

EFFECTOS IMPENSADOS DE TECNOLOGÍAS CIUDADANAS VINCULADAS A LA GESTACIÓN DE MUJERES MBYA GUARANÍ

ALFONSINA CANTORE¹

RESUMEN

Este texto focaliza en las tecnologías ciudadanas como elementos que se incorporan a las trayectorias de embarazo y parto de mujeres mbya guaraní en Iguazú (Misiones, Argentina), donde realizo trabajo de campo hace varios años. Estos dispositivos son analizados dentro de las tecnologías de cuidado que implican un abanico muy amplio y variado. Desde una perspectiva de derechos invito a pensar cómo estas tecnologías se integran en las comunidades indígenas y no son simplemente un avasallamiento del Estado sobre ellas. Focalizo en dos aspectos: los documentos nacionales de identidad (DNI) y los programas de Asignación Universal por Hijo/a o Embarazo (AUH y AUE). En cuanto a los primeros, son objetos que adquirirlos rápidamente son el punto de justificación del parto hospitalario. Los DNI son una puerta de ingreso para todo el reconocimiento del Estado, entre ellos, acceder a programas como AUH/AUE que son un ingreso económico fundamental.

PALABRAS CLAVES

Embarazo y parto; Mujeres indígenas; Tecnologías; Políticas estatales.

EFEITOS NÃO PREVISTOS DE TECNOLOGIAS CIDADÃS LIGADAS À REPRODUÇÃO DE MULHERES MBYA GUARANI

RESUMO

Este texto focaliza as tecnologias cidadãs como elementos incorporados às trajetórias de gravidez e parto de mulheres Mbya Guarani em Iguazú (Misiones, Argentina), onde venho realizando trabalho de campo há vários anos. Esses dispositivos são analisados dentro das tecnologias de cuidado que envolvem uma gama muito ampla e variada. De uma perspectiva de direitos, convido à reflexão sobre como essas tecnologias são integradas às comunidades indígenas e não são simplesmente uma imposição do Estado sobre as mulheres grávidas. Foco em dois aspectos: documentos de identidade nacionais (DNI) e os programas de Auxílio Universal por Filho(a) ou Gravidez (AUH e AUE). No que diz respeito aos primeiros, obtê-los rapidamente justifica que nascimentos ocorram nos hospitais. Os DNIs funcionam como uma porta de entrada para todo o reconhecimento estatal, incluindo o acesso a programas econômicos fundamentais como AUH/AUE.

PALAVRAS-CHAVE

Gravidez e parto; Mulheres indígenas; Tecnologias; Políticas estatais.

¹ Doctora en Antropología por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y Ciências Sociais por la Universidade Federal da Bahia (UFBA) em cotutela. Becaria del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad de San Martín (CONICET/UNSAM). Contacto: alfonsinacantore@gmail.com.

UNFORESEEN EFFECTS OF CITIZEN TECHNOLOGIES LINKED TO THE GESTATION OF MBYA GUARANÍ WOMEN

ABSTRACT

This text focuses on citizen technologies as elements incorporated into the pregnancy and childbirth trajectories of Mbya Guaraní women in Iguazú (Misiones, Argentina), where I have been conducting fieldwork for several years. These devices are analyzed within the spectrum of caregiving technologies, which encompass a wide and varied range. From a rights perspective, I invite consideration of how these technologies are integrated into indigenous communities and are not simply a state imposition upon them. I focus on two aspects: national identity documents (DNI) and the Universal Child Allowance (AUH) or Pregnancy Allowance (AUE) programs. Concerning the former, acquiring them quickly justifies hospital births. DNIs serve as a gateway for all state recognition, including access to fundamental economic programs like AUH/AUE.

KEYWORDS

Pregnancy and childbirth; Indigenous women; Technologies; Statal policies.

EFFETS IMPRÉVUS DES TECHNOLOGIES CITOYENNES LIÉES À LA GESTATION DES FEMMES MBYA GUARANÍ

RÉSUMÉ

Ce texte se concentre sur les technologies citoyennes en tant qu'éléments intégrés dans les trajectoires de grossesse et d'accouchement des femmes mbya guaraní à Iguazú (Misiones, Argentine), où je mène des travaux de terrain depuis plusieurs années. Ces dispositifs sont analysés dans le cadre des technologies de soins, qui impliquent un éventail très large et varié. D'une perspective de droits, j'invite à réfléchir sur la manière dont ces technologies s'intègrent dans les communautés indigènes et ne sont pas simplement une imposition de l'État sur celles-ci. Je me concentre sur deux aspects : les documents nationaux d'identité (DNI) et les programmes d'Allocation Universelle par Enfant ou pour la Grossesse (AUH et AUE). Quant aux premiers, obtenir rapidement ces documents est le point de justification de l'accouchement hospitalier. Les DNI sont une porte d'entrée pour toute la reconnaissance de l'État, y compris l'accès à des programmes comme l'AUH/AUE, qui représentent un revenu économique fondamental.

MOTS-CLÉS

Grossesse et accouchement; Femmes indigènes; Technologies; Politiques étatiques

INTRODUCCIÓN²

El aumento en la institucionalización del parto introduce cambios en las experiencias de gestar y parir. Se trata de transformaciones graduales y heterogéneas que pueden ser experimentadas de múltiples formas. Muchas de esas innovaciones tienen sustento en la tecnología utilizada para este proceso en el sistema de salud formal. Este es el punto de partida para analizar las relaciones entre las mujeres indígenas y las diferentes tecnologías que participan de las trayectorias de embarazo y parto. Las tecnologías lejos de ser contradictorias a las trayectorias de cuidados, son herramientas que se incluyen en ellas (Mol; Hardon, 2021). Los cuidados son variados y se entremezclan con elementos del entorno que son de los más diversos, pero esto no significa que el cuidado sea exclusivamente humano (Puig de la Bellacasa, 2017).

Las relaciones entre la tecnología y las embarazadas son situadas, relacionales y generan efectos diversos en las experiencias de gestar. Este texto tiene como finalidad analizar tecnologías utilizadas por las mujeres mbya guaraní durante su gestación y parto. Sin embargo, no limito la discusión de tecnologías solo a aquellas creadas para monitorear y controlar la reproducción. Por el contrario, mi pregunta es por aquellos puntos de convergencia entre las embarazadas mbya y las tecnologías, pero me referiré especialmente a tecnologías ciudadanas. El punto para trabajar aquí es como las tecnologías se van incorporando en la vida de las mujeres y de la comunidad.

Pensar en tecnologías para la construcción de ciudadanía complejiza los análisis sobre la reproducción porque pone en foco en las posibilidades de práctica de las mujeres embarazadas. Esta es una mirada atenta a los efectos reales de las tecnologías en las experiencias de las mujeres y los sentidos que le otorgan. En este texto me referiré especialmente a tecnologías puramente estatales, específicamente, las asociadas con la identidad y a programas sociales. Mi interés es profundizar el análisis sobre las tecnologías al alcance de las mujeres mbya guaraní, especialmente contribuir desde una perspectiva de derechos en dónde las tecnologías ciudadanas pueden estar contribuyendo a la construcción de ciudadanía de las poblaciones indígenas y no únicamente un avasallamiento sobre su cultura y de desigualdad sobre estas.

En los siguientes apartados, presentaré brevemente el posicionamiento desde dónde analizo las tecnologías ciudadanas. A continuación, haré una breve descripción de las dimensiones etnográficas y metodológicas que dieron como resultado este trabajo. Luego,

² En este texto presento resultados que fueron analizados en mi tesis doctoral, una etnografía sobre cambios en las trayectorias de gestar y parir de mujeres mbya guaraní. Aquí solo se presenta un aspecto de lo analizado en esa tesis (Cantore, 2023).

profundizaré en las discusiones contextuales y situacionales para pensar los dispositivos estatales con este referente empírico. Y, por último, arriesgaré algunas conclusiones.

TECNOLOGÍAS EN SENTIDO AMPLIO

Los procesos de gestación están cada vez más atravesados por tecnologías, pero no me refiero únicamente a dispositivos obstétricos, sino a elementos del mundo cotidiano con los que se encuentran las personas gestantes. Es decir, se trata de dispositivos que no son los primeros a los que referimos cuando pensamos en trayectorias de cuidado durante el embarazo y parto. En este sentido, las tecnologías ciudadanas pueden ser pensadas como esos elementos que van modificando las experiencias de parir. Estoy tomando algunas políticas públicas como tecnologías del Estado, pero no de manera verticalista, desde arriba hacia abajo, desde el Estado hacia las personas gestantes. Estoy pensando las políticas públicas como tecnologías porque son una herramienta del Estado para construir ciudadanía, a la vez que incluyen elementos materiales que implican acciones por parte de los sujetos. La propuesta es ver qué hacen las personas con ellas, qué sentidos le dan, cómo van modificando los procesos de nacimiento, como van generando un aumento en el parto hospitalario, cómo los centros de atención primaria a la salud y las(os) agentes sanitarios son mediadores y efectores de esas políticas y cómo estas van modificando relaciones dentro y fuera de las comunidades indígenas.

Las tecnologías están incluidas dentro de las trayectorias de cuidado (Puig de la Bellacasa, 2017; Mol; Hardon, 2021). Eso implica sentidos que los sujetos le otorgan y formas prácticas de su uso. Por ello, considero que los dispositivos no son entes fijos, sino actores del proceso de embarazo y parto. Traigo aquí la propuesta de Janette Pols (2012) que intenta superar dicotomías cuando pensamos en dispositivos que se utilizan en las trayectorias de cuidado. Su propuesta es superadora de enfoques que caen en dicotomías como “naturaleza/cultura”, “inferior/superior”, “bueno/malo” y las principales que retoma “cuidado humano/tecnología”. A esta dicotomía se asimila directamente la de “cálido/frío”, construyendo la metáfora de que el cuidado humano es cálido, mientras que el uso de tecnologías responde al cuidado frío o distante. Como en este texto me referiré a grupos indígenas quisiera agregar que, cuando se piensa en tecnologías de cuidado para estas poblaciones, se suma, además, la dicotomía “tradicional/moderno”.

Basada en la teoría de la domesticación, Janette Pols (2012) presenta un análisis que comprende como las tecnologías y otros objetos (como plantas o animales) viven con las personas, no las determinan. De aquí, la autora adopta una perspectiva que permite pensar en el uso creativo de los instrumentos, es decir, que las personas usan las tecnologías de forma

variada, pueden imaginar y hacer cosas con ellas para las que no necesariamente estuvieron diseñadas. Esa posibilidad de inventar funciones o generar nuevos usos lleva a efectos impredecibles y formas inesperadas de acción.

En este sentido, debemos pensar qué sucede con las nuevas técnicas y aparatos de cuidado cuando se presentan en escenarios interétnicos. Siguiendo a Mariana Vanzolini (2018) es necesario pensar que las(os) indígenas son sujetos activos en la interacción con diferentes artefactos y herramientas. Es decir, que participan en las transformaciones de sus propios mundos y los recrean, sin dejar de ser críticas(os) sobre cómo los afectan. De esta manera, las tecnologías del Estado son elementos que se incorporan al mundo indígena y que van modificando los nacimientos.

Cuando se trata de poblaciones indígenas, la forma más clásica de pensar la incorporación de tecnologías es apoyarse en las diferencias entre “mundo indígena” y “mundo moderno”. Sin embargo, mi punto de partida es que las tecnologías reorganizan los vínculos interétnicos y reactualizan las relaciones de género. Sostengo que las políticas públicas pueden ser referidas como tecnologías del Estado. Algunos puntos son necesarios para dimensionar y poner en contexto por qué vale preguntarse por políticas públicas como tecnologías ciudadanas en un estudio sobre los procesos de cuidado del embarazo y parto. Cris Shore (2010) abre este análisis cuando se pregunta qué quieren decir las políticas públicas para las personas, cómo son recibidas y experimentadas, cómo afectan su vida diaria. La propuesta de esta autora tiene un punto similar al que venimos planteando aquí: los efectos de las políticas no se limitan a aquello para lo que fueron diseñadas. Sus efectos son imprevistos porque incluyen la relación entre diferentes actores e instituciones. Muchas de las políticas que veremos aquí son gestionadas por los centros sanitarios y, estén o no pensadas para el embarazo y parto, las mujeres se van apropiando de ellas.

Como veremos reubican a las mujeres en los espacios sanitarios y de cuidado (ámbitos a los que se asimila la feminidad), a la vez que les otorgan nuevas oportunidades de empoderamiento (por ejemplo, un ingreso económico que deben administrar). Desde aquí, en lo que sigue me enfocaré en qué hace la gente con las tecnologías a su alcance.

DIMENSIONES ETNOGRÁFICAS Y METODOLÓGICAS DE ANÁLISIS

El aumento de la institucionalización de la gestación y parto en la atención sanitaria es un proceso que está atravesando también a las poblaciones indígenas. Las(os) mbya guaraní que

se distribuye en Argentina, Brasil y Paraguay³, no está exenta de esta situación. Especialmente en Argentina, Misiones es la única provincia donde se reconoce a esta parcialidad guaraní y cuenta con un órgano de gobierno perteneciente al Ministerio de Salud provincial específico para salud indígena, nominado homónimamente.

Las personas mbya son hablantes de lengua guaraní y aprenden el español en las escuelas o con los vínculos interétnicos. Suelen vivir en núcleos habitacionales denominados *teko'a* donde se agrupan varias familias. Estas locaciones suelen estar rodeadas de selva paranaense, a la cual se relaciona su modo de vida y su subsistencia (Schaden, 1997). Los espacios comunitarios suelen referenciar a las mujeres en el ámbito doméstico, en las casas, la cocina, la crianza de las(os) niñas(os) y la salud (Larricq, 1993), mientras los varones ocupan los roles y ámbitos de interculturalidad. Esta distribución no significa una exclusividad, ni se expresa con las mismas características que en grupos occidentales e industrializados y cada vez más mujeres van ocupando roles de poder (Enriz; Cantore, 2021).

Históricamente, las trayectorias de cuidado de embarazo y parto se dirimían al interior de las casas, respondiendo a prescripciones culturales y con los elementos materiales del entorno. El conocimiento de la atención al parto se distribuía principalmente entre mujeres, sin ser exclusivo de ellas (Prates, 2021; Cantore, 2023) y las técnicas de atención se complementaban con insumos del monte, por ejemplo, hojas de pindo en el piso al momento del parto. Actualmente, el avasallamiento territorial y cercamiento de las comunidades imposibilita las formas tradicionales de parto. A ello se suma que los vínculos con el Estado son cada vez más acentuados, lo que trae sus propias exigencias.

La configuración que adquieren relaciones entre los ámbitos estatales y las comunidades depende del espacio geográfico en el cual estas se ubican, la cantidad de población por zona, la accesibilidad a áreas urbanas, los servicios con los que cuentan, etc. Estas cuestiones modifican los nacimientos y generan una cuota de variabilidad en las posibilidades que se incluyen a las experiencias de embarazo. En base a lo que decíamos anteriormente, en número de partos hospitalizados de mujeres mbyá ha crecido. En esta curva ascendente es necesario tener en cuenta los espacios geográficos en los que viven estas mujeres. En muchas ocasiones, las personas guaraníes viven en espacios de monte distantes de centros urbanos o con caminos de difícil acceso, cuentan con pocos recursos económicos y distintas posibilidades para acercarse a las instituciones de salud pública. Estos y otros factores prestan diferentes oportunidades para los cuidados durante sus embarazos y partos.

³ Para este último país no cuento con datos ni censales ni etnográfico sobre aumento de partos hospitalarios. Para Brasil, ver Rita Lewkowicz (2016).

En este sentido, Iguazú presenta particularidades propias para las trayectorias de gestar y parir de las mujeres indígenas con las que realicé trabajo de campo. Iguazú se ubica al noroeste de la provincia de Misiones. Se trata de una zona denominada Triple Frontera por sus delimitaciones con los países vecinos (Paraguay y Brasil). La expansión de la ciudad y de emprendimientos de actividad turística⁴ han cercado a las comunidades del área. Actualmente, se hay seis comunidades a las que se accede por ruta pavimentada, todas ellas cuentan con centros de atención primaria a la salud y están muy cerca de la ciudad donde hay un hospital público. Los datos que sustentan este trabajo fueron recopilados a través de trabajo de campo con mujeres que viven en tres de esas locaciones, entre 2015 y 2021. A través de observación participante, las acompañé en tareas diarias y conversé con ellas a lo largo de los años. Además, realicé entrevistas a profesionales de la salud y asistí a charlas y/o actividades en las comunidades propuestas por diferentes actores del sistema público de salud.

Al tratarse de una zona fronteriza, las personas atraviesan de un país a otro constantemente, sea para visitar familiares, comprar mercadería, entre otras cuestiones. Sin embargo, en lo referido al ámbito escolar y sanitario pareciera existir cierta contención por parte del Estado. En Argentina, la salud indígena se incorpora a la agenda pública a comienzos del siglo XXI dando lugar al diseño e implementación de distintos programas específicos. El aspecto principal de estas políticas estuvo puesto en la salud materno infantil por lo que las mujeres en edad reproductiva se han convertido en sus principales destinatarias. Por lo tanto, sobre ellas recae la interculturalidad que promulgan las normativas estatales. Esto provoca efectos diversos en cada contexto, pero siempre con lógicas de cuidado de la familia, de la salud y de la sexualidad como si fueran tareas naturales e inmutables que competen a las mujeres por ser mujeres, lo que ha sido arduamente que discutido en la literatura feminista (Moore, 2009).

Siguiendo la reconstrucción de Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti (2016) a mediados del siglo pasado, las políticas sanitaristas se extendieron intentando alcanzar a las poblaciones más vulnerables. De esta manera la política pública llegaba a las poblaciones indígenas, aunque no estaban destinadas específicamente para ellas hasta mediados de siglo XX. Uno de los principales cambios de la expansión de las políticas sanitaristas fue la llegada de los hospitales y centros de atención primaria a la salud en cercanía a zonas rurales. Muchas de las personas que vivían en estos espacios eran indígenas que comenzaron a hacer uso de estos hospitales y otros centros sanitarios, aunque la aceptación de la biomedicina varió entre los grupos.

Estas primeras políticas tenían su principal foco en la población materno infantil desde un enfoque preventivo. En la atención a las mujeres embarazadas y a los/las recién nacido/a se

⁴ Allí se encuentran las Cataratas del Iguazú que es uno de los principales polos turísticos del país.

promulgaban formas aceptables y adecuadas para el desarrollo de una “buena maternidad” (Nari, 2004). Ello tuvo un fuerte impacto en las prácticas reproductivas y de cuidado de las mujeres promoviendo la implementación de controles prenatales y el parto hospitalario (Drovetta, 2016). Las mujeres indígenas fueron incorporando progresivamente prácticas biomédicas como parte de cuidado de su salud reproductiva y del cuidado sus hijas(os) dando como resultado un fuerte impacto en el ejercicio de su maternidad y de sus prácticas reproductivas (Hirsch, 2015).

Finalmente, con el cambio de siglo, la interculturalidad se convirtió en el discurso obligado por parte del Estado, aunque sin cambios en su objetivo: la reducción de los procesos de mortalidad materno-infantil. Las mujeres indígenas hoy en día hacen uso del sistema público de salud, controlan sus embarazos con análisis y ecografías y consultan médicas(os) alopáticos sin que por ello se pierdan rituales o conocimientos comunitarios. Esta expansión del sistema sanitario continua hasta el día de hoy. Todas las comunidades de Iguazú cuentan con agentes sanitarias(os) indígenas. Además, tres de ellas poseen una casa de material que funciona como centro de salud, una tiene una estructura de madera y en las otras dos la atención es bajo un árbol.

TECNOLOGÍA CIUDADANA, DISPOSITIVOS DE CONSULTA

AC: ¿dónde preferís parir?
X: En el hospital porque es más rápido
AC: ¿qué es más rápido?
X: los DNI

(Conversación repetida con diferentes personas)

Este registro se repitió miles de veces, casi sin variar de una persona a otra desde que comencé a hacer trabajo de campo en 2015. La constante me obliga a su análisis. Sostengo que los planes y programas son partes de las motivaciones propias de las mujeres para pasar por el sistema de salud público durante sus embarazos y partos. El derecho a la identidad, a través de los documentos nacionales de identidad (DNI), se plantea como el primer punto para parir en el hospital. Existen excepciones de partos domiciliarios, pero saben que el parto hospitalario garantiza ese derecho con rapidez por la posibilidad de salir de ahí con una partida de nacimiento que confirme la identidad de la/el bebé.

Un joven de la comunidad me mencionó que cuando nació su hija estuvo dos días internadas donde “le hicieron todos los controles”, pero, entre ellos, nombró “las huellas digitales” (Registro de campo Lorenzetti y Cantore, agosto de 2021). Como se deja ver, más que a controles sanitarios, se está refiriendo a tecnologías para la identidad, el punto que me

interesa problematizar aquí. El nacimiento hospitalario incluye un montón de tecnologías ciudadanas que modifican las proyecciones de las mujeres y de la comunidad en general sobre el lugar de nacimiento y al seguimiento del embarazo. La huella digital es el primer reconocimiento del Estado a esa/e bebé.

Como muestra el diálogo con el que inicié este apartado, la facilidad de accesos a DNI es una de las razones por las cuales las mujeres dicen preferir el parto hospitalario. En este trabajo sostengo que las tecnologías ciudadanas son una de las motivaciones para que las mujeres se acerquen al sistema público de salud durante sus embarazos y partos y que se incorporan como parte de los dispositivos de cuidado. Obviamente, no es la única estimulación para ellas. Y, a la inversa, el proceso de embarazo y parto no es el único momento a través del cual se puede acceder a DNI, o planes y programas estatales. Sin embargo, me parece un momento privilegiado porque allana el camino hacia la identificación ciudadana.

Las políticas que mencionaré aquí no tienen su foco principal en el ámbito sanitario, ni tampoco son específicas para población indígena. Son políticas que tiene una cohorte universal. Para empezar, me refiero a la posibilidad de acceder a una identidad nacional. Aquello que en contextos urbanos de clase media parece muy obvio, tiene una historia muy reciente en la población indígena argentina, data más o menos de los años 80 (Lenton, 1999; D'Addario, 2013). En este punto, es importante recordar que las poblaciones indígenas en este país han sido fuertemente invisibilizadas y desdibujadas del imaginario nacional (Hirsch; Gordillo, 2010). Es por ello que hay muchas personas que hicieron sus DNI hace poco tiempo o que aún no lo tienen. Más que nada ancianas(os), aunque no sucede tanto con las(os) niñas(os).

Los DNI, junto con otros documentos, son guardados de una manera especial por las familias. Los elementos materiales que hay en los hogares ante un vistazo rápido puede parecer caótico, desordenado o lleno de barro rojo característico del color de la tierra misionera y, en esta mirada superficial, puede pasar desapercibido el cuidado de los documentos. Por más gastados, húmedos o teñidos de tierra colorada por el uso, las personas los guardan en cajones destinados solo para documentación importante, en billeteras, en folios. Como es de imaginar las personas guaraníes no transitan en la comunidad con sus documentos, pero saben dónde encontrarlos, cuando hacen trámites los llevan bien sostenidos o guardados en pequeñas carteras o billeteras. La atención delicada a estos objetos da indicios de su importancia.

Explicité que las mujeres consideran que el parto hospitalario agiliza el trámite del documento de identidad, las partidas de nacimiento, las inscripciones en Administración

Nacional de Seguridad Social (ANSES⁵), etc. El siguiente registro muestra algunos obstáculos para acceder al DNI cuando el parto sucedió en el domicilio:

Pasé por el hospital porque la agente sanitaria indígena me pidió colaboración con unas impresiones. Cuando llegué estaba una señora con una nena de no más de tres años. Según me contaron estaban realizando el trámite de edad presuntiva de la niña porque había nacido en la comunidad. La señora no podía decir la fecha exacta de nacimiento de su hija. Estuvo más de tres horas en el hospital donde la derivaron a varias oficinas y le hicieron diferentes evaluaciones a la niña (Registro de campo Cantore, noviembre de 2019).

Este registro muestra lo engorroso que puede ser acceder al DNI posterior al nacimiento. En una de las conversaciones donde se repitió que la preferencia por el parto hospitalario es por la agilidad del trámite. Cuando repregunté “¿qué lo hacía más rápido?” una madre me dijo “porque después los médicos no te firman” (Registro Cantore, mayo de 2016). Como veíamos en el registro, es posible acceder a la documentación posteriormente, pero implica otros tiempos y trámites. Si bien la obtención del documento de identidad es un derecho básico para las personas, ha presentado sus limitaciones históricamente para población indígena. En este sentido, la rapidez de registros nacionales es fundamental para poblaciones que han visto vulnerado este derecho.

Mariza Peirano (2009) nos dice que los documentos van siendo modificados y también los datos que incluyen. El DNI identifica fácilmente el nombre, la edad, la dirección, el país de origen, etc. Nada de esto marca de auto adscripción étnica como si lo hacen otros formularios. Incluso, la misma autora sugiere que la forma y el contenido de los documentos forman parte de las cosmologías. Las personas mbya suelen hacer uso de dos nombres, por un lado, el denominado *rera*, o nombre criollo y, por otro, el *rery*, o nombre indígena. Mientras el primero es el que figura en el DNI y es una decisión arbitraria de la madre y el padre, el segundo es comunicado por los dioses mediante una ceremonia religiosa.

El nombre del DNI suele ser utilizado en las relaciones interétnicas. El segundo es un nombre enviado por los dioses a través del cual se establecen vínculos entre estos y las almas de las personas. Este se recibe a través de la ceremonia religiosa (a diferencia del anterior no es una decisión arbitraria de madres y padres), condición que permea su personalidad, características y cualidades individuales (Borges, 2002). La interpretación de este nombre debe ser correcta porque podría traer consigo enfermedades lo que obligaría al cambio.

Existe un repertorio finito de nombres. El nombre es determinado según la región de la que viene el alma. Dependiendo del lugar de procedencia será en su vida en la tierra, por

⁵ Administración Nacional de Seguridad Social es un ente de administración pública nacional que depende del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y que está encargado de gestionar pensiones, prestaciones sociales, servicio previsional, entre otras.

ejemplo, líder religioso, buen cazador, líder político, etc. Durante los primeros años, la gran preocupación de los padres es asegurar el crecimiento del alma debido a su vulnerabilidad. Cuando un *rery* (nombre indígena) ha sido mal interpretado en la ceremonia de bautismo, puede desarrollar enfermedades a lo largo de la vida, lo que implica volver a comunicarse con los dioses para un nuevo nombre (Borges, 2002; Gorosito Kramer, 2003).

Podríamos pensar que el *rera* expresa la relación con *jurua*s (no-indígenas) y el Estado, mientras el *rery* se referencia para el vínculo con los dioses y la comunidad (Gorosito Kramer, 2003), ya que es una de las condiciones que le permea su personalidad, características y cualidades individuales (Borges, 2002). Por su parte, el *rera* cobra un nuevo valor en los DNI. Siguiendo a Mariza Peirano (2009), los documentos son objetos indispensables hoy en día porque, a través de ellos, demostramos quienes decimos que somos. En este sentido, para los vínculos burocráticos interétnicos no alcanza con la palabra oral, como si lo es la identidad dentro del propio grupo que se expresa totalmente en la oralidad.

En continuidad con el trabajo de Ana María Gorosito Kramer (2003), anteriormente interpreté que el nombre en el DNI no era más que una burocracia vacía que no tenía más uso que en sus propias lógicas y se colocaba apresuradamente (Cantore, 2017). Hoy discuto esta idea porque la elección del nombre criollo es ampliamente pensada y debatida en familia, suele replicarse el nombre de una persona cercana o un/a referente. Pero, también discuto que sea vacía porque son una puerta de acceso a programas estatales que permiten acceder a un recurso económico. En este sentido, la Asignación Universal por Hija/o (AUH) y por Embarazo (AUE) son programas específicos para el sostenimiento de la crianza y la gestación para lo que es imprescindible el reconocimiento identitario del Estado.

El DNI es el primer paso para gestionar y acceder a derechos y beneficios estatales que implican algo más que decir el nombre y la fecha de nacimiento. Las tecnologías ciudadanas son constantemente reactualizadas y vinculadas unas a otras. Para ver un ejemplo, durante la pandemia de la Covid-19 el Estado argentino dispuso un seguro social para paliar los efectos económicos de las medidas de Aislamiento/Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO/DiSPO). Se trataba del Ingreso Familiar de Emergencia (IFE) para trabajadoras/es informales y desempleadas(os), pero, para acceder a este, fue necesario contar con el número de trámite del DNI que es una referencia numérica cada vez más usada para diligencias en el Estado argentino. Para obtener el monto económico, las(os) indígenas reactualizaron vínculos no-indígenas como estrategias, especialmente con la intención de que las personas no alfabetizadas digitalmente pudieran contar con el dinero.

El DNI es la puerta de ingreso a muchos otros derechos y beneficios estatales. La identidad de las personas y de la comunidad establecen conexiones con el ámbito sanitario. Enfatizaré que la atención pública sanitaria es la mediadora para el acceso a algunos de estos planes y programas (nacionales y provinciales). Muchos programas tienen su fundamentación en el ámbito sanitario. Y, si bien no son específicos para poblaciones indígenas, tienen un tinte universalista, podemos nombrar: el plan remediar, el programa de salud sexual y reproductiva, el plan de cobertura médica para quienes no poseen cobertura de salud (plan sumar), la atención primaria a la salud, médicos comunitarios para pueblos originarios, el programa específico para la población mbya destinado a garantizar el derecho a la salud de estas poblaciones techaí mbya, entre otros.

Estas políticas universales o destinadas particularmente a sujetos indígenas tienen conexión con otras como las referidas a registros censales, políticas de reconocimiento de derechos específicos, de regulación de la movilidad social y de regímenes de ciudadanía. Como decía, me interesa ver qué sucede con la AUH y la AUE. La primera se trata de una asignación económica para menores de 18 años que no cuenten otra asignación y sus madres y padres estén desocupadas(os) o en la economía informal y se puso a disposición en Argentina en 2009. Como contraparte las(os) beneficiarias(os) deben comprobar la permanencia en el sistema educativo y cumplir con los requisitos sanitarios estatales. En el 2011 se extiende para embarazadas con más de 12 semanas de gestación y surge así la AUE.

A los fines de este texto es necesario notar que, para acceder a ambos programas, es necesario recurrir al sistema público de salud. Es allí donde se gestionan planillas firmadas por profesionales que proveen de datos sobre las personas. Entonces, ese beneficio estatal obliga a las mujeres a realizarse los controles biomédico durante el embarazo y a atender a sus hijas(os) en el sistema público de salud. Nuevamente, las tecnologías adquieren sentidos especiales para las personas y crean efectos más amplios que para las que fueron pensadas.

Pero, como vengo desarrollando desde el principio de este apartado, las mujeres no están pensando únicamente en la exigencia del Estado, ellas consideran de importancia su contrapartida económica y el cuidado en la crianza de sus hijas(os). La AUH no es un programa que esté destinado especialmente a beneficiarias mujeres. Los padres también pueden recibirlas, pero son ellas quienes mayormente los cobran. Como se ha dicho desde la antropología feminista, esto refleja las ideas que el Estado continúa teniendo sobre los roles de género porque privilegian a las mujeres porque las piensa como “naturalmente cuidadoras”, pero a su vez “habilitan espacios de responsabilidad, decisión y poder” (Del Río Fortuna; González Martín; Pais Andrade, 2012, p. 61). Sin dejar de mencionar que la exigencia de la

“buena maternidad” implica una sobre carga física, emocional, de tiempo, de asistencia, etc., apuntaremos a los cambios que posibilitan.

Si bien se potencia su rol de madres y cuidadoras, no puedo dejar de mencionar que ante las condiciones de pobreza en la que viven estas poblaciones, estos planes y programas son una respuesta económica y sanitaria. Las mujeres se van apropiando de las políticas públicas de formas muy diversas en busca de mejores condiciones de vida y el bienestar de sus familias. En este sentido, los programas estatales son mucho más que una medida vertical desde el Estado, desenvuelven nuevas dinámicas constantemente.

Son programas que incluyen un ingreso fijo mensual y la administración de ese dinero puede llegar a generar tensiones en las familias o habilitar nuevas actividades para las mujeres por ser desencadenante de nuevas acciones. La AUH y AUE son dispositivos que comienzan a generar independencia económica. Cuando las madres son quienes cobran pueden comenzar a administrar sus gastos, como refirió una médica “ahora las mujeres tienen más independencia para salir a comprar” (Registro de campo Cantore, febrero de 2020). Ello implica más salidas de la comunidad, negociar en el mercado, expresarse más en español, definir en qué gastar y en qué no, etc. Un efecto secundario que produce la gestión de los planes es la necesidad de las mujeres de salir de la comunidad que implica romper con esa imagen estática de la mujer cerca del fuego se rompe, no así su rol de cuidadora. Muchas mujeres se maquillan y ponen sus mejores ropas para ir a la ciudad, gestionan el viaje, compran cosas en la ciudad, etc.

Sucede muchas veces que cuando las parejas se separan la AUH comienza a ser una tensión en quién debe cobrarla, si el padre o la madre. Si el cobro debe estar nombre de la persona con quien viven las(os) niñas(os) o si la persona tiene un mínimo ingreso por changas o trabajo informal, si debe repartirse ese ingreso. Pocas veces quien tienen un mínimo ingreso quiere renunciar al beneficio estatal, conviva o no con sus hijas(os) y administre sus gastos. Incluso, conocí un caso donde las personas buscaron asistencia legal del Estado para resolver este conflicto. Esta situación presenta una solución atípica, ya que la búsqueda de soluciones suele ser en ámbitos comunitarios y no en el ámbito jurídico estatal.

Otro tipo de tensiones se da con las(os) agentes sanitarias(os) que trabajan en los centros de salud. Como mencioné, muchas personas se acercan a los centros de atención para gestionar algún trámite, pero a veces pueden confundir cómo y dónde terminan esas diligencias y qué les corresponde hacer a las(os) agentes y a las(os) beneficiarias(os). Una agente sanitaria indígena me relató una pelea con otra mujer por no haber cobrado la AUE:

Mientras tomábamos mates cuenta que hace todos los papeles para las madres y embarazadas, pero éstas no siempre van a ANSES a terminar el trámite y opina: “eso no es mi problema, yo les lleno todos los papeles, pero las mamás tienen que encargarse de

llevarlos [...] mi cuñada vino a decirme que ella no había cobrado la asignación por embarazo y yo le respondí eso mismo ‘que no es mi problema’. Yo le llené los papeles, pero si ella no fue...” (Registro de campo Enriz y Cantore, noviembre de 2016).

En el registro se puede ver que la sala de atención solo es uno de los pasos a seguir para acceder a esos beneficios. Como vemos los planes y programas generan mucho más que un acceso económico, tienen efectos que van mucho más allá de lo que fueron pensados (Shore, 2010). El centro de salud es un espacio mediador necesario, aunque los trámites deban continuarse en la ciudad. En el registro se puede ver que la agente sanitaria solo cumple con su trabajo, pero el resto de las acciones para la AUE no cuentan como parte de sus tareas. Esta es la actitud que toma sin distinguir sus vínculos parentales o más cercanos. Como cuenta la agente sanitaria, su cuñada no continuó los trámites en ANSES y ella se sintió increpada.

La atención y la búsqueda de acceso a planes y programas modifican el espacio comunitario. Las salitas abiertas o las visitas de las(os) médicas(os) marcan los ritmos de la comunidad (como también lo hace la escuela, los partidos de fútbol los fines de semana, las asambleas, las lluvias y otros eventos). En las mañanas — momento del día en se atiende — las mujeres comienzan desde temprano a acercarse con sus niñas(os). Desde adentro se les provee de sillas o bancos improvisados para sentarse y esperar.

Mucho del tiempo que las mujeres pasan en las salas es realizando trámites y no solo haciendo consultas médicas. En este sentido, los centros de atención primaria a la salud y las(os) agentes sanitarias(os) funcionan como “mediadores” entre las mujeres y el Estado. Es el lugar donde se llenan las planillas, se expiden turnos, se hacen control de peso y talla, se vacuna, se evalúa el crecimiento y un montón de otras cuestiones que hacen a la posibilidad de acceso a planes sociales que exceden el ámbito sanitario. Los mismos planes y programas, como AUH o AUE, implican exigencias de paso por el sistema sanitario, por ejemplo, el cumplimiento del calendario de vacunación para poder cobrar. En este sentido, la salita es un espacio de sociabilidad especialmente para mujeres embarazadas o madres.

Con el entrecruzamiento de programas es posible obtener datos estadísticos en beneficio de las comunidades y de Salud Indígena. En la salita se generan registros censales que permiten dar cuenta de cuantas familias viven en la comunidad, cuantas personas hay, cuantas cobran algún plan o programa y cuando nace una/un nueva/o niña/o. A continuación, presento un registro que permite dar cuenta de cómo se reconfiguran las familias a través de los censos cuando hay un nuevo nacimiento:

Acompañé a las agentes sanitarias a hacer una recorrida por terreno. Cuando nos detuvimos en una de las cosas preguntamos si alguien debía vacunarse contra Covid-19 y salieron dos muchachas. La más chica (17) tuvo un pequeño niño hace un mes y el padre no lo reconoció. Ella era muy tímida y casi no hablaba. A través de las preguntas que hacía

una de las promotoras de salud se pudo dar cuenta que recibía mucho acompañamiento familiar en el cuidado del niño. La agente sanitaria le dijo “una cosa es que te ayuden, está bien que te ayuden, pero vos sos la mamá, vos te tenés que hacer cargo”. A continuación, vieron que el niño no estaba en los censos. Le preguntaron si estaba acompañada y alguien intervino diciendo “ella se acompañó, pero ya no está más acompañada”. Entonces se la inscribió a ella y su bebé como una nueva familia (Registro de campo Cantore, agosto de 2021).

Este registro muestra que los censos estadísticos que se construyen desde el centro de salud tienen su propia forma de contabilizar a las familias. Para el Estado, los nacimientos marcan la inauguración de nuevas familias y explicitan formas de comportamiento. En el registro se puede ver también que la joven recibía mucho acompañamiento familiar en la crianza de su bebé y vivía en la misma casa. Pero, a la hora de contabilizar, aparece en los datos como una familia diferente. En resumen, a través de las políticas públicas se generan nuevas formas de relacionarse entre las personas, como también se recrean las maneras de organización de las comunidades.

CONCLUSIONES

Los artefactos y dispositivos que se van a incorporar a una trayectoria de gestación son de un espectro muy variado. Dentro de este conjunto, englobo a las tecnologías ciudadanas porque son elementos que tienen un alcance inesperado en un contexto específico, las comunidades indígenas de Iguazú, en Misiones, Argentina. Es decir, forman parte de las trayectorias de cuidado de las mujeres mbya guaraní durante la gestación y nacimiento de sus hijas(os). Desde aquí, analicé los documentos de identificación ciudadana y las políticas públicas como objetos y mecanismos que generan efectos reales sobre las mujeres y los nacimientos mbya guaraní.

El punto de partida fue que la expansión de la atención primaria a la salud en poblaciones indígenas, fundamentalmente por sus políticas de salud materno-infantil, ha llevado a que las mujeres mbya guaraní cada vez incorporen más elementos del sistema de salud público en sus trayectorias de embarazo y parto. El aumento en la institucionalización del parto acompaña cambios en la femineidad indígena, como lo están haciendo otras dimensiones de espacios interculturales y estatales. Mi interés aquí estuvo puesto en elementos de esa interacción entre la femineidad indígena y la expansión de políticas públicas. Puse el foco en los objetos que son necesario para garantizar derechos y beneficios porque permiten a las mujeres mbya interactuar con el Estado.

En la amplia gama de tecnologías ciudadanas escogí enfatizar en el Documento Nacional de Identidad y otros programas como la Asignación Universal por Hija/o o por

Embarazo (AUH/AUE). El nacimiento hospitalario se presenta allana el camino para la identificación estatal. El DNI como objeto material tiene un cuidado que no tienen otros objetos que se intercambian, pierden, olvidan, etc. El DNI es una identificación como ciudadanas(os) — en un país que invisibilizó la presencia indígena (Hirsch; Gordillo, 2010) — y, a su vez, la puerta de acceso a otros programas de derechos y beneficios estatales — para poblaciones históricamente empobrecidas y negadas. Entonces, este objeto consolida la identidad ciudadana, posibilitando el acceso a garantías del Estado (como puede ser planes de vacunación, derecho a la escolaridad, recursos económicos, etc.). Las(os) indígenas sabe que para acceder a programas de cobertura estatal es necesario el paso por el servicio público de salud, especialmente durante el embarazo y el parto de las mujeres.

Por la necesidad de tramitar recursos económicos y sociales del Estado, el tránsito por las dependencias sanitarias es cada vez más cotidiano. Las mujeres encuentran la posibilidad de mejorar condiciones materiales y bienestar social a través de estos programas. Y, como contracara, se modifican relaciones de género porque, por ejemplo, logran mayor independencia para decidir cómo administrar la economía. Esto no implica que las mujeres se corran de los ámbitos de cuidado, por el contrario, es por la asimilación de la feminidad al cuidado y la maternidad que aparecen nuevas opciones para acceder a tales derechos y beneficios.

Si bien las gestantes son las protagonistas para pensar el uso de las tecnologías ciudadanas, mostré que su uso va modificando las comunidades. En términos cosmológicos, vimos el que *rera*, nombre definido en el DNI, tiene un uso cada vez más frecuente porque es el que se expresa en los vínculos interétnicos. Ello no implica que el *rery* pierda sus funciones y uso, sino que se limita. Esto no implica un cambio directo en las cosmologías, pero sí nuevas formas de nominarse al interior de la comunidad y en los vínculos con el afuera.

En otro orden, los dispositivos de salud generan nuevas formas de organización al interior de la comunidad, por un lado, al registrar las familias en censo y, por otro, porque marcan los tiempos y disposiciones espaciales de la comunidad. En el primer punto, para los organismos de salud pública se considera una nueva familia a la descendencia de una mujer independientemente de cómo se organiza la crianza o si comparten viviendas con otras(os) parientes. En el segundo punto, los centros de salud generan una nueva dinámica espacio-temporal de la comunidad. Las mujeres se reúnen alrededor del centro de atención primaria en los días y horarios de atención para realizar consultas y realizar trámites.

Podemos concluir que la incorporación de dispositivos variados a las trayectorias de cuidado de embarazo y parto conduce a modificaciones poco imaginadas. El conjunto de esos

elementos y artefactos de cuidado es amplio y diverso, pero poner el foco en las tecnologías ciudadanas como una de ellas tiene que ver con su capacidad de producir ciudadanía para poblaciones indígenas que han visto vulnerados sus derechos. Las trayectorias de cuidado y las tecnologías que incluyen no se corresponden necesariamente con formas “frías” de cuidar o de desprotección de prácticas indígenas, sino con acciones de reconocimiento y adquisición de beneficios que se logran a través del uso de dispositivos estatales.

BIBLIOGRAFÍA

CANTORE, Alfonsina **“Ellas están mucho dentro de sus casas”**: una aproximación a las experiencias de mujeres mbyá guaraní en el norte de Misiones. 2017. Tesis (Licenciatura en Ciencias Antropológicas) – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2017.

CANTORE, Alfonsina. **Kuña ipuru’a ha’e imemby’a. Cuidados de embarazadas y parturientas mbya guaraní en Iguazú (Misiones)**. 2023. Tesis (Doctorado en Antropología e en Ciencias Sociales) – Universidad de Buenos Aires, Universidade Federal de Bahía, Salvador, 2023.

D’ADDARIO, Luciano. Las políticas estatales hacia los pueblos indígenas y las prácticas de normalización durante el primer peronismo. Perspectivas desde un análisis de la cuestión. En: **Actas XIV Jornadas Interescuelas de Historia**, p. 2-5, 2013.

DROVETTA, Irene. Intervenciones de la salud pública en los procesos reproductivos de mujeres indígenas de la Puna argentina. En: HIRSCH, Silvia; LORENZETTI, Mariana (Ed.). **Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad**. Buenos Aires: UNSAM, 2016. p. 51-70.

ENRIZ, Noelia; CANTORE, Alfonsina. Poder e interculturalidad entre las mujeres mbyá guaraní de Misiones. **Revista identidades**, v. 10, n. 20, p. 1-19, 2021.

GOROSITO KRAMER, Ana María. Nombres indígenas: las dos formas de la dominación blanca. **Antropología y Derecho**, v. 1, n. 3, p. 3-7, 2023.

DEL RIO FORTUNA, Cynthia Anahi; GONZÁLEZ MARTIN, Miranda; PAIS ANDRADE, Marcela Alejandra. Políticas y género en Argentina: aportes desde la antropología y el feminismo. **Asociación Contubernio; Encrucijadas**, v. 5, n. 6, p. 54-65, 2013.

HIRSCH, Silvia. Salud pública y mujeres indígenas del noroeste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención a la salud reproductiva En: LANGDON, Esther; Cardoso, Marina. **Saúde indígena: políticas comparadas na américa latina**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2015. p. 169-193.

HIRSCH, Silvia; GORDILLO, Gastón. La presencia ausente: invisibilizaciones, políticas estatales y emergencias indígenas en la Argentina. En: GORDILLO, Gastón; HIRSCH, Silvia. **Movilizaciones indígenas e identidades en disputa en la Argentina**. Buenos Aires: La Crujía Ediciones, 2010. p. 15-38.

HIRSCH, Silvia; LORENZETTI, Mariana. Biomedicina y pueblos indígenas en la Argentina. Un recorrido por las políticas de salud. En: HIRSCH, Silvia; LORENZETTI, Mariana (Ed.) **Salud pública y pueblos indígenas en Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad**. San Martín: UNSAM EDITA, 2016. p.19-507.

LARRICQ, Marcelo. **Ipytuma, construcción de la persona entre los Mbya-Guaraní.** Posadas: Editorial Universitaria, 1993.

LEWKOWICZ, Rita Becker. **A hora certa para nascer: um estudo antropológico sobre o parto hospitalar entre mulheres mbyá-guarani no sul do Brasil.** 2016. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

LENTON, Diana. Los dilemas de la ciudadanía y los indios-argentinos: 1880–1950. **Publicar en Antropología y Ciencias Sociales**, v. 7, n. 8, p. 7-30, 1999.

NARI, Marcela. **Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890- 1940.** Buenos Aires: Editorial Biblos, 2004

MOL, Annemarie; HARDON, Anita. Caring. En: BOWEN, John R.; DODIER, Nicolas; DUYVENDAK, Jan Willem; HARDON, Anita (Ed.). **Pragmatic inquiry: critical concepts for social sciences.** London: Routledge, 2021. p. 185-205.

MOORE, Henrietta. **Antropología y feminismo.** Madrid: Cátedra, 2009.

POLS, Janette. **Care at a distance. On the closeness of technology.** Amsterdam: University Press Amsterdam, 2012.

PORTO BORGES, Paulo. Sonhos e nomes: as crianças Guaraní. **Cadernos Cedes**, v. 22, n. 56, p. 53-62, 2002.

PRATES, Maria Paula. Birthing, corporality and care among the Guaraní-Mbyá of southern Brazil. **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, v. 18, p. e18501, 2021. <https://doi.org/10.1590/1809-43412021v18a501>

PUIG DE LA BELLACASA, Maria. **Matters of care: speculative ethics in more than human worlds.** Minneapolis: University of Minnesota Press, 2017.

PEIRANO, Mariza. O paradoxo dos documentos de identidade: relato de uma experiência no Estados Unidos. **Horizontes Antropológicos**, v. 15, n. 32, p. 53-80, 2009. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832009000200003>

SCHADEN, Egon **Aspectos fundamentales de la cultura guaraní.** Asunción: Universidad Católica, 1997.

SHORE, Cris. La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la " formulación" de las políticas. **Antípoda. Revista de antropología y arqueología**, n. 10, p. 21-49, 2010. <https://doi.org/10.7440/antipoda10.2010.03>

VANZOLINI, Marina. O feitiço e a feitiçaria capitalista. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, v. 69, p. 324-337, 2018. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-901X.v0i69p324-337>

Recebido em 26 de janeiro de 2024.
Aprovado em 13 de junho de 2024.