

Morbimortalidad reproductiva en mujeres de la Puna. Un abordaje desde una perspectiva cualitativa.

Raquel I. Drovetta.

Cita:

Raquel I. Drovetta (2007). *Morbimortalidad reproductiva en mujeres de la Puna. Un abordaje desde una perspectiva cualitativa. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-106/79>

Morbimortalidad reproductiva en mujeres de la Puna. Un abordaje desde una perspectiva cualitativa

Proyecto de tesis doctoral

Raquel I. Drovetta

Doctoranda en Estudios Sociales Agrarios. Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba – Conicet.

raqueldrovetta@cea.unc.edu.ar

Resumen

Desde este espacio proponemos un plan de trabajo que nos permita indagar las particularidades de los procesos de salud-enfermedad-atención de las mujeres de las comunidades campesinas de la Puna jujeña, en el norte de Argentina. La etapa en estudio abarca desde inicios de la década del noventa hasta la actualidad, periodo que se corresponde con la agudización de una crisis socioeconómica que repercutió en todos los ámbitos, incluidos el de la salud, agudizando los procesos de deterioro de la calidad de vida que ya acontecían.

Una forma de dar cuenta de la problemática que afecta a esta población, es el análisis de los procesos de morbilidad femenina por causas reproductivas, a fin de determinar la incidencia de los factores socioeconómicos, culturales, étnicos, de género, entre otros, en la instalación de procesos mórbidos y en su desenlace. Para tal fin, utilizamos como técnicas de recolección de datos la entrevista en profundidad, para el grupo de mujeres que enfermaron, y la autopsia verbal en el grupo de mujeres que murieron. Este último, es un método cualitativo que nos permitirá reconstruir, a partir de la entrevista a familiares cercanos, los procesos previos a la muerte, indagando según su percepción las particularidades de esta etapa.

Introducción

Durante la década del noventa, en la Argentina tuvo lugar una agudización en la implementación del modelo neoliberal una de cuyas consecuencias más visibles fue lo que algunos autores denominaron la *retirada del Estado* (Oszlak, 1999). Este fenómeno consistió en el abandono de los ámbitos de acción en los que históricamente el Estado prestaba atención a sus ciudadanos, con lo cuál quedaba definitivamente atrás el modelo que en las décadas del cincuenta y del sesenta, incluso hasta entrados los años setenta, se experimentó como el Estado de Bienestar.

Diversos autores se han ocupado de describir lo acontecido a partir los años noventa en Argentina (Lo Vuolo et.al., 1998 y 1999), (Becaria et.al., 1996), (Lozano et.al., 1992), (Minujin, 1992) permitiéndonos conocer las causas y las consecuencias de las políticas neoliberales implementadas a nivel nacional. Para el caso específico de la Puna, gran cantidad de producciones dan cuenta de cómo impactaron dichas políticas en el NOA (Belli y Slavutzky 2004), (Bergesio 2000), (Karasik 1987 y 1992), (Benedetti 2002).

La caracterización hecha por estos autores evidencia cómo las políticas pensadas

para la esfera nacional, repercutieron en la región de la Puna de forma particular, agudizando procesos de degradación socioeconómica de larga data.

En el ámbito de la salud pública, en particular, acontecieron reducciones presupuestarias, lo que generó inestabilidad laboral de los prestadores de salud y la carencia de insumos para la tarea cotidiana. Cada uno de estos condicionantes repercutió directamente sobre la salud de la población, revelando la imposibilidad de las instituciones estatales de responder a las demandas sociales con una prestación de calidad.

Como contraparte, la sociedad civil reaccionó constituyendo innumerables organizaciones del Tercer Sector, muchas de las cuales sostendrán sus proyectos sociales a través del de financiamiento del exterior. Varias de ellas se asentaron en la Puna, suministrando planificación y atención en salud a las poblaciones rurales, en un intento por sustituir la acción del Estado (Roitter, 2004).

Contexto

La Puna jujeña es una altiplanicie árida, ubicada a 4000 m.s.n.m., donde las duras condiciones climáticas y geográficas, hacen difícil la habitabilidad.

Históricamente la base económica de la población, en su mayoría indígenas de la etnia colla, estuvo constituida fundamentalmente por las actividades agrarias, en particular la agricultura de tipo familiar -tanto en el consumo como en la mano de obra que preferencialmente ocupó- con actividades productivas de carácter extensivo y de baja rentabilidad y tecnificación, en un ambiente con severas condiciones de aridez (Bergesio et.al., 1999).

Sin embargo, a partir de la década del setenta, cuando se instalaron en la zona grandes emprendimientos mineros, muchos jefes de familia comenzaron a vender su fuerza de trabajo a cambio de un salario, sustituyendo la producción rural de subsistencia, en desmedro de la unidad doméstica. Es que dentro de la lógica de las comunidades campesinas, la familia funciona como un centro reproductor de la fuerza de trabajo, que interviene haciéndose cargo de la transferencia del valor que no asume el capitalismo, o lo que equivale a ocupar el rol que en otros lugares ocupa el Estado de Bienestar (Balazote et. al. 1998).

Esta caracterización de la población rural de la Puna, coincide con lo que Torres define claramente como la lógica del campesinado, aquella en que *la forma de reproducción de la fuerza de trabajo obedece a la lógica “vender para comprar”, y de forma muy reducida a “comprar para vender”* (Torres 1985:p.63). Como consecuencia, cuando en los noventa se produce el cierre y las privatizaciones de las empresas en la región, el desempleo se elevó a cifras record, siendo las familias en su condición de asalariadas, quienes sufrieron las duras consecuencias.

En términos geográficos, y debido a la extensión de la región, las poblaciones campesinas se ubican a grandes distancias unas de otras, hecho que dificulta las comunicaciones y el transporte. De esta forma, a una geografía de por si hostil se le suma la marginación de los procesos de desarrollo nacional a la que fue sometida esta zona, postergando las obras públicas y de infraestructura necesarias (Benedetti, 2002).

En este contexto, varios son los factores que se conjugan para generar una particular realidad sanitaria en la Puna, entre los que se encuentran la insuficiencia de recursos humanos y materiales. Sin embargo, la ausencia de políticas de salud eficientes que conciben el factor cultural de la población aborígen a la que van destinadas, es un factor en estrecha relación con los procesos de salud y enfermedad.

Entre los indicadores que mejor revelan la gravedad de la situación sanitaria en la

zona, podemos señalar aquellos que refieren a las condiciones de morbilidad sexual y reproductiva femenina. En relación a esto, a mediados de los años noventa se comienzan a detectar en la zona una alta tasa de casos de cáncer cervicouterino, patología cuyas cifras promedio indican que a nivel nacional 32 de cada cien mil mujeres sufrirán la enfermedad, mientras que en la localidad de Abrapampa (Puna) y alrededores, esta tasa asciende a 150 de cada cien mil¹. En el año 2002, de 1.800 mujeres collas encuestadas, 480 necesitaron criocirugía y varias tenían cáncer avanzado (Gronda et.alii., 2002). Las razones del aumento en la potencialidad de la enfermedad radicarían según los especialistas, en la falta de oportunidad de acceder a un servicio de atención en ginecología, la desnutrición y la mala alimentación que afectan el sistema inmunitario y permiten el avance de la enfermedad, y la multiparidad.²

Algunos resultados de una investigación médica realizada en la región indica por un lado, una alta prevalencia del virus causante de la enfermedad detectada en mujeres citológicamente normales que estaría indicando una elevada circulación del mismo en esta población, además de revelar que el 85% de las mujeres se efectuaba un examen ginecológico por primera vez en el momento de la toma para este estudio (Gronda et.alii., 2002)

Con respecto a la Mortalidad Materna, existen informes como el del Ministerio de Salud de la Nación, el cual indica que no obstante el subregistro³ de causa es elevado, se estima que cada año mueren en la Argentina alrededor de 500 mujeres, mientras que el estado de salud de otras 15.000 queda afectado por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio (García et. alii., 2004:p.7).

En relación a esto, la provincia de Jujuy cuenta con indicadores de morbilidad preocupantes, según los cuales en 2004 la Tasa de Mortalidad Materna⁴ por cada 10.000 nacidos vivos fue de 13.1. Esto significa que ocurrieron 18 muertes de mujeres en edad fértil, entre 14 y 49 años, en un período de un año. El 90% de estas muertes responden a causas evitables (Fuente *Médicos Hoy*, 2005), y muchas de ellas acontecen en la zona rural, donde entre otras cosas existen aún partos domiciliarios y los embarazos no son monitoreados. Los datos de la provincia de Jujuy representan la tasa más alta del NOA, cuyo promedio es para el mismo año, de 5.9, mientras que el promedio nacional es de 4.0 muertes maternas cada 10.000 nacidos vivos (Ministerio de Salud de la Nación 2006), constituyéndose el aborto en la primera causa de muerte materna a nivel nacional partir de 1996 (Lomito 1998: p.63). Vale recordar que estas cifras no contemplan sin embargo los casos de subregistro, que se estima alcanza el 50% a nivel nacional (García et. alii., 2004:p.8).

Estas cifras nos permiten tener un panorama acerca de la realidad epidemiológica de la provincia y aún en ausencia de datos más puntuales que describan lo que acontece en las zonas rurales, podemos inferir que allí la realidad es incluso más crítica.

Es que el perfil epidemiológico de la salud reproductiva en la Argentina, nos muestra diferencias según el nivel socioeconómico y de jurisdicción, afectando de manera más pronunciada a las mujeres más jóvenes, las más pobres y a las mujeres con menor nivel de educación, en especial a las que residen en zonas rurales y son indígenas (Figuroa et.al., 2001). Estas características coinciden con el grupo en estudio, dado que las mujeres de la Puna viven en condiciones de pobreza y con necesidades básicas insatisfechas (Informe Desarrollo Humano 1996), poseen bajo nivel de instrucción formal, muchas residen en el campo o en comunidades aisladas de los centros urbanos, y pertenecen en su gran mayoría a la etnia colla.

Frente a este escenario, nos surgen interrogantes acerca de cuál es la profundidad del impacto de ésta problemática sobre los diferentes grupos sociales a los que nos

referimos?, ¿cómo impactan los condicionantes económicos y culturales en la salud?, e indagando aún más profundamente nos preguntamos qué percepciones acerca de la salud y la enfermedad atraviesan este escenario de situación y a los actores que lo componen?, e incluso ¿qué implicancias para la propia salud sexual y reproductiva tiene el ser *mujer indígena*?

Objetivo general

- Analizar la incidencia de factores sociales, económicos, políticos, culturales, étnicos, de género, entre otros, en los procesos de morbilidad reproductiva femenina en la región de la Puna jujeña, desde principios de la década del noventa hasta la actualidad y analizar la forma en que estos influyen en las estrategias de acceso de las mujeres a diferentes instancias del proceso de atención de la salud y la enfermedad.

Objetivos específicos

- Estudiar la relación existente entre los diferentes factores socioculturales, económicos, culturales y de género, que generan la pérdida de la salud sexual y la salud reproductiva femenina.
- Conocer qué percepciones tienen las mujeres acerca de las acciones en salud que implementan en la zona el Estado, las ONG's, y otros actores de las propias comunidades.
- Describir las estrategias de acceso a la atención de la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres de la región.

Algunas conceptualizaciones teóricas

En el transcurso de la vida cotidiana de estas mujeres, acontece multiplicidad de situaciones que influyen en la salud y la enfermedad de ellas mismas y de su familia, convirtiéndose el padecimiento en una situación conocida. Esto despierta un conjunto de acciones e iniciativas articuladas en torno a la búsqueda y mantenimiento de la salud, en este caso la salud sexual y la salud reproductiva, ya sean del orden privado o público, tanto impliquen estrategias individuales o colectivas, que se asientan en concepciones particulares, o lo que Menéndez entiende como diferentes *modelos médicos* (1992).

Un conjunto de respuestas, aunque ineficiente e insuficiente, provienen de las instituciones estatales y desde los últimos años, de las ONG's que trabajan en la zona. Ambas planifican sus acciones en salud sobre la base de un *modelo médico hegemónico*,⁵ de tipo alopático, hecho que no es un dato menor si observamos que este modelo se caracteriza por desplegar *un proceso de concentración monopólica en la atención a la salud*. (Menéndez 1992; p.110).

Esto implica que, en tanto intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos (Menéndez 1992; p.98), entra en conflicto con otras prácticas, que persisten al interior de las comunidades indígenas de la Puna, las cuales están basadas en el *modelo médico tradicional*, que incluyen el curanderismo, el chamanismo, el uso de hierbas medicinales, la medicina doméstica, etc. y donde además, existe la preferencia por las *técnicas de autotratamiento* como primera estrategia y sobre la propia dolencia, y *del curanderismo* como paso posterior a que fracase el autotratamiento, combinando esta atención con la biomédica (Idoyaga: 2001).

Sin embargo, la inexistencia de un trabajo conjunto entre estos modelos de atención, sin que ello implique la superioridad de uno sobre otro, se debe fundamentalmente a que las prácticas de atención y curación tradicionales, fueron estigmatizadas por el Modelo Médico Hegemónico, por lo que permanecen activas, pero en un segundo plano, reservadas para ser utilizadas exclusivamente al interior de las comunidades. Debemos considerar además, que todas estas experiencias están atravesadas por construcciones valorativas, redes de significados construido socialmente, subjetividades en juego, e inclusive por la conjunción del saber científico y el sentido común. Es por esto que las percepciones que cada grupo social construye sobre las prácticas que inciden en su salud y su enfermedad, son particulares, e incluso determinan su comportamiento en la búsqueda de alivio a sus padecimientos.

En función a esto, debemos considerar que los ámbitos sexual y reproductivo, no pueden ser entendidos simplemente como hechos biológicos, sino como un complejo fenómeno de índole social y cultural, sostenidos por significados que son construidos socialmente, plausibles de ser decodificados si nos adentramos en la manera en que los diferentes actores involucrados conciben este hecho, desde su subjetividad misma.

Incluso, debemos tener en cuenta que cada grupo social accede al conocimiento médico y sus prácticas, en función de factores tan intrínsecos como su escala de valores, mentalidad, expectativas, redes de significado construidas y status social. (Salgado 2001: p.124).

A tal fin, nos parece necesario analizar cómo los condicionantes de tipo socioeconómicos contribuyen a modelar las percepciones, imágenes y sentido que las mujeres otorgan a los procesos de salud y enfermedad en que están involucradas. En este sentido, pretendemos describir estas experiencias, rescatando la capacidad creativa de los individuos, pero sin anular el peso de las fuerzas macrosociales que influyen sobre ellos (Castro 2000, p.147). De aquí que este trabajo concentre gran parte de sus esfuerzos en describir y analizar la incidencia de los factores que a lo largo de la vida de estas mujeres, contribuyen a la instalación de procesos mórbidos, para posteriormente desentrañar las estrategias que ellas despliegan para revertir estas instancias, las cuales están teñidas por la subjetividad que simultáneamente refleja las determinaciones sociales a las que están sujetos, y expresa la capacidad interpretativa de los actores (Berger y Luckman 1968).

Estos factores se inscriben en los ámbitos sociales, económicos, culturales, e incluso de género, y se traducen en indicadores plausibles de observar a través de la reconstrucción de la historias de vida de las mujeres. Frente a estos relatos, podremos explorar cómo las condiciones materiales de vida inciden en la cotidianidad de la vida de estas mujeres, contribuyendo a la instalación de procesos mórbidos que en algunos de los casos terminan en la muerte. La sociología interpretativa nos permite acceder a las experiencias subjetivas en torno a los procesos de salud-enfermedad reproductiva, en íntima conexión con las condiciones históricas específicas de la población en estudio (Castro 2000: p. 443).

En este sentido, a través del análisis de los procesos mórbidos referidos a la sexualidad y la reproducción, pretendemos dar cuenta de la situación de las mujeres que cargan, temporalmente o de por vida, con enfermedades, lesiones o discapacidades asociadas al embarazo y el parto, *las complicaciones por aborto, las consecuencias agudas y crónicas de las enfermedades de transmisión sexual, las consecuencias psicológicas y físicas de la sexualidad prematura entre los adolescentes y las consecuencias psicológicas y físicas de la coerción sexual*, entre

otros (Leslie et. alii. 2001: p.180).

Por otra parte, en lo que refiere a la mortalidad reproductiva femenina, nos centraremos en las muertes ocasionadas por alguno de los procesos mórbidos arriba descritos, pero sobre todo en la mortalidad materna y por cáncer cervicouterino. Estos son acontecimientos que nos indican la gravedad de la problemática sanitaria, debido a que estamos frente a la ocurrencia de muertes que en su mayoría son evitables. Si bien estos fenómenos comúnmente son reflejados a través de indicadores cuantitativos, como las tasas y los porcentajes, nuestro objetivo es analizar el fenómeno a través de la metodología cualitativa, aspecto que ampliaremos más adelante.

A los fines de este trabajo es indispensable tener como referencia, un concepto de salud, para lo cual tomamos una categorización amplia, que comprende tres instancias: la salud materna, la salud reproductiva y la salud de las mujeres, términos que no son sinónimos, sino que están íntimamente vinculados.

En este caso, la salud reproductiva, que incluye también a la salud sexual, se ubica en el centro, *como un continuo entre la salud materna y la salud de las mujeres* (Leslie et. alii. 2001; p.166). Este es un doble avance, que hace que la salud sexual signifique más que el acto de la reproducción en si mismo, siendo que en este enfoque es superadora de la salud materna y se incluye en el ámbito de la salud de las mujeres.

Debe quedar claro que utilizamos la definición de salud reproductiva tal como se aplica a las mujeres, sabiendo que queda fuera de esta óptica el análisis del rol masculino en este fenómeno. Esto constituye una decisión metodológica, a los fines de centrar la problemática en las mujeres, lo que *actúa como un principio organizador para comprender y atender las necesidades de las mujeres en materia de salud* (Leslie et.alii. 2001; p.166).

Como definición, la salud reproductiva ha dejado de tener la significación que se le asignaba anteriormente, ligada a la “salud obstétrica y ginecológica” (Leslie et.alii. 2001; p.165) y desde los años noventa han prevalecido otras definiciones, con un sentido más amplio que la referencia a aspectos puramente clínicos o biomédicos.

Sin embargo, debido a que es un proceso reciente, aún no hay acuerdo cierto sobre la significación de lo que se concibe actualmente por salud sexual y reproductiva; no obstante se han logrado algunos consensos, como por ejemplo la necesidad de construir de un concepto *amplio* de salud reproductiva que incorpore los contextos económicos, institucional, político y cultural, superando por esta vía el ámbito restringido de lo biomédico (Salles et. al., 2001:p.93), así como no debe prescindirse de nociones que refieran a los derechos reproductivos, los derechos sexuales y la salud sexual (Correa, 2001).

En este trabajo, tomamos por salud reproductiva a los conceptos construidos a lo largo de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, por entender que es la concepción de mayor dimensionalidad, en tanto su contenido explicita aspectos de la subjetividad, la cultura, la política, la economía, las relaciones sociales, la ética, los valores, etc. (Correa 2001: p.136). Esta perspectiva básicamente reconoce que la salud reproductiva implica el derecho de toda persona a regular su fecundidad segura y eficientemente; tener y criar hijos saludables; comprender y disfrutar su propia sexualidad; permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción (Salles et.al. 2001: p.94).

Por su parte, el concepto de *salud de las mujeres* dirige la atención a las necesidades de las mujeres incluyendo a aquellas que están fuera de la edad reproductiva, así como al diagnóstico y tratamiento de problemas de *salud no reproductiva*. La riqueza de esta definición radica en que concibe a la salud de la población femenina como diferente de la masculina, no sólo en los aspectos biológicos, ampliamente conocidos, sino por la diferencia en sus roles, los cuales son determinados social y culturalmente; en otras palabras, la *salud de las mujeres* se define como algo que incluye la salud reproductiva, *pero que va más allá de ella* (Leslie et. alii. 2001; pp. 174 y 176).

Este concepto nos permite indagar aquellas prácticas socialmente naturalizadas, donde la posición de la mujer es desventajosa en relación a la del hombre. Esto es común en las comunidades en estudio, donde a partir de su rol de madre-esposa, la mujer es concebida como la *responsable natural* de la reproducción y el consumo familiar, lo que equivale a tener la responsabilidad de *estar a cargo de la reproducción de otros*. Estas funciones se sostienen en jerarquías de género que son creadas y mantenidas a través de la interacción con los integrantes de la familia (León M. en Garrido 2004: p.9), instituyendo relaciones primarias de subordinación-dominio entre los géneros, alojadas en la esfera más íntima del hogar (Garrido 2004: p.10).

Finalmente, *la salud materna*, constituye la circunstancia que más convoca a las mujeres a las instituciones de salud, quienes la tienen como destinataria y beneficiaria –indirecta- de los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar.

Es preciso analizar que muchos de los procesos mórbidos que acontecen en esta etapa, como la desnutrición, la anemia y los embarazos poco espaciados, son consecuencias de inadecuadas condiciones materiales de existencia. En este sentido, la pobreza y los sesgos de género contribuyen a exacerbar estos factores biológicos de riesgo (Leslie et. alii. 2001; p.182).

Debemos agregar que la morbilidad reproductiva femenina es una definición que encierra dimensiones diferentes, como son la enfermedad, concebida como tal desde el aspecto biomédico, y el padecimiento, entendido desde el sufrimiento del actor. Según Castro, la diferencia entre esos conceptos está en que mientras la *enfermedad* refiere a una concepción especializada de las patologías del cuerpo, el *padecimiento* refiere a la experiencia subjetiva que los individuos tienen de ella (2000:p.23). Esta distancia en la concepción de los fenómenos de salud y enfermedad es posible de comprobar en los discursos de médicos y pacientes, más aun cuando analizamos una comunidad indígena, donde existe un cúmulo de conocimientos costumbre y creencias tradicionales, que fueron heredados por generaciones.

Hipótesis

La vida cotidiana de una mujer campesina e indígena de la Puna esta condicionada por factores socioeconómicos como la pobreza, la vulnerabilidad, la falta de acceso a la satisfacción de las necesidades básicas, etc., los cuales inciden en su salud actual y futura. A estas circunstancias debemos sumarles las condiciones de desigualdad de género, que le imponen la sobrecarga del cumplimiento de un *triple rol*, en tanto se la hace responsable de colaborar en la producción de la unidad doméstica, garantizar la reproducción de los miembros del hogar, e incluso participar en la resolución de problemas colectivos. Estos son algunos de los ejemplos que nos llevan a pensar que los procesos de morbilidad reproductiva femenina deben ser pensados como emergentes de condiciones de vida signadas por la desigualdad y la falta de

oportunidades, situaciones que en todo caso, potencian las causas biológicas que puedan precederle.

Las respuestas puestas a disposición del Estado para quien sufre un padecimiento, aún cuando en ocasiones son vehiculizadas a través de ONG's, resultan ineficientes e insuficientes. La distancia entre las comunidades y los puestos de salud, la falta de rondas médicas que recorran la región, e incluso la falta de insumos médicos en los hospitales públicos caracterizan al sistema sanitario local. Sin embargo, aún cuando las prestaciones debieran ser mayores, subyace en las comunidades la percepción de que este modelo biomédico, no concuerda con prácticas e incluso con los resultados producidos por la aplicación del modelo médico tradicional, la autoatención, e incluso la medicina doméstica. Es por esto que el acceso a este tipo de atención, se convierte en una instancia posterior a la implementación de otras estrategias, vinculadas a saberes tradicionales, demostrando cómo el factor cultural arraigado en estas comunidades indígenas también incide fuertemente en la elección de un tipo de atención a la salud.

Especificaciones metodológicas

No existen para la región datos precisos que den cuenta de las características de las mujeres que atraviesan procesos de enfermedad y muerte por causas sexuales y reproductivas. En este sentido, el beneficio que la metodología seleccionada nos brinda, es la oportunidad de recolectar la información necesaria para dar cuenta, a través de historias de vida, de un conjunto de circunstancias que acontecieron en la vida de estas mujeres, indagando así las causas más profunda que incidieron en los procesos mórbidos. La violencia doméstica, la coerción sexual, el aborto autoinducido, la desigualdad de género, etc. son factores que preceden o en algunos casos agudizan padecimientos y enfermedades.

En este sentido, utilizamos la entrevista en profundidad, aplicada a la población en estudio que haya pasado por la experiencia de sufrir un proceso de morbilidad reproductiva. En tal caso, lo que se pretende es reconstruir la historia de vida de la mujer, a los fines de identificar una serie de acontecimientos vitales, previos y posteriores la enfermedad y hasta la actualidad.

Dado que nuestro interés abarca también a los procesos de enfermedad que culminaron en la muerte, pretendemos innovar en la recolección de datos, aplicando la técnica de la Autopsia Verbal. Como su nombre lo indica, esta técnica implica el relevamiento de datos en forma oral, que permitan dar cuenta de una serie de acontecimientos ocurridos previamente a la muerte de una persona, pero en relación con este hecho. Para esto, se entrevista a las personas que se considera que han acompañado los últimos tiempos de la persona fallecida.

Es un procedimiento que proviene del área de la salud y ha sido implementado fundamentalmente como forma de medir la mortalidad acontecida en regiones donde existe subregistro de las causas, de aquí que los estudios de caso realizados provengan en su mayoría de países en vías de desarrollo, donde la estructura sanitaria es deficiente.

Mediante la aplicación de un cuestionario estructurado, si el encuestador no es personal médico o bien semiestructurado en caso de que lo sea, se indaga a los parientes más cercanos de la persona fallecida. Los informantes son seleccionados según se considere que han estado presentes acompañando las últimas instancias de la persona fallecida, circunstancia que le permitió ser testigo del avance y desenlace del proceso de morbimortalidad. Este requerimiento es fundamental debido a que la

indagación es en torno a la sintomatología que presentó la persona previamente a la muerte.

Esta técnica ofrece la oportunidad de contrastar los datos recogidos en campo, con los que figuran en los registros oficiales. Con los datos obtenidos, se procede a constatar que los mismos coincidan con el certificado de defunción elaborado por el médico. En esencia, esta técnica copia la experiencia de completar una historia clínica, donde el entrevistado no es el paciente, sino alguien cercano a este, que pueda describir los padecimientos previos a la muerte. (Cárdenas 2000: p.668).

Los principales antecedentes en su uso fueron resultado del intento por determinar el subregistro de la mortalidad materna, y distinguir entre las causas asociadas al embarazo, el parto o el puerperio. Las publicaciones que dan cuenta de esto en su mayoría extranjeras, y refieren a experiencias recientes, lo que indica que este método está aún poco extendido⁶.

La riqueza de esta técnica, a nuestro entender radica en que más allá de su uso innovador para determinar causas de muerte específicas, es posible utilizarlo también para *conocer aspectos relacionados a factores sociales, culturales o de atención a la salud, que rodearon el desarrollo del padecimiento* (Cárdenas 2000: p.667).

La potencialidad del relevamiento de estos aspectos que hacen a la salud de la población, radica en que son susceptibles de ser modificados mediante el diseño de programas o políticas específicos, (Cárdenas 2000: p.674) lo que conduce a canalizar las aspiraciones de este tipo de investigación, que busca constituir cambios en la realidad de estas poblaciones, en el mediano plazo.

Para la aplicación de la técnica de la Autopsia verbal en esta investigación, en primera instancia indagamos en el hospital o puesto de salud, las historias clínicas y los certificados de defunción de las mujeres afectadas por procesos de morbimortalidad de origen sexual o reproductivas y constituimos dos grupos de estudios: uno compuesto por aquellas que atraviesan o atravesaron procesos mórbidos, y otro constituido por las mujeres fallecidas por las causas referidas.

Una variante importante del método en su uso original, es que en este trabajo no pretendemos cuestionar la causa de muerte definida en el certificado de defunción, sino que esta es tomada como condición de pertenencia o no a los grupos en estudio. Posteriormente nos resta localizar a las mujeres que enfermaron, para el grupo de las no fallecidas, y a los familiares cercanos, para el grupo de las fallecidas.

Esta instancia es la que mayores dificultades presenta, entre otras cosas porque es posible que la familia haya migrado y no se tengan datos actualizados de su paradero; se ubique a la familia de la mujer fallecida, pero no se ubique a la madre, la hermana o, a la pareja, quienes actuarían como los informantes claves para reconstruir la historia de vida de la persona fallecida; se localice a los miembros de la familia pero estos se nieguen a hablar del tema. Esta serie de circunstancias nos conduce a seleccionar un nuevo caso.

Tanto la entrevista en profundidad como la autopsia verbal, nos permitirán centrarnos en el análisis de la incidencia de factores socioeconómicos, culturales, institucionales, políticos, de género, étnico, etc., que influyeron de alguna manera en el proceso de morbimortalidad femenina. Para tal fin, la entrevista gira en torno a los indicadores que construimos de cada una de las nombradas categorías.

Uno de los posibles cuestionamientos a la validez de los datos a recolectar, es el tiempo transcurrido desde el hecho, hasta la aplicación de la autopsia verbal.

Indagando en los antecedentes, hemos encontrado que el período recomendado para la aplicación de la técnica a los familiares, varía enormemente, entre tres meses y diez años (Cárdenas 2000: p.672). En el caso de mayor transcurso de tiempo desde

el fallecimiento, los investigadores demostraron que los datos volcados a la entrevista, correspondía con la sintomatología descrita en la historia clínica, y con la causa de defunción registrada originalmente (Hoj et. alii., 1999). Sin embargo, a los fines de este trabajo, se planificó aplicar la técnica, a familiares de una mujer fallecida con una anterioridad de hasta cinco años. De esta forma, es probable que nos encontremos con casos de mujeres fallecidas a inicios de esta década, pero cuyo proceso mórbido se inició bastante antes.

Bibliografía

- Balazote, A. Y M. Rotman 1998. Los conceptos de Modo de producción y Formación económica y social. En Trincheró, H. Antropología Económica. ficciones y producciones del hombre económico. EUDEBA, (Cap. I).
- Becaría C. y R. López 1996. Sin Trabajo. Las características del desempleo y sus efectos en la sociedad argentina. (Comps.). Unicef / Losada, Buenos Aires.
- Beccaria L. y R. Carciofi 1996. "Políticas públicas en la provisión y financiamiento de los servicios sociales". En Minujin A. (Edit.), Desigualdad y exclusión. Desafíos para la política social en la Argentina de fin de siglo. UNICEF/Losada, Buenos Aires.
- Belli E. y R. Slavutsky 2004. "En la frontera. Subordinación y resistencia en el Ramal Salto Jujéño". En La Cuenca del Río Bermejo. Una formación social de fronteras. Belli E. Slavutsky R. Trincheró H. (Comp.) Instituto Interdisciplinario de Tilcara. Universidad de Buenos Aires. Ed. Reunir.
- Benedetti, A. 2002. "Susques: de "Despoblado" a "Pórtico de los Andes". Transformaciones territoriales en la frontera norte argentino-chilena (Siglo XX)". En el IV Coloquio sobre Transformaciones Territoriales: "Sociedad, Territorio y Sustentabilidad: perspectivas desde el Desarrollo Regional y Local". 21 al 23 de agosto de 2002, Montevideo, Uruguay.
- Berger y Luckmann 1968. La construcción social de la realidad. Amorrortu, Buenos Aires.
- Bergesio L. 2000. "Un fenómeno llamado Alto Comedero. Crisis económica y crecimiento demográfico en San Salvador de Jujuy". En AA.VV. Ganarse la vida. Trabajadores cuentapropistas del sector familiar en la estructura socio-económica de San Salvador de Jujuy. Universidad Nacional de Jujuy.
- Bustamante-Montes L. P. et al. 1996. "Características sociodemográficas de personas que murieron por tuberculosis pulmonar en Veracruz, México. 1993" Salud Pública de México, Vol. 38, nº 5, Pp. 323-331.
- Campero L., D. Walter, B. Hernández, H. Espinoza, S. Reynoso, A. Langer.2006. "La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México" Instituto Nacional de Salud Pública. Morelos, México. En dirección telemática (URL): www.scielo.org
- Cárdenas R. 2000. "El uso de la autopsia verbal en el análisis de la salud", en Estudios demográficos y urbanos, septiembre-diciembre, N° 45. El Colegio de México. Pp. 665-683. En dirección telemática (URL): www.redalyc.uaem.mx
- Castro R. 2000. La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Cuernavaca: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Cham M., J. Sundby, S. Vangen. 2005. Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. En *Reproductive Health*

<http://www.reproductive-health-journal.com/content/2/1/3>, 04 de mayo de 2005.

- Correa S. 2001. "Salud reproductiva, género y sexualidad; legitimación y nuevas interrogantes", en Stern C. y G. Figueroa (Coord.) Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación. El Colegio de México. Pp. 127-151.
- Figueroa J. G. y C. Stern (Coord.). 2001. Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva: políticas públicas, marcos normativos y actores sociales. El Colegio de México.
- Freyermuth Enciso G. 2005. Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas. CIESAS Sureste, Chipas, México.
- Fottrell E., P. Byass, T. W. Ouedraogo, C. Tamini, A. Gbangou, I. Sombié, U. Högberg, K. H. Witten, S. Bhattacharya, T. Desta, S. Deganus, J. Tornui, A. E. Fitzmaurice, N. Meda, W. J. Graham. 2007. Revealing the burden of maternal mortality: a probabilistic model for determining pregnancy-related causes of death from verbal autopsies. En <http://www.pophealthmetrics.com/content/5/1/1> Publicado el 08 de febrero de 2007.
- García O., P. de Sarasqueta, R. Schwarcz, 2004. "Informe Mortalidad Materna, y Mortalidad Infantil en la Republica Argentina. Estrategias para mejorar el desempeño de los servicios de salud maternos infantil". Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Julio de 2004
- Garrido H. 2004. "Mujeres y trabajo en el área de Trancas (Provincia de Tucumán)". Ponencia Presentada En El III CALAAR, Congreso Argentino de Antropología Rural: Antropología y Ruralidad: Un Reencuentro. Tilcara Jujuy, 3 al 5 de marzo de 2004. Publicación en CD.
- González Montes, S. (Coord.) 2005. Mujeres y relaciones de género en la antropología Latinoamericana. México D.F.: El Colegio de México. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer.
- Gronda J., M.A. Picconi, L. Alonio, L. Villa, L. Sichero, S. Miranda, M. Barcena, A. Teyssie. 2002. "Virus Papiloma Humano en mujeres Quechuas Jujeñas con alta frecuencia de cáncer de cuello uterino. Tipos virales y variantes de Hpv16". En Revista Medicina N° 3, Volumen 62, Buenos Aires.
- Hill, K., S. El Arifeen, M. Koenig, A. Al-Sabir, K. Jamil, H. Raggerse. 2006. How should we measure maternal mortality in the developing world? A comparison of household deaths and sibling history approaches. En Bulletin of the World Health Organization, marzo de. Pp. 173-180.
- Hoj L., J. Stensballe, P. Aaby. 1999. Maternal mortality in Guinea-Bissau: the use of verbal autopsy in a multi.ethnic population. En *International Journal of Epidemiology*, N° 28, pp. 70-76.
- Idoyaga Molina, A. 2001. *Lo Sagrado En Las Terapias De Las Medicinas Tradicionales De Cuyo Y El Noa*. Revista Scripta Ethnologica, Vol XXIII. Conicet-Centro de Etnología Americana, Buenos Aires. En www.redalyc.org Hemeroteca Científica en Línea. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad Autónoma de México. Bajado de la red en septiembre de 2006, pp. 9 A 75.
- Karasik G. 1992. "Migrantes campesinos y diferenciación social en Jujuy". En Revista Cuadernos N° 4. FHyCS-UNJu, San Salvador de Jujuy.
- Karasik G. 1987. Control de la mano de obra en un ingenio azucarero. El caso Ledesma en la Provincia de Jujuy. Ed. ECIRA, Jujuy.
- Lamas M. 2002. Cuerpo: diferencia sexual y género. Taurus, México.
- Leslie J., J. Rubin-Kutzman, A.M. Goldani. 2001. "La definición de salud

- reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres” en Stern C. y G. Figueroa (Coord.). Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación. El Colegio de México, pp. 165-192.
- Llovet J.J. “El papel de los distintos actores sociales”, en Stern C. y G. Figueroa (Coord.). Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación. El Colegio de México, pp. 391-399.
 - Lomito C. 1998. “Análisis de la situación de salud materno infantil. Republica argentina, 1994-1995-1996” en Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sarda. Vol. 17, N 2. Pág. 60 a 67.
 - Lo Vuolo R. A. Barbeito 1998. La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neoconservador. Miño y Dávila Editores – Ciepp.
 - Lo Vuolo R., A. Barbeito, L. Pautassi, C. Rodríguez 1999. La pobreza de la política contra la pobreza. Buenos Aires-Madrid, Miño y Dávila-Ciepp.
 - Lozano C. y R. Felletti 1992. “Las crisis provinciales” En Informe IDEP-ATE. Buenos Aires.
 - Lulu K., Y. Berhane. 2005. The use of simplified verbal autopsy in identifying causes of adult death in a predominantly rural population in Ethiopia. En: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/58> 03 de junio de 2005.
 - Menéndez E. 1992. “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales” en Campos R. (Comp.) La Antropología Médica en México. Tomo I. Instituto Mora-Universidad Autónoma Mora. Pp. 97-114.
 - Minujin, A. 1992. “En la rodada”. En AA.VV Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad argentina. Unicef / Losada, Buenos Aires.
 - Oszlak O. 1999. “De menor a mejor: el desafío de la “segunda” reforma del Estado”, en *Revista Nueva Sociedad*, N° 160, Marzo-abril, Caracas.
 - Ramos S., M. Romero, A. Karolinsky, R. Mercer, I. Insúa. C. Del Río Fortuna 2004. Mortalidad Materna en la Argentina. Diagnostico para la reorientación de Políticas y Programas. Serie Seminario Salud y Política Pública. Cedes, Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires. En dirección telemática (URL): www.cedes.org
 - Roitter, M. 2004 “El Tercer Sector como representación topográfica de sociedad civil”, en Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización. Daniel Mato (Coord.) Caracas: FACES, Universidad Central de Venezuela.
 - Romero Rabell C. y M.E. Zabala De Cosío. (Comp.) 2002. La fecundidad en condiciones de pobreza: una vision internacional. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
 - Ronsmans, C., A.M. Vanneste, J. Chakraborty, J. Van Ginnekenb. 1998. A comparison of three verbal autopsy methods to ascertain levels and causes of maternal deaths in Matlab, Bangladesh. En *International Journal of Epidemiology*, p.p.:660-666.
 - Salgado Martinez C. 2001. “Cuatro líneas de reflexión en torno a los elementos sociales de la salud reproductiva (Comentario), en Stern C. y G. Figueroa (Coord.). Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación. El Colegio de México. Pp. 115-126.
 - Salles V. y R. Tuirán 2001. “El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma?”, en Stern C. y G. Figueroa (Coord.). Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación. El Colegio de México, pp. 93-112.
 - Sánchez Bringas A. 2003. Mujeres, Maternidad y Cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México. Programa Universitario de

- Estudios de Género-UNAM, México.
- Scavone L. (Comp.) 1999. Género y salud reproductiva en América Latina. Cartago: Libro Universitario Regional, Costa Rica.
 - Setel P., Chalapati R., Y. Hemed, D.R. Whiting, G. Yang, D. Chandramohan, K. G. Alberti, A.D. Lopez. 2006. Core Verbal Autopsy Procedures with Comparative. Validation Results from Two Countries. En Plus Medicine, www.plosmedicine.org, agosto 2006, Vol. 3. pp. 1282-1291.
 - Setel P., O. Sankoh, C. Rao, V. A. Velkoff, C. Mathers, Y. Gonghuan, Y. Hemed, P. Jha, A. D. Lopez. 2005. Sample registration of vital events with verbal autopsy: a renewed commitment to measuring and monitoring vital statistics. En Bulletin of the World Health Organization URL: <http://www.who.int> , agosto de 2005. pp. 611-617.
 - Sloan N. L., A. Langer, B. Hernandez, M. Romero, B. Winikoff. 2001. The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us?". En Bulletin of the World Health Organization, n° 79, 2001. Pp. 805–810.
 - Torres A. M. 1985. Familia, Trabajo y Reproducción Social. Cap. I. PISPAL/El Colegio de México.

Fuentes

- Datos Censo de Hogares y Población 1991 y 2001. República Argentina. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INDEC. En dirección telemática (URL): www.indec.mecon.gov.ar
- Informe Argentino Sobre Desarrollo Humano 1996. Senado de la Nación, en base a datos de INDEC, Buenos Aires, 1996. *Provincias en cifras. Indicadores de salud.* En dirección telemática (URL): http://www.desarrollohumano.org.ar/IDHArgentina/96_arg/96_arg.html. Bajado de la red el 10/2005.
- Diario Página 12 en dirección telemática www.pagina12.com.ar
- Revista Virtual *Médicos Hoy: declaraciones de Dra. Zulma Ortiz, Jefa de Investigación y Docencia del Centro de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires*, 01/07/2005. en dirección telemática URL: http://www.comra.health.org.ar/medicos hoy/abril04/03_inequidadhtm.htm

¹ Fuente Dr. Silvio Tatti, jefe de la Sección Patología Cervical en la Primera Cátedra de Ginecología de Medicina Universidad de Buenos Aires en declaraciones al Diario Página 12 el 20/11/02. en www.pagina12.com.ar

² Idem

³ Esto se debe en la gran inexactitud con que se llenan los formularios de defunción, donde se ignora que la paciente pudiera estar embarazada al momento de morir, así como si su muerte se relaciona con su estado de embarazo, parto o puerperio.

⁴ La *tasa de mortalidad materna* refleja el riesgo de morir de las mujeres por razones maternas y no por causas accidentales o incidentales. Es el cociente entre el número de mujeres que mueren por causas vinculadas al embarazo, parto y puerperio y el número total de nacidos vivos, durante un período de tiempo, multiplicado por 10.000 A partir de la Décima Revisión de la Clasificación Estadística Internacional de Problemas de Salud (CIE-10) se incorporó una nueva categoría "muerte materna tardía", entendiéndose por tal a "la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo". (García y otros 2004:2)

⁵ Si bien otros autores como Llovet (2001: p.397) ponen en cuestión este concepto, considerando que la evolución del pensamiento médico superó la etapa de hegemonía, continuaremos utilizándola a los fines de este trabajo, por considerar que define los rasgos principales de las prácticas médicas de la

región en estudio.

⁶ Esta experiencia se desarrollo en Bangladesh para comprobar niveles y causas de muerte materna (Rosnsman et. alii., 1998); en Guinea-Bissau para medir incidencia de la mortalidad materna en población multiétnica (Hoj et. alii., 1999); para determinar la etiología de la mortalidad materna en los países en desarrollo a través de su aplicación en el interior de México (Sloan et. alii., 2001); a través de un estudio cualitativo del acceso al cuidado obstétrico en la zona rural de Gambia (Cham et. alii., 2005); como modalidad de medición de la mortalidad materna en los países en desarrollo, comparando sistemas de defunción en hogar e historias de hermanas (Hill et. alii. 2006); como un modelo probabilístico para determinar las causas de embarazo terminadas en muerte, (Fottrell et. alii., 2007); proponiendo el uso simplificado de la autopsia verbal para identificar las causas de muerte en adultos en una población predominantemente rural en Etiopía (Lulu et. al., 2005), o documentar el subregistro de muertes violentas relacionadas con el embarazo (Campero et. alii. 2006) Otros ejemplos, buscan proponer el método como alternativa metodológica que permita registrar hechos referidos a mortalidad, como registro por muestreo de acontecimientos y estadísticas vitales para mantener actualizado el sistema de registro civil (Setel et. alii., 2005 y 2006), o un Estudio Colaborativo Multicéntrico (Ramos et. all., 2004). En menor proporción, el método tiene ha sido utilizado en relación a otras patologías, como la tuberculosis, (Bustamante-Montes et. al., 1996).

Julio de 2007