

# **Sexualidad, salud y autonomía de los cuerpos de las mujeres indígenas del norte argentino.**

Vanesa Vazquez Laba, Solange Godoy, Cintia Orellano y Gabriela Lescano.

Cita:

Vanesa Vazquez Laba, Solange Godoy, Cintia Orellano y Gabriela Lescano (2013). *Sexualidad, salud y autonomía de los cuerpos de las mujeres indígenas del norte argentino*. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-038/405>

X JORNADAS DE SOCIOLOGÍA  
20 años de pensar y repensar la sociología.  
Nuevos desafíos académicos, científicos y políticos para el siglo XXI  
1 al 6 de julio de 2013

**Sexualidad, salud y autonomía de los cuerpos de las mujeres indígenas del norte argentino**

Vanesa Vázquez Laba (CONICET/UBA/UNSAM)  
Gabriela Lescano (IDAES/UNSAM)  
Solange Godoy (IDAES/UNSAM)  
Cintia Orellana (IDAES/UNSAM)<sup>1</sup>

**Introducción**

*Juana, Juana sin Tierra, te vulneraron tus derechos,  
No te dejaron ser Soberana de tu Territorio-cuerpo (...)  
Gabriela Lescano*

La cuestión étnico-racial problematiza no sólo la conceptualización del colectivo mujeres sino también el ejercicio de ciudadanía y la aplicación de los derechos. En este sentido, las diferencias entre las mujeres deben ser contempladas a la hora de evaluar el ejercicio de la autonomía y uso del propio cuerpo considerando las desigualdades en función del género, orientación sexual, clase social y étnico-raciales.

La cuestión de la diferencia entre las mujeres vinculada a la relación étnico-racial en el ejercicio de la salud reproductiva y la sexualidad ha sido poco estudiada dentro de las Ciencias Sociales. Algunas investigaciones antropológicas han indagado sobre las formas de vida reproductiva, la sexualidad y la maternidad en comunidades indígenas (Gómez, 2008; Hirsch, 2008).

En la Argentina, desde el año 2002 el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable viene suministrando servicios e insumos en todo el territorio nacional. Sabemos de las dificultades políticas, sociales y culturales que ha tenido la aplicación de la ley 26150 (Ley de Salud Sexual y Reproductiva), teniendo como saldo tres provincias que no han adherido a la ley (Tucumán, San Juan y Salta).

---

<sup>1</sup> Pamela Sánchez también ha colaborado en la formulación de la ponencia formando parte del equipo de investigación. Es estudiante avanzada de la carrera de Antropología de la Universidad Nacional Gral. San Martín.

Ahora bien, estudios más recientes vienen develando debilidades del Programa en materia de aplicabilidad en las mujeres de mayor vulnerabilidad –indígenas, inmigrantes y mujeres rurales- (Vázquez Laba, 2011; Vázquez Laba y Páramo, 2012). Los resultados de los estudios arrojan la inaccesibilidad producto de mecanismo de discriminación y violencia institucional en los centros de atención a la salud.

En este sentido, sostenemos que el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es complicado de efectivizar por la carga moral y las disputas ideológicas y políticas pero, también, sostenemos que existe una dimensión todavía no visibilizada que está vinculada a las desigualdades étnico-raciales en mujeres de sectores subalternos que dificultan aun más la accesibilidad.

Nos proponemos reflexionar sobre la relación entre sexualidad, salud y autonomía del cuerpo de las mujeres. Queremos complejizar el debate incorporando la cuestión étnica, ya que nuestra unidad de análisis serán mujeres indígenas del norte argentino. Sostenemos como hipótesis que la cuestión étnico-racial complejiza la idea de autonomía de las mujeres en el sentido que no sólo el sistema sexo/género condiciona sus cuerpos y deseos sino que la racialización del sistema de salud a través de la práctica médica determina su sexualidad y vida reproductiva.

Trabajamos con los relatos de mujeres indígenas de diferentes etnias: guaraníes, wichi, kolla, comechingones y toba ubicadas en zonas rurales y/o periféricas de los centros urbanos de las regiones de NOA (provincias de Jujuy, Salta y Tucumán) y NEA (provincia de Misiones, Chaco y Formosa). También con los testimonios de los agentes sanitarios (médicos, enfermeros/as, promotor de salud, entre otros) en los tres niveles de atención: Centro de Atención Primaria a la Salud (CAP); Centro Integral (CIP) y Hospitales públicos.

Por último, este trabajo es producto de los resultados del análisis de los trabajos de campo y de las discusiones teóricas, que planteamos a continuación, obteniendo hallazgos interesantes sobre el ejercicio de ciudadanía sexual de estos sectores poblacionales escasamente estudiados. Pero, además, obteniendo también resultados sobre la inaccesibilidad de las mujeres subalternas a los servicios e insumos de salud reproductiva que van más allá de las cuestiones económicas sino que están arraigadas a cuestiones estructurales de choque cultural y lingüístico que se materializa en violencia institucional y la no aplicabilidad de la política pública.

### **Sexualización y racialización de los cuerpos de las mujeres y violencia institucional**

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”. La autora agrega “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.

Por otro lado, sostenemos rescatando las palabras de Federico Tobar (2010) que una mujer vulnerada en el ejercicio y reclamo de sus derechos no puede ser Soberana de su Territorio-cuerpo. El concepto de territorialidad rescata variables como empoderamiento, autonomía y bienestar. Refleja la búsqueda de sacar a una población de la vulnerabilidad y el letargo; poniéndola de pie para avanzar.

El cuerpo como espacio privado y particularísimo territorial, es el lugar donde el ser humano (la mujer) se empodera, lugar de toma de decisiones por excelencia, cuerpo que ocupa un espacio ambiental determinado, donde el ejercicio de la autonomía debería ser una condición ontológica. Siguiendo a Tobar “*El territorio comienza a ser conceptualizado con la formación de los Estados–Nación, ante la necesidad de significar el espacio donde se ejercía la soberanía. Un soberano era tal, en tanto operaba sobre un territorio*” (Tobar, 2010: 4)

Continuando con la analogía sobre el cuerpo de la mujer, una *soberana es tal, en tanto opere sobre su territorio-cuerpo*. Mujeres y niñas viven diariamente de cara a los peligros, las desigualdades, las muertes, las violaciones, todos hechos de violencia a los que se exponen las mujeres día tras día - cualquiera sea su edad - por el solo hecho de ser mujeres. Estos hechos se agravan considerablemente ante la situación de pobreza y es entonces -ante esta realidad- que surgen las preguntas: ¿Qué pasa cuando llegan a un establecimiento sanitario? ¿Cómo son miradas? ¿Cómo son tratadas? ¿Son escuchadas?

Trabajamos aquí con este concepto de *territorio-cuerpo* como espacio de autonomía “per se” y lo pondremos en tensión con el ejercicio de los derechos y la triple violencia –sexista, clasista y racial- que se ejerce sobre él desde las instituciones que tendrían que salvaguardarlos.

Sabemos que 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” (Ley Nacional N° 26.589).*

La violencia institucional también es el trato de forma degradante, una forma de abuso que comprende daño físico y psicológico a las mujeres<sup>2</sup> 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.

Las mujeres que ingresan a un establecimiento sanitario, se encuentra con una doble desventaja a priori, la situación de salud que la pone en ese lugar y el hecho de ser mujer. En nuestro caso de estudio se le suma ser mujer indígena e inmigrante, lo que agrava más la situación de inaccesibilidad al sistema sanitario y a un trato respetado.

*“Una mujer que es vulnerada en el ejercicio y reclamo de sus derechos no puede ser Soberana de su Territorio-cuerpo”;* y esta vulneración de los derechos está dada por el déficit en la adquisición de capacitación y conocimientos por parte de lo agentes de salud sobre diferentes creencias, mitos y prejuicios vinculados al género, clase social, etnia, edad, nivel educativo (Ramírez Hita, s/f).

Asimismo, como sostiene un estudio de Mónica Petracci (2009) por la relación comunicacional médico-paciente que genera obstáculos que deben ser tratados y modificados para garantizar un mejor y adecuado acceso a la información, donde los/as profesionales deben reforzar las habilidades y estrategias comunicacionales de los servicios y comunicar en un lenguaje y estilo de trato que responda a las necesidades y expectativas de las mujeres.

En otras investigaciones (Vázquez Laba y Páramo, 2012) hemos detectado que los discursos médicos son poco amigables con las mujeres indígenas, inmigrantes e inclusive con las criollas pobres ya que la ideología que se desliza en su práctica profesional esta cargada de prejuicios en torno a las diferencias de las mujeres, prejuicios de género, de discriminación étnica-racial y de exclusión social.

Con lo que concluimos que este orden médico establecido normaliza los cuerpos y homogeneiza a las mujeres y, por lo tanto, impone formas de vida y cuidados universales sin detenerse en las diferencias y diversidad de situaciones y culturas de

---

<sup>2</sup> Amnistía Internacional ha señalado que los actos de violencia contra la mujer que causan dolor o sufrimiento físico o mental grave, y que pueden ser prevenidos por los Estados, son prohibidos por la Convención de la ONU contra la Tortura y Otro Tratamiento o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante.

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).

### **¿Quién toma la decisión sobre la vida sexual y (no) reproductiva de las mujeres?**

Las mujeres se encuentran con diversos obstáculos en lo que hace al poder de decisión sobre sus cuerpos y sobre su vida en general. Por un lado, observamos que los maridos son lo que tienen un gran poder de decisión, o “La decisión”, podríamos decir, sobre todo cuando se trata de mujeres jóvenes. Por otro lado, nos encontramos con el servicio de salud pública que no siempre responde con las exigencias o necesidades de las mujeres y veremos cómo son algunas veces maltratadas por su condición de indígenas, según lo que ellas mismas refieren. Pero quisiéramos poner nuestra atención a las propias mujeres en éste punto. Es decir, sabiendo cómo se relacionan o cómo actúan tanto los maridos como las instituciones de salud, decidimos reposar nuestra mirada en observar y problematizar acerca del cómo se manejan las mujeres respecto de éstos marcos.

Tanto en relación al “que hacer” frente a embarazos no deseados, como en relación a la decisión de recurrir a métodos anticonceptivos se hace visible un escaso poder de autodeterminación de las mujeres. La postura que prevalece es la masculina o en casos de las mujeres más jóvenes, la de los padres. Como señala Cerrutti (2010) desde una perspectiva de género, vemos que las expectativas masculinas moldean la orientación a tener los hijos que “tengan que venir”, conformando así una barrera impuesta por las relaciones de género.

En muchos de los relatos de las mujeres entrevistadas se evidencia el escaso margen de negociación en cuanto a la posibilidad de planificación.

*"Yo tengo un marido y él no quería que me cuidara con pastillas. Pero ahora yo le dije que no quiero tener más"* (Mujer guaraní, Salvador Mazza, Enero 2012).

*"Hablé con mi marido algunas cosas sobre cómo protegerse. Pero a él no le gusta cuidarse con preservativos"* (Mujer guaraní, Salvador Mazza, Enero 2012).

No obstante, aquí también queremos hacer referencia a un testimonio como el de una mujer de 45 años, de la Quiaca, que tuvo ocho hijos, y decidió *so/a*, sin su marido, decir “basta” según sus propias palabras. Desde entonces, comenzó a utilizar el DIU, y ahora, según nos dijo, siente “felicidad”, y finalmente resulta ésta una experiencia que comparte con sus hijas.

Encontramos entonces, que en muchos casos el varón ejerce una barrera difícil de atravesar que paraliza el cuestionamiento que puedan hacerse y la voluntad de las mujeres respecto de la procreación. El caso que mencionábamos anteriormente nos señala que *recién* después del hijo número ocho no buscó el acuerdo de su marido para emplear cuidados anticonceptivos. También, quisiéramos hacer referencia a

otro testimonio de una mujer de 35 años de Salvador Mazza, que luego del segundo hijo toma la decisión de no seguir teniendo hijos, donde el argumento que ya no tiene discusión es el sufrimiento que ella padeció y no él. Citamos sus palabras:

*“él sabe como sufrí con el segundo porque el segundo a mí se me quedó la placenta, él nació bien pero la placenta no me la podían sacar (...) ellos no sufren realmente, para tenerlos es uno el que tiene que sufrir”.*

Los dos casos expuestos nos representan una imagen en la que la mujer pone un freno que tiene ahora otra potencia, otra fortaleza y no escuchamos, como sí sucede con las mujeres más jóvenes, que hablan con sus maridos algunas cosas acerca de cómo protegerse, pero a sus parejas no les gusta cuidarse con preservativos –como nos decía un grupo de mujeres de una comunidad guaraní, en Salvador Mazza-. Observamos que consecuencia de la propia experiencia, pues sólo luego de haber parido y criado a ocho hijos, o de haber padecido un gran sufrimiento luego de un segundo parto es dónde la decisión deja de ser determinada por las expectativas masculinas.

Estas experiencias se transforman, muchas veces, en indicios de cambios de algunas posturas sobre sus deseos y necesidad frente a la vida (no)reproductiva. Así lo enunciaba las mujeres entrevistadas:

*“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).

Por otro lado, estas decisiones que ponen en escena las mujeres indígenas kollas, wichis y guaraníes implantan tensiones en lo que define y otorga status dentro del espacio de la comunidad como es la maternidad y más aún la legitimidad de la familia extensa. Produciendo modificaciones tanto en las concepciones de la maternidad que según como afirma Silvia Hirsch "define la femineidad" (pág. 239) y en las trayectorias reproductivas de las mujeres de las comunidades.

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. Además, dicen que no se compara con

como a ellas las criaron y que éste trato diferenciado hace que las mujeres no quieran acercarse al hospital. Éste testimonio deja en claro tres cuestiones: con la expresión “no se compara con cómo fueron criadas” distancias culturales que las separan del trato médico, su condición de aborígenes negativamente observada y en tercer lugar, que genera un distanciamiento hacia el sistema de salud público.

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

Precisamente, se sostiene que la cuestión étnico-racial complejiza la idea de autonomía de las mujeres en el sentido que no sólo el sistema sexo/género condiciona sus cuerpos y deseos sino que la racialización del sistema de salud a través de la práctica médica influye en su sexualidad y vida reproductiva.

Recreando la narrativa propia de mujeres de las etnias guaraníes, wichi, kolla o comechingones, se dan ejemplos de presencia/ausencia de autonomía como un medio (y no fin en si mismo) del “yo que ya está vinculado y/o conectado, una amalgama de relaciones con otros yos constituidos de forma similar” (Di Stefano 1996:68) en la socialización racializada.

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 una 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. En Salvador Maza una mujer de 27 años, usuaria de los servicios comentaba “hay mayor necesidad de conocimiento sobre métodos anticonceptivos” o bien la opinión de una médica en el viaje hacia Javi en el camión PAP “les puedo asegurar (...) las mujeres demandan anticonceptivo, demandan los insumos, consejería y los médicos se resisten, los que no quieren darlos”.

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 médicas en las distintas etnias a las cuales pertenecen las mujeres entrevistadas, visibilizan los problemas estructurales de la socialización, en otras palabras, resaltan las rupturas y discontinuidades del cuerpo y la sexualidad de las mujeres, remarcando las instituciones que influyen en el yo transitado de los sujetos. “Se trataría de la autonomía no solo en tanto que problema, sino de considerarla también una preciosa oportunidad política, una forma de introducirnos en la cuestión de cómo nos está yendo a nosotras y adónde deberíamos ir habida cuenta dónde nos encontramos” (Di Stefano, 1996:77).

## Reflexiones finales

¿Podemos hablar de autonomía de los cuerpos de las mujeres indígenas en contextos racializados de la sexualidad y la atención médica? ¿Podemos hablar de autonomía en las mujeres pobres y con escasos recursos simbólicos frente a la violencia institucional? ¿Podemos hablar de autonomía de las mujeres indígenas en comunidades patriarcales?

Es todavía muy incipiente arriesgar respuestas sobre la base de investigaciones en curso. Sí podemos recuperar algunas investigaciones realizadas en otros países con mayor trayectoria en estudios sobre sexualidad indígena y tomar algunas conclusiones para pensar nuestros hallazgos.

En primer lugar, en un estudio de las mujeres mayas en México sostiene recuperando la historia de su identidad, que aún está escindida y que conserva vestigios de la apropiación que hicieron los hombres y las instituciones sobre los cuerpos; usurpación de los cuerpos con el derecho de pernada y la violación de los derechos sexuales sumado al modelo imperante de la división sexual del trabajo (Munguía Gil y Méndez Cárdenas, s/f).

En esta propuesta de reflexionar sobre la relación entre sexualidad, salud y autonomía del cuerpo de las mujeres complejizada a partir de la incorporación de la cuestión étnica, nos encontramos ante un escenario complejo de relaciones, atravesadas por una multiplicidad de afiliaciones y opresiones por parte de las mujeres indígenas.

De esta manera, observamos como las mujeres pertenecientes a pueblos originarios además de estar atravesada por un modelo hegemónico médico Menéndez (1990) que no incorpora un enfoque de salud intercultural, otros factores socavan su autonomía sobre sus cuerpos en cuanto a decidir sobre su salud sexual y reproductiva como son las relaciones de género desiguales. Debiendo sortear estrategias que les permita romper acuerdos dominantes y normativos, de los cuales las mujeres no somos parte sobre la relación entre sexualidad y procreación.

Sin embargo, tampoco podemos homogeneizar todas las experiencias encontradas en el trabajo de campo, lo que nos hace relativizar las generalizaciones y ponernos a discutir, de nuevo, sobre los márgenes de autonomía de las mujeres en contextos de alta coerción dado fundamentalmente por la cuestión de género y sumado la clase la cuestión étnica-racial. En este sentido, queremos destacar que por ejemplo en la comunidad Qom ubicada en la ciudad de Resistencia, provincia de Chaco, nos encontramos con un escenario diferente al resto de las provincias estudiadas. Por un lado, se logró implementar un enfoque intercultural en el sistema de salud provincial donde, por ejemplo, obtienen un rol significativo la comadrona y la partera, a la vez que los agentes sanitarios pertenecen a la comunidad y actúan como puentes/traductores entre el médico/a y paciente.

Si bien este caso donde observamos que la normativa va modificándose a partir de las demandas de los/las actores/as sociales frente a las rigideces de las instituciones, no podemos dejar de pensar que son instituciones que siguen

sosteniendo una idea de apropiación de los cuerpos de las mujeres, bajando línea sobre la heterosexualidad y, fundamentalmente, sobre la procreación.

Son entre escasas y nulas las herramientas que estas mujeres tienen para hacer frente, hoy en día, a este sistema patriarcal y colonial de la salud. 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, es decir, como la capacidad de acción colectiva para incidir, negociar, transformar 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.

Por último, la relación entre sexualidad y autonomía del cuerpo de las mujeres deviene en la discusión sobre su ciudadanía sexual en términos de poder efectivizar el ejercicio de los derechos en un marco que contemple la diversidad y despojando las desigualdades.

## **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.

Correa, Cecilia, Eleonor Faur (2003) Manual de capacitación: “Sexualidad y salud en la adolescencia”. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos. UNIFEM

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.

Di Marco (1996). “Problemas e incomodidades a propósito de la autonomía: Algunas consideraciones desde el feminismo”. En Castells Carmen (Comp.) *Perspectivas feministas en teoría política*. Paidós, Buenos Aires.

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)

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.

Tobar, Federico (2010). "Gestión territorial en salud". En: Chiara, Magdalena & Moro, Javier (Comp.) *Pensando la agenda de la política. Capacidades, problemas y desafíos*. Universidad Nacional de general Sarmiento.

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.

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.

"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.

"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

"Mujeres subalternas ante los servicios de salud en la región noroeste argentino", en *Revista Medicina, Salud y Sociedad*, agosto-septiembre 2013. ISSN 2007-2007.

## **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” 2009.

Ley Nacional N° 25.673 “Programa nacional de Salud reproductiva y procreación responsable.

Interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos [www.andar.org.mx](http://www.andar.org.mx);  
[www.despenalizaciondelaborto.org.c](http://www.despenalizaciondelaborto.org.c)