvimos, que las mujeres consideran que existe una diferencia en cuanto al trato por ser aborígenes, ya que no las reciben bien.

Es ese último punto el que queremos advertir, porque si bien entendemos que es de enorme importancia el acceso a información y recursos que brinda la institución hospitalaria –como ellas mismas lo enuncian en muchos casos- tampoco es poca cosa, en términos de decidir sobre su cuerpo, que no quieran recurrir a un lugar donde se sienten maltratadas y discriminadas. De igual manera, sucede frente a los partos: las mujeres se sienten más protegidas en sus casas, ya que las doctoras muchas veces las dejan solas acostadas en la camilla. Es muy claro que el hospital puede resolver situaciones de urgencia que en el hogar no se está preparado para enfrentar (entre otras cuestiones de gran importancia), pero ellas eligen sus hogares por sentirse protegidas, porque en el hospital se sienten maltratadas.

No obstante, en sus relatos hacen visibles la práctica de sus saberes ancestrales en lo que se refiere a la atención de las mujeres en el alumbramiento por parte de las madres o abuelas guaraníes. Evitando y negándose a la institucionalización de sus partos en los hospitales ya que *"su atención no se compara como a ellas las criaron"* (Rosa mujer guaraní, Salvador Mazza, Enero 2012).

Por su parte los trabajadores del sistema de salud no incorporan en sus atenciones hacia dicha comunidad una interpretación intercultural, negando y/o inferiorizando sus concepciones como ser el alumbramiento en posición de cuclillas; estableciendo así relaciones y políticas de salud sesgadas de etnicidad. Donde ciertas costumbres, *"en numerosas ocasiones son solo rechazadas por el hecho de que se las considera creencias populares sin ningún fundamento científico"* (Cerrutti, 2010: 27).

Los aspectos mencionados (el uso de métodos de anticoncepción luego de haber tenido muchos hijos por un lado, o el no recurrir al hospital por el otro) pueden no ser exactamente las formas de autonomía que entendemos necesarias para ejercer el derecho sobre su propio cuerpo, pero son respuestas que debemos comprender en su contexto que no se presenta como el más favorable para las mujeres. Según sus testimonios, cuando van al hospital ya no encuentran turnos y además, porque son aborígenes las

¹ La ley N° 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales conceptualiza la violencia institucional como “Aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil”.

dejan a un lado. Esa palabra “además” en éste contexto del que hablamos adquiere una enorme significación y determinación en sus márgenes de decisión.

Reflexiones finales

Las mujeres que ingresan a un establecimiento sanitario se encuentra con una doble desventaja a priori: ser mujer y ser indígena. “Una mujer que es vulnerada en el ejercicio y reclamo de sus derechos no puede ser soberana de su territorio-cuerpo” (Ramírez Hita, s/f).

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

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

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

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

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

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

Bibliografía

Canales, Alejandro, J. Martínez Pizarro, L. Reboiras Finardi y F. Rivera Polo (2009). “*Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas*”, Santiago de Chile: CEPAL–UNFPA

Cerrutti, Marcela (2010). *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en la Argentina*. Buenos

Aires, PNUD; CENEP; UNFPA Argentina.

De Bruyn Maria (2003) “La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública”. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción, Ipas.

Gómez, Mariana (2012). “Tensiones espaciales y ansiedades sexuales: memorias sobre la juventud de mujeres Qom (Tobas)”, en Vazquez Laba, V. (comp.) *Feminismos, religiones y sexualidades en mujeres subalternas*. Católicas por el Derecho a Decidir, Córdoba.

Gómez, Mariana (2008) “El cuerpo por asalto: la amenaza de la violencia sexual en el monte entre las mujeres tobas del oeste de Formosa”, en Hirsch, S. (comp.), En *Mujeres indígenas en la Argentina*. Buenos aires, Biblos.

Güezmes García Ana (2002) “El tiempo de los derechos sexuales: posibilidades y búsquedas” en *CLADEM Derechos Sexuales. Derechos Reproductivos*. Derechos Humanos, CLADEM, Lima.

Jelin, E (dir), A.Grimson, N. Zamberlin, L. Mombello, M. Cerruti, S. Caggiano y L. Abel (sin fecha). “Salud y migración internacional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural”, Buenos Aires: Instituto de Desarrollo Económico y social (IDES).

Jones, Daniel; Azparren, Ana; Cunial, Santiago (2012) “Derechos reproductivos y actores religiosos: los evangélicos frente al debate sobre la despenalización del aborto en la Argentina (1994-2011). *Revista Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*. Vol. 22 No. 1 (enero-marzo, 2013); 110-133.

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

Menéndez E. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médico*. México DF: Alianza Editorial Mexicana; 1990.

Radcliffe, Sarah A. (2008). “Las mujeres indígenas ecuatorianas bajo la gobernabilidad multicultural y de género”, en Wade, P.; Urrea Giraldo, F.; Viveros Vigoya, Ma. (eds.) *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Universidad Nacional de Colombia, Intituto CES, Escuela de Estudios de Género, Bogotá.

Vaggione, Juan Marco (2008) “Religión y sexualidad: entre le absolutismo y la diversidad” en Vaggione, J.M. (comp.) *Diversidad Sexual y Religión*. Católicas por el Derecho a Decidir, Córdoba.

Vázquez Laba Vanesa, Páramo Bernal Milena (2012) “Mujeres migrantes, indígenas y pobres ante los servicios de salud”. en *Revista Medicina, Salud y Sociedad*, agosto-septiembre, Buenos Aires, 2013. ISSN 2007-2007.

Vazquez Laba, Vanesa y equipo “Sexualidad, salud reproductiva y aborto en mujeres indígenas del norte argentino” en Vassallo, M. (comp.) *Debates de la Salud sexual y reproductiva en la Argentina actual*. Colección Religión, Género y Sexualidad, vol. VI, Católicas por el Derecho a Decidir, Córdoba. (En colaboración) En prensa.

Vazquez Laba, Vanesa "Diferencias y salud reproductiva. Obstáculos en el acceso a los servicios de salud en mujeres rurales del noroeste argentino. Salud reproductiva en mujeres asalariadas rurales del noroeste argentino", en *Seminario de acceso a la Justicia Reproductiva*, INSGENAR, Rosario, 2011. ISBN 978-987-26040-2-8

Wade, Peter (2008). "Debates contemporáneos sobre raza, etnicidad, género y sexualidad en las ciencias sociales", en Wade, P.; Urrea Giraldo, F.; Viveros Vigoya, Ma. (eds.) *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Universidad Nacional de Colombia, Intituto CES, Escuela de Estudios de Género, Bogotá.

Otras fuentes

Ley Nacional N° 26.589 "De protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales".

Ley Nacional N° 25.673 "Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable"