

Justicia epistémica y participativa en el acceso sanitario de las mujeres de comunidades Mapuce. La atención sanitaria de partos

Epistemic and participatory justice in health access for women from Mapuce communities. Childbirth health care

Cintia Daniela Rodríguez Garat

RESUMEN

Este artículo propone un análisis en clave geosituada de la atención sanitaria de las mujeres de comunidades indígenas mapuce en Argentina, desde el marco de la justicia epistémica y participativa. En un primer momento, se caracterizan las concepciones que estas comunidades tienen respecto a la salud-enfermedad y sus modos de vivir el momento de parto. En un segundo momento, se pone en evidencia la violencia específica a la que son sometidas las mujeres mapuce en la atención de partos por parte del modelo médico hegemónico cuando no contemplan sus saberes ancestrales y sus modos de parir. Finalmente, se ofrecen reflexiones respecto a la necesidad de repensar el sistema público sanitario con el claro objetivo de promover un enfoque de derechos humanos, centrado en una atención sanitaria intercultural e interepistémica. En la conclusión se consideró de suma relevancia partir de la narración de las luchas y resistencias desde la propia voz de estas mujeres, para atender a un acercamiento más situado respecto a los relatos de las experiencias vivenciales que las mujeres mapuce describieron sobre las características de la atención sanitaria que reciben. En este aspecto, se pudieron constatar diversas situaciones de violencia obstétrica y cultural desde el propio accionar del sistema sanitario hegemónico. En efecto, se sostiene que es imperativo construir puentes que amplíen las horizontalidades epistémicas y la democratización de la democracia.

Palabras clave: partos; mujeres mapuce; salud intercultural; justicia epistémica; violencia obstétrica.

ABSTRACT

This article proposes a geosituated analysis of health care for women from indigenous Mapuce communities in Argentina, from the framework of epistemic and participatory justice. At first, the conceptions that these communities have regarding health-disease and their ways of living the moment of childbirth are characterized. In a second moment, the specific violence to which Mapuce women are subjected in the care of childbirth by the hegemonic medical model becomes evident when they do not contemplate their ancestral knowledge and their ways of giving birth. Finally, reflections are offered regarding the need to rethink the public health system with the clear objective of promoting a human rights approach, centered on intercultural and inter-systemic health care. In the conclusion, it was considered highly relevant to start from the narration of the struggles and resistances from the voice of these women, to attend to a more situated approach with respect to the stories of the experiential experiences that the Mapuce women described about the characteristics of care. healthcare they receive. In this aspect, various situations of obstetric and cultural violence could be verified from the very actions of the hegemonic health system. Indeed, it is argued that it is imperative to build bridges that expand epistemic horizontalities and the democratization of democracy.

Keywords: childbirth; Mapuce women; intercultural health; epistemic justice; obstetric violence.



Journal of the Philosophy of History
Resistances

INFORMACIÓN

<https://doi.org/10.46652/resistances.v3i5.57>

ISSN 2737-6222 |

Vol. 3 No. 5, 2021, e21057

Quito, Ecuador

Enviado: noviembre 24, 2021

Aceptado: enero 16, 2022

Publicado: abril 06, 2022

Publicación continua

Sección General | Peer Reviewed



OPEN ACCESS

AUTOR

 *Cintia Daniela Rodríguez Garat*
Universidad Nacional de La Plata - Argentina
cintiadanielarodriguez@gmail.com

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento

N/A

Nota

El artículo es una adaptación de un capítulo de tesis de maestría.

PUBLISHER

RELIGACIÓN
CICSHAL
Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades
desde América Latina

1. Introducción

Este artículo se enfoca en establecer el marco de análisis ético-normativo de la atención sanitaria de las mujeres de comunidades indígenas en el acceso a la salud, desde el marco de la justicia epistémica y participativa. De esta manera, se parte específicamente de la consideración de las formas de vulnerabilidad que afectan de modo particular a las mujeres mapuce de nuestro país, para abordar concretamente el acceso sanitario a los partos desde una perspectiva bioética crítica. Resulta interesante aclarar que la selección de la comunidad indígena mapuce se debe, en particular, a dos aspectos. En primer lugar, porque la comunidad mapuce es la que posee la mayor densidad poblacional dentro de las comunidades indígenas que habitan la Argentina, lo que plantea un análisis más representativo sobre la problemática. Por otro lado, el recorte temático centrado en esta comunidad indígena se vincula con la carga simbólica que los mapuce han adquirido en la agenda política argentina, fundamentalmente en el gobierno macrista (2015-2019). Se entiende que el ataque recibido por estas políticas discursivas, con fuerte tono estigmatizante y de criminalización, ha incrementado las situaciones opresivas que ya venían transitando de violencia patriarcal y estructural (de despojo territorial y colonialidad) (Rodríguez, 2021a).

El objetivo de este artículo se centra en la necesidad de analizar la situación concreta del acceso a partos respetados e interculturales por parte de las mujeres mapuce de nuestro país, buscando confrontar las concepciones sobre la salud propias del modelo médico hegemónico con las que poseen las mujeres de la comunidad mapuce; para, finalmente, recurrir a éticas de la responsabilidad y del cuidado en las que la voz del otro prevelezca (Bonilla, 2006) y sea contemplada para el acceso sanitario digno, en este caso a: partos cuidados y respetados.

2. Metodología

El desarrollo de este artículo se basa en una investigación de diseño exploratorio, con un enfoque fundamentalmente cualitativo. Asimismo, se propone conocer los modos en los que se lleva a cabo la atención sanitaria de partos en las mujeres autoidentificadas como Mapuce, en la provincia de Neuquén. Para ello, el trabajo se centra en recabar información y datos a partir del uso de la técnica del análisis documental, teniendo como eje prioritario la voz de las mujeres Mapuce, como expresión propia sobre las experiencias vividas en relación a sus partos. La finalidad que persigue este registro es la construcción de un planteo hermenéutico y argumentativo sobre la concepción de justicia en la que se asientan las políticas públicas respecto a los servicios sanitarios de la provincia de Neuquén, en materia de interculturalidad.

De esta manera, cuando nos centramos en la atención de la salud de las mujeres mapuce, no podemos hacerlo sin considerar la importancia que le otorgan las comunidades indígenas a su vinculación con la naturaleza y a la armonía que se genera entre la salud y la vida. De ahí que, el abordaje de la salud de las mujeres y de los niños/as no puede realizarse de manera aislada, y su bienestar depende de las posibilidades de salud y equilibrio de los progenitores (fundamentalmente, de la madre) y del pueblo, ya que también contribuyen en la dinámica de la comunidad. La comunidad mapuce, en particular, construye la palabra *Itrofil Mogen* (*Ixofij Mogen*), que significa: “Todas las diversas formas de vida”. Puesto que, entienden que la vida debe comprenderse en estrecha vinculación con “el territorio, la gente, todos los elementos que dan diversidad y conocimiento: el viento, el agua, la lluvia, el sol, la tierra que pisamos” (Huipán, 2017, p. 14).

Por ello, plantean que los principios rectores del sistema de vida *mapuce*; es decir, el *Kvme Felen* se asienta en tres pilares interdependientes: “*Waj Mapu* (Territorio), el carácter de Pueblo Originario o preexistente (Identidad) y *Kizu Gvnewvn* (Autonomía)”. Y a su vez, en palabras del pueblo mapuce:

Estos (tres) pilares nos conducen y remiten a la historia de nuestras luchas y resistencia como pueblo originario. (Están) presentes en nuestras prácticas, cobran fuerza y se alzan en nuestras reivindicaciones, haciendo saber que nuestra identidad aún está viva (Confederación Mapuce de Neuquén, 2010, p. 49).

Previo a la caracterización de la cosmovisión del pueblo mapuce, conviene aclarar inicialmente que, en el último Censo 2010, con respecto al caso particular de las mujeres pertenecientes a una comunidad indígena de Argentina, se estimó que promediaban las 480.000 personas. En los datos obtenidos, se registró un total de 955.032 personas que se reconocen como pertenecientes y/o descendientes de alguna de las 32 etnias reconocidas en Argentina, representando el 2,4% del total de población de dicho país. De ellos, el 50,4% son varones y el 49,6% mujeres, porcentajes que se invierten en la población general. Respecto a la distribución en las provincias, en el 2010, la mayor proporción de población originaria pertenece a las provincias: Chubut, Neuquén, Jujuy, Río Negro, Salta y Formosa, con porcentajes que van desde 8,7% a 6,1%. Los pueblos Mapuce, Toba y Guaraní son los únicos que se ubican por encima del 10%; sumados, estos pueblos conforman el 45,9% de la población originaria argentina. Con valores entre 5% y 10% del total de población originaria se encuentran los pueblos Diaguita, Kolla, Quechua y Wichí, que en conjunto conforman el 25% del total de la población originaria (Equipo Latinoamericano de Justicia y Género [ELA] y Consejo de Organizaciones Aborígenes de Jujuy [COAJ], 2016).

Según el Censo 2010 (INDEC), el 49,8% de la población auto-reconocida como perteneciente a pueblos originarios depende del Estado para satisfacer sus necesidades en salud. En el caso específico de las mujeres indígenas, según el Equipo Latinoamericano de Justicia y género y el Consejo de Organizaciones aborígenes de Jujuy (2016), los principales obstáculos para el acceso a la salud, que surgen espontáneamente de los relatos de estas mujeres, son materiales. Es decir, se inscriben en las barreras geográficas, en tiempo y distancia, empeoradas por falta de caminos accesibles y falta de transportes disponibles, como también en la falta de recursos económicos. Asimismo, se ha evidenciado históricamente, la desfavorabilidad de su situación en relación con las dificultades en el control sobre la reproducción y su incidencia en las tasas de fecundidad y mortalidad materno-infantil (Hopenhayn et. al., 2006).

De ahí que, cuando se plantea su situación concreta con respecto a la salud y a las políticas públicas que deben garantizarles el acceso a la misma, surgen al menos dos posibilidades con respecto a las formas de programación y ejecución estatal. Por un lado, tal como plantea Feltri et al., (2006), puede darse una concepción unilateral de planificación, según la cual, la gestión y la planificación queda del lado de los efectores (es decir, del propio Estado); o bien, puede sobrevenir otra, basada en la incorporación de la propia comunidad (o más considerablemente de los destinatarios de las políticas) como parte estratégica en la planificación y gestión de la atención en salud.

De modo que, en la primera opción, puede surgir que el Estado les imponga a las comunidades aborígenes distintas políticas públicas que pueden atentar contra su bienestar, su cultura y su concepción de mundo, a partir de tomar medidas tendientes a garantizar la promoción de los derechos de otros

sectores sociales (terratenientes, por ejemplo). Propiciando de este modo que, en el caso de las mujeres, estas medidas puedan vincularse no solo con la limitación de la concepción, sino puntualmente, con la falta de gestión adecuada de las herramientas necesarias para abordar la interculturalidad en salud, violentando de esta manera el derecho al acceso a la salud.

Por el contrario, la segunda opción, se centra en la incorporación protagónica de los destinatarios de las políticas. De ahí que, el derecho a la salud es entendido en la complejidad y pluralidad que incluye, puesto que “exige una idea de igualdad que socialmente no inferiorice, ni homogeneice culturalmente, e incorpore la dimensión de justicia epistémica” (de Ortúzar, 2019, p. 15). La importancia de esta postura se halla en que, tal como afirma Chirif (2015), la interculturalidad no se circunscribe a una definición única y homogénea, sino que es construida por cada pueblo indígena “desde su realidad específica actual, influida por una colonización de cinco siglos y que ha causado impactos diferentes” (Cárdenas et al., 2017, p. 154). Así, el reconocimiento de los Pueblos Indígenas tiene una larga historia y muchos debates. Por muchos años se ha rechazado la idea de que los Estados adopten una definición formal de Pueblos Indígenas. Por ello, en el artículo 1º del Convenio 169 de la OIT se reafirma la importancia de la autoidentificación de los propios pueblos.

De este modo, el abordaje de salud intercultural en esta segunda perspectiva, a la cual se suscribe este artículo, promueve la decisión libre de las mujeres en lo relativo a la concepción, a la vez que, hace partícipe a toda la comunidad, para que, a la luz del reconocimiento de su historia, de su situación política, social y de sus propias contradicciones internas, resuelvan y se auto-concedan las estrategias más deseables para definir su salud sexual y reproductiva (Feltri et al., 2006). Considerando este aspecto, resulta primordial generar una aproximación conceptual respecto a los propios parámetros sanitarios y culturales de la atención de partos desde la perspectiva de la comunidad indígena mapuce, más precisamente, desde la voz de las mismas mujeres que protagonizan estas prácticas.

3. Atención materno-infantil y adaptación de partos de *Pu Mapuce Zomo* (mujeres mapuce)

Frecuentemente, el cuidado de los/as hijos/as es una tarea designada exclusivamente a las mujeres. Sucede algo similar con las mujeres de las comunidades indígenas: “quienes, para atender su propia salud, a las consultas médicas acuden con las personas que de ellas dependen” (Rodríguez, 2021a, p. 101). Esta situación refleja una realidad que incluso trasciende a determinada pertenencia cultural. Por ello, generalmente, no es considerada en la atención médica occidental.

Sumado a esto, es importante notar que, con respecto a los inconvenientes suscitados en la atención de la salud maternal de las mujeres indígenas, se producen situaciones análogas en las diversas regiones del territorio argentino, puesto que las provincias de Chaco, Formosa, Jujuy y Misiones presentan los peores indicadores en relación al acceso a servicios de salud. De allí que, según UNICEF (2012):

Si bien más del 80% de las embarazadas se hizo al menos un control en un hospital o centro de salud, son pocas las que cumplen con el mínimo de controles que recomienda la Organización Mundial de la Salud (al menos cuatro). Estas cuatro provincias son además las que registran más partos domiciliarios sin personal calificado en el ámbito rural, donde las mujeres tienen más dificultades para llegar a los puestos sanitarios (Aizenberg, 2013, p. 366).

Según la última información publicada en el año 2018 por el Ministerio de Salud neuquino, el control prenatal evidenciado en los primeros meses de embarazo (20 semanas), en esta localidad, es reducido (45,5%). Es decir, solo asistieron 5 de las 11 mujeres embarazadas. Mientras que, aumenta casi en una cuarta parte (72,7%) en el último tramo del embarazo. Esto es, 8 mujeres de las 11 embarazada en total. En efecto, 3 de esas 11 mujeres no reciben control regular, ni asistencia durante ningún momento del embarazo. De este modo, resulta claro que la situación es aún más problemática en aquellas comunidades donde solo se habla la lengua indígena, como el *mbyá* guaraní en Misiones o el *wichí* en la provincia del Chaco, Formosa y Salta. De ahí que, estas circunstancias se ven intensificadas con las barreras geográficas y del sistema sanitario, como resultantes de la situación residencial de estas comunidades, que viven en zonas rurales alejadas de los centros de salud y con deficiente capacidad resolutive (UNICEF, 2010).

Por este motivo, las comunidades indígenas expresan la necesidad de contar con mayor cantidad de agentes sanitarios, que brinden atención médica en los establecimientos hospitalarios, desde un enfoque intercultural, fundamentalmente, en lo que atañe al: parto respetando la cosmología indígena, la señalética bilingüe, entre otros. Estas exigencias son contempladas en la legislación argentina con la Ley N° 25.929 sobre “Parto Humanizado”, puesto que plantea:

Toda persona, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto o puerperio tiene derecho a ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y a no ser discriminada por su cultura, etnia, religión, nivel socioeconómico, preferencias y/o elecciones de cualquier otra índole (Art. 2, Inc. B).

Sin embargo, las prácticas médicas occidentales (hegemónicas) obstaculizan el acceso a la salud de las mujeres indígenas cuando no contemplan sus propios saberes y conocimientos. Es decir, cuando ignoran: sus propias formas de sanarse, de hacer un tratamiento; su estrecho vínculo con el territorio y con la *Pachamama* para su sanación, entre otros conocimientos imprescindibles para una atención sanitaria respetada. Entre estos saberes, la biomedicina ignora la centralidad que las comunidades indígenas le otorgan a la dimensión espiritual. Estos aspectos se ponen en evidencia en relatos como el que sigue:

Las personas tenemos cuatro dimensiones, una espiritual, una física-biológica, una afectiva y una mental; cuando hay un desequilibrio en alguno de estos planos te enfermás, cada persona tiene estas cuatro dimensiones que no están separadas, están interrelacionadas. (...) una persona te puede hacer mal por envidia o sin querer también te puede ojear, cuando nace un bebé nosotros creemos que durante el primer mes solo puede ver(lo) la familia directa, porque al ser tan chiquitos chupan la energía y necesitan un equilibrio, la falta como el exceso de amor es malo, le hace mal al bebé, que tiene un *newen débil*, y necesita identificarse con una energía positiva, buena, por eso no lo puede ver todo el mundo (...). (Relato de mujer mapuce). (Estrella, 2017, p. 167).

De lo dicho surge que, las prácticas médicas deben procurar partir de la concepción cultural que la comunidad indígena particular asuma, respecto a la enfermedad y su cura. Puesto que, muchos integrantes de las comunidades indígenas no encuentran en el sistema sanitario hegemónico la posibilidad de contar: qué les sucede, cuáles son sus miedos o síntomas por temor a ser juzgados o ser tomados

como objeto de burla. El respeto por la cultura del Otro-paciente promueve la posibilidad de realizar un abordaje sanitario intercultural, que se centre en el respeto de los saberes propios de dicha comunidad. En este sentido, para la comunidad mapuce, la enfermedad se concibe como:

...una realidad extraña al organismo y opuesta a la salud. La enfermedad surgiría según sus creencias por tres grandes bloques de causas: a) por la penetración mágica de un elemento maligno en el cuerpo de la víctima. b) por la pérdida o evasión del alma. [Es decir], (p)or el debilitamiento del espíritu. c) por la posesión por el diablo o los malos espíritus (Sanz, 1996, pp. 36-7).

A partir de lo desarrollado, se deduce que el enfoque biomédico debe replantearse e interpelar sus fundamentos de manera profunda y analizar formas de posibilitar la construcción de una perspectiva intercultural, fundamentalmente cuando se trata del abordaje sanitario de partos de mujeres indígenas. Puesto que, la atención del parto no se reduce a un asunto médico, ni científico, sino más bien, debe entenderse como una cuestión cultural y política. Cuando se plantea que el parto tiene una dimensión política, se vincula puntualmente con el rol que las mujeres ocupan históricamente en las sociedades patriarcales. Justamente, por ese motivo, no resulta ser un hecho menor cuando se debe analizar la atención sanitaria de partos.

En consonancia con el planteo de Drake (2014), partiendo de que la cultura define el contexto en que una mujer percibe la experiencia del parto y la maternidad, resulta importante resaltar que: “hay más rituales y prácticas culturales acerca de la maternidad que otros eventos de la vida” (Etowa, 2012, Drake, 2014, p. 5). Esto, evidentemente, como se viene adelantando, conduce a que los sistemas de salud públicos deban cuestionar críticamente la hegemonía de la perspectiva biomédica que los convoca, para replantear prácticas médicas vinculadas al parto, entendiéndolas como un fenómeno con significado cultural (Drake, 2014).

De este modo, según la cultura del pueblo mapuce, el parto y la maternidad tienen un significado que evoca a su intrínseca relación con la tierra. De ahí que, para su cosmovisión, la placenta simboliza el vehículo que ciñe la vida con los ancestros, mediante un lazo que se representa como motor de la vida y principio de la muerte. En palabras de las mujeres de esta comunidad:

Las devoluciones y/o enterramientos de las placentas son rituales propios de la cultura. Son realizados alrededor de un ojo de agua, donde está el *eltuwe*. (...) al enterrar las placentas se sigue manteniendo unido el linaje materno con el territorio. (...) las hijas/os nacidos con problemas de salud necesitarán durante su vida reconectarse con el territorio donde se entregó la placenta cuando aparezcan episodios de padecimientos para reestablecer la salud. (...) se elige ese espacio porque desde que se nace, se empieza a morir (Azpiroz Cleñan, 2019, párr. 4).

De esta manera, en la cultura del Pueblo Mapuce, cada persona tiene un *Tuwün* (su origen territorial, su tierra) y un *Küpalme* (que es el tronco familiar o la herencia de los antepasados). Estos dos elementos sientan las bases que permiten construir un camino que determina no solo: “hacia dónde se va”, sino también, cuáles son los roles que a futuro podrá desempeñar el niño o niña fortaleciendo su salud

y su bienestar. En efecto, para estas comunidades, la entrega de la placenta a la “tierra”, permite que la madre y la familia que la recibe, puedan cerrar un importante ciclo abierto con la concepción y período prenatal, mediante el entierro y la realización de una ceremonia que dará protección y fortaleza al niño y la madre (Nawel, 2020). Del mismo modo, esta ceremonia adquiere diversas variantes que se vinculan con el estado de salud y el sexo del recién nacido, así:

...si el recién nacido es *wentru* (hombre), la placenta debe enterrarse debajo del árbol o palenque donde se amarra el caballo. De esta manera se asegurará que el niño será un gran jinete, también será un hombre ágil, fuerte y con raíces profundas. Si es *zomo* (mujer), la recién nacida, se debe enterrar su placenta en una planta medicinal del territorio, así asegurará su conexión con la sabiduría de las plantas. (...) es importante que esta planta esté cercana a la casa (Nawel, 2020, párr. 2).

De forma equivalente, tratándose del nacimiento de una mujer, primariamente, se solía enterrar la placenta debajo del fogón, debido a la relación de la hoguera, el hogar y el corazón de la familia. O bien, según Kallfü Nawel (2020, párr. 4), otro lugar clásico, que aún se emplea, resulta ser “donde cae la gotera que escurre del techo de la *Ruka*” (entrada de la casa), puesto que, “allí se labraría un destino fecundo y abundante en bienes para el hijo o hija”. De allí que, “enterrar la placenta del último hijo [o hija] a la entrada de la casa (o *Ruka*) es una forma mágica de anticoncepción, pues así se le evitaría a la madre futuros nacimientos” (Nawel, 2020, párr. 4). No obstante, según la cosmovisión mapuce, “en *Wallmapu*, si la placenta se arroja a un campo de cultivo, lo tornará estéril”. Por ese motivo, debe ser enterrada profundamente (Nawel, 2020).

Sumado a lo anterior, en la cosmovisión mapuce, hay otra característica que resulta ser central en la atención de partos. Se trata específicamente de la persona encargada de mirar apropiadamente la placenta, para darla vuelta y decirle a la familia: cómo va a ser el niño y cómo será su carácter. Este rol es desempeñado por la *püññelchefe* (partera mapuce, matrona empírica). Además, tal como afirma Kallfü Nawel (2020, párr. 6), la partera es quien manifiesta que: “la placenta tiene pertenencia, ya que tiene el espíritu de la madre, el padre y el niño, por lo que debe tener una buena disposición final”.

La labor de estas parteras mapuce, lejos de limitarse a la instancia del parto, se extiende a la provisión de medicación, cuidados y orientaciones en distintos momentos de la vida de la mujer y sus hijos. Esto se debe a que tiene amplios conocimientos sobre el uso de hierbas medicinales, que le permiten prevenir y sanar enfermedades asociadas al período del embarazo, parto y puerperio. Sumado a ello, la partera también se dedica al cuidado de la salud en la primera infancia de niños/as, y a diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, entre estos: los métodos anticonceptivos, la planificación familiar, la opción de abortar (Salazar Vega, 2012).

Según afirma Salazar Vega (2012, p. 77), frente a “los indicios de pérdida o aborto espontáneo, reconocibles a partir de síntomas tales como: sangramiento acompañado de dolor intenso en el bajo vientre, u otras amenazas más de índole espiritual como malos sueños”, las embarazadas atemorizadas se acercaban a las *püññelchefe* para solicitarles tratamientos que evitaran el mal desenlace. En esos casos, estas parteras brindaban remedios para “sujetar” la *quagua* al útero, logrando que “se agarre” y no acontezca la pérdida. De ahí que, según afirman:

Hay un remedio pa' sujetar la *guagua*, ese remedio yo sé cuál es, hay unos remedios, cómo se llama, igual que... igual que cuánto se llama, *ragpüllü*, ese es tierra colorada, y otro igual que "*konkillo*", pero no es *konkillo*, ese le da, lo hierva mi mami, lo hierva y toma, le da una botella pa' que tome toda la mañana, pa' que sujete la *guagua* (Celinda Quintriqueo) (Salazar Vega, 2012, p. 77).

De esta manera, queda claro que: el rol de las *püñeñelchefe* es fundamental en distintos momentos del ciclo vital de una mujer mapuce. De ahí que, además de preparar a toda la familia para que todo resulte previsible en el momento del alumbramiento, se ocupan de velar por la mujer, para que consiga sentirse cómoda en su trabajo de parto. Incluso, evitando la presencia de hombres durante este proceso. Según relata Celinda Quintriqueo, mujer mapuce mencionada por Salazar Vega (2012, p. 88): "Pa' nacer la *guagua* no podía nacer porque estaba un varón ahí, tenía que retirarse el varón". Este relato se corresponde, según Salazar Vega (2012), con el análisis de Sadler cuando explica que "hasta hoy, en la región de la Araucanía el embarazo es, definitivamente, un asunto de mujeres, una subcultura de género y de cuidado que se traspa a través de generaciones por vía matrilineal" (p. 88). En este sentido, parece que los aspectos relativos al embarazo y al parto, en la cultura mapuce, resultan ser circunspectos al espacio privativo de la mujer.

Ahora bien, si nos centramos específicamente en la experiencia concreta del parto, siguiendo las características del abordaje de este momento desde la cosmovisión de las mujeres de la comunidad mapuce: entenderemos la centralidad que se le otorga no solo a la partera, sino también al calor y a los masajes. Estos elementos, sin lugar a dudas, no son contemplados por el enfoque biomédico que ofrecen los Hospitales Occidentales. Así, tal como cita Salazar Vega (2012, p. 90):

Se enferma la mamá que va a dar a luz, entonces empiezan a hacerle masaje, empiezan a calentarle los pies, le traen unos laureles así, le calientan todo la *quatita*, todo. El *triwe* es muy bueno, entonch y lo hacen masaje y lo conversan aay, y ya luego viene entonces, ahí nadie lo está retando po' no como en el hospital, y lo hacen masaje y le arreglan la *quatita*, y ya entonch ya si está sufriendo mucho entonces se da una hierbita calentita (...). Entonces ya luego después (...) como le viene el sueño, ya después luego viene la contracción otra vez y ya vuelven a hacer los masajes y le ponen ahí, entonces los pies le calientan bien y la cabecita le envuelven bien. Entonces ya después nace la *guagua* (Margarita Neiculeo).

Evidentemente, la temperatura resulta ser un elemento de gran importancia para el parto de las mujeres mapuce, puesto que, según su cosmovisión, en el momento del parto, la mujer debe evitar exponerse a corrientes de aire frío. Consecuentemente, según Alarcón y Nahuelcheo (2008), el ambiente en donde se realice la atención del parto debe estar tibio y protegido de corrientes de aire. Respecto del corte y cuidado del cordón umbilical, las parteras relatan este procedimiento, afirmando: "lo corto con una tijera o un cuchillo filoso limpio, lo amarro con una pitilla de saco, le coloco jugo de matico y lo tapo con una fajita de género limpio" (Alarcón y Nahuelcheo, 2008, p. 198).

Según asevera Salazar Vega (2012), el objetivo de estos procedimientos llevados a cabo durante el parto se enfoca en que, "mediante las frías, los masajes, compresas y cataplasmas, se colabore en

que la parturienta no sienta tanto las contracciones, no tenga frío y esté lo más relajada posible” (p. 90). Por este motivo, durante el momento de parto, la partera mapuce se ocupa de varios aspectos, tales como los que se relatan a continuación:

[apretarle] el estómago para que salga la placenta, le sobaba, si no salía la ayudaba con la mano, le daba *lawén* (hierbas medicinales) en tomas calientes, para que suelte la sangre que queda apelotonada, así soltaba restos de la placenta para que no le quede adentro (Alarcón y Nahuelcheo, 2008, p. 197).

Sumado a lo dicho, es interesante notar que, el proceso de los partos indígenas se caracteriza por la función que cumple la ejecución de los masajes, puesto que, deben servir para acomodar al bebé, para que se encuentre en posición adecuada para nacer (Salazar Vega, 2012). Al mismo tiempo, el cuidado que ofrece la *püñeñelchefe*, en el momento del parto, se dirige particularmente al correcto manejo de los fluidos corporales durante el parto. Así:

...si no hay cuidado y buen manejo de los fluidos corporales durante el parto, especialmente de la sangre y la placenta, éstas pueden ser utilizadas por personas que le tienen envidia a la familia para producir daño y enfermedad a la mujer o al hijo (Alarcón y Nahuelcheo, 2008, p. 197).

No obstante, más allá de lo descrito, y pese a la relevancia que tienen y han tenido las *püñeñelchefs*, como encargadas de la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, han sido perseguidas, como agentes tradicionales de salud por la hegemonía del sistema de salud estatal (Drake, 2014). Incluso, estas parteras, que han atendido históricamente los partos de las mujeres mapuce en sus domicilios, durante el último tiempo, han visto su rol disminuido y modificado, debido de la institucionalización del parto (Citarella et. al., 2000; Sadler y Obach, 2006, en Drake, 2014). De allí que, en la actualidad, los partos tradicionales realizados en los domicilios son casi inexistentes (Sadler y Obach, 2006, en Drake, 2014).

Evidentemente, la institucionalización de los partos ha provocado una progresiva alteración respecto al proceso reproductivo en el interior de la cultura Mapuce, en la que persiste la resistencia sobre estas prácticas. Empero, muchas mujeres indígenas han tenido que ceder frente a los requerimientos del sistema de salud formal, en contra de su cosmovisión. Debido a que, la reproducción, para esta cultura, es un proceso integrado: con prácticas y percepciones culturales específicamente relacionadas con la salud física, psicológica, espiritual y social (Alarcón y Nahuelcheo, 2008; Sadler y Obach, 2006; Quidel y Pichinao, 2002, en Drake, 2014).

Consecuentemente, frente a las imposiciones culturales del sistema de salud hegemónico, las mujeres indígenas se posicionan y reafirman de manera enfática sobre su derecho a decidir acerca de cómo debe ser la atención sanitaria de sus cuerpos, subrayando la importancia de retomar y revalorizar los saberes medicinales y de cuidado de su propia salud sexual y reproductiva. Dicho en palabras de Azpiroz Cleñan (2020, párr. 4), una de las representantes mapuce:

Las mujeres que pertenecemos a pueblos originarios tenemos derechos colectivos específicos: elegir la forma de casamiento según nuestras tradiciones: poligamia femenina o masculina o monogamia heterosexual, bisexual; poseer territorio comunitario; (...) acceder a la justicia ancestral para dirimir nuestros conflictos de género o intracomunitarios; celebrar nuestro ciclo vital según la tradición (*katan kawin*); ser atendida por *machi* (médicos ancestrales) y utilizar los recursos terapéuticos que existen en el territorio; planificar nuestra vida sexual y reproductiva según nuestra propia concepción del ciclo vital y del ciclo lunar; (...) realizar un parto, nacimiento y entierro de las placetas en territorios sagrado, entre otros.

Efectivamente, en esta crítica pronunciada por Azpiroz Cleñan se manifiesta la importancia de la preeminencia de los derechos colectivos de los pueblos, lo que nos conduce a una reflexión profunda sobre estos derechos en el plano sanitario. En particular, esto se debe a la fuerza que cobran estas reivindicaciones, en el interior de las culturas indígenas, en tanto: “propuestas hacia una concepción de la salud desde la ‘autodeterminación’ y la autonomía deliberativa de los pueblos” (Gómez y Sciortino, 2015, p. 52). Según Gómez y Sciortino (2015, p. 52) “el aborto se propone como un «tema» a debatir entre mujeres indígenas en relación a la recuperación de «prácticas ancestrales» y conocimientos que las madres y abuelas indígenas tienen sobre anticoncepción y control de la natalidad”. Del mismo modo, no es menos cierto que, el planteo de Azpiroz Cleñan, además de buscar una crítica cultural al sistema sanitario hegemónico, se centra en marcar contundentemente las implicancias que tiene la falta de consideración de los derechos de las mujeres, dejando en evidencia la minorización a la que es sometida la mujer mapuce (aunque esto, no solamente es aplicable a las mujeres mapuce) en su calidad de decisora sobre: cómo planificar su vida sexual y reproductiva, cómo hacer honor a los ritos ancestrales, y finalmente, cómo parir. De ahí que, según Salazar Vega (2012, p. 69):

...la toma de conciencia del poder que individual y colectivamente ostentan las mujeres, manifiesto en el manejo de *lawen* para el control reproductivo, ya sea proporcionado por una *püñeñelchefe* u otro/a agente de la salud, da cuenta de la autonomía que las mujeres mapuce pueden llegar a alcanzar en el camino hacia la recuperación de su completa dignidad como sujetos libres.

De lo dicho surge que, tanto el sistema patriarcal, como el médico hegemónico conllevan a la negación de las singularidades y particularidades no solo de las mujeres originarias y rurales, sino también de las prácticas y rituales específicos, de los saberes y conocimientos médicos indígenas (Cicchitti, 2020). De esta manera, resulta claro que, las comunidades indígenas se han visto avasalladas por prácticas occidentales en todos los ámbitos. En lo relativo a la salud materna, y al parto en particular, constituye una muestra de ello, la pérdida de: “acompañamiento y apoyo de mujeres experimentadas durante el parto; la lectura y disposición de la placenta; el cuidado con los fluidos corporales y la alimentación tradicional para recuperar las fuerzas de la mujer” (Alarcón y Nahuelcheo, 2008, p. 200).

En efecto, las mujeres indígenas han debido adaptarse a las imposiciones culturales del sistema político-sanitario hegemónico para poder acceder al derecho a la salud, como a otros tantos derechos: sociales, políticos, económicos, culturales y educativos. Por ende, resulta claro que no se trata solamente de una cuestión de derechos en términos de ciudadanía, sino también de la limitación de la libertad de ser (Cicchitti, 2020).

En síntesis, se entiende la relevancia que tiene la capacitación de los profesionales médicos, y fundamentalmente de aquellos especialistas y doctores que trabajan en las postas sanitarias. Puesto que, mayormente, es allí, en estas postas, a donde asisten las mujeres indígenas (mapuce, en nuestro caso), por encontrarse geográficamente más contiguas a la localización de sus viviendas, que son generalmente rurales. Esto conduce no solo a pensar en una mirada de atención sanitaria intercultural, sino también a la promoción del parto interculturalmente seguro, con la finalidad de reducir la mortalidad materno infantil. Evidentemente, esto fomenta la autonomía de las mujeres indígenas y sus capacidades de decisión, respetando las formas de dar a luz y sus cuerpos-territorios. De esta manera, se considera que, generando un contacto directo, dialógico, que respete las costumbres de la comunidad atendida, se articula la medicina académica con la medicina tradicional. No obstante, independientemente de la propuesta, que tiene la finalidad de abrir caminos de pensamiento para el logro de un mejor abordaje sanitario, se analiza en el próximo apartado: cómo se manifiestan, en concreto, en el cuerpo de las mujeres indígenas, la interseccional opresión (genérica, clasista y étnica) que cae sobre ellas. Para ello, el análisis se centra en diversas formas y experiencias de violencia, expresadas por sus propias protagonistas. Específicamente, se hará hincapié en la violencia vivenciada en el cuerpo de las mujeres mapuce a la hora de parir.

4. Expresiones de la violencia en los partos de las mujeres mapuce en Argentina

Como se ha abordado, la situación de las mujeres, y en particular de las mujeres mapuce, se encuentra atravesada por distintas formas de violencia estructurales, que se vinculan con: el despojo territorial, la criminalización, el empobrecimiento material, la colonización y la discriminación. A estos conflictos vivenciados por las mujeres mapuce, se le añade la violencia machista, al interior de las comunidades. Según Huilipán (2020), este último tipo de violencia se debe a los “vicios” adquiridos por las diferentes formas de la colonización y de sometimiento. De ahí que, en el seno de las comunidades indígenas, esta problemática se manifiesta mediante la violencia familiar, la violencia sexual y la misoginia.

Por otra parte, una de las violencias que intenta imponer el Estado a los pueblos indígenas de nuestro país, y que comienza a ser cada vez más preocupante, es la referida a la negación de la identidad y de la persona indígena (Rodríguez, 2021a). Según Huilipán (2020), en el Noroeste argentino, en Jujuy más precisamente, a las personas indígenas se les niega la posibilidad de ser inscriptas en el registro estatal, con el argumento de que no son reconocidos como habitantes argentinos, a la vez que “son considerados como una amenaza por ser inmigrantes”.

De esta manera, es claro que la violencia es ejercida de múltiples maneras. De ahí que, cuando Azpiroz Cleñan (2020) relata experiencias sobre estos aspectos que involucran sometimiento y violencia, se expresa de forma gráfica el conflicto cultural que surge cuando la cultura hegemónica ridiculiza y margina el desarrollo de otras creencias y costumbres, por considerarlas inferiores. Así, ejemplificando esta situación, esta mujer mapuce afirma que:

Las mujeres *chané, qom, pilagá* como también nosotras, las mapuce, festejamos y celebramos la menarca de nuestras hijas. Hacemos fiesta a la fertilidad. Sin embargo, en varios territorios indígenas estas celebraciones han sido penalizadas por denuncias realizadas por maestras ‘con buena intención’ que han querido intervenir en una práctica cultural. Han satanizado la práctica al entender que eso era violatorio del derecho a la educación, porque las niñas/mujeres faltan cuatro días o una semana a la escuela para celebrar su fertilidad. Esa disputa de sentido es una disputa de valores culturales que no pueden saldarse en la esfera judicial, sino en la esfera política y política de las mujeres todas (Azpiroz Cleñan, 2020, párr. 12).

Evidentemente, para la resolución de estos conflictos, resulta prioritario generar un abordaje de trabajo intercultural, interinstitucional e interdisciplinario, con todas las jurisdicciones intervinientes: territorios comunitarios, municipios, provincias y organismos nacionales. Según Huilipán (2020), es fundamental la articulación con el INAI y los Ministerios: de Mujeres, Género y Diversidad; de Ambiente y de Educación. En este sentido, Huilipán (2020) afirma la importancia que tiene la autocalificación y la formación política de las mujeres indígenas, para el fortalecimiento de las organizaciones, de las comunidades y de todas las personas indígenas. Claramente, este trabajo coincide con este análisis, incluso, se asume que estas problemáticas, que surgen de la interacción entre la diversidad étnico-cultural, el Estado y la salud (por tratarse de nuestro foco de análisis, aunque no se reduce únicamente a este ámbito), están surcadas por la incomunicación que se produce en el intercambio entre “saberes” y “conocimientos” epistémicamente tan disímiles (Portela Guarín, 2015). De ahí que, según afirma Portela Guarín (2015):

...las comunidades activan epistemes-otras a la manera de hilos invisibles que propenden por la cohesión de sus integrantes, mantienen estructurado el tejido social, y ofician como fuerzas entrópicas que dan mucha fortaleza intraétnica; por su naturaleza no son reconocidos por los otros y tampoco es luchada por las comunidades para su reconocimiento; es de resaltar que son determinantes a la hora de la interacción entre sociedades (p. 164).

No obstante, resulta claro que las distintas formas de violencias, a las que son sometidas las mujeres indígenas, se vinculan no solo con la intolerancia epistémica de la cultura hegemónica, sino más específicamente con la inacción política, que sostiene estos esquemas de violencia, consolidándolos y naturalizándolos. En este sentido, Sciortino (2015) relata diversas experiencias de violencia, expresadas por mujeres mapuce en uno de los *Encuentros Nacionales de Mujeres* (ENM) de los que participó, y afirma que: muchas de estas experiencias, que emergieron «clandestinamente», se encuentran vinculadas específicamente a «violaciones». Según relata Sciortino (2015), varias mujeres, durante el ENM, refieren al tema de la violencia, específicamente a las violaciones, y reconocen haber sido violadas en las ciudades. Incluso, se preguntan cuántas de ellas, tal vez, sean el resultado de violaciones. De ahí que, según la autora, estas situaciones ponen en evidencia “las estrategias de conformación de una agenda política direccionada, que subsume ciertas demandas o problemáticas a «una prioridad política» predefinida e inamovible” (Gómez y Sciortino, 2015, p. 53).

De modo consecuente, Sciortino reconoce que no hay denuncias formales realizadas por estos actos por parte de las víctimas, y concluye que la dificultad de acceso a la justicia por parte de sectores vulnerables por su condición de género, etnia, clase; resulta ser otro gran condicionante que explica la

ausencia de estas denuncias (Gómez y Sciortino, 2015). Por otra parte, respecto a esta problemática que involucra a las violaciones que sufren las mujeres de la comunidad mapuce, la autora se pregunta: ¿Por qué el riesgo de las violaciones no ocupa, a nivel de las reivindicaciones, el lugar de prioridad con que se manifiesta en los relatos de las mujeres durante el debate?

Sin embargo, la respuesta es que esto no sucede. Según Sciortino (2015), estas mujeres, lejos de centrarse en las desigualdades de género y la violencia contra ellas, enfatizan sus discursos hacia “la defensa de una identidad indígena que posee sus prioridades definidas *a priori*, desplazando problemáticas que resaltan las fisuras internas del colectivo que se afirma” (Gómez y Sciortino, 2015, p. 54). Evidentemente, las políticas de identidad y reconocimiento cultural, que funcionan como el motor que unifica todas las reivindicaciones indígenas, pueden volverse renuentes frente a determinadas demandas que cuestionan las relaciones internas del grupo. Esto conduce, inevitablemente, a “un proceso de congelamiento y reificación de la cultura” (Gómez y Sciortino, 2015, p. 57).

Otra interesante explicación, ante la falta de denuncias por las situaciones de violencia y avasallamiento físico y psicológico que sufren las mujeres del pueblo mapuce neuquino, la plantea García-Gualda (2017b, p. 90), cuando afirma que:

En las zonas en las que se asientan las industrias extractivas se consolida el imaginario binario basado en la figura del hombre proveedor donde lo masculino está asociado a la dominación. En esta recategorización de los esquemas patriarcales, el polo femenino queda ubicado en la idea de mujer dependiente, objeto de control y abuso sexual (Gartor, 2014, p. 3).

Este análisis resulta ciertamente relevante para comprender la situación de las mujeres mapuce y su tolerancia frente a la violencia machista sobre sus propios cuerpos. Incluso, según relata Federici (2010) no es casual que, en plena Conquista de América, los cuerpos de las *zomo* (las mujeres indígenas) hayan sido objetos preciados y útiles para el despliegue de las técnicas de poder y de las relaciones de poder capitalistas (García-Gualda, 2017b). En otros términos: “La sexualidad vertida a través de la inseminación del cuerpo-territorio femenino fue una expresa manifestación de apropiación y dominio territorial, de esta forma el control *wigka* fue inscripto en los cuerpos de las mujeres mapuce” (Segato, 2004, en García Gualda, 2017b, p. 7).

Evidentemente, se considera que este escenario presentado en la Conquista tiene su correlato actual en el contexto que propicia el extractivismo sobre el territorio habitado por los Pueblos Indígenas de la Patagonia. Puesto que esta práctica extractiva supone una nueva embestida contra los territorios indígenas, y particularmente, contra las mujeres y sus cuerpos. Sobre este aspecto, García Gualda (2017b, p. 90) afirma que:

es absurdo ignorar que la *ruta del petróleo es la ruta de la trata con fines de explotación sexual* y que, a la par, el modelo extractivista supone la vigencia de cierta masculinidad hegemónica, es decir, refuerza los estereotipos propios de un orden de género patriarcal.

Es claro que, respecto a las formas de violencia que atraviesan el cuerpo-territorio de las mujeres indígenas, el análisis reviste una complejidad y profundidad que excede la temática del presente artículo. Sin embargo, es de notar que esta violencia sobre los cuerpos, se manifiesta también en los partos que, las mujeres de la comunidad mapuce, realizan en el sistema sanitario occidental. En este sentido, se enfatiza en las situaciones de violencia obstétrica que padecen estas mujeres a la hora de parir en nuestros hospitales públicos.

Estos vejámenes sobre el cuerpo y sobre el momento del parto han sido revelados por mujeres mapuce en distintas oportunidades, expresando el trato deshumano que han experimentado. Así, Sanz (1986) relata la experiencia de una mujer mapuce que tenía tres hijos y había quedado embarazada del cuarto, y por consejo de sus vecinos fue a parir a un hospital occidental. De esta manera, según comenta la autora:

Estando ya en la habitación con fuertes contracciones (tendríamos que pensar en cómo puede sentirse una mujer trasladada de una chabola o choza a la habitación de una clínica) la enfermera vio con sorpresa que había desaparecido de la habitación. Cundió la alarma. Todos empezaron a buscarla. La encontraron en el cuarto de baño a oscuras y en cuclillas intentando parir a su hijo. Rápidamente la trasladaron al paritorio. Llena de luces, con las piernas en alto, el cuerpo al descubierto, la mujer dejó de manifestar ningún tipo de emoción (entró en una crisis) mirando fijamente un punto en el techo, sin manifestar ningún signo de dolor ni hacer ningún esfuerzo por parir a su hijo. Los médicos le «robaron» a su hijo. Solo una hora después del nacimiento pudo mirarlo y tomar contacto con él. Nadie se había preocupado por averiguar cómo viven las mujeres mapuches la relación con su cuerpo, con sus hijos, sus costumbres sexuales. Esta mujer se vio posiblemente inmersa en un mundo que le era ajeno e invadida en su espacio sin entender qué es lo que ocurría, y prefirió la crisis (Sanz, 1996, pp. 39-40).

Indudablemente, esta experiencia pone en evidencia no solo la falta de consideración de los saberes y conocimientos propios de la mujer, centrados en su enfoque epistémico, sino también la falta de cuidado y protección de la mujer en tanto paciente que se encuentra dando a luz. Resulta claro que, la violencia obstétrica es también: violencia simbólica. Claramente, esto se debe a que: ésta “se ejerce, sin mediación de la fuerza física, sobre un agente social con su complicidad, puesto que el agente dominado no es consciente de su estado de sumisión” (Casal-Moros y Alemany-Anchel, 2014, p. 62). De ahí que, el paciente “no se siente obligado a actuar y pensar de la forma en que lo hace, porque hacerlo significaría ir en contra del orden lógico o «natural» de las cosas” (Casal-Moros y Alemany-Anchel, 2014, p. 62). Evidentemente, este orden natural de las cosas, según Fernández (2005), es transmitido a través de símbolos, como son gestos, actitudes, posturas corporales, etc., cuyo significado es comprendido e interpretado dentro de la propia cultura (u otras), y es transmitido de generación en generación mediante la educación (Casal-Moros & Alemany-Anchel, 2014). En efecto, la violencia obstétrica resulta invisible, porque claramente, como afirma Michelle Sadler (2004, pp. 15-66), “se muestra por el discurso hegemónico como «necesaria» para «ayudar» a las personas: de ese modo, las mujeres se sienten obligadas a obedecer y a no cuestionar a los profesionales”.

Empero, es conveniente resaltar que, esta forma de violencia, no siempre pasa desapercibida por las mujeres que la padecen. Una muestra de ello, se expresa en el relato que desarrolla García-Gualda

(2017a) cuando narra la experiencia vivida por una mujer mapuce en Las Coloradas, respecto a su trabajo de parto, sin asistencia dentro de su hogar en una comunidad apartada. Así, la autora expresa que esta mujer le describió cómo transcurrió la espera de casi dos días, hasta haber sido trasladada hacia el Hospital de Zapala, que atiende casos con mayor complejidad médica, que el Hospital local de Las Coloradas. De allí que, según lo narrado, la autora expresa que:

Una vez allí el médico decidió, sin consultarla, que debía practicar una maniobra manual para “acomodar al bebé”, el cual estaba en posición podálica. Así, “con la mano” el médico “giró al niño” dentro del útero materno. Nada extraño si consideramos (...) que para el Estado (el médico es un agente estatal) se trata de cuerpos sacrificables, de segunda. “Médico ‘e mierda” le gritó la mujer atiborrada de dolor. Y él, un varón no indígena símbolo de la ciencia y, por ende, de la civilización occidental y del capitalismo, procedió a demostrar su poder ante tremendo acto subversivo: “el médico, el médico entonces me pegó una piña” (García-Gualda, 2017a, pp. 207-8).

Ciertamente, este último relato muestra algunas de formas de violencia que se inscriben en el cuerpo de las mujeres indígenas y que obstaculizan, en el plano concreto, todas las posibilidades de generar una atención médica intercultural, mediante una construcción dialógica, que favorezca el derecho al acceso a la salud, centrado en un enfoque de justicia epistémico. De ahí que, resulta claro que, las mujeres mapuce, enfocadas en el fortalecimiento de su identidad y el ejercicio de su autoidentificación, han sido (y son) vulneradas por las políticas sanitarias que no les han permitido el acceso al derecho a la salud, respetando su cosmovisión y la puesta en práctica de sus conocimientos en el ámbito de la medicina (Gómez y Sciortino, 2015).

Consecuentemente, partiendo de entender que, tal como afirma María Lugones (2008), las múltiples opresiones que afectan a las mujeres indígenas son producto, también, de las complicidades de los varones indígenas y no indígenas, por ser todos estos: “beneficiarios directos de los dividendos del patriarcado” (García-Gualda, 2017b, p. 96), resulta indefectible que, no se trata de formas de opresión y desigualdad que corren en paralelo, sino que son formas de violencia y sometimiento que se interceptan en la conformación de sujetos individuales y colectivos (Sciortino, 2009; García-Gualda, 2013). De allí que, la resolución de estos conflictos latentes debe ser el punto de partida de todas las propuestas de políticas públicas sanitarias a aplicar en estas comunidades indígenas.

En síntesis, a partir de lo analizado resulta claro que todas las prácticas ancestrales, relacionadas con el parto y la maternidad, tienen para la comunidad mapuce: un profundo anclaje cultural que debe ser escuchado, respetado y considerado por la medicina hegemónica. No obstante, sin descartar la importancia que esto reviste para la construcción de una relación sanitaria desde un diálogo intercultural, resulta muy trascendente resaltar que las prácticas médicas actualmente están orientadas enfáticamente a la reducción de las tasas de mortalidad materna. Evidentemente, esta situación no resulta ser desaprobable en sí misma, empero trae aparejada la institucionalización de todas las prácticas sanitarias que, como se ha analizado, muchas veces se encuentran impregnadas de actitudes de destrato, promoviendo fuertes escenarios de violencia. En efecto, se considera que esta institucionalización debe ser entendida a partir de deliberar sobre estos aspectos, y también sobre los precedentes que esta situación generó en la comunidad mapuce chilena. De ahí que, algunos estudios (Sadler y Obach, 2006; Alarcón y Nahuelcheo, 2008; Quidel y Pichinao, 2002, en Drake, 2014) han analizado los efectos de la institucionalización y la

medicalización del parto en Chile en la población Mapuce y se descubrió una falta de reconocimiento social y cultural relacionado a la atención de partos de las mujeres indígenas, que fueron controladas dentro del sistema de salud oficial. En fin, resulta prioritario que la inclusión de las mujeres originarias y rurales al sistema público no solo se centre en el respeto por sus tradiciones y saberes ancestrales, sino también que, efectivamente, se les brinde información para mejorar el conocimiento y el acceso a servicios, con el claro objetivo de promover un enfoque de derechos humanos y reducir: muertes maternas, embarazos no deseados durante la adolescencia y adultez, y también, la vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual, entre otras problemáticas (Cicchitti, 2020).

5. Conclusión

Este artículo abordó, desde las concepciones de salud-enfermedad de las mujeres autoidentificadas como mapuce, la situación sanitaria de acceso a partos. Para ello, se consideró de suma relevancia narrar sus luchas y resistencias desde la propia voz de estas mujeres, en relación a su rol y situación, atendiendo a la especificidad de su vinculación con la comunidad, la naturaleza y la institución familia. Se considera que esta caracterización permitió un acercamiento más situado respecto a los relatos de las experiencias vivenciales que las mujeres mapuce realizaron sobre las características de la atención sanitaria que reciben. En este aspecto, se pudieron constatar diversas situaciones de violencia obstétrica y cultural desde el propio accionar del sistema sanitario hegemónico.

Asimismo, a partir de entender el derecho a la salud en la complejidad y pluralidad que incluye, se planteó la necesidad de repensar la atención sanitaria de los partos de las mujeres indígenas, desde abordajes ético-sanitarios del cuidado y desde el respeto intercultural. Este planteo les permite a estas mujeres indígenas definir y co-construir las prácticas médicas desde un enfoque sanitario que responda a sus cosmovisiones culturales, entendiendo sus modos de habitar el mundo y la naturaleza. Se considera que esta propuesta ofrece mayores niveles de autonomía y responsabilidad social sobre la atención sanitaria en el marco de la diversidad cultural y epistémica.

Finalmente, si bien se entiende la complejidad que revisten estas co-construcciones interepistémicas e interculturales, puesto que están entramadas en complejos mecanismos con bases en un diálogo intercultural profundo, a la vez que se encuentran enmarcadas en deliberaciones permanentes y participativas; se considera que es imperativo construir puentes que amplíen las horizontalidades epistémicas y la democratización de la democracia.

Referencias

- Aizenberg, L. (2013). Salud indígena: una reflexión crítica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural. *Astrolabio*, (11). <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/5583>
- Alarcón, A. M, y Nahuelcheo S. Y. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Chungará (Arica)*, 40(2), 193-202. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562008000200007>
- Azpiroz Cleñan, V. (2020). Las mujeres de palabra florida-Revista crítica. Recuperado el 06 de abril de 2022, de <http://www.revistacitrica.com/-mujeres-de-palabra-florida.html>
- Azpiroz Cleñan, V. (8 de marzo 2019). El racismo y la transgresión de la ética mapuche-*El megafono*, Página 12. <https://www.pagina12.com.ar/179366-el-racismo-y-la-transgresion-de-la-etica-mapuche>

- Bonilla, A. (2006). ¿Quién es el Sujeto de la Bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad. En A. Losoviz, D. Vidal y A. Bonilla (Eds.), *Bioética y Salud Mental. Intersecciones y dilemas* (pp. 77-88). Akadia.
- Cárdenas, C., Pesantes, M., y Rodríguez, A. (2017). Interculturalidad en Salud: Reflexiones a partir de una Experiencia Indígena en la Amazonia Peruana. *Anthropologica*, 35(39), 151-170. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/18742>
- Casal-Moros, Norma, & Alemany-Anchel, M^a José. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 61-64. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013>
- Cicchitti, P. (2019). El lugar de las mujeres indígenas – Revista Soberanía Sanitaria. Recuperado el 06 de abril de 2022, de <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-lugar-de-las-mujeres-indigenas/>
- Confederación Mapuce de Neuquén. (2010). *Propuesta para un KVME FELEN MAPUCE*, Equipo Interdisciplinar e Intercultural del Proyecto. <https://cutt.ly/qFf14tg>
- Equipo Latinoamericano de Justicia y Género y Consejo de Organizaciones Aborígenes de Jujuy. (2016). *Mujeres indígenas en la provincia de Jujuy. Hacia un abordaje integral sobre el acceso a los derechos*. Embajada de Noruega, Buenos Aires. <https://cutt.ly/vFf1fk9>
- Estrella, P. V. (2017). La salud pública en territorio mapuche: Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas y disputas en torno a las políticas de reconocimiento en la Comunidad Payla Menuko, San Martín de los Andes, Neuquén. [Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires]. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/4592>
- García, E. M. (2018) La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid] UAM. Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico. <http://hdl.handle.net/10486/684184>
- García-Gualda, S.M. (2013). Las otras actoras políticas de la Provincia de Neuquén: las Mapuce, Identidades, *Dossier Primer Encuentro Patagónico de Teoría Política*. (1), 54-59. <https://iidentidadess.wordpress.com/dossier/>
- García-Gualda, S.M. (2015). Cuerpos Femeninos / Territorios Feminizados: Las consecuencias de la Conquista en las Mujeres Mapuce en Neuquén. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 4(1), 586-611. <https://doi.org/10.4471/generos.2015.48>
- García-Gualda, S.M. (2017a). Tejedoras de futuro: La participación política de las mujeres mapuce en el conflicto territorial de Neuquén (1995-2015). [Tesis de Doctorado, UNCUIYO], Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. <https://bdigital.uncu.edu.ar/10690>
- García-Gualda, S.M. (2017b). Kvme Felen y el retorno de la complementariedad: el “utópico” desafío mapuce frente a las políticas extractivistas y la violencia de género. (*En*)clave Comahue, *Revista Patagónica de Estudios Sociales*. (22), 83-100. <http://revele.uncoma.edu.ar/index.php/revistadela-facultad/article/view/1526>
- Gómez, M. y Trentini, F. (2020). *Mujeres indígenas haciendo, investigando y reescribiendo lo político en América Latina*. Astrid Ulloa, editora. Universidad Nacional de Colombia.
- Huilipán, V. (23 de enero de 2017). Tienen que hacerse cargo de que la realidad somos nosotros también. *La vanguardia digital*. <https://cutt.ly/yFf1hAO>

- Huilipán, V. (8 julio de 2020). Desde el Ministerio de las mujeres, Verónica Huilipán enfrentará la violencia contra las hermanas originarias. *Micro Kay Pacha | Equipo Pueblos Originarios del SERPAJ* <https://cutt.ly/hFf1kJG>
- Ley N° 25.929 de 2004. Sobre “Parto Humanizado”. 25 agosto de 2004. BO: 21/09/2004
- Nawel, K. [Kallfü Nawel]. (13 de mayo de 2020). *Küziñ: Placenta*. Facebook. <https://www.facebook.com/photo?fbid=686145068864336&set=a.128795211265994>
- Observatorio de Igualdad de Género. (2020, septiembre). *Argumentos de derechos humanos para una ley sobre el ejercicio profesional de la obstetricia*. <https://cutt.ly/NFf1cfD>
- Ortúzar de, M. G. y Médici, A. (2019). El “derecho a la salud” como derecho humano: Abordaje conceptual transdisciplinar. En M. Cristeche y M. Lanfranco Vázquez (Coords.). *Investigaciones sociojurídicas contemporáneas*. (pp. 57-78). La Plata: Malisia.
- Portela Guarín, H. (2015). Epistemes-otras: un desafío para la salud pública en Colombia. En E. J. Langdon y M. D. Cardoso (Orgs.) *Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00024117>
- Rodríguez, C. D. (2021). La atención intercultural de las mujeres mapuche en los servicios de salud de Las Coloradas, provincia de Neuquén. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Quilmes], RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes. <https://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3017>
- Rodríguez-Garat, C. D. (2021c) Abordajes teórico-normativos en torno a políticas sanitarias y a problemáticas vivenciadas por mujeres mapuce en la atención sanitaria, *Divulgatio. Perfiles académicos de posgrado*, 6(16), 1-29. <https://doi.org/10.48160/25913530di16.192>
- Salazar Vega, A. (2012), El oficio de la püñeñelcheffe: Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil, [Tesis de Maestría, Universidad de Chile], Facultad de Filosofía y Humanidades, Centro de Estudios de Género y Cultura en América Latina. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/113728>
- Sanz, F. (1996) Salud y mujer mapuche. *Hojas de Warmi*, 7, 33-40 <http://institucional.us.es/revistas/warmi/7/5.pdf>

AUTORA

Cintia Daniela Rodríguez Garat. Doctorando en Filosofía (FaHCE-UNLP), Magíster en Filosofía (UNQ). Licenciada en Educación, Profesora en Filosofía y Profesora en Educación Especial.