

Tensionando la(s) participación(es): Reflexiones desde experiencias situadas de participación en políticas públicas

Reflexiones sobre una experiencia de gestión de la incorporación de la variable étnica y la dimensión lingüística en la ficha de atención perinatal

Mg. Verónica Azpiroz Cleñan (UNLA-ISCo – Comunidad Mapuche Epu Lafken)
Dra. María Emilia Sabatella (IIDYPCA – UNRN – CONICET)

En el presente trabajo nos proponemos reflexionar acerca las prácticas de participación en la gestión de la incorporación de la variable étnica y la dimensión lingüística en la ficha de atención perinatal, a partir de una experiencia de la que formamos parte como equipo técnico en el Departamento de El Potrillo, Formosa. Esta experiencia involucró, no sólo la modificación de la ficha, si no la realización de una serie de encuentros y talleres de sensibilización respecto de su uso y de los datos producidos a partir de la misma que involucraron tanto a funcionarios, a equipos de salud, a parteras wichí y a mujeres gestantes. Estos encuentros se desarrollaron en el marco de un proyecto más amplio sobre el parto de mujeres indígenas de las provincias de Salta y Formosa gestionado en la Dirección de Salud Perinatal y Niñez del Ministerio de Salud de la Nación, y es financiado por la Organización Panamericana de la Salud.

Nuestra reflexión parte de algunos nudos problemáticos vinculados a la participación que han surgido de esta experiencia de trabajo en gestión y de las decisiones que hemos tomado para realizar estas actividades.

En primer lugar, tanto desde nuestra experiencia académica (en el campo de las ciencias políticas y la antropología, interesadas en la implementación y gestión de políticas sociosanitarias dirigidas a Pueblos Indígenas), como desde nuestra trayectoria militante (en particular de Verónica como mujer mapuche dentro del Tejido de Profesionales Indígenas), observamos los problemas que surgen de la no implementación o la mala implementación – en los que casos que se encuentra presente—de la variable étnica en las fichas de registro en las historias clínicas y en las fichas epidemiológicas. Comprendemos que este es uno de los tantos datos que pueden producirse en torno a las problemáticas y a los determinantes que impactan sobre la salud de la población, y en particular de la población indígenas. Sin embargo, es uno decisivo para definir políticas sociosanitarias.

Desde nuestra perspectiva, la falta de datos desagregados y el mal registro de los mismos fortalece el silenciamiento de las condiciones de vida de los Pueblos Indígenas, su lugar dentro de las políticas públicas, así como formula una incongruencia entre las políticas implementadas en salud y las condiciones de vida de los pueblos que vulnera el derecho a la salud de los mismos. En el caso de la provincia de Formosa, la historia clínica nacional que se ajusta a la CLAP'2017 (Comisión Latinoamericana de Atención Perinatal) registraba la pertenencia étnica de la siguiente manera: Blanca, Indígena, Mestiza, Negra, Otra y en el caso de la provincia de Formosa se registra en la planilla dos veces la categoría de “etnia” para la pertenencia a los pueblos Pilagá, Qom (en planillas Toba) y Wichi. Sin embargo, a nivel local muchas veces no era registrado y en los niveles superiores (distrital y provincial)

esa información dejaba de registrarse por completo. La dimensión lingüística tampoco está incorporada en la variable étnica, solamente toma la dimensión de autoreconocimiento.

Por esta razón, en el marco de una serie de políticas y diagnósticos más amplios que se estaban produciendo dentro del proyecto, la modificación de la ficha se volvió un tema urgente. En este sentido se generó la incorporación de una ficha que incluyó la pertenencia a un Pueblo Indígena detallando todos los pueblos presentes en el actual territorio argentino, propuesto por el Tejido de Profesionales Indígenas al INDEC para el Censo de Población y Vivienda en el 2020, así como la dimensión lingüística, también detallando todas las lenguas vivas. La lengua es una barrera de acceso, ya que muchas personas que se atienden en el sistema de salud en dicha provincia sólo hablan lengua Wichí. La variable étnica nos permite discutir las problemáticas de participación indígena en dos sentidos. Por un lado, en cuanto a su inclusión en los registros clásicos de salud y en los registros diferenciados a construir, como así también en la etnoepidemiología. Todas estas producciones de datos son el resultado de la participación, las luchas y demandas realizadas por comunidades, organizaciones y referentes indígenas –como una de las autoras de este trabajo-- en espacios de discusión y definición (INDEC, OPS, MSal) de política pública. Fueron estas demandas las que propiciaron e instalaron la importancia de la inclusión de esta herramienta en dichos registros e incidieron en las políticas públicas. Por otro lado, las políticas en salud indígena implementadas en la Argentina desde la década del 90 han priorizado la inclusión de agentes sanitarios indígenas o de parteras empíricas, que terminan funcionando como “facilitadores” o “traductores” de planes, programas y políticas implementadas desde el sistema biomédico. Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente: nos preguntamos, si no se registran en el sistema de información las situaciones de salud y enfermedad de las personas indígenas ¿Qué límites se encuentran en las políticas participativas en salud?

En segundo lugar, desde nuestra experiencia en este proyecto entendimos que la incorporación de la variable étnica por sí sola no alcanza para que el tema se incorpore como prioritario para la toma de decisiones a nivel local, provincial y nacional, así como para subsanar las problemáticas dentro del sistema de salud: el problema del no registro, pero también la prioridad de la salud de las personas indígenas y las situaciones de violencia que se daban dentro del sistema de salud (prueba de ello es su incorporación en los test de Covid 19 en los cuales ni los usuarios ni los equipos de salud preguntan a los usuarios de salud por sus datos identitarios).

Por esta razón, pensamos estrategias de trabajo con distintos grupos que se ven involucrados en Formosa en la atención de los partos de mujeres wichi:

1) Realizamos una presentación a las trabajadoras de la Dirección de Salud Perinatal, entre ellas aquellas que vienen trabajando con la implementación a nivel país de la Ley de Parto Respetado. Para hacerlo presentamos nuestros primeros avances sobre entrevistas y la lectura/sistematización de materiales teóricos al respecto. En estas discusiones tratamos de acentuar las asimetrías que, desde de una perspectiva interseccional, se pueden dimensionar sobre las condiciones de salud de las mujeres y personas gestantes indígenas. En este sentido, tratamos de correr los límites entre lo que se entiende por un parto culturalmente respetado, manifestando las heterogéneas situaciones que transitan las mujeres indígenas de violencia histórica, social, obstétrica, discriminación y temor. De allí la importancia de un registro diferenciado de la situación particular de estas gestantes y de la realización de modificaciones en las normativas, en la infraestructura, en la promoción y difusión de los derechos culturales y colectivos de las mujeres wichi.

2) Con los equipos de salud centrales, directivos del hospital y médicos criollos, tratamos la importancia del registro de la variable étnica, buscando desafiar ciertos preconceptos y violencias existentes en la atención que nos hablan de “mujeres que se resisten”, “mujeres que no tienen cultura” o “no tienen la capacidad para entender sus riesgos”. Así como una equivalencia entre el parto domiciliario y el parto comunitario, que se ven como los causales de las muertes maternas. Encontramos una disociación entre el registro y la producción discursiva del problema, que se situaba más en una cuestión moral occidental y de responsabilización de las mujeres, la que se distanciaba de las condiciones de vida desiguales de las mismas. En estas experiencias tratamos de orientar el registro de otros datos que permitieran producir información de manera autónoma sobre los condicionantes sociales y la salud en un sentido amplio más allá del ámbito hospitalario (por ejemplo, las modificaciones en la alimentación producto de las talas, el impacto de los agro tóxicos, la falta de agua potable). Y también, poner en superficie interpretaciones estigmatizantes que se generan dentro del sistema de salud acerca de estos procesos de parto de las mujeres wichi. Las estigmatizaciones no estaban orientándose a la comprensión de los miedos y las elecciones de las gestantes, sino que acentuaban ciertos sistemas de autoridad, procesos de estigmatización y desigualdad que impactan sobre la subjetividad.

3) el trabajo con las parteras wichi, con quienes buscamos reflexionar acerca de la importancia de los datos como una herramienta autónoma que permita gestar estrategias como Pueblo. La variable étnica en las historias personales, es la posibilidad de ser consideradas sujetas de derecho en las políticas sanitarias. Tratamos de mostrar la forma en la que el dato da cuenta de manera parcial de historias y condiciones de vida de las mujeres wichi. Por otro lado, también orientamos la puesta en valor de la producción de otros tipos de datos que reflejen la condición de las mujeres gestantes wichi que salen del casillero de la variable. En este caso, las parteras nos informaron del registro en sus cuadernos que no es puesto en valor por los profesionales. Por esta razón comenzamos a pensar la incorporación de algún espacio de registro de la perspectiva de estas parteras en las carpetas clínicas.

4) el trabajo en directo con las mujeres gestantes, tanto en talleres como en la producción de un *spot* que hablan en términos de la variable de la importancia de la autoafirmación dentro del sistema de salud público. Sabemos que la existencia de la variable étnica puede estar condicionada por el hecho de que muchas mujeres eligen no decir que pertenecen a un pueblo indígena, o muchas otras que eligen no autoafirmarse como tales. La variable tiene una impronta centrada en esta autoafirmación. Desde nuestra perspectiva, este es el punto central a trabajar, porque desde el aparato estatal no se promueve el derecho a la autoafirmación o a la autopercepción. En esta dirección, consideramos que es nodal otra cuestión: dar cuenta de la importancia de la producción y registro de sus propias memorias de situaciones de maltrato, discriminación y desinformación dentro del sistema de salud, de partos comunitarios exitosos, de transformaciones en los nacimientos, del lugar de las parteras dentro de la comunidad, entre otras cuestiones.

Para finalizar, tomando en cuenta lo hecho hasta aquí y nuestra participación, nos interesa reflexionar sobre los dilemas en el propio lugar de la gestión pública en salud: las tensiones entre lógicas locales y centrales, los tiempos y los espacios de realización (tiempos cortos y espacios virtuales), y las particularidades de los espacios y dinámicas participativas en un contexto pandémico.