

## Artículo de investigación

# Expectativas de las/os profesionales de salud hacia las gestantes mbya guaraní (Misiones, Argentina)

## Expectations of health professionals towards mbya guarani pregnant women (Misiones, Argentina)

Alfonsina Cantore \* 

**Para citar este artículo:** Cantore, A. (2025). Expectativas de las/os profesionales de salud hacia las gestantes mbya guaraní (Misiones, Argentina). *Jangwa Pana*, 24(1), e5460. <https://doi.org/10.21676/16574923.5460>

**Recibido:** 15/09/2023 | **Aprobado:** 25/11/2024 | **Disponible en línea:** 01/01/2025

### RESUMEN

A partir de un relato etnográfico sobre la muerte de una joven mbya en el norte de Misiones (Argentina), este artículo pone en discusión el análisis del paradigma biomédico *versus* el indígena. A fin de alejarse de un examen dicotómico, se propone analizar expectativas de las/os profesionales de salud como una categoría teórica y situacional con miras a comprender qué se espera de las gestantes. El estudio se focaliza en las dos expectativas más unificadas y en las que más empeño se pone desde el sistema de salud formal: el control durante el embarazo y, de su mano, la prevención del riesgo. Si bien aquí se focaliza en las expectativas médicas, esta categoría puede ser extrapolada para nuevas observaciones ya que, como se concluye, apunta a registrar proyecciones etnográficamente y no a estructuras abstractas.

**Palabras clave:** indígenas; reproducción; mujeres; salud.

### ABSTRACT

Based on an ethnographic account of the death of a young Mbya woman in northern Misiones (Argentina), I challenge the analysis of the biomedical versus Indigenous paradigm. In order to move away from a dichotomous analysis, I propose examining the expectations of health professionals as a theoretical and situational category that allows me to understand what is expected of pregnant women. I focus on the two most unified expectations emphasized by the formal health system: pregnancy monitoring and, closely tied to it, risk prevention. Although this analysis centers on medical expectations, it is a category that can be extrapolated to new observations, as I conclude that it aims to document projections ethnographically rather than abstract structures.

**Keywords:** indigenous; reproductive; women; health.

## INTRODUCCIÓN

### **Narración introductoria, una historia desencadenante de conmociones e inquietudes**

Vale la pena comenzar por contar el caso de Celia, que es una historia desencadenante de debates y reflexiones tanto para mbya guaraní<sup>1</sup> como para *juruas* (no indígenas). En agosto del 2021, esta joven indígena estaba internada en el hospital de El Dorado (Misiones, Argentina), al cual se derivan casos complejos desde otros hospitales de la provincia. Según pude reconstruir, Celia era una joven de 22 años que había dado a luz en el hospital de Iguazú, pero debido a que una bacteria o virus complicó el proceso fue derivada a una institución de mayor complejidad. Sin embargo, la mujer murió a los quince días de su internación. Su bebé nació sano y quedó al cuidado de su abuela.

Para los fines de este análisis no tiene sentido ahondar en diferencias entre estos microorganismos y la exactitud de su terminología porque no es relevante de qué murió, sino todo lo que se desencadenó con su muerte. No conocí a la muchacha, pero la conmoción fue tal que todo mi trabajo de campo de agosto de 2021 estuvo atravesado por esta situación. Las inquietudes de las/os indígenas brotaban todo el tiempo: ¿qué es ese virus?, ¿se murió por coronavirus?, ¿es lo mismo?, ¿qué tan excepcional es eso que tenía?, ¿por qué se muere?, ¿se murió porque le hicieron cesárea?, entre otras preguntas.

Celia vivía en una comunidad<sup>2</sup> a la que me había acercado excepcionalmente a pedido de Carla, una agente sanitaria que necesitaba ayuda para completar planillas. Las consultas y vacunaciones se realizaban bajo un árbol, y se acercaban personas de toda la locación. Entre las atenciones, el médico firmó una constancia para que el marido de Celia viajara al hospital de El Dorado. Lejos de la multitud, le explicaron cuál era el estado de salud de su esposa y por qué debía asistir: Celia llevaba días en coma inducido y, como estaba teniendo una breve mejoría, los médicos se arriesgarían a despertarla, pero para eso un familiar debía firmar el consentimiento.

Luego, un grupo de mujeres se acercaron y empezaron a susurrar en guaraní. La esposa del cacique le transmitió a la agente sanitaria sus inquietudes con las siguientes palabras: «Elas quieren saber cómo está Celia». Carla se sentó con ellas y les contó su evolución, mientras todas prestaban atención en silencio. Explicó que le iban a hacer una traqueotomía y por eso alguien debía firmar el consentimiento. Cinco días después, sin tener novedades, nos reencontramos con Carla y preguntamos: «¿Cómo está Celia?». Su respuesta fue «Falleció anoche» (M. Lorenzetti & A. Cantore, observación participante, 27 de agosto, 2021)<sup>3</sup>.

A raíz de esta situación, durante todo el mes de agosto del 2021 tanto las/os profesionales de la salud como diferentes mbya alertaron que el embarazo y el parto debían tener más atención. En ese momento, realicé un trabajo de campo (ver apartado de metodología), y la muerte de Celia

---

<sup>1</sup> Grupo indígena que vive en comunidades distribuidas en Paraguay, Brasil y Argentina. En Misiones, más de 13.000 personas se autoadscriben mbya (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [Indec], 2010). En su mayoría, viven en asentamientos que se diferencian por su cercanía a las ciudades y por el acceso a derechos básicos como la salud y la educación.

<sup>2</sup> «Comunidad» es la forma de denominación corriente para referirse a un espacio geográfico donde se nuclean un grupo de familias y tienen una autoridad (entre otras características).

<sup>3</sup> Muchas de las actividades fueron registradas junto con otras investigadoras (Noelia Enriz y Mariana Lorenzetti), a quienes se referenciará cuando corresponda.

atravesó diferentes conversaciones. De hecho, el día que llegué entrevisté a una licenciada en obstetricia, quien fue la primera en comentar sobre el tema. En el correr de los días, escuchaba que las personas se acercaban y preguntaban cómo evolucionaba la joven. Una de las que más trabajó sobre las temáticas fue, justamente, Carla, la agente sanitaria que trabaja en las comunidades hace más de diecisiete años. Por su parte, el personal de salud tomó determinadas acciones a fin de paliar los desencadenantes de la muerte de Celia. Realizaron, por ejemplo, charlas en las escuelas, conversaciones cotidianas en torno a angustias y tristezas contenidas.

En este trabajo retomo relatos a propósito de la muerte de Celia con la pretensión de separarme de análisis sistémicos sobre dos tipos de medicinas: la indígena y la profesional, ya que se trata de población mbya guaraní. Mi objetivo aquí es atender cómo la maternidad genera diversos debates, utilizando la categoría de «expectativas» como un arriesgo teórico para complejizar el análisis. Se trata de una propuesta para analizar aquellas informaciones que surgieron en el trabajo de campo y que no encajaban en marcos teóricos de los sistemas médicos, esto es, las proyecciones sobre las embarazadas.

En el siguiente apartado presentaré las coordenadas metodológicas sobre las que se sustenta este trabajo, y luego las limitaciones de interpretaciones que coartan estas situaciones a sistemas médicos dicotómicos. De aquí la propuesta sobre expectativas como un arriesgo para analizar qué se espera de las embarazadas. Las expectativas son muy variadas, pero dedicaré atención especial al control y riesgo de la gestación como un lugar en donde los discursos médicos se encuentran.

## METODOLOGÍA

Este trabajo es parte de mi investigación doctoral que tenía como uno de sus objetivos registrar la interacción entre el sistema de salud público y las mujeres mbya guaraní en el norte de Misiones durante el embarazo y parto, temática con la que me presenté ante las autoridades, las mujeres indígenas y el personal de salud. Mi ingreso al campo fue en el año 2015, y los datos se obtuvieron a través de observación participante, recopilación de narraciones, entrevistas abiertas y participación en talleres.

La investigación de la que parte este artículo cuenta con el aval del Comité de Ética de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (FFyL/UBA) y la autorización de las autoridades comunitarias. Además, todas/os las/os participantes fueron informadas/os sobre los objetivos de la investigación. Igualmente, considerando la importancia de la confidencialidad, se preservan las identidades de las personas involucradas nominándolas con nombres ficticios. En ese sentido, es importante resaltar que no ingresé a consultas médicas privadas de las/os pacientes, teniendo en cuenta la sensibilidad de la temática tratada. Las notas de campo aquí utilizadas fueron registradas en espacios comunes. En cuanto a la observación participante, fue desarrollada en distintos escenarios comunitarios, especialmente en centros de atención primaria a la salud (CAPS).

En otros trabajos he detallado las complejidades que se presentaron al realizar observación participante, atravesadas por diferencias étnicas, de género y edad (Cantore, 2021). Este método,

junto a las charlas con las mujeres indígenas, fue la fuente principal de datos en el marco de mi investigación doctoral más amplia, pero para este texto seleccioné fragmentos de entrevistas y registros de campo que son ilustrativos de la visión del personal del sistema público de salud (SPS) y no focalizaré en las gestantes, ya que la finalidad del texto es relevar las ideas y las prácticas de los profesionales de salud hacia ellas.

También es preciso anotar que mi vínculo con el personal médico fue más esporádico y formal que con las mbya guaraní. Así, por una parte, realicé más de veinte entrevistas a profesionales, participé con ellas/os en talleres y reuniones en el hospital y les ayudé a agilizar sus tareas diarias como completar planillas, entre otras; por otra parte, con las/os agentes sanitarias/os indígenas (ASI), además de acompañar en esas mismas labores, se sumaron conversaciones y observaciones en sus casas y espacios comunes, lo que es parte de su doble pertenencia como personal de salud y como indígenas.

De tal forma, cabe destacar que la relación con las/os médicas/os fue más distante que con el personal indígena, con quienes el contacto resultó más cotidiano y estuvo atravesado por encuentros fuera del ámbito laboral. En cualquier caso, todas las personas fueron receptivas con el tema de investigación presentado y se mostraron interesadas, reconociendo la importancia que le asignaban a la maternidad (para ampliar, ver Cantore, 2023).

Aquí analizaré una serie de desencadenantes (conversaciones, talleres, palabras, exigencias, etc.) que se engloban en la muerte presentada en la introducción. A partir de este caso, profundizaré en lo que las/os profesionales de salud esperan de las mujeres indígenas. Obviamente, estas expectativas son múltiples, pero selecciono el control del embarazo y la evitación del riesgo porque fueron las de mayor reiteración en los años de investigación por parte del personal de salud y de la institución.

Mi propuesta teórica de pensar expectativas como aquello que se espera de las mujeres surge de un intento de separarme de las formas típicas de abordar la temática: el modelo de la biomedicina y el tradicional como sistemas cerrados y confrontados, donde las mujeres mbya guaraní deben tomar decisiones premeditadas sobre frecuentar una u otra medicina y que encajan o no en modelos de interpretación (ver el siguiente apartado).

Por el contrario, las expectativas no son normas coherentes y ordenadas de la estructura social, sino una categoría ordenadora que permite analizar los proyectos que diferentes personas, instituciones y grupos tienen hacia las mujeres mbya embarazadas. Al registrar discusiones de diferentes actores e instituciones sociales, es una categoría que permite comprender su dimensión social e histórica. En otras palabras, es una propuesta para registrar *in situ*; es decir, las expectativas siempre son contextuales y situacionales.

Las expectativas expresan cómo deberían comportarse las mujeres durante su gestación y parto, pero es importante aclarar que se trata de proyecciones hacia las embarazadas/parturientas que funcionan como un motor generador de prácticas, aunque pertenecen más a anhelos y representaciones que a acciones en sí. Estas expectativas no necesariamente son contrapuestas, pero tampoco son siempre compartidas. El punto es que no escapan de las experiencias de embarazos, aunque pueden ser afrontadas de maneras diferentes. Por lo tanto, es una categoría que permite llevar el análisis más allá de uno u otro sistema médico y atender a discursos y

situaciones contextuales; en otras palabras, da la oportunidad de abrir diálogos y reflexiones a partir de registros de campo.

## DISCUSIÓN

### **No es el hospital, no es el *opy* (casa de rezo); es lo que se espera que ellas hagan**

Las investigaciones que abordan el parto sobre mujeres mbya suelen describir dos sistemas de salud: el biomédico y el «tradicional» (Remorini, 2009; Schaden, 1998; Susnik, 1983), y a cada uno se le atribuyen características propias, leídas como contrapuestas. En esos mundos separados, las mujeres aparecen escogiendo entre una u otra forma de atención, pero el punto que se discute aquí es que estas personas no transitan por esferas sanitarias cerradas, sino por un mundo situado. Reponer algunas de las particularidades de estos sistemas permite dar cuenta de cómo formulan sus explicaciones.

Al hablar de esta división, el trabajo de Kleinman et al. (1978) es un puntapié de análisis porque dichos autores proponen dividir al sistema de salud en tres subsistemas: el profesional, el *folk* (también llamado tradicional o indígena) y el popular. Si bien en estudios posteriores estos y otros investigadores mencionan que no se trata de una separación tajante y critican las aproximaciones cerradas sobre estos subsistemas (Kleinman & Kleinman, 1991; Menéndez, 2016), el planteamiento ha servido como base para los análisis antropológicos. Estos subsistemas se diferencian según las características de las/os curadoras/es, el tratamiento, las significaciones que se les dan a las enfermedades, etc.

El primer subsistema considera y atiende las enfermedades desde una visión biologicista, es decir, su preocupación se basa en una «realidad clínica» por encima de significantes culturales, psicológicos o sociales. La concepción de la enfermedad es individual y ahistórica. De esta manera, el tratamiento apunta a la búsqueda de «soluciones» a través de técnicas y tecnologías. El proceso de eficacia está ligado a los medicamentos, y el conocimiento sobre la enfermedad y la cura pareciera estar depositado en las/os profesionales de la medicina científica.

En este sentido, el sistema profesional fue referenciado por Davis-Floyd (1992) como el «modelo tecnocrático de parto», donde hay una visión organicista del parto y se atiende principalmente a los órganos reproductivos de las mujeres. Este esquema es el foco de lucha para quienes intentan devolver a la mujer un rol central ya que el feto/embrión y las tecnologías obstétricas tienen más protagonismo en el evento que las mismas mujeres. El punto fuerte de esta investigación es que explicitó la violencia obstétrica que sufren las mujeres en el momento del parto y abrió camino para ubicarla como un punto más de las desigualdades de género.

Por su parte, en el sistema *folk*, las/os especialistas son personas ligadas a espacios religiosos o seculares. Las explicaciones sobre las enfermedades o síntomas son personales o simbólicas. Aquí, los padecimientos, las curas y los tratamientos suelen estar ordenados en aspectos cosmológicos o religiosos y no son significados como algo biológico, sino en la ruptura del equilibrio con factores subjetivos (Kleinman et al., 1978).

Con respecto al grupo mbya guaraní, Schaden (1998) definió el nacimiento (*jaú*) como uno de los

momentos de la vida en los que el equilibrio del grupo se pierde. Se trata de una nueva alma que los dioses envían a la Tierra y, por su vulnerabilidad, existe la posibilidad de que interfieran fuerzas externas. Por ello, padres y madres deben seguir una serie de prescripciones para prevenir daños o características potencialmente negativas para la vida de quien va a nacer. El autor detalló los resguardos y prescripciones durante la etapa de embarazo, parto, posparto y Couvade.

El punto de discusión es que ambos subsistemas fueron descritos como cerrados en sí mismos, argumentando la negación de las/os indígenas para la atención sanitaria formal y esquivando cualquier punto de encuentro. Como explica Lorenzetti (2017), muchas de estas posturas llevan a una visión homogeneizadora y esencialista de los grupos indígenas y corren el riesgo de *deshistorizar* sus prácticas de cuidado. Sin embargo, la vida de las personas no transita haciendo elecciones reflexivas cada vez que hace uso de una medicina u otra. Las mujeres embarazadas no pasan por uno y otro sistema de atención como si estuvieran cruzando esferas limitadas, donde ellas tienen que crear sus propios puentes para pasar de un lado a otro; en su lugar, el proceso de embarazo y parto es un camino donde confluyen y divergen múltiples cuestiones.

Además, los sistemas médicos no pueden ser analizados como espacios homogéneos porque existen diversas voces entre sus representantes, que a su vez están en diálogo constante, donde los relatos y las narraciones no responden únicamente al hospital o a la religiosidad indígena, sino que se entrecruzan siguiendo las trayectorias de vida de cada persona. En este sentido, la categoría de expectativas es una propuesta para atender a los discursos y exigencias del sistema de salud, los diferentes intereses indígenas y cómo todo ello se va enmarañando en acciones y enunciaciones que hacen parte de la cotidianidad de las mujeres embarazadas.

En este sentido, el concepto de intermedicalidad nos permite poner en debate las dicotomías ya que focaliza en el contacto colonial de las prácticas médicas. Como señala Fóller (2004), en contextos interculturales, marcados por una expansión de servicios de salud estatales a zonas de población indígena, los sujetos se ven obligados a articular y negociar diferentes saberes y prácticas, sin necesariamente reemplazar sus conocimientos y acciones. Por lo tanto, es necesario reforzar las descripciones etnográficas que describen perspectivas locales e interacciones de salud y autoatención (Menéndez, 2016).

Retomando la historia que abre este texto, no se trata simplemente de si Celia murió en el hospital, si no cumplió con las consultas de la biomedicina, si hizo un seguimiento solo con una *kuña karaj*, si utilizó elementos alternados de uno u otro modelo médico, o si su muerte fue interpretada por lo que hizo en uno u otro sistema; sino que en los relatos sobre su muerte confluyeron cuestiones muy variadas. Como explicitaré, este caso me permite retomar distintas expectativas de lo que deberían hacer las mujeres embarazadas para no llegar a situaciones de riesgo extremo. Enfatizar en las expectativas con las que se cruzan las mujeres permite cuestionar que las medicinas se sostienen en discursos organizados y coherentes. Entretanto, la interacción entre los diferentes subsistemas se genera en la cotidianidad de las personas, donde los discursos institucionales y circulantes se incorporan en sus vidas.

### **Expectativas como categoría analítico-descriptiva**

Las mujeres mbya lidian cotidianamente con expectativas que sus familiares, las/os referentes

comunitarias/os y el sistema público de salud tienen sobre ellas. Pero, ¿qué queremos decir con que hay expectativas sobre ellas? ¿A qué nos referimos con expectativas? ¿Que deben armar sus trayectorias de cuidado intentando responder a ellas? ¿Que las exigencias y los discursos indígenas son contradictorios con los del sistema de salud público? No busco aquí dar una definición filosófica o epistemológica de este concepto, sino aproximarme a una categoría teórica-descriptiva útil para comprender el mundo social de las mujeres embarazadas y parturientas mbya. En otros espacios (Cantore, 2003), retomé las prácticas y voces de las mujeres para dar cuenta de la pluralidad que se encuentra entre ellas, pero aquí busco ordenar las expectativas del personal médico mostrando puntos donde esos discursos son unísonos.

Por expectativas no considero un conjunto de reglas o normas homogéneas, coherentes y ordenadas. Este punto nos aleja de las investigaciones que diferencian al parto indígena del parto hospitalario, considerándolos sistemas estructurados donde pareciera fácil definir qué es «medicina hegemónica» y qué es «medicina indígena», como desarrollé en el apartado anterior. Cuando nos referimos a qué «debe» comer una embarazada según prescripciones «médicas» o «culturales», nos esforzamos por pensar a qué sistema están respondiendo. Sin embargo, al correr nos del intento de definir normas claras que las personas cumplen para garantizar la reproducción social, podemos ampliar las posibilidades de lo que las personas hacen. En otras palabras, no se trata de que las personas cumplan a raja tabla las prescripciones que las instituciones médicas o religiosas tienen para ellas, ni tampoco de interpretaciones dentro de estos marcos normativos, sino de qué hacen con las proyecciones que distintos actores tienen sobre ellas.

Las lecturas del apartado anterior pueden encajarse dentro de sistemas de interpretaciones simbólicas que podríamos definir como «modelos para»; es decir, las explicaciones sobre lo que la gente hace se fundamentan en lograr «un parto en buen término» y sin complicaciones. Este tipo de explicaciones se insertan en una «lógica de elección» (Mol, 2008) donde las personas son autónomas en sus decisiones y no apuntan a registrar sentidos y prácticas. Cuando hablamos de expectativas, no nos referimos a un conjunto de reglas que deben seguir las mujeres, sino a intereses que tanto el sistema profesional como las/os familiares y actores comunitarios tienen sobre ellas y lo que esperan que hagan durante la gestación y el nacimiento. En este sentido, la categoría propuesta se asimila un poco más a la acción proyectada que propone Schutz (1974), en tanto, es una acción que tiene un propósito. Siguiendo a este filósofo, la proyección siempre se imagina conductas en un tiempo futuro. Cuando nos referimos a las expectativas, justamente, tenemos en cuenta un porvenir imaginario donde se ponen en juego los comportamientos de las embarazadas.

Para Schutz (1974), es necesario hacer una diferencia entre acto y acción para comprender el análisis al que buscamos llegar. Los actos son eventos ya realizados, materializados, que están en nuestros repertorios; en cambio, la acción supone una proyección, la experiencia de estar concretando el acto. Las acciones son conductas motivadas (Schutz, 1974, citado en Alves, 2016) que implican expectativas e intenciones que pueden ser cumplidas o no, pero acarrear prácticas concretas. En palabras de Alves (2016), «poder elegir un determinado flujo de conductas está relacionado, en cada instancia, al campo de posibilidades presentes en el horizonte de los actores» (p. 135).

Entre estas expectativas encontramos referencias sobre lo que las embarazadas deberían hacer para que su bebé nazca de tal o cual manera. Por ejemplo, existen recomendaciones de que las mujeres sean personas activas durante su embarazo para que sus trabajos de partos no sean demasiado duraderos, ni dolorosos. Estas sugerencias tienen sus reflejos en experiencias previas de embarazo de ellas mismas o de otras mujeres y se convierten así en discursos encarnados (Zigon, 2009), de modo que se van creando esas explicaciones «para» que nos dan nuestras/os interlocutoras/es.

Las expectativas hacia las embarazadas y parturientas tienen base en lo que Schutz (1974) llama «motivos para» (p. 88), es decir, están relacionadas con un futuro condicional que marca cómo debería comportarse la embarazada, e incluso pueden ser explicaciones de las mismas mujeres al intentar dar sentido a sus acciones. Cuando las narraciones corresponden a un pasado, aparecen los «motivos porque» (p. 88), que explican por qué actuaron de la manera que lo hicieron.

En este intento de construir esta categoría, algunas reflexiones de Zigon (2009) permiten pensar dónde se sitúan o cómo circulan las expectativas. Según este autor, circulan discursos diferentes que pueden provenir de las instituciones, del ámbito público o, incluso, de lo que se ha encarnado en las personas. Todas estas posturas pueden estar unificadas o no, pueden tener jerarquías diferentes según de dónde o de quién provengan, pueden estar comprobadas o no científicamente, etc. En referencia a qué deberían hacer las embarazadas, encontramos que los individuos no necesariamente siguen estos mandatos al pie de la letra, y ello tampoco recae en un castigo; más bien estamos hablando de «una retórica muy persuasiva de una verdad» (Zigon, 2009, p. 80).

Las mujeres se encuentran con discursos institucionales, hospitalarios o comunitarios, con lo que sus allegados les dicen, con saberes populares, con sus mismos sentidos comunes, etc. Siguiendo el análisis de Zigon (2009), estas son disposiciones irreflexivas de la vida cotidiana que recién se articulan y organizan en situaciones donde las personas hablan sobre sus acciones ante un público determinado, es decir, son pre-reflexivos. Lo cierto es que, sea cual sea el formato en que circulen, influyen en la toma de decisiones de las mujeres. En otras palabras, los discursos dan cuerpo conceptual a las expectativas, circulan en el mundo de las embarazadas de diferentes maneras e intervienen en las elecciones de cada una.

Resumidamente, expectativas es una categoría que permite comprender los discursos circulantes alrededor de las mujeres y sus decisiones (Zigon, 2009), sin cerrar a la elección de caminos diversificados (Mol, 2008). Esta noción obliga a pensar en las subjetividades, en los discursos encarnados de las personas/mujeres, en por qué y para qué de lo que ellas hacen, sus trayectos y proyectos (Schutz, 1974). Sobre todo, lleva a reflexionar en lo que la gente hace, en las acciones concretas que las mujeres llevan adelante durante sus embarazos y cómo estas fueron respondiendo a las expectativas que tenían el hospital y la comunidad, sin limitarnos a interpretar lo que debería ser dentro de una u otra medicina. En este sentido, la categoría de expectativas ordena en tanto permite ubicar proyectos de distintas/os agentes hacia las embarazadas. Algunas de ellas son comunes, como por ejemplo la exigencia de control en el SPS y la prevención del riesgo, aunque sus fundamentos son diferentes.

Las expectativas, entonces, son proyectos que se disponen sobre las embarazadas para que cumplan ciertas tareas, acciones, etc.; es lo que se espera de —proyecta en— ellas. Están establecidas dentro de una «lógica para», es decir, a fin de que el parto llegue a buen término y

nazca una/o niña/o sana/o. Estas proyecciones pueden ser personales, profesionales o familiares, y pueden responder a conceptos biomédicos o no; en síntesis, pueden ser extensibles a discursos más allá del sistema biomédico.

En este texto no profundizaré en cómo son interpretadas las expectativas por las mismas mujeres porque se trata de un análisis sobre su acción en respuesta a los discursos encarnados. Sin embargo, es importante reconocer que ellas deben negociarlas, lidiar con otras personas que también tienen contradicciones y acomodar esas expectativas a sus propios fines y posibilidades. En última instancia, las expectativas son ordenadoras del mundo social porque desde acá se despliegan prácticas de las/os agentes, no solo de las mujeres embarazadas, sino también del personal de salud.

Considero que pensar en expectativas permite romper con los modelos sobre el bien y el mal o del deber o no deber. En otras palabras, es una posibilidad de separarnos de descripciones etnográficas que intentan explicar desde la «lógica para», es decir, cómo las mujeres deberían llevar adelante un nacimiento a «buen término» o si responden o no a la biomedicina o a la medicina indígena. Las mujeres deben entablar nuevos diálogos con lo que se espera de ellas cuando están embarazadas. De hecho, la agencia de las mujeres en estos contextos de intermedialidad ya ha sido trabajada en otros espacios (Cantore, 2003; Cantore & Bertoni, 2021) y, por las extensiones de este texto, me interesa aquí sistematizar únicamente las expectativas del personal de salud buscando reconocer qué esperan estos sujetos.

### **Controlar y evitar riesgos en el embarazo**

El caso etnográfico de Celia es útil para saltar entre distintos temas que engloban intereses de las instituciones del SPS y de sus representantes. La muerte de esta mujer me permite escabullirme entre los controles gestacionales y los potenciales riesgos de un embarazo.

El «control» de los embarazos siempre es justificado a través de la idea de «riesgo». Los dos términos son categorías retomadas especialmente del personal sanitario y tienen la particularidad de ser constantes. Sean médicas/os, agentes sanitarias/os o funcionarias/os, siempre hablan de la necesidad de *controlar* los embarazos para evitar *riesgos*. Sin embargo, funcionan de manera situacional, es decir, se ponen en juego en momentos de conmoción como la muerte de Celia. Como vemos, ambas nociones están completamente vinculadas, pero serán analizadas por separado solo a fines analíticos.

### **La exigencia de controlar los embarazos**

Como mencioné, la necesidad de control de los embarazos se justifica en la idea de riesgo. Este último es potencial: siempre existe la posibilidad de que suceda algo que la biomedicina no considere parte del desarrollo «normal» de un embarazo y lo convierta en riesgoso. Por lo tanto, se asume que el control del proceso gestacional permitirá registrar esas alertas con anterioridad. Sin embargo, muchas veces el control está más vinculado a la agilidad de las prácticas médicas que a las posibilidades reales de un problema. Hacer un seguimiento de la paciente permite desarrollar prácticas ya conocidas para las/os médicas/os y tener la situación lo mejor controlada posible (Davis-Floyd & Davis, 1996; Jordan, 1993).

Por una u otra razón, el control en el discurso del SPS es siempre un «motivo para», es decir, tiene

sustento en una posibilidad futura donde se justifican acciones previas. En otras palabras, el control biomédico permite que las/os profesionales desarrollen prácticas conocidas para ellas/os, aunque la justificación se base en la «otra», la gestante, en proyección y beneficio de ella. En consecuencia, la reducción de riesgos o el desarrollo rutinario del quehacer biomédico se transforma en una expectativa tanto de la institución hospitalaria y del personal médico como del discurso político de la salud pública.

No obstante, el control no se focaliza en el sentido abstracto del paradigma biomédico, sino en el sentido práctico del hacer rutinario de las/os profesionales que condensa sus propias formaciones. Por parte del personal médico, la falta de controles suele ser una queja constante. Las/os agentes del sector de la salud destinan gran energía y múltiples estrategias para que las mujeres consulten en el SPS cuando están embarazadas. En cada charla que brindan en las comunidades, en las entrevistas, en sus tareas diarias, en las reuniones internas y en *spots*<sup>4</sup> de prevención sanitaria hacen referencia a la necesidad de que las mujeres indígenas acudan al sistema formal por sus embarazos.

Una obstétrica me contó en una entrevista algunas de las estrategias que utiliza con las embarazadas primíparas para conocer el estado de parto. A partir de mis preguntas sobre el estado en que las mujeres indígenas asistían al hospital para parir y la posición que principalmente escogían, ella fue desarrollando una de las maneras de conocer el estado general del embarazo y anticiparse al desarrollo del parto. Respondió que, en general, prefieren parir en cuclillas y marcó una diferencia entre quienes transitan su primer parto y quienes no:

Las mujeres que ya tienen varios hijos son quienes llegan más justas a parir. En cambio, las primíparas siempre vienen con miedo, a veces con uno de dilatación. Ahí yo aprovecho y les pido una internación de veinticuatro horas en la que puedan hacerles todos los análisis. Una vez que tienen todo les aviso que su bebé no va a nacer todavía porque recién empieza la dilatación, las mando de nuevo a la comunidad donde viven y pido que [las/os agentes sanitarias/os] les hagan seguimiento. En cambio, las multíparas ya vienen directamente a tener. Ya vienen, se levantan [la pollera] y paren (N. Lorandi<sup>5</sup>, obstétrica, comunicación personal, 22 de agosto, 2021).

En el registro se puede notar una primera diferencia que hace la obstétrica entre quienes ya transitaron un parto y quienes no, pero el punto que llama la atención es que esta profesional aprovecha el desconocimiento de las primíparas para realizar controles que considera básicos para que el nacimiento se desarrolle en buenos términos. Esto implica que las mujeres pasen al menos un día en el hospital, se les realicen los estudios y, una vez el personal de salud confirme que está todo bien, se les permita volver a sus casas y esperar que la dilatación aumente para dar lugar al parto. Retornar a sus viviendas no las excede del control porque es ahí donde se les pide a las/os agentes sanitarias/os indígenas (ASI) que hagan el seguimiento.

En efecto, las/os ASI aprovechan cualquier situación para recomendar el control en el hospital. En un recorrido para vacunar, las/os promotoras/es advirtieron de una embarazada que no estaban teniendo en cuenta:

---

<sup>4</sup> Ver, por ejemplo, <https://www.youtube.com/watch?v=va0BFO6OoVQ>

<sup>5</sup> Los nombres de las personas han sido modificados para preservar el anonimato en la investigación.

Llegamos a la casa. Había tres mujeres y un varón. Mientras un ASI vacunaba, otra pidió los DNI y algunos datos para completar registros censales. Advirtió entonces que una joven estaba embarazada y que no tenía sus datos. Ella venía de una comunidad del centro de la provincia y transitaba un embarazo de cinco meses. Entonces las/os ASI la enviaron a consultar por el estado de su embarazo con un médico (A. Cantore, observación participante, 1 de septiembre, 2021).

Las formas en que los representantes del SPS detectan un embarazo son diversas. A veces lo hacen cuando están dando charlas y ven el vientre de una embarazada, cuando las mujeres se acercan a la salita por algún trámite burocrático o, como muestra el registro, en los recorridos por las comunidades en el marco de otros programas o políticas, como la campaña de vacunación. Por lo tanto, no es la iniciativa propia de las mujeres la de controlar sus embarazos, sino un conjunto de estrategias que despliegan las/os ASI, que en contextos de intermedicalidad son actores claves y saben que el seguimiento gestacional es una exigencia del Ministerio de Salud que recae principalmente sobre ellas/os.

En las tareas para el seguimiento de las embarazadas se juegan jerarquías hospitalarias. El rol de ASI se considera clave por la cercanía con las familias indígenas. De tal forma, las/los especialistas aseguran que las/os promotoras/es son quienes deben detectar los embarazos de las mujeres que no consultan e incidir en que se realicen al menos un control trimestral. En efecto, en lo que sigue veremos cómo, a pesar de que el control es fundamental para las obstétricas, su atención se delega a profesionales de rangos menores y en las reuniones internas se marcan las jerarquías.

Durante una charla en el hospital todas las personas resaltaban que las mujeres indígenas llegaban con el trabajo de parto ya hecho porque lo hacían en la aldea. Entonces una de las obstétricas interrumpió diciendo que habría que reforzar la atención médica perinatal porque muchas veces llegaban y no tenían ningún control realizado. Una de las ASI intervino diciendo que no eran de sus comunidades, que esas mujeres venían de Paraguay a parir con 32 o 33 semanas; entonces no tenían seguimiento. Otra promotora la apoyó y dijo que las mujeres de la comunidad se hacen al menos un control trimestral. La jefa de obstetricia marcó que con esa cantidad de estudios alcanza, que lo imprescindible son las ecografías trimestrales y explicó para qué sirve cada una. Luego, preguntó cómo era la captación de los embarazos en las comunidades. Las/os ASI respondieron que, en general, se les pregunta cuando se les ve la panza, y ahí las mujeres van solas a hacerse ecografía y laboratorio. Sumaron que a veces, cuando llegaban al parto en el hospital, no traían los estudios. En ese momento, las/os presentes decidieron que se podía dejar una copia en el hospital y propusieron armar un fichero para tener acceso a esa información (A. Cantore, observación participante, 12 de noviembre, 2019).

Este registro permite hacer varias lecturas. Por un lado, se evidencia, en línea con lo mencionado previamente, que se establecen jerarquías de roles institucionales según las tareas que les corresponden. A las/os agentes se les exige y culpabiliza por la detección y el seguimiento de las mujeres embarazadas, pero saben que no pueden obligar a las personas a los controles. Además, en el encuentro diferencian las familias de sus comunidades de las de Paraguay, que en el

imaginario de la triple frontera representa «lo malo», «lo menor» o «lo peligroso»<sup>6</sup>. Con este tipo de explicaciones, las/os promotoras/es buscan que no recaiga sobre ellas/os lo que las personas hacen. A su vez, este registro fortalece la afirmación de que estas/os agentes utilizan cada oportunidad para promover el control biomédico gestacional.

Por otro lado, el personal obstétrico también busca sus propias formas de llegar a las mujeres y conocer el estado de su embarazo. En esa medida, reducen la cantidad de estudios a «lo imprescindible» y buscan nuevas herramientas. Es preciso anotar que por «lo imprescindible» se refieren a aquellos datos que necesitan para desarrollar su trabajo de manera rutinaria, es decir, información estadística para conocer el riesgo sobre la salud y la vida de la embarazada y el feto. Asimismo, con los nuevos instrumentos, como el fichero, buscan que el acceso a esa información no quede únicamente en manos de las embarazadas.

Todo el cuerpo médico coincide en que, si las mujeres llegan a parir sin los estudios previos, se pueden generar problemas. En efecto, el control fue la primera referencia de una médica pediatra que entrevisté. Cuando le presenté mi interés en investigar sobre el embarazo de las mujeres mbya, enseguida resaltó su relevancia y vinculó el proceso directamente al control gestacional:

Sí, eso es lo más importante porque las mujeres muchas veces llegan al hospital sin los controles [...] llegan en las últimas a parir y no sabes con qué te vas a encontrar. En esos casos existían algunas dificultades; por ejemplo, muchos casos de sífilis que se transmitía a las/os bebés o situaciones de desnutrición. Sin embargo, no consideraba que se trate de un problema específico de las mujeres indígenas, sino de la falta de recursos de la salud pública, incluidos los recursos humanos por la imposibilidad de una dedicación total y posibilidad de hacer un seguimiento constante. Además, creía que el aumento de partos hospitalarios estaba ligado a la restricción del monte, siendo cada vez es más difícil encontrar medicinas de plantas (S. Rodríguez, comunicación personal, 28 de febrero, 2018).

La pediatra comparte con el resto del cuerpo médico que el control es un paso fundamental para el parto, y resalta el peligro de no conocer datos de alerta o enfermedades previas que tienen solución biomédica. La especialista es clara en que la falta de esta información incomoda la práctica médica cuando dice «no sabes con qué te vas a encontrar». Así se ponen a prueba las prácticas rutinarias y conocidas para estas profesionales, obligándolas a responder según cada situación.

Otro punto para resaltar de esta conversación es la mirada más integral de lo que sucede en el hospital. Muchas de las dificultades de acceso a servicios no afectan únicamente a las mujeres indígenas, sino a la población general de la ciudad que también se encuentra con dificultades socioeconómicas. En este sentido, considera que realizar los estudios ginecológicos no depende únicamente del trabajo de las/os ASI o de la voluntad de las mujeres, sino que se relaciona además con la falta de recursos en el SPS. Por otro lado, la especialista resalta que parte de los cambios que están sucediendo en las formas de parir se vinculan al arrinconamiento territorial y la dificultad para proveerse de fitomedicina. Al respecto, vale advertir que esta es la única médica que

---

<sup>6</sup> En la triple frontera corrientemente circulan imaginarios negativos sobre las/os paraguayas/os, a quienes se estigmatiza y vincula a diferentes problemáticas como el alcoholismo, la prostitución, el narcotráfico, etc. (Renoldi, 2013). En el registro vemos que se extienden estas apreciaciones sobre el comportamiento esperado de las embarazadas.

establece tal asociación de manera tan directa.

Como mencioné, no se trata solo de si una expectativa responde a la formación biomédica de los profesionales. Este punto no es excluyente porque cuando las proyecciones son personales ponen en juego todo el bagaje de conocimiento y experiencias de las personas y, en este sentido, van más allá del encasillamiento de los sistemas médicos. No obstante, lo interesante del planteo es que las proyecciones hacia las mujeres indígenas embarazadas no son la consecuencia de un modelo, sino que son el resultado de las interacciones, de estar ejerciendo su práctica en un espacio determinado; es una expectativa que se exacerba especialmente para las mujeres mbya en un ámbito donde la interacción con el SPS es cotidiana.

### **La posibilidad del riesgo**

El interés en el riesgo para la antropología no es nuevo. Douglas (1973), por ejemplo, consideró que este concepto es clasificado de manera diferente según cada grupo social, y lo define como aquello que presenta características ambiguas y no encaja en el esquema simbólico de manera clara, afectando el orden social. Esta antropóloga afirma que el riesgo tiene una dimensión subjetiva, es decir, que adquiere valor dependiendo de quien esté observando. Dicha noción continuó en la antropología, especialmente en aquellos trabajos que focalizaron en cómo las situaciones de riesgo se asignaban a población indígena (Lorenzetti, 2017).

Sin embargo, mi interés está en pensar qué efectos tiene la noción de riesgo cuando empieza a circular como categoría de uso cotidiano entre profesionales de salud, referentes de las comunidades y las mismas mujeres. El punto de partida de este análisis es la pregunta sobre cuándo el riesgo se convierte en un problema. En este sentido, para Schutz (1974), los individuos se deparan con una situación que, por falta de conocimientos específicos, no pueden enfrentar. A nuestros fines, no se trata de si el riesgo en un embarazo puede abordarse por conocimientos indígenas o de la biomedicina, sino desde el desconocimiento, es decir, se transforma en un problema al no ser parte de los elementos del mundo cotidiano.

Siguiendo a Schutz (1974), un riesgo no es para el sujeto un problema en sí mismo; solo se transforma en tal cuando lo que sucede no se enmarca en su acervo de conocimiento. Cuando surgen experiencias que son difíciles de clasificar sin contradicciones, nos obligan a poner en cuestión aquellas cosas que damos por sentadas o sabidas. Se trata de situaciones que irrumpen en la vida cotidiana transformando una experiencia en problemática. Por lo tanto, las personas se enfrentan con problemas cuando una circunstancia no puede tipificarse en su experiencia ontológica, biográfica y social y se ven obligadas a buscar soluciones o explicaciones nuevas, aportando nuevos conocimientos al marco de referencia individual.

Desde esta perspectiva, un riesgo o una complicación durante el embarazo y parto puede ser un problema para las mujeres, sin que necesariamente lo sea para las/os profesionales que ya han lidiado con ello. Es decir, las/os médicas/os conocen esas complicaciones y sus características y saben cuáles son las técnicas y procedimientos para enfrentarse a ellas. Aquello que el personal de salud denomina «riesgo» es algo que consideran probable o parte del proceso de embarazo, pero no representa un problema para las personas; el riesgo solo se transforma en un problema para la gente cuando no conoce las herramientas para batallar con este.

La reducción de riesgo es, quizá, la expectativa máxima del SPS. La posibilidad de que exista algún

peligro o la imprevisibilidad del proceso hace a esta categoría protagonista del discurso y las prácticas de la biomedicina (Pollock, 2009). Esta noción tomó relevancia en mi investigación cuando advertí que siempre era mencionada por las/os agentes. Si bien en el SPS el embarazo no es considerado una patología o enfermedad, la posibilidad de que con este se desarrollen problemas de salud justificaría la intervención sanitaria (Blázquez Rodríguez, 2005), y de igual manera para las mujeres mbya el embarazo está lejos de ser considerado una afección. Por lo tanto, el «riesgo» es una categoría utilizada principalmente por las/os profesionales de salud.

El «riesgo» es un término donde los discursos médicos se encuentran y concuerdan, pero también ha comenzado a ser utilizado por las/os agentes sanitarias/os, apuntando fuertemente a su control. El discurso médico hegemónico es unificado en relación con el control durante la gestación para la prevención del riesgo, y muchas veces se transforma más en una exigencia que en una expectativa. No entra en discusión que las embarazadas deben controlarse para cuidarse y cuidar el desarrollo del feto. Una licenciada en obstetricia presenta este aspecto:

Me comentó su insistencia en que el parto sea en el hospital porque en el parto domiciliario no se contemplaban situaciones riesgosas. Los embarazos que más peligros tenían eran aquellos con riesgo de preeclampsia, el mayor motivo de muerte materna. Ella notaba que, muchas veces, cuando las mujeres llegaban a parir tenían la presión alta o diabetes gestacional, pero no lo sabían por la falta de controles. Me comentó que las mujeres solían hacerse solo ecografías y que pensaban [que eso] alcanzaba para conocer el estado de su embarazo. Pero con estas [pruebas] solo se conocen el peso y talla y son necesarios otros estudios para otros datos importantes como la presión o diabetes. Le pregunté cuáles eran las exigencias mínimas en los embarazos, [y] me dijo que esos dos estudios [diabetes y presión] y al menos una ecografía trimestral. Agregó que las mujeres indígenas solían hacerse una o dos y esquivaban los análisis de sangre. Ella insistía en estos análisis porque le permitía detectar infecciones transmisibles por el canal de parto como HIV, sífilis y hepatitis B (R. Gil, comunicación personal, 22 de agosto, 2021).

En este registro vemos que el riesgo es asociado directamente a la prevención de otras enfermedades que supuestamente pueden evitarse o controlarse con diferentes estudios. Como bien dice la obstétrica, la ecografía solo permite dar cuenta de la edad gestacional del feto, pero no otras situaciones como la detección de infecciones de transmisión sexual (ITS), que es una preocupación médica.

Surge entonces la idea que Lorenzetti (2017) expone de que una buena paciente es quien cumple con las recomendaciones propuestas por las/os profesionales. Las mujeres que se realizan los controles y estudios médicos, priorizando estos sobre las «costumbres mbya» (las eliminan o no), son consideradas como «buenas madres», preocupadas por su estado de salud y de sus futuras/os hijas/os. Contrariamente, quienes no cumplen estas prescripciones son «productoras de riesgos» a quienes no se les pueden detectar ITS o que desencajen las prácticas médicas. En este sentido, volviendo a la propuesta de Schutz (1974), la falta de control es lo que presenta un problema a las/os médicas/os y no el riesgo en sí mismo.

El «riesgo», de hecho, ha comenzado a ser una categoría contemplada por las/os indígenas, pero me interesa aquí abordar cómo es ese proceso de incorporación. Nuevamente, a través del caso de Celia se puede observar que se convierte en un tema de charla en el día a día, en cada ocasión

posible. Me gustaría mencionar dos momentos diferentes en que Carla lo retomó: una es una charla interna entre agentes sanitarias/os, y la otra es una reunión comunitaria. En la primera,

Carla comenzó diciendo que hay que explicarle bien a la gente porque muchas pensaban que Celia falleció a causa de la cesárea y que era necesario explicar que no había sido así. Juan, otro agente, dijo que también había escuchado eso. Se había encontrado con una familia en el hospital y tuvo que aclarar que la causa de la muerte no fue la cesárea, sino que había sido un virus. Carla mencionó el nombre exacto del virus para asistir lo que decía Juan. Él agregó que le habían preguntado si murió por COVID y tuvo que explicar que no, que era un virus que causaba hipertensión. Todas/os las/os presentes en la conversación insistieron en que, si la muchacha se hubiera hecho los controles [de embarazo], la hubieran podido tratar [las/os médicas/os], pero también explicaron lo excepcional del virus. Dijeron: «Eso lo tienen una mujer en mil» (M. Lorenzetti & A. Cantore, observación participante, observación participante, 1 de septiembre, 2021).

En la segunda situación,

Carla convocó a una reunión para hablar sobre el programa contra la malnutrición que se está llevando adelante, pero se mencionaron temas diversos. Solo estaban presentes las mujeres de la comunidad con sus hijas/os. Entre ellas/os, hizo énfasis en los controles. Dijo que era importante que cuando las mujeres están embarazadas se hagan los controles y, sin nombrar a Celia, sumó «Eso se podría haber evitado si se hubiera realizado los controles», y continuó diciendo que ellas ahora podían hacerse los análisis sin pedir turnos previos. Agregó que cuando una mujer se daba cuenta de que ya no le venía la menstruación por algo, no [debía] esperar a que no le baje [la sangre] dos o tres veces; con una vez debía ir a hacer la consulta (M. Lorenzetti & A. Cantore, observación participante, observación participante, 26 de agosto, 2021).

Diferentes cuestiones surgen de estos registros. En primer lugar, la situación de pandemia por COVID-19 lleva a confusiones e interpretaciones contextuales sobre la muerte. Segundo, a simple vista se puede notar que en ambos casos está la idea de que se podría haber evitado. Es entonces cuando el trabajo de las/os ASI cobra relevancia nuevamente.

Como mencioné, la muerte de esta joven fue disparadora de preguntas, inquietudes y confusiones. La pandemia por COVID-19 atravesó la vida de las personas en dimensiones inimaginables<sup>7</sup>. Como cuenta Juan, cuando intentan explicar que la muchacha falleció por un virus, inmediatamente la asociación es al COVID-19. Cualquier persona no familiarizada con términos de la biomedicina desconoce qué es un virus e, incluso, las/os no especialistas tienen dificultades para explicarlo. Sin embargo, la pandemia popularizó la categoría de «virus» más allá de su definición científica, otorgando un marco de interpretación contextual a diferentes situaciones. En este caso, la asociación al coronavirus fue directa y obligó a las/os agentes a explicitar ese conocimiento técnico.

En este escenario, el riesgo comienza a convertirse en un problema para las mujeres. Es decir, ellas desconocen qué es y cuáles son los métodos y técnicas para enfrentar algo como un virus;

---

<sup>7</sup> Sobre la situación de la población mbya en Misiones durante la pandemia por COVID-19, ver Aliata et al. (2020), Lorenzetti y Cantore (2022) y Hecht et al., (2021).

posiblemente es la primera vez que deban lidiar con situaciones de este tipo ubicadas en un marco de interpretación biomédico. En el registro de Celia, las personas preguntan qué es el virus, si murió por coronavirus o por la cesárea, qué tan excepcional es el hecho, etc. Tal desconocimiento para enfrentar este problema llena de preguntas y cuestionamientos a las mujeres que intentan comprender lo sucedido. En el caso de las/os profesionales, no se trata de un problema, sino de algo que tiene fácil solución con más controles, con al menos un seguimiento trimestral, con nominar como «diabetes gestacional» o «preeclampsia» algunos de esos riesgos, entre otras medidas.

Si bien durante la pandemia se interpretaron diferentes situaciones bajo la idea de virus, es necesario aclarar que no es la primera vez que personas indígenas preguntan a qué se refiere ese término y cuáles son sus consecuencias. Recuerdo dos ocasiones en las que me vi en el embrollo de intentar explicarlo, no con mucho éxito. La primera, en una charla con un varón adulto cuando me preguntó qué era el HIV, y encontré dificultades porque me di cuenta de que él no sabía a qué me refería con virus. La segunda, cuando en una charla organizada por equipos médicos del hospital les preguntaron a las mujeres si habían escuchado hablar del HIV y respondieron al unísono que no. Mi pequeña intervención fue preguntar si habían escuchado hablar del sida, lo que dio pie a las profesionales para explicar la infección y su diferencia con la enfermedad. Estos y otros ejemplos permiten exponer la dificultad para explicar los riesgos y la muerte cuando se expresa en términos no cotidianos para las personas.

Lo anterior nos lleva al segundo punto: que esa muerte se podría haber evitado. Se trata de dos situaciones donde se replica la misma idea: el control previene o elimina la posibilidad de riesgo y, especialmente, la probabilidad de fallecimiento. Esta es una visión que responde a las/os profesionales de salud, pero posiblemente no sea igual para las/os indígenas. Al decir «se podría haber evitado» se fortalece el trabajo de las/os ASI cuando enfatizan en el control porque para evitar un mal desenlace del parto. Como vemos en el primer registro, cuando ellas/os hablan sobre el tema, coinciden en que deben trabajar en prevenir estas situaciones.

Lentamente, la importancia en la reducción de riesgo se va transformando en una cuestión comunitaria, pero son las particularidades del espacio y del tiempo las que permiten esa incorporación. Es un proceso que se genera a través del diálogo constante con los servicios de salud, con la cercanía de las locaciones y el hospital, con la posibilidad de contar con salas en — o muy cerca de— los núcleos habitacionales, y con la articulación entre las/os ASI.

Podemos dar cuenta de que el riesgo no es un concepto unívoco, sino una construcción social que cobra sentido en situaciones determinadas, en momentos en los que los marcos de conocimiento no dan respuesta. Incluso, puede no tener el mismo sentido social aun cuando estamos en el mismo escenario etnográfico: mientras que las/os profesionales se refieren a categorías biomédicas, para las mujeres se expresa a través de la muerte de Celia. Este fallecimiento carga de sentido el SPS para las embarazadas, y esa misma situación es la que hace rebotar la expectativa médica. Así se va generando la construcción social del riesgo en este contexto determinado.

Las situaciones relatadas se dieron con personas y en momentos diferentes. En la primera vemos a las/os agentes de salud en una conversación interna, entre pares, donde pueden coincidir o discutir sobre la temática que están tratando. En la otra, hay un público al que se le habla y el

discurso es más organizado y coherente; se dirige a las mujeres indígenas y se les dice lo que se espera de ellas. Carla, como la agente que vincula a las familias indígenas, va llevando las ideas de un lugar a otro.

Un punto para resaltar es que Celia no es nombrada. En la charla comunitaria no se la menciona, pero se alude a ella y todo el mundo comprende la referencia. Su muerte funciona como un ejemplo contextual que es ubicado en el extremo más duro y difícil del riesgo: la muerte. Más allá de este caso, otras veces he escuchado frases de las/os especialistas a las embarazadas como «Ahora está primero tu bebé», «Vos tenés que pensar primero en tu bebé» o «Es peligroso para vos y tu bebé», que se formulan cuando se detectan situaciones complejas. De esta manera, las personas comienzan a asociar el embarazo y el parto al riesgo, que va generando nuevos miedos, reales o imaginarios.

## CONCLUSIONES

La introducción de este texto es un relato etnográfico sobre una muerte materna. Este registro permite abordar la discusión teórica sobre el análisis de la salud indígena en antropología, intentando romper con modelos cerrados de atención. Contrariamente, propuse la categoría analítica-descriptiva de expectativas porque me permite acercarme a otras dimensiones que se combinan en el caso de Celia, especialmente lo referido al control y al riesgo del embarazo.

La antropología suele pensar al modelo biomédico, que compete a profesionales de salud, como completamente distante del modelo *folk*, donde se incluirían las cosmologías y materialidades indígenas con sus respectivas/os referentes. Esta discusión me queda incómoda para analizar los procesos de embarazo y parto en un escenario de intermedicalidad; de aquí que reflexionar sobre las expectativas de las personas, es decir, en lo que estas creen que debe hacer una mujer embarazada en el proceso, rompe con un análisis donde concluya si las embarazadas cumplen o no lo que el SPS pretende sobre ellas. Dichas proyecciones no se limitan a interpretaciones de sistemas médicos, sino que se construyen en cada espacio histórico geográfico determinado.

Aquí seleccioné únicamente las expectativas de diferentes agentes del SPS porque me permitieron ver, también, con qué situaciones y discursos deben lidiar las mujeres. Sin embargo, es una categoría que podría ser extrapolada al análisis sobre lo que esperan las comunidades, las familias, el Estado provincial o nacional, las escuelas, o las mismas embarazadas. En otras palabras, pensar en expectativas es un arriesgo teórico para analizar cómo en los discursos se condensan proyecciones sobre lo que deberían hacer las mujeres durante este periodo. Como mencioné, esto no quiere decir que deba focalizarse en si las personas responden o no a esa expectativa. Además, dichas conductas esperadas permiten focalizar en diferencias y similitudes entre actores que pertenecen a una misma institución como las/os profesionales del SPS.

Las expectativas no son normas ni reglas claras ordenadas ni homogéneas; marcan «motivos para» (Schutz, 1974), esto es, cómo debería actuar la embarazada para, por ejemplo, parir sin riesgos. Estas proyecciones se manifiestan en discursos circundantes (Zigon, 2009), pero se cierran en una lógica de la elección (Mol, 2008). Asimismo, se fijan en discursos sociales más amplios como lo que las personas piensan sobre las maternidades indígenas. Cuando emergen casos como el de

Celia, las expectativas se reavivan porque las circunstancias desencadenan conmociones e inquietudes que circulan en diferentes ámbitos comunitarios y hospitalarios. Desde aquí, profundicé en el control y el riesgo durante el embarazo y parto.

Las expectativas sobre el control y el riesgo van de la mano, y son de hecho las únicas sobre las que encontré una voz uniforme en el personal de salud. Ahora bien, será propuesta de nuevas investigaciones indagar en la heterogeneidad de expectativas del SPS, de las/los indígenas y de las embarazadas. Afirmé que la institución en su conjunto espera que las mujeres realicen controles de sus embarazos para evitar riesgos, lo que obliga a las/os profesionales a crear estrategias para que las mujeres cumplan con ellos.

De igual forma, advertí que, para lograr este objetivo, gran parte de las acciones recaen en las/os agentes sanitarias/os por ser el nexo entre las comunidades y el hospital. Ellas/os son quienes se encargan de la detección de embarazos, el seguimiento de las embarazadas y acompañarlas en instancias de consulta. Sin embargo, las/os profesionales también se ven obligadas/os a adaptarse a situaciones contextuales y buscar estrategias como disminuir al mínimo la cantidad de estudios y consultas, aunque ello implique no cumplir completamente su expectativa.

Desde la noción de riesgo se pueden reinterpretar hechos pasados; por ejemplo, la muerte de Celia como modelo de quien no cumplió con los controles. Este caso conllevó tanta conmoción que no era necesario nombrar a la mujer cuando se hablaba de ella y se la tomaba como un ejemplo de lo que podría suceder con la falta de control. En la charla comunitaria no se mencionó su nombre; se habló en abstracto, pero todas las personas la tenían de referencia. Celia fue el ejemplo contextual para mostrar la forma más cruel del riesgo. Es entonces cuando las mujeres reconocen peligros, los asimilan y responden a ellos. Las embarazadas se hacen más controles, atraviesan cesáreas, recrean sus trayectorias desde esta categoría de manera muy variable y se va estableciendo la construcción social del riesgo.

El último punto que quiero resaltar es que las expectativas son situacionales; no son un simple reflejo del paradigma biomédico o tradicional, sino un punto de reflexión con miras hacia adelante (acciones proyectadas). Las expectativas pueden ser registradas etnográficamente porque reflejan la práctica profesional, la relación de las tareas de profesionales en un contexto determinado (con mujeres mbya embarazadas en el norte de Misiones) y en momentos particulares (una muerte confusa y conmocionante).

## DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERÉS

La rigurosidad y objetividad de esta investigación está exenta de conflictos de interés personales o externos durante todas sus etapas.

## REFERENCIAS

Aliata, S., Brosky, J., Cantore, A., Enriz, N., García, M., Golé, C., . . . Rodríguez, M. L. (2020). *La educación intercultural bilingüe en Chaco y Misiones frente a la pandemia del COVID-19*. Riosp-Conicet. Retrieved from <https://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/Informe-EIB-en-contexto-COVID-19.pdf>

- Alves, P. (2016). Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, & E. N. Ruiz (Eds.), *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 125-146). Cepes-IMS/UERJ. Retrieved from [https://www.researchgate.net/publication/344460692\\_ITINERARIO\\_TERAPEUTICO\\_CUIDADOS\\_A\\_SAUDE\\_E\\_A\\_EXPERIENCIA\\_DE\\_ADOECIMENTO](https://www.researchgate.net/publication/344460692_ITINERARIO_TERAPEUTICO_CUIDADOS_A_SAUDE_E_A_EXPERIENCIA_DE_ADOECIMENTO)
- Blázquez Rodríguez, I. (2005). Aproximaciones a la antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*(42), 1-25. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62304208>
- Cantore, A. (2003). *Kuña ipuru'a ha'e imemby'a. Cuidados de embarazadas y parturientas mbya guaraní en Iguazú (Misiones)*. [Tesis doctoral, UBA y UFBA]. Repositorio Universidade Federal da Bahia. Obtenido de <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/38939/1/CANTORE%20TESIS%20DOCTORADO.pdf>
- Cantore, A. (2021). Hacer trabajo de campo con mbya guaraní. Relaciones de género y edad. *Avá*(39), 232-252. Obtenido de <https://ojs.ava.unam.edu.ar/index.php/files/article/view/163>
- Cantore, A., & Bertoni, M. B. (2021). Mujeres indígenas mbyá-guaraní y migrantes bolivianas en Argentina: Comparaciones etnográficas sobre sus partos y atenciones sanitarias. *Antropología Experimental*(21), 469-484. doi:<http://dx.doi.org/10.17561/rae.v21.6292>
- Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an American rite of passage*. University of California Press.
- Davis-Floyd, R., & Davis, E. (1996). Intuition as authoritative knowledge in midwifery and homebirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 237-269. doi:<https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00080>
- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Siglo XXI.
- Follér, M. L. (2004). Intermedialidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. En J. Langdon, & L. Garnelo (Eds.), *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa* (págs. 103-116). Associação Brasileira de Antropologia.
- Hecht, A. C., García, M., & Enriz, N. M. (2021). «Pudimos seguir adelante a pesar de las dificultades»: reflexiones de docentes sobre la educación en los pueblos toba/qom y mbyá-guaraní durante la pandemia de COVID-19 en Argentina. *Albuquerque: Revista de História*, 13(25), 63-81. doi:<https://doi.org/10.46401/ardh.2021.v13.12476>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina [Indec]. (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*.
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and United States*. Waveland Press, Inc.
- Kleinman, A., & Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: From cultural category to personal experience. *Culture Medicine and Psychiatry*, 15. doi:<https://doi.org/10.1007/BF00046540>
- Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258. Obtenido de <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-88-2-251>
- Lorenzetti, M. (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*(11), 148-176. Obtenido de <https://estudiosmaritimossociales.org/archivo/remss-11/lorenzetti-pdf/>
- Lorenzetti, M., & Cantore, A. (2022). Salud y cuidados en las comunidades mbya guaraní de Puerto Iguazú (Argentina) durante la pandemia COVID-19. *Albuquerque: Revista de História*, 13(25), 22-45. doi:<https://doi.org/10.46401/ardh.2021.v13.12219>
- Menéndez, E. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciencia & Saude Coletiva*, 21(1), 109-118. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care*. Routledge.
- Pollock, L. (2009). *Rituales de nacimiento: subjetividades en transformación. Elegir cómo parir, elegir cómo vivir [inédito]*. Monografía presentada en el seminario "Antropología de la Subjetividad", Universidad de Buenos Aires.
- Remorini, C. (2009). *Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de salud enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbya-Guaraní de Misiones, República Argentina*. [Tesis doctoral, UNLP]. Repositorio Institucional de la UNLP. doi:<https://doi.org/10.35537/10915/4293>
- Renoldi, B. (2013). Fronteras que caminan: relaciones de movilidad en un límite trinacional. *Revista Transporte y Territorio*(9), 123-140. Obtenido de <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/rtt/article/view/307>
- Schaden, E. (1998). *Aspectos fundamentales de la cultura guaraní*. Universidad Católica.
- Schutz, A. (1974). *El problema de la realidad social*. Amorrortu Ediciones.
- Susnik, B. (1983). *Los aborígenes del Paraguay*. Museo Andrés Barbero.
- Zigon, J. (2009). Morality and Personal Experience: The Moral Conceptions of a Muscovite Man. *Ethos*, 37(1), 78-101. Retrieved from <https://www.jstor.org/stable/20486600>