



**INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA NATURALEZA
(ILACVN)**

SALUD COLECTIVA

**SALUD COLECTIVA, GÉNERO Y COLONIALISMO SANITARIO:
UNA MIRADA DESDE IRUYA-SALTA, ARGENTINA**

ANALÍA SAMANTA LÓPEZ

Foz do Iguaçu
Año 2025



**INSTITUTO LATINOAMERICANO DE
CIENCIAS DE LA VIDA Y LA NATURALEZA
(ILACVN)**

SALUD COLECTIVA

**SALUD COLECTIVA, GÉNERO Y COLONIALISMO SANITARIO:
UNA MIRADA DESDE IRUYA-SALTA, ARGENTINA**

ANALÍA SAMANTA LÓPEZ

Trabajo de Conclusión de Curso presentado al Instituto Latinoamericano de Ciencias de la Vida y la Naturaleza de la Universidad Federal de Integración Latino-Americana, como requisito parcial la obtención del título de Lic. en Salud Colectiva

Orientador: Prof. Anaxsuell Fernando Da Silva

Foz do Iguaçu
Año 2025

ANALÍA SAMANTA LÓPEZ

**SALUD COLECTIVA, GÉNERO Y COLONIALISMO SANITARIO:
UNA MIRADA DESDE IRUYA-SALTA, ARGENTINA**

Trabajo de Conclusión de Curso presentado al Instituto Latinoamericano de Ciencias de la Vida y la Naturaleza de la Universidad Federal de Integración Latino-Americana, como requisito parcial la obtención del título de Lic. en Salud Colectiva

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Anaxsuell Fernando Da Silva
UNILA

Profa. Dr^a. Gladys Amelia Velez Benito
(UNILA)

Prof. Dr. Giuliano Silveira Derrosso
(UNILA)

Prof. Dr. Rodrigo Juan Villagra Carron
(UNILA)

Foz do Iguaçu, 26 de Febrero de 2025.

TÉRMINO DE APLICACIÓN DE TRABAJOS ACADÉMICOS

Nombre completo del autor: ANALIA SAMANTA LÓPEZ
Curso: SALUD COLECTIVA.

Tipo de Documento

(X) graduación (.....) artículo
(.....) especialización (X) trabajo de conclusión de curso
(.....) maestría (X) monografía
(.....) doctorado (.....) disertación
(.....) tese (.....) CD/DVD – obras audiovisuais
(.....) _____

Título del trabajo académico: **SALUD COLECTIVA, GÉNERO Y COLONIALISMO SANITARIO: UNA MIRADA DESDE IRUYA-SALTA, ARGENTINA**

Nombre del Orientador: Prof. Dr. Anaxsuell Fernando Da Silva

Fecha de Defensa: 26/02/2025.

Permiso no exclusivo de Distribución

La referida autora:

a) Declara que el documento entregado es trabajo original de su autoría, y que detiene el derecho de conceder los derechos contenidos en esta licencia. Declara también que la entrega del documento no infringe, en lo cabible a su conocimiento, los derechos de cualquier otra persona o entidad.

b) Si el documento entregado contuviere material del cual no detiene los derechos del autor, declara que obtuvo autorización del detentor de los derechos del autor para concederlos a la UNILA – Universidad Federal de Integración Latinoamericana los derechos requeridos por esta licencia, y que ese material, cuyos derechos pertenecen a terceros, está claramente identificado y reconocido en el texto o contenido del documento entregado.

Sí el documento entregado fuere basado en trabajos financiados o apoyados por otra institución que no fuere la Universidad Federal de Integración Latinoamericana, declaro que fue cumplida cualquier obligación exigida por el respectivo contrato o acuerdo.

En calidad de titular de los derechos del contenido mencionado, el autor autoriza a la Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar la obra, gratuitamente y de acuerdo con la licencia pública *Creative Commons Licencia 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 26 de febrero de 2025.



Analia Samanta López

Dedico este trabajo a mi madre, mis abuelas, mis bisabuelas y todas mis ancestras presentes a lo largo de este camino.

AGRADECIMIENTOS

Mi proceso de escritura, investigación y creación de este trabajo se realizó junto a un proceso curativo. Fue un desarrollo doloroso, pero al mismo tiempo liberador. Es por eso que quiero agradecer a mi hijo Amaru, principal motivo para enfrentar cada obstáculo a lo largo de estos años, a mi mamá por ser mi principal sostén en este último tiempo de grandes dificultades y a mi papá, siempre presente en mi corazón.

Agradezco a mi familia iruyana, a mi abuela Margarita, mi tío Cornelio y mis tías Alcira, Carmen y Valentina, por tanto apoyo y motivación para concluir la carrera.

Con profunda admiración, agradezco a los profesores que forman parte del curso de Salud Colectiva de la UNILA, en especial a mi orientador Anaxsuell y las profesoras Gladys y Carmen, por su calidez humana, por creer en mis capacidades y estar presentes ante cada desafío académico.

Agradezco a la odontóloga Judith Farfán, al grupo de investigación coordinado por la dra. Marcela Bella de la Universidad Nacional de Córdoba, a lxs compañerxs de las organizaciones sociales de Patria Grande y Somos Barrios de Pie, quienes marcaron el inicio de este camino hacia nuevas formas de “sentipensar” la salud.

Agradezco a la Mama Pacha y al Tata Huayra, protectores de mi andar en la ciudad, a la Comunidad de Copleas y Copleros y a la organización del “Malón Vive”, abuelas, tías y hermanxs del Pueblo Nación Kolla residentes en Córdoba que me acompañan en la distancia.

Agradezco a todos mis colegas de curso, principalmente a mi amiga y compañera de estudio a lo largo de estos años, Margine, así como a Karo, Mayara, Fernanda, Lu, Rubén y Andy amigos que encontré en el difícil camino del ser migrante y mamá.

Finalmente agradezco a la Universidad Federal para la Integración Latinoamericana (UNILA) y su Comisión de Acceso y Permanencia de los Pueblos Indígena (CAPPI); al Ministerio de Educación de Brasil (MEC), y al pueblo brasileiro, por darme tantas oportunidades, jamás soñadas y poder ser la primera graduada universitaria de mi familia.

Así, Paulo Freire enseñó a Ivo un principio fundamental de la epistemología: la cabeza piensa desde donde pisan los pies. El mundo desigual puede ser leído con la óptica del opresor o con la óptica del oprimido. Resultan lecturas tan diferentes una de otra como entre la visión de Ptolomeo, al observar el sistema solar con los pies en la Tierra, y la de Copérnico, al imaginarse con los pies en el Sol.

Frei Betto

RESUMEN

El presente trabajo estudia cómo el sistema de salud en Iruya, Salta, se configura a partir de un modelo biomédico hegemónico que reproduce dinámicas de poder y exclusión inherentes al sistema moderno/colonial, afectando especialmente la atención de los casos de violencia de género en la comunidad indígena del Pueblo Kolla de Iruya. Basado en un enfoque desde el campo de la salud colectiva, mediante un método etnográfico que integra entrevistas en profundidad, observación participante y análisis documental de protocolos de atención, se analizan las formas en que las mujeres indígenas experimentan la violencia de género, así como las estrategias de resistencia que emergen en respuesta a las deficiencias del sistema. Los hallazgos revelan que, pese a los avances normativos en materia de derechos indígenas, la implementación de políticas sanitarias continúa operando bajo lógicas coloniales, evidenciando la necesidad de repensar una transformación sobre la mirada de la atención a la salud indígena y la construcción de modelos que no excluyan las necesidades particulares de estos pueblos.

Palabras-claves: colonialismo sanitario; salud indígena; violencia de género.

RESUMO

O presente trabalho estuda como o sistema de saúde em Iruya, Salta, se configura a partir de um modelo biomédico hegemônico que reproduz dinâmicas de poder e exclusão inerentes ao sistema moderno/colonial, afetando especialmente a atenção aos casos de violência de gênero na comunidade indígena do Povo Kolla de Iruya. A partir de uma abordagem do campo da saúde coletiva, por meio de um método etnográfico que integra entrevistas em profundidade, observação participante e análise documental de protocolos de atendimento, são analisadas as formas como as mulheres indígenas vivenciam a violência de gênero, bem como as estratégias de resistência que emergem em resposta às deficiências do sistema. Os achados revelam que, apesar dos avanços regulatórios em matéria de direitos indígenas, a implementação das políticas de saúde continua operando sob a lógica colonial, evidenciando a necessidade de repensar uma transformação na perspectiva da atenção à saúde indígena e a construção de modelos que não excluam as necessidades particulares desses povos.

Palavras-chaves: colonialismo sanitário; saúde indígena; violência de gênero.

ABSTRACT

This paper studies how the health system in Iruya, Salta, is configured based on a hegemonic biomedical model that reproduces dynamics of power and exclusion inherent to the modern/colonial system, especially affecting the care of cases of gender violence in the indigenous community of the Kolla People of Iruya. Based on an approach from the field of collective health, through an ethnographic method that integrates in-depth interviews, participant observation and documentary analysis of care protocols, the ways in which indigenous women experience gender violence are analyzed, as well as the resistance strategies that emerge in response to the deficiencies of the system. The findings reveal that, despite regulatory advances in the area of indigenous rights, the implementation of health policies continues to operate under colonial logic, evidencing the need to rethink a transformation in the way indigenous health care is viewed and the construction of models that do not exclude the particular needs of these peoples.

Key words: health colonialism; indigenous health; gender violence.

LISTA DE FOTOGRAFÍAS

Fotografía 1 – Un pueblo colgado entre montañas	17
Fotografía 2 – Caminos de la Identidad: Mujer Kolla en su Cotidianidad	21
Fotografía 3 y 4 – Mujer Kolla en el Ámbito Hospitalario	32
Fotografía 5 – Puesto Sanitario de la Comunidad de Volcán Higueras	32
Fotografía 6 y 7 – Sincretismo religioso: “La Virgen del Rosario y Los Cachis”	46
Fotografía 8 y 9 – Medicina Ancestral	47
Fotografía 10 – Maternidad e Investigación: Raíces en el Corazón de Iruya	48
Fotografía 11 – Mujeres copleras: Resistencia del canto con caja	52
Fotografía 12 – Paisajes de Lucha: La Mujer Indígena y su Entorno	53
Fotografía 13 – Mujer e Infancia en la Comunidad de Volcán Higueras de Iruya	55
Fotografía 14 y 15 – Educar en Igualdad: Reflexiones de las Nuevas Generaciones	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribución geográfica de los Pueblos Indígenas en Argentina	18
Figura 2 – Ubicación del departamento de Iruya en la Provincia de Salta	19
Figura 3 – Ubicación geográfica de las 21 localidades del departamento de Iruya	20
Figura 4 – Cantidad de denuncias por delito contra la integridad sexual y por departamento. Tasa cada 1.000 habitantes. Periodo enero-junio. Año 2022	64
Figura 5 – Efectores y profesionales presentes para el abordaje de violencia de género en el municipio de Iruya	66
Figura 6 – Femicidios por departamentos de Salta, 2021	67
Figura 7 – Tasa agregada de Femicidios cada 10.000 mujeres por departamento Provincia de Salta en el periodo de 2019-2021	68
Figura 8 – Muertes violentas por departamento en la provincia de Salta, 2022	68
Figura 9 – Cantidad de personas denunciantes de situaciones de violencia familiar y de género por departamento en Salta. Periodo de enero a junio 2022	69
Figura 10 – Denuncias de violación a la integridad sexual, 2022	70
Figura 11 – Municipios demandantes	71

**SALUD COLECTIVA, GÉNERO Y COLONIALISMO SANITARIO:
UNA MIRADA DESDE IRUYA-SALTA, ARGENTINA**

1. INTRODUCCIÓN	13
¿DE DÓNDE VENGO?: MOTIVACIONES PARA COMENZAR UNA INVESTIGACIÓN	15
CAPÍTULO I. PUEBLO KOLLA DE IRUYA: “UN PUEBLO COLGADO ENTRE MONTAÑAS”	16
2.1 MÁS DE 5 SIGLOS DE (RE)EXISTENCIA	20
2.1.1 El Ingenio San Martín del Tabacal de Salta	24
2.1.2 El Malón De La Paz Y La Lucha Por Los Derechos Territoriales Kollas	24
2.2 ORGANIZACIÓN COMUNITARIA: CONSEJO INDÍGENA KOLLA DE IRUYA	26
2.3 SISTEMA DE SALUD	29
CAPÍTULO II. CRÍTICA A LA COLONIALIDAD DE LOS ESTUDIOS DE GÉNERO EN SALUD: HACIA UNA MIRADA PLURAL Y SITUADA	33
3.1 EL SISTEMA MODERNO/COLONIAL DE GÉNERO	33
3.2 VIOLENCIA Y SALUD	35
3.3 VIOLENCIA DE GÉNERO EN ARGENTINA	36
3.4 METODOLOGÍA	39
CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
4.1 REENCUENTRO CON LA COMUNIDAD	44
El Territorio, La Vida Y La Salud De La Comunidad	44
Primer Contacto Con La Atención De Salud	48
Primeras Narrativas En Relación A La Violencia De Género	50
4.2. NARRATIVAS DE VIOLENCIA DE LAS MUJERES IRUYANAS	51
¿Qué Es Ser Mujer Iruyana?	53
Cambios Y Transformaciones En Las Nuevas Generaciones	57
Narrativas De Violencia Contra La Mujer En La Comunidad	59
Educar En Igualdad: “Educar En Igualdad: Prevención Y Erradicación De La Violencia De Género”	60
Perspectiva De Género En El Área De La Salud	61
Violencia Sexual	62
Abordaje De Casos De Violencia Contra La Mujer En El Hospital Ramón Carrillo	64
5. CONSIDERACIONES FINALES	73
REFERENCIAS	76
APÉNDICE	81

1. INTRODUCCIÓN

Desde la independencia de las Provincias Unidas del Río de la Plata en 1816, los pueblos originarios de Argentina enfrentaron procesos de marginación y exclusión que marcaron su historia. La construcción del Estado-Nación argentino se basó en la dicotomía de "civilización y barbarie", relegando a los diferentes grupos étnicos, sobrevivientes de la conquista española, a posiciones de subalternidad, dejándolos en el olvido institucional y social (BRIONES, 2005). En las últimas décadas, el fortalecimiento del movimiento indígena a nivel nacional, latinoamericano y mundial ha logrado importantes avances jurídicos en materia de autodeterminación, reconocimiento de identidad y administración autónoma de tierras y recursos naturales. Sin embargo, el reconocimiento de una Argentina pluriétnica y pluricultural a través de leyes aún es insuficiente, para garantizar el ejercicio pleno de los derechos adquiridos por estos pueblos.

En el ámbito de la salud, la situación no es diferente. A pesar de los avances formales en relación a salud indígena, la implementación de políticas, programas y acciones sigue marcada por la persistencia de un modelo biomédico hegemónico, desde un enfoque de "adecuación cultural" de las intervenciones existentes (HIRSH, 2015). Silvia Hirsh, quien realizó un análisis crítico de las políticas y programas de salud dirigidas a las comunidades indígenas en Argentina, destaca que, si bien existen normativas y protocolos que, en teoría, buscan incorporar una visión intercultural en la atención sanitaria, durante el proceso salud-enfermedad-atención se producen obstáculos debido al desconocimiento de las condiciones de vida y problemáticas de las comunidades, la falta de reconocimiento de los saberes tradicionales, la ausencia de canales o estrategias de comunicación y la dinámica particular de intervenciones de carácter arbitrario.

El presente trabajo de investigación **"Salud Colectiva, Género y Colonialismo Sanitario: Una Mirada desde Iruya, Salta, Argentina"** se propone explorar la relación entre estas dimensiones, focalizándose en el abordaje de la violencia contra la mujer en la atención a la salud de las comunidades indígenas del Pueblo Kolla de Iruya.

En este sentido, la pregunta planteada en la presente investigación es: ¿Cómo se manifiestan las tensiones entre el modelo biomédico hegemónico y las

necesidades particulares de la comunidad indígena del Pueblo Kolla de Iruya en la atención de los casos de violencia de género en los servicios de salud?

Para despejar esas incógnitas, se han planteado los siguientes objetivos:

- **Objetivo General:**

Analizar las prácticas institucionales del hospital de Iruya y las estrategias comunitarias de cuidado en la atención de los casos de violencia de género, desde una perspectiva crítica del paradigma de salud, género y colonialismo.

- **Objetivos Específicos:**

1. Identificar las formas de violencia de género que enfrentan las mujeres en el pueblo kolla de Iruya.
2. Describir y analizar las dinámicas de abordaje de la violencia de género en el servicio de salud del hospital.
3. Proponer una reflexión sobre las acciones, programas y políticas de salud en relación con la violencia de género, desde una perspectiva crítica, que contemple la diversidad cultural y las demandas de la comunidad.

Se plantea como hipótesis que la atención a la salud de las mujeres indígenas, en el marco del sistema de salud hegemónico, reproduce dinámicas de poder y exclusión propias del sistema moderno/colonial, reflejado particularmente en la atención de casos de violencia de género. A su vez, las respuestas emergentes en la comunidad ofrecen un contrapunto para la reconfiguración del sistema sanitario desde una nueva perspectiva.

Este estudio se apoya en un enfoque etnográfico que combina observación participante, entrevistas en profundidad y análisis documental del protocolo de atención de los casos de violencia.

El trabajo se subdivide en tres capítulos. En el primero, se presenta la comunidad y sus principales características demográficas, socioeconómicas, históricas, organización comunitaria y el modelo de atención a la salud presente en territorio. El segundo capítulo, denominado “Crítica a la Colonialidad de los estudios de género en Salud: hacia una mirada plural y situada”, los resultados obtenidos en

el trabajo de campo y simultáneamente plantea puntos claves de discusión sobre el abordaje de los casos de violencia hacia las mujeres iruyana, y cómo es el proceso de ejercicio de la denuncia. Para finalizar, se presentan consideraciones finales sobre las contribuciones teóricas y prácticas de esta investigación, limitaciones de la misma y posibles temas a profundizar.

¿DE DÓNDE VENGO?: MOTIVACIONES PARA COMENZAR UNA INVESTIGACIÓN

Desde mi origen en la Comunidad de San Juan del Pueblo Kolla de Iruya, mi camino académico en salud colectiva estuvo profundamente influenciado por mis raíces y mis vivencias personales. Durante mi formación, participé activamente en proyectos de enseñanza, desempeñándome como ayudante alumna en las disciplinas de antropología de la salud, pesquisa social y gestión de la salud. Estas experiencias no solo me permitieron adquirir herramientas metodológicas y críticas esenciales, sino que también fortalecieron mi compromiso con la transformación de la salud pública, desde una perspectiva que reconoce la diversidad cultural y los saberes locales.

Mi identidad indígena y mi experiencia personal como mujer que ha presenciado y actualmente enfrenta situaciones de violencia de género han sido motores fundamentales para profundizar en esta temática. He sido testigo de las dificultades y desigualdades que afectan a las mujeres de mi comunidad, lo que me impulsa a visibilizar estas problemáticas y a cuestionar los modelos de atención en salud que perpetúan la exclusión y la desvalorización de nuestros saberes y tradiciones y que muchas veces no deshumaniza. Este proyecto se presenta como un espacio para integrar mi formación académica con mi identidad y mis vivencias, en pos de contribuir a la construcción de un sistema de salud más inclusivo, justo y sensible a las realidades de los pueblos originarios.

CAPÍTULO I. PUEBLO KOLLA DE IRUYA: “UN PUEBLO COLGADO ENTRE MONTAÑAS”

El Pueblo o Nación Kolla, es el pueblo originario de mayor presencia en Argentina, extendido en el noroeste del país, en las provincias de Jujuy y Salta, y también en parte de Catamarca y Tucumán. Salta es la segunda provincia con un 10% de sus habitantes que se reconocen indígena, después de Jujuy. Dentro de la provincia, Iruya es el primer departamento con esta característica, con un 71,7%; le siguen La Poma con 52,5% y Los Andes con un 50% (INDEC, 2022).

Iruya, que en aymara significa “lugar de pajas bravas”, es un departamento ubicado al norte de la provincia de Salta, en el noroeste de Argentina, a una altitud de 2.713 msnm. Para acceder desde Salta Capital, se debe atravesar la provincia de Jujuy y recorrer aproximadamente 262 km hasta Humahuaca, por la Ruta Nacional N° 9 y la Ruta Provincial N°13, un camino zigzagante y de cornisa hasta llegar al Abra del Cóndor, el punto que divide a las provincias y el más alto del camino a 4.000msnm, y luego otros 53 kilómetros más.

Al llegar a Iruya o “el pueblo de Iruya”, cabecera departamental con el mismo nombre, se encuentran aquellas casas que parecen colgadas en la montaña, con aproximadamente 1.600 habitantes del total de la población del departamento de Iruya, que es de 6.116 (INDEC, 2022). Resalta la presencia de la icónica iglesia católica con una singular cúpula pintada de celeste ubicada en la única torre de su campanario, utilizado no solamente para comunicar el inicio de la misa y las celebraciones católicas, sino también el fallecimiento de los habitantes del pueblo o alguna situación de emergencia, como por ejemplo la “bajada del volcán”, llamada así debido a la crecida de los ríos Iruya y Milmahuasi que enmarcan el territorio y pueden cortar los caminos de ingreso al pueblo.

Fotografía 1 – Un Pueblo Colgado Entre Montañas



Fuente: De la autora, 2022.

En la sede departamental, encontramos el hospital “Dr. Ramón Carrillo”, el destacamento policial, el Centro Infantil Parroquial N°4592 “Divino Niño Jesús”, la Escuela Primaria N°4379 “Padre Claret”, un edificio compartido con el Instituto de Educación Superior N°6055 y el principal Colegio Secundario N°5058 “Senador Emilio Eduardo Correa”, creado en 1986, con su Albergue Estudiantil con capacidad para 50 alumnos.

Alrededor del pueblo se encuentran las 23 comunidades, cada una con sus propias singularidades. Algunas cuentan con una escuela primaria y/o secundaria, una iglesia y un puesto de salud, mientras que otras están conformadas solo por algunas viviendas alejadas entre sí, y dispersas entre los cerros.

Las prácticas culturales están vinculadas a la cosmovisión del mundo andino, que converge principalmente en la Pachamama o Madre Tierra, creadora del todo, y el respeto al sol o Tata Inti, el viento o Tata Huayra, la luna o Mama Killa, el agua o Mama Yako y las aves como el Cóndor Andino. Se realizan ceremonias relacionadas principalmente con la agricultura en las distintas estaciones del año

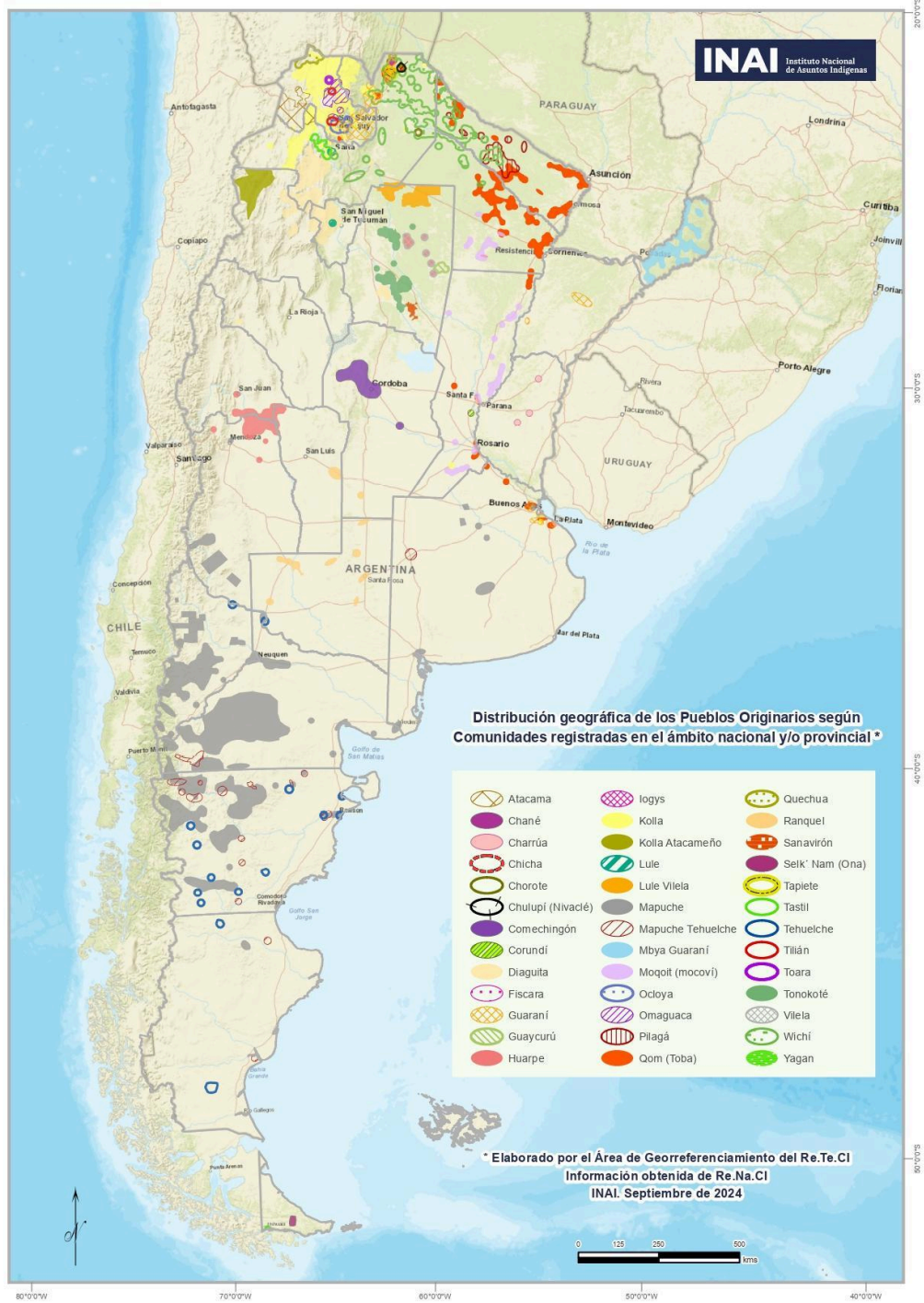
como la Celebración a la Pachamama en agosto, tiempo de descanso y preparación de la tierra para sembrar o el carnaval en febrero, fiesta de agradecimiento por la cosecha.

Simultáneamente la religión católica y evangélica es de gran importancia, existiendo un sincretismo religioso que se expresa en las celebraciones como la Fiesta a la Virgen del Rosario, o el día de todos los Santos y las Almas, entre otras.

Su economía se basa en el comercio dirigido al turismo (hospedaje, gastronomía y productos artesanales), la agricultura y la ganadería de autoconsumo y el excedente se destina al trueque y a la venta entre las comunidades próximas. Estas últimas actividades solo las realizan algunas familias por los desafíos geográficos y la migración de la población joven a la ciudad.

Su forma de organización se mantiene bajo los principios de reciprocidad y trabajo colectivo, lo que se refleja en la persistencia de prácticas como la minga (trabajo comunitario) y el ayni (sistema de intercambio y ayuda mutua). Su cosmología e identidad se fortalece tanto por su relación con la naturaleza y la transmisión de conocimientos ancestrales sobre espiritualidad, medicina tradicional, agricultura, arte y el uso coloquial del quechua y el aymara.

Figura 1 – Distribución geográfica de los Pueblos Indígenas en Argentina.



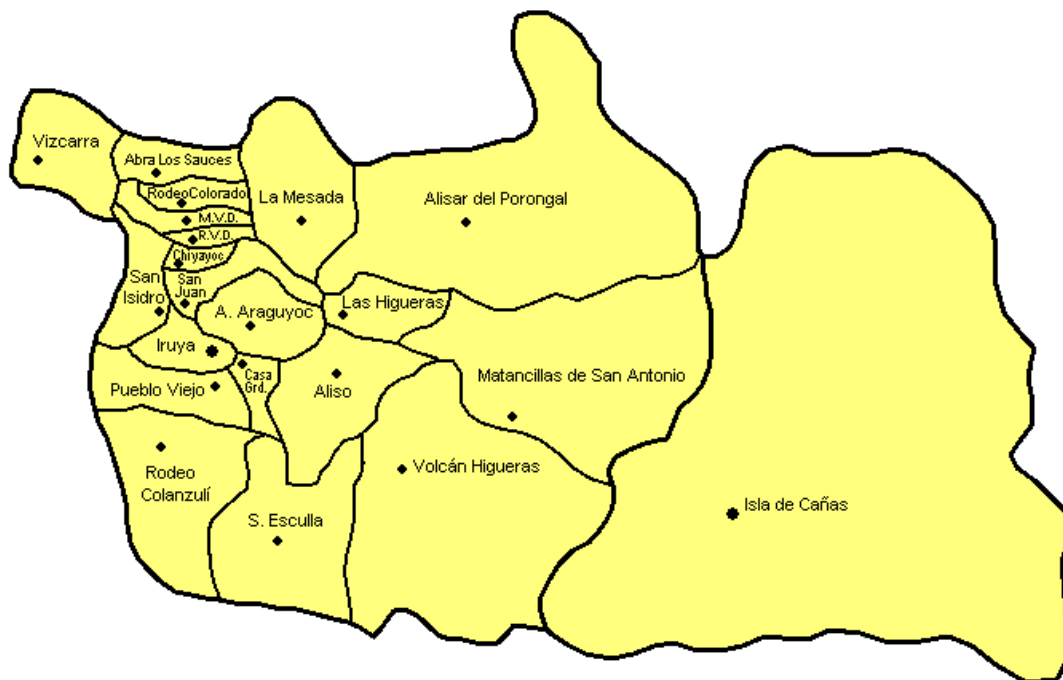
Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos.

Figura 2 – Ubicación del departamento de Iruya en la Provincia de Salta, Argentina.



Fuente: CALIFANO, 2020.

Figura 3 – Ubicación geográfica de las 21 localidades del departamento de Iruya.



Fuente: WIKIPEDIA, 2011.

2.1 MÁS DE 5 SIGLOS DE (RE)EXISTENCIA

Las raíces del Pueblo Kolla se remontan a los antiguos pueblos andinos preincaicos quechua y aymaras, que en el siglo XV fueron sometidos por el Imperio Inca llamado Tawantinsuyu, geopolíticamente subdividido en cuatro regiones: al noroeste el Chinchaysuyo, al noreste el Antisuyo, al suroeste el Contisuyo y al

sudeste el Collasuyo. Por eso su nombre proviene del término “Qulla” o “Qolla”, que nombraba al conjunto de comunidades de la región sudeste, que hoy abarca el sur de Perú y partes de Bolivia, Argentina y Chile, siguiendo la cadena montañosa de Los Andes (BRIONES,2015).

Los kollas, al igual que otros pueblos originarios, enfrentaron violentos procesos de despojo territorial, tanto durante la colonización como después de la conformación del Estado Nación. Existen dos hechos que son esenciales conocer para comprender la historia de los habitantes.

Fotografía 2- Caminos de la Identidad: Mujer Kolla en su Cotidianidad



Fuente: De la autora, 2021.

2.1.1 El Ingenio San Martín del Tabacal de Salta

Jorge Navarro (2013) analiza el proceso histórico del Ingenio San Martín del Tabacal, fundado por Patrón Costa en el departamento de Orán en 1920, donde las comunidades originarias como las de Iruya trabajaron en condiciones de extrema

precariedad. El autor sostiene que los ingenios azucareros, incluyendo el Ingenio San Martín, desempeñaron un papel crucial en la transformación social y en la creación de nuevas pautas y relaciones sociales. (NAVARRO, 2013).

De acuerdo con este análisis, en sus inicios los ingenios enfrentaron dificultades para conseguir mano de obra, recurriendo, entre otras medidas, a la coacción física sobre poblaciones indígenas, especialmente de la región chaqueña, y en el caso de Salta, a habitantes de la puna e inmigrantes bolivianos. El modelo implementado por las élites de Jujuy y Salta se enfocó en estrategias políticas para dominar territorios, buscando principalmente la fuerza de trabajo con el menor coste posible. Este dominio se llevó a cabo a través de medidas coercitivas y estrategias de explotación que perpetuaron la opresión y el sometimiento de los pueblos indígenas y campesinos.

Para establecer este modelo, los ingenios implementaron sistemas de pago de arriendos mediante trabajo, apoyados por normativas como las denominadas leyes contra la vagancia (Código Rural de 1865) y la ley de conchabo (Ley N° 82 de 1888). De esta forma, los habitantes pasaron a ser arrendatarios de tierras controladas por el Ingenio, pagando con su trabajo. Estas leyes permitieron que continuara una forma de esclavitud disfrazada de legalidad.

El Ingenio tuvo una gran expansión a partir de 1916, con la llegada del ferrocarril a Orán, factor clave que, junto con la crisis de los ingenios tucumanos con los que competía, la escasez de azúcar para satisfacer la demanda nacional y leyes provinciales favorables, promovieron su crecimiento exponencial. Posteriormente, la década de 1920 consolidó la producción azucarera a gran escala en el norte argentino, beneficiándose del bajo costo de la mano de obra indígena de la región, así como también de la boliviana. De esta manera, la oligarquía salteña se fortaleció económicamente a través de esta explotación sistemática. El sistema de arriendo se mantuvo hasta la década de 1940, cuando las condiciones laborales mejoraron con la Ley 12.921 (el Estatuto del Peón Rural de 1944), durante el ascenso del Peronismo y la implementación del Primer Plan Quinquenal, que dio un nuevo impulso a la industria azucarera (GIRBAL-BLACHA, 2003, en NAVARRO, 2013).

Es necesario advertir que el desarrollo económico e industrial del Ingenio se basó en una planificación y organización demográfica y territorial, apoyada en la idea de “ordenamiento social y cultural”. A principios de la década de 1940, la población permanente del Ingenio San Martín del Tabacal era de 3.700 habitantes,

aumentando considerablemente durante la zafra, incorporándose aproximadamente más de 15.000 personas (MICHEL; BURGOS, 2005). Para direccionar y ordenar este flujo, las diagramaciones del complejo industrial incluyeron la construcción de viviendas y escuelas para los trabajadores y sus familias, así como también posteriormente un hospital con instrumental moderno y con personal médico permanente solventado por la empresa.

Autores como Navarro (2013) destacan el rol del Ingenio en la inserción social, mediante el desarrollo educativo impulsado por la empresa. Las principales medidas fueron la fundación de una escuela primaria con capacidad para más de mil alumnos en 1934, que por ley fue donada al Ministerio de Educación de la Nación. Posteriormente, en 1958 se inauguró una Escuela-Hogar destinada a brindar enseñanza en tareas domésticas a las hijas mujeres de los obreros, medida que puede analizarse como forma de reforzar una representación de las mujeres centrada en la maternidad y el hogar, como aquellas encargadas de las tareas domésticas y de mantener las “buenas costumbres” (BIRGIN; DUSSEL, 2000).

Sin embargo, como indican Moritán y Ventura (2007), “Diversos autores señalan que la verdadera intención del ingenio al desarrollar esta política, habría sido la de conseguir trabajadores estacionales a un precio más bajo que el habitual en el mercado” (p. 78). Es decir, a pesar de su aparente enfoque en el bienestar social y el desarrollo cultural, el objetivo de este modelo era obtener mano de obra a precios más bajos y ordenar tanto la población como el territorio para los fines de productividad económica.

Inicialmente, los trabajadores indígenas no tenían acceso a las escuelas del pueblo, pero la necesidad de generar pertenencia al ingenio llevó a que se admitieran indígenas en dichas instituciones. Así, la enseñanza del idioma castellano se convirtió en un factor central para la homogeneización y la construcción de una identidad nacional, configurando un sistema educativo cada vez más homogeneizador y nacionalizador, encargado de reproducir la cultura occidental moderna y generando un proceso de inclusión/exclusión (NAVARRO, 2013).

Por todo lo dicho, podemos decir entonces que la creación de “colonias” por el Ingenio San Martín del Tabacal fue una política de ordenamiento territorial destinada a garantizar la circulación y el control de la subjetividad de los trabajadores, especialmente de la población indígena. Estas colonias funcionaban como unidades productivas de plantación y cosecha de caña de azúcar, asegurando

la disponibilidad inmediata de mano de obra y facilitando el disciplinamiento de los indígenas mediante un conjunto de instituciones que regulaban desde la producción hasta la habitabilidad, la educación, la sanidad, el trabajo y la seguridad. Así, cada colonia operaba como un pequeño pueblo donde los indígenas eran obligados a residir, abandonando sus territorios y modos de vida ancestrales. Este proceso no solo implicaba la explotación económica sino también la destrucción de sus culturas y formas de vida.

2.1.2 El Malón De La Paz Y La Lucha Por Los Derechos Territoriales Kollas

El “Malón de la Paz” constituye otro hito fundamental para comprender la lucha indígena por la tierra y el reconocimiento de los derechos territoriales de los Kollas salteños en Argentina, presente en la memoria colectiva de las comunidades. Así fue nombrada a la movilización indígena kolla que consistió en una “Caravana” hacia Buenos Aires en 1946 que tuvo como objetivo presentar sus reclamos al entonces presidente Juan D. Perón y conseguir la restitución de las tierras ancestrales apropiadas por las élites provinciales.

De acuerdo con Belli, Slavutsky y Rueda (2007), el Malón de la Paz no puede pensarse como un hecho aislado de demanda territorial, sino que forma parte de los reclamos de los indígenas de la puna y las yungas salto-jujeñas por el legítimo reconocimiento de sus derechos territoriales, llevados a cabo desde fines del siglo XIX. Aunque este evento fue silenciado por la historiografía hegemónica y oficial, los ecos de estas rebeliones permanecen vivos en las memorias colectivas de las comunidades locales. Este acontecimiento se ha constituido como hito fundacional de la organización política por la lucha por las tierras llevada a cabo durante la década de 1980, destinada a combatir las amenazas de despojo territorial del Ingenio San Martín del Tabacal, propiedad de la Seaboard Corporation desde 1996, un conglomerado multinacional de agronegocios y transporte.

Como destaca Andrea Gigena (2015), “El Malón de la Paz debe entenderse como un acontecimiento que inscribe en un proceso más amplio de luchas indígenas favorecido por la movilización popular que generaba el naciente peronismo en ciertos sectores del interior provincial” (p. 51). La autora expone cómo este proceso de movilización indígena fue canalizado por el peronismo en un intento

de subsumirlo en una única subjetividad, la de los sectores populares integrados en la matriz nacional-popular, que apuntaba a una ciudadanía basada en la desindigenización.

En este complejo contexto, luego de un recorrido a pie y a caballo que duró tres meses, el 3 de agosto de 1946 la Caravana es recibida en Buenos Aires por una multitud entusiasta y el presidente Perón se reunió con una comitiva de dirigentes. Si bien en un principio parecía que las demandas serían acogidas, el encuentro terminó en una violenta expulsión: los kollas fueron sacados por la fuerza del hotel de los inmigrantes donde habían sido alojados por el gobierno nacional y fueron obligados a embarcar en un tren sin sus pertenencias, custodiados por la Policía Federal y la gendarmería hasta la localidad de Abra Pampa, Jujuy, donde finalizó el recorrido (GIGENA, 2015). Ante esto, Perón se desresponsabilizó de los hechos, alegando haber sido víctima de presiones externas por parte de personal de la familia Patrón Costas (propietarios terratenientes del ingenio), el ejército y la gendarmería, rompiendo su acuerdo de palabra con la comitiva.

Podemos observar en diversas fuentes de la época, tanto en la prensa como en voz de funcionarios públicos, cómo los imaginarios sociales hegemónicos pasaron de romantizar y estereotipar la etnicidad del Malón a cuestionar su autenticidad como indígenas de la nación cuando presentaron sus reclamos a la nación. Estas sospechas especulaban acerca del grado de pureza étnica, argumentando que “los pueblos de la puna y yungas salto-jujeña tienen, inexorablemente, algún grado de mestizaje y plena incorporación a la nación” (GIGENA, 2015, p. 57). Rápidamente, estas narrativas contribuyeron al efectivo silenciamiento de los hechos por parte de la historia oficial y la opinión pública de diversos sectores sociales.

A pesar de que las estructuras políticas locales en Salta, dominadas por las élites conservadoras, apenas fueron modificadas con el ascenso del peronismo, la lealtad hacia Perón y el movimiento justicialista se reforzó entre los miembros del pueblo indígena. Los kollas atribuyeron su expulsión a las acciones de presión y desestabilización ejercidas contra el gobierno nacional por los sectores conservadores de la provincia, un complot de las oligarquías provinciales, una versión también sostenida por el peronismo.

De esta manera, las luchas y reclamos kollas progresivamente fueron encauzadas e institucionalizadas a través de la sindicalización, borrando la identidad

étnica y apelando a la pertenencia de clase. Así, los sindicatos pasan a nuclear a una multiplicidad de colectivos indiferenciados étnicamente, en calidad de “obreros” que trabajaban en el ingenio azucarero. Si bien la sindicalización trajo mejoras en las condiciones laborales y de vida, nunca fueron restituidas las tierras a los pueblos indígenas. En palabras de Gigena (2015), “mientras se producía el borramiento del ‘Malón de la Paz’ del imaginario nacional, con los sindicatos se homogeneizaba a los pueblos indígenas en la común condición de ‘obreros’”.

Como puede analizarse, luego de la conquista, en la construcción del Estado- Nación se construyeron algunas mejoras en las condiciones sociales y de trabajo para las poblaciones indígenas pero también se invisibilizó las demandas étnicas y los procesos de subjetivación política. El Malón de la Paz no solo simboliza la lucha por la tierra, sino también la resistencia contra la opresión y el despojo territorial que persiste en la memoria y en las acciones de las comunidades kollas.

Finalmente, a fines del siglo XX, el crecimiento de los movimientos indígenas y de los derechos humanos a nivel internacional impulsó cambios en la legislación. Es así que, recién en 1994, 330 representantes de los diferentes pueblos indígenas, con referentes como Eulogio Frites, el primer abogado kolla, contribuyeron a la redacción del artículo 75 inc. 17 en la reforma de la Constitución Nacional en 1994, lo que dio lugar a la creación del Instituto Nacional Contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) mediante la Ley N.º 24.515 de 1995 (DURAN, 2021).

Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten. Las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones (art. 75, inc.17).

2.2 ORGANIZACIÓN COMUNITARIA: CONSEJO INDÍGENA KOLLA DE IRUYA

Otra característica importante para la comprensión de la realidad abordada, se refiere a la organización comunitaria y la conformación del Consejo Indígena Kolla de Iruya (CIKDI). El CIKDI surge en 2003, como una organización

representativa de las 23 comunidades del municipio de Iruya que asume el rol de mediadora entre las comunidades y el Estado, reivindicando la identidad y cosmovisión kolla de Iruya. Inicialmente se forma para dar respuesta a la corrupción en la gestión de programas y becas para comunidades indígenas, y pronto se convierte en un actor clave en la reivindicación de los derechos de los pueblos indígenas en la región.

A su vez, el CIKDI forma parte de la Qullamarka, coordinadora de comunidades y organizaciones kollas de la provincia de Salta creada en 2007. Esta organización reúne las comunidades kollas salteñas en la “lucha por el territorio”, en particular de la región del “Alto Bermejo” (REBORATTI, 2009). Actualmente, esta área incluye gran parte de los municipios salteños de Santa Victoria, Nazareno, Los Toldos, Iruya y Orán. Estas comunidades han sido profundamente afectadas por la introducción colonial de haciendas y encomiendas, y más tarde, en la época republicana, por las relaciones de subordinación entre terratenientes latifundistas y arrendatarios, como se expuso en el apartado anterior. Cabe destacar que en la actualidad algunos de estos territorios ya cuentan con títulos de propiedad comunitaria, mientras que otros están en proceso de obtenerlos (MILANA, 2014).

El CIKDI surge en un contexto de fortalecimiento de los derechos indígenas, respaldado por importantes hitos legales. En 1989 se adopta el Convenio N° 169 de la OIT, que es aprobado en Argentina en 1992 mediante la Ley Nacional 24.071. Este convenio reconoce a los pueblos indígenas y tribales como sociedades independientes con derechos colectivos, valorando su diversidad étnica y cultural, y reconociendo su relación con la tierra. La reforma de la Constitución Nacional en 1994 refuerza estos derechos, garantizando la identidad, la educación bilingüe e intercultural, la personería jurídica y la propiedad comunitaria. Además, la Constitución de la Provincia de Salta, reformada en 1998, incorpora el Artículo 15, que reconoce a las comunidades indígenas y sus organizaciones para obtener la personería jurídica y actuar en instancias administrativas y judiciales (COLEGIO SECUNDARIO 5058, 2010). Este marco jurídico es fundamental para la construcción del CIKDI como espacio de participación, representación y unión.

A partir de 2003, marcado por el contexto de la crisis nacional socioeconómica y política del 2001, se crea el CIKDI como un espacio destinado a la “participación, representación y unión de las comunidades” (EQUIPO TÉCNICO IRUYA-SSAF, en MILANA, 2014, p. 4). Este organismo se enfoca especialmente en

promover la construcción de un modelo de desarrollo propio y la participación activa en las políticas que impactan a las comunidades indígenas. El CIKDI se fundamenta en la reafirmación de la identidad, la definición de los derechos de los pueblos indígenas y la memoria de su relación con la tierra. Como analiza Paula Milana (2014), las reuniones de este consejo se centran principalmente en el tema del territorio, seguido por el trabajo dentro de este. Esta discusión desafía la representación dominante de la cultura del trabajo asalariado, resaltando la “vocación de servicio” (EQUIPO TÉCNICO IRUYA-SSAF, en MILANA, 2014), que implica un compromiso personal con la organización y sus dinámicas.

Con respecto a esto, Milana (2014) realizó un trabajo de campo en el que abordó al CIKDI en tanto “sujeto colectivo político cuyas demandas, exigencias, confrontaciones y diálogos con diversas instituciones permiten entrever la forma en que se construyen las subjetividades trabajadoras” (p. 2). En su investigación etnográfica, emerge la categoría nativa de “trabajo a pulmón” para referirse al trabajo comunitario, una noción nativa que describe las prácticas de trabajo comunitario que se basan en la reciprocidad, la solidaridad y la puesta en juego de recursos propios de la comunidad. En contraste, el trabajo asalariado, que se percibe como un factor que provoca la deserción de los habitantes de Iruya, al promover la migración hacia las ciudades en busca de ganancias monetarias en detrimento del servicio a la propia comunidad. En este contexto, la autora analiza cómo el territorio se configura como espacio de lucha y producción de vida (MILANA, 2014), ya que la lucha por la tierra y el reconocimiento de los derechos territoriales de los pueblos indígenas es central en la agenda del CIKDI.

También se destaca la relación compleja entre el CIKDI y el Estado, subrayando los desafíos pendientes en la lucha por lograr la autonomía y la participación democrática de las comunidades indígenas en la toma de decisiones y en la gestión de políticas públicas, así como en el diseño de modelos de desarrollo coherentes con la cosmovisión y tradiciones kollas.

Actualmente, todos estos avances en políticas indígenas fueron sostenidos por la lucha de los Pueblos y hoy se ven amenazados por el proyecto político del gobierno nacional que inició con el cierre del INADI y la derogación de la Ley Nacional 261.60/2006, sancionada con los objetivos de dar respuesta a la situación de emergencia territorial de las Comunidades Indígenas, suspendiendo las acciones judiciales, administrativas o procesales que buscaban desalojarlas,

permitiendo continuar con el relevamiento técnico, jurídico y catastral de sus tierras para obtener el título de propiedad comunitaria (ARGENTINA, 2024).

2.3 SISTEMA DE SALUD

Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti (2016) analizan la implementación de políticas de salud dirigidas a los pueblos indígenas en Argentina desde fines del siglo XIX hasta la actualidad. El análisis explora las dimensiones históricas, políticas y socioculturales que han configurado los vínculos entre el campo biomédico y las comunidades indígenas, mostrando cómo estas relaciones han sido influenciadas por la expansión territorial, las políticas de Estado, las prácticas de las órdenes religiosas y las condiciones de trabajo en las actividades económicas.

A fines del siglo XIX, la expansión de la ganadería extensiva y las actividades agroindustriales, junto con las campañas militares, la emergencia de epidemias y la incorporación forzada como mano de obra, afectaron las condiciones de vida de los pueblos indígenas. Este contexto se caracteriza por la tensión y el conflicto entre indígenas y no indígenas. Las autoras exponen cómo las intervenciones biomédicas, impulsadas por sectores ilustrados, se centraron en la “normalización” o “regeneración” de los grupos sociales bajo el paradigma higienista. Por ejemplo, las campañas de vacunación, impulsadas por el miedo a las epidemias, se implementaban como una cuestión de defensa de la nación. Estas campañas tenían por objetivo evitar el contagio entre indígenas y no indígenas, buscando mantener una fuerza de trabajo apta para las actividades económicas. Por otra parte, las órdenes religiosas, como los salesianos y los franciscanos, establecieron misiones en comunidades indígenas, ofreciendo servicios de salud básicos. Sin embargo, su objetivo principal era la evangelización y la “civilización” de los indígenas. Las misiones anglicanas también proveyeron asistencia médica a los indígenas, mientras se criticaba la eficacia de los chamanes y se fomentaba la conversión a la “verdadera fe”.

Como se abordó en apartados anteriores, los indígenas migraron hacia los alrededores de los ingenios azucareros buscando trabajo, enfrentándose a condiciones laborales deplorables. La asistencia médica era escasa, y la explotación laboral expuso a los indígenas a enfermedades como tuberculosis y paludismo.

De esta forma, las prácticas biomédicas en este periodo estaban circunscritas a intervenciones puntuales en casos de emergencia o como un “servicio” dentro de la política de evangelización. A partir de la década de 1940, se desarrollaron políticas sociales de gran envergadura en Argentina, incluyendo cambios en la organización de los servicios de salud. Se creó la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, y se impulsaron medidas para la medicina preventiva y materno-infantil. Además, se extendió la cobertura de los servicios de salud a los sectores postergados y excluidos. Sin embargo, no se implementaron programas específicos para la población indígena. Como se mencionó antes, el gobierno de Juan Domingo Perón, con su ideología asimilacionista-integracionista, buscaba incorporar a los indígenas como ciudadanos argentinos. Desde esta corriente, la inclusión se basaba en la “justicia social” y no en la atención a las necesidades específicas de las comunidades indígenas. Un ejemplo de esto es el Plan Analítico de Salud Pública (PASP) de 1947, que buscaba organizar el sistema sanitario del país, incluyendo la penalización de las prácticas terapéuticas nativas (HIRSCH; LORENZETTI, 2016).

Sumado a esto, el desarrollo de la infraestructura del sistema público sanitario no alcanzaba a cubrir a la población indígena en las zonas rurales más alejadas. Con la creación del área de Atención Primaria a la Salud (APS) a fines de la década de 1970, se buscaba ampliar la cobertura del sistema público de salud a las comunidades indígenas. La APS impulsó la construcción de postas sanitarias en comunidades indígenas, fomentando la formación de promotores de salud y la incorporación de médicos. Se establecieron redes de servicios de salud en diferentes niveles de atención, generando una relación continua de intervención con las comunidades indígenas, con un énfasis especial en la salud materno-infantil. Asimismo, el programa de APS, en algunas zonas, se centró en la “salud femenina” durante la etapa reproductiva, desplazando algunas prácticas tradicionales y a los terapeutas nativos. En el caso de la provincia de Neuquén, el Programa de Salud Rural incorporó agentes sanitarios mapuches, buscando mejorar los índices socio-sanitarios de la región. Sin embargo, la participación comunitaria, uno de los pilares de la APS, se vio relegada durante la última dictadura militar, convirtiéndose en una práctica peligrosa (HIRSCH; LORENZETTI, 2016).

A pesar de los esfuerzos realizados por implementar políticas de salud para las comunidades indígenas, aún hoy persisten problemas en el acceso a los

servicios de cobertura y atención. Las prácticas culturales indígenas siguen siendo estigmatizadas como causantes del deterioro de la salud. Consideramos que se necesita una visión a largo plazo que considere los determinantes políticos, económicos y sociales de la salud, y que superen la mirada paliativa. Como advierten estas autoras, las políticas indigenistas, aunque no buscan la eliminación física de los indígenas, pueden promover procesos de desindigenización. Es evidente la necesidad de generar políticas públicas que reconozcan la diversidad cultural y las necesidades específicas de los pueblos indígenas en Argentina, y que promuevan la participación activa de las comunidades en la toma de decisiones sobre su salud.

Con respecto al departamento de Iruya en particular, en 1978 se implementó el “Programa Salud Rural”, sostenido desde el concepto de regionalización, donde cada sector de trabajo está conformado por 150 a 200 familias. En el servicio base de cada área operativa, debe residir un profesional supervisor o responsable del programa APS. Todas las áreas operativas están bajo la responsabilidad del servicio sanitario de mayor complejidad (TORRES ALIAGA; TORRES SECCHI, 2010). Es muy significativo resaltar la incorporación de la figura del agente sanitario, persona perteneciente a la misma comunidad que tiene bajo su responsabilidad un sector de trabajo y que realiza acciones de prevención y promoción de la salud, ya que el objetivo del Programa es llegar a cada casa y familia, en visitas domiciliarias programadas y permanentes con la mayor frecuencia posible. El período durante el cual el agente sanitario debe visitar la totalidad de familias de su área se llama “ronda sanitaria”, y suele realizarse 4 veces al año.

Actualmente, esta forma organizativa continúa vigente, con su núcleo central en el Hospital Ramón Carrillo, establecimiento público de segundo nivel ubicado en el Pueblo de Iruya, que cuenta con profesionales médicos, odontólogos, nutricionistas, bioquímicos, enfermeros, personal técnico, administrativo y personal de servicios generales. Los puestos sanitarios distribuidos en todo el territorio son 19, con presencia de un profesional de enfermería y agentes sanitarios.

Fotografía 3 y 4 - Mujer Kolla en el Ámbito Hospitalario

Fuente: De la autora, 2021.

Fotografía 5- Puesto Sanitario de la Comunidad de Volcán Higueras

Fuente: De la autora, 2021.

CAPÍTULO II. CRÍTICA A LA COLONIALIDAD DE LOS ESTUDIOS DE GÉNERO EN SALUD: HACIA UNA MIRADA PLURAL Y SITUADA

Luego, de una primera aproximación a la historia y situación social del Pueblo Kolla de Iruya, en este apartado se desarrollarán los contenidos teóricos sobre sistema moderno/colonial de género, violencia y salud y por fin violencia de género en Argentina. La sistematización teórica presenta diversos autores para aclarar la perspectiva con la que es abordado el problema central de este trabajo y la metodología utilizada.

3.1 EL SISTEMA MODERNO/COLONIAL DE GÉNERO

Aníbal Quijano (2000) desarrolla el concepto de **colonialidad del poder**, explicando que la colonización no solo reconfiguró las relaciones políticas y económicas en el mundo, sino que estableció una jerarquía racial que sigue vigente, a la cual llamó **sistema moderno/colonial**. Esta jerarquía posiciona a las élites blancas y europeas en la cúspide, mientras que las poblaciones indígenas, afrodescendientes y del Sur global son sistemáticamente subordinadas. Quijano sostiene que la colonialidad no es un resabio del pasado, sino una estructura global actual que afecta el acceso al poder, el saber y la economía, realidad que podemos comprobar en la descripción histórica del Pueblo Kolla de Iruya, sujeto de este estudio.

Por su parte, Walter Mignolo (2010) amplía el análisis de Quijano e introduce el concepto de **colonialidad del saber**, denunciando cómo el conocimiento producido en Occidente se presenta como único y universal. La modernidad y la colonialidad, según Mignolo, son inseparables: la modernidad se sostiene sobre la violencia y la exclusión colonial. Frente a esto, el autor propone la **desobediencia epistémica**, es decir, la subversión de las estructuras hegemónicas del conocimiento para dar lugar a otras epistemologías, especialmente las provenientes de comunidades indígenas y afrodescendientes.

La perspectiva de género es incorporada en el análisis de la colonialidad, por autoras como María Lugones (2008, 2010) que señala la existencia de un **sistema moderno/colonial de género** que impuso una estructura patriarcal y

binaria que racializa y subordina a las mujeres indígenas y afrodescendientes de manera distinta que a las mujeres blancas. El feminismo eurocéntrico, a pesar de haber contribuido en el reconocimiento de las desigualdades de género, crea una ficción que coloca la situación de la mujer blanca occidental como representación universal de "la mujer", en subordinación y desigualdad frente al hombre blanco, occidental y eurocéntrico, ignorando las múltiples opresiones que existen entre ser "mujer", "negra" o "indígena" (LUGONES, 2010).

Profundizando aún más en estos conceptos, Ramón Grosfoguel (2012) aborda la dimensión existencial de la colonialidad, desarrollando el concepto de **colonialidad del ser**, que pone de relieve la deshumanización y exclusión ontológica de las poblaciones racializadas. Grosfoguel introduce las categorías de **Zona del Ser y Zona del No-Ser** para mostrar cómo el sistema moderno/colonial niega la humanidad de ciertos grupos y los sitúa fuera de la esfera de lo considerado humano. La colonialidad del ser no solo afecta el acceso al poder y al conocimiento, sino que impacta profundamente en la subjetividad y en las formas de ser y existir de los sujetos subalternos.

Esta construcción de género tuvo y tiene repercusiones importantes en los procesos de comprensión de la vida y la salud así también como el propio diseño de las investigaciones, de la formación, de la gestión, políticas y programas públicos de salud, que se reproducen en Latinoamérica y el Caribe. Santos (2024) expone cuatro puntos importantes a ser observados:

- En epidemiología, los estudios de la frecuencia y distribución de enfermedades desde una perspectiva de género se construye a través de la variable sexo=género, clase social=nivel socioeconómico; etnia-raza=color de piel. Esto requiere, desarrollar una mirada crítica a las formas de investigación en salud.
- En la configuración institucional, organizacional y funcionamiento de los Sistemas de Salud, por lo general se gestiona a través de unidades sanitarias de género o departamentos de género, que dan una respuesta desde una perspectiva de atención biomédica, es decir, se traduce en la reproducción de matrices de opresión, de racismo y clasismo.
- La formulación de políticas nacionales reproducen agendas globales en salud desde la episteme moderno colonial de la salud global liberal

y panamericana, y que perpetúan desigualdades.

- En los programas de salud pública verticales y focalizados, como los programas materno-infantil o la salud sexual-reproductiva entre otros, desde una perspectiva de patologización de la salud de las mujeres.

Es así que la categoría género, tradicionalmente utilizada en los estudios de salud, fue construida en gran medida desde esta universalización de la mujer, generando tensiones y limitaciones que pensadoras y activistas como María Lugones, Lélia González, las afrocaribeñas Ochy Curiel, Yuderkys Espinoza Miñoso, Mara Viveros, Karina Ochoa Muñoz, Aura Cumes, Breny Mendoza, Adriana Guzmán entre muchas otras ponen en evidencia al abordar contextos diversos desde el Sur Global, donde las relaciones de género están profundamente entrelazadas con otras estructuras sociales, históricas y culturales (SANTOS, 2024).

La mirada crítica sobre la colonialidad en el área de la salud, nos invita a imaginar alternativas que respeten y visibilicen la diversidad de experiencias y sistemas de conocimiento. Este enfoque no solo enriquece nuestra comprensión de las inequidades en salud, sino que también abre caminos para construir políticas y prácticas más inclusivas y transformadoras. Por ejemplo, los marcos occidentales de género, que a menudo operan bajo un binarismo masculino/femenino, pueden no captar las realidades de comunidades donde las identidades y expresiones de género son más fluidas o no encajan en estas categorías. En algunos contextos indígenas o afrodescendientes, **el género puede entenderse de formas relacionales, vinculadas al rol dentro de la comunidad o la espiritualidad**, lo que tiene implicaciones significativas para las prácticas de cuidado y de los sistemas de salud.

3.2 VIOLENCIA Y SALUD

En los últimos años, la violencia ha tomado relevancia como tema de estudio en el área de la salud porque ha escalado en las estadísticas como una de las principales causas de muerte y agravios de la población joven en el mundo. Minayo (2006), autora dedicada a estudiar la relación de violencia y salud, plantea que existen dos dimensiones de este objeto de estudio que permiten relacionarlos con el

campo de la salud, por un lado el hecho de que la violencia genera lesiones física, mentales, espirituales que los servicios de salud deben atender y por otro lado, la comprensión de que la salud no se restringe a la ausencia de enfermedad sino que comprende la calidad de vida del ser humano, en relación con la sociedad y la naturaleza. Este fenómeno, lejos de ser un evento aislado, está profundamente enraizado en las estructuras sociales, culturales y económicas que configuran nuestra realidad siendo un proceso social que se reproduce a través de relaciones de poder, exclusión y desigualdad.

La autora, dedicada al estudio de violencia y salud, plantea que la violencia debe analizarse desde una perspectiva crítica y holística (MINAYO, 2006), la cual integre tanto los factores socioeconómicos como los culturales que influyen en su génesis y persistencia. Según esta visión, la violencia en salud no solo se manifiesta en lesiones o problemas de salud mental, sino que también tiene un impacto directo en la capacidad de los individuos para acceder a servicios de salud de calidad. La reproducción de dinámicas de poder y la persistencia de desigualdades estructurales favorecen la aparición de entornos en los que la atención sanitaria se ve comprometida, afectando de forma particular a grupos vulnerables, como las mujeres en contextos de violencia de género.

En este sentido, el modelo biomédico hegemónico, que tradicionalmente estuvo orientado hacia una atención técnica y estandarizada, resulta insuficiente para abordar las complejas intersecciones entre violencia y salud. La integración de enfoques críticos, como el propuesto por Minayo, invita a replantear la atención en salud desde una perspectiva de salud colectiva, que reconozca y articule los saberes locales y las condiciones específicas de cada territorio. Así, se entiende que la prevención y el abordaje de la violencia deben partir del reconocimiento de sus raíces estructurales y de la necesidad de transformar las prácticas institucionales, para garantizar un acceso equitativo y respetuoso a la atención sanitaria.

3.3 VIOLENCIA DE GÉNERO EN ARGENTINA

Según el Informe 2020/2021 de Amnistía Internacional, la pandemia de COVID-19 intensificó la crisis global de violencia de género intrafamiliar, sexual,

homicidio y feminicidio. En algunos países, los líderes gubernamentales minimizaron la violencia contra las mujeres y recortaron los programas de apoyo y en otros, los propios actores estatales perpetraron actos de violencia. En Argentina, las llamadas de emergencia a las líneas de atención telefónica sobre violencia contra las mujeres habían aumentado más del 18% en comparación con 2019 y hubo al menos 298 feminicidios de los cuales el 91% tuvo lugar en el ámbito familiar.

Según el Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina (RNFJA, 2021), Salta tiene una tasa anual de muertes violentas de mujeres cis y trans/travestis por razones de género cada 100.000 mujeres, que más elevada que la tasa media nacional, la cual se ubicó 1,09 en 2020 y 1 en 2021. La situación de la provincia es crítica, ya que históricamente figura en los primeros puestos comparando la tasa de femicidios calculada entre provincias, con una tasa de 1,53 y 1,78 para cada año respectivamente.

La convergencia de la lucha del movimiento de mujeres y feministas en la Argentina, junto a los colectivos de la diversidad sexual y la decisión política del gobierno kirchnerista tuvieron como resultado el desarrollo de políticas en las que la cuestión de género tuvo mayor lugar. Entre los avances más significativos encontramos la sanción de la Ley Nacional 26.485/2009 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, la cual brinda un abordaje integral y multidisciplinario de la violencia de género (ARGENTINA, 2009); Ley 26.791/2012, la cual incorpora al Código Penal el femicidio como agravante de la figura del Art. 80 de homicidio; y la creación del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (MMGyD) en 2019. El reconocimiento de parte del Estado de las desigualdades e injusticias respecto a los géneros finalmente concluyó en la propuesta de un Plan Nacional de Acción contra las violencias por motivos de género 2020-2022 (ARGENTINA, 2020) que buscó fortalecer un nuevo paradigma en la forma de concebir, planificar y ejecutar las políticas públicas para el abordaje de las violencias por motivo de género, ya que surgió de las articulaciones con las distintas áreas de educación, de salud, trabajo, desarrollo social, comunicación, entre otras. Además de ser elaborado en diálogo con la sociedad civil a través de foros presenciales y virtuales para poder incluir sus propuestas, ideas e inquietudes.

Según la Ley 26.485/2009, las violencias por motivos de género constituyen una práctica estructural violatoria de los derechos humanos que afecta a mujeres y a las personas LGBTI+. En ese mismo sentido, en el artículo 5 de la define seis tipos

de violencia (física, psicológica, sexual, económica, simbólica y mediática) :

1. Violencia física: la que se emplea contra el cuerpo de la persona produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato que afecte su integridad física.

2. Violencia psicológica: la que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación, aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia, sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3. Violencia Sexual: cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de las mujeres de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4. Violencia económica y patrimonial: la que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de las mujeres, a través de: la perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes; la pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales; la limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; y la limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5. Violencia simbólica: la que se presenta a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos que transmitan y reproduzcan dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

6. Violencia política: la que se dirige a menoscabar, anular, impedir,

obstaculizar o restringir la participación política de las mujeres, vulnerando el derecho a una vida política libre de violencias y/o el derecho a participar en los asuntos públicos y políticos en condiciones de igualdad con los varones.

En el art 6, se define ocho modalidades o formas en que los distintos tipos de violencia de género se manifiestan en los diferentes ámbitos:

- a) Violencia doméstica contra las mujeres: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia;
- b) Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;
- c) Violencia laboral contra las mujeres: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral;
- d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;
- e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.
- f) Violencia mediática contra las mujeres: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

3.4 METODOLOGÍA

Con la intención de avanzar en la transformación de la perspectiva de los estudios de género en el área de la salud, el presente estudio adopta el método

etnográfico como herramienta principal de investigación, enmarcándolo dentro de una perspectiva crítica de la colonialidad en la salud.

La etnografía no se entiende como una mera recolección de datos sobre un “otro”, sino como un proceso dialógico que reconoce la injerencia de los sujetos investigados y sus sistemas de saberes. Da Silva y Santos de Sena (2024) analizan la propuesta teórica y política de Gloria Anzaldúa y exponen la construcción de un abordaje etnográfico y los estudios antropológicos “desde y en la región fronteriza”, tomando la noción de frontera no en un sentido físico y geopolítico, sino desde su dimensión simbólica:

Una frontera no es simplemente lo que divide y separa dos identidades supuestamente fijas y homogéneas, sino que es siempre también lo que une, un punto de encuentro, un punto de paso, de liminalidad y de transgresión. (p. 209, la traducción es nuestra)

A partir de estas nociones, se busca trascender las categorías fijas de unidad, pureza y homogeneidad cultural, para cobijar y abordar la alteridad y la heterogeneidad (DA SILVA; SANTOS DE SENA, 2024). Posicionarse teórica y metodológicamente desde este “lugar intermedio” supone el desafío de superar el pensamiento dicotómico y las identidades fijas y esencialistas, desde un enfoque comprometido con las problemáticas analizadas. Se trata de emprender el trabajo de campo atendiendo a los “movimientos fronterizos” desde una antropología del “tercer margen”, “dispuesta a reconstruir nuestra sensibilidad e inclinada a criticar las estructuras fundamentales de la colonialidad epistémica” (p. 209).

En este sentido, se proponen llevar a cabo un trabajo etnográfico colaborativo, comprometido y no extractivista, asumiendo conscientemente un posicionamiento ético y político que involucre activamente al “otro”. Desde una vigilancia epistemológica permanente, asumimos el desafío de investigar *junto* a los sujetos y grupos excluidos, oprimidos e invisibilizados, reconociendo sus conocimientos y derechos. Por lo tanto, este abordaje se propone desmontar las lógicas colonialistas que niegan la condición ontológica de los sujetos excluidos como portadores y productores de conocimiento y aíslan las luchas sociales del territorio (DA SILVA; SANTOS DE SENA, 2024).

Este enfoque resulta sumamente enriquecedor para la presente investigación dado en la comunidad kolla de Iruya, ya que busca producir conocimiento situado y validado localmente, *en conjunto con* los propios sujetos, desde un posicionamiento político atento a cómo la investigación afecta a las

personas y grupos sociales oprimidos, reconocidos como portadores de saberes, derechos y capacidad de agencia. Esto desafía las lógicas extractivistas y de explotación a los que históricamente han sido sometidos los pueblos y territorios bajo la matriz colonial. En palabras de los autores:

Se trata de pensar la investigación como una co-creación para la producción de conocimiento “co-labor-activo”, así como la intervención en el mundo como una corresponsabilidad resultante del trabajo conjunto, una co-laboración de carácter simultáneamente ético, político y epistemológico. (p. 218)

Para ello, es imprescindible asumir una postura ético-política en la investigación, reconociendo los saberes y las luchas de los sujetos excluidos, co-laborando en la producción de conocimiento junto con los sujetos. Retomamos entonces esta propuesta por una nueva manera de hacer investigación etnográfica, basada en la colaboración, el compromiso ético y político con los excluidos y la comprensión de los espacios sociales fronterizos, en sentido simbólico, desde y entre los márgenes, que ofrecen la oportunidad de construir nuevas formas de pensar las identidades, las culturas y la relación con los otros.

Desde el inicio del proyecto de investigación, fueron pensadas las relaciones de poder y la construcción de conocimiento, asumiendo los desafíos y limitaciones de la transformación conceptual y la formación en relación a la cuestión de género expuestos en otros estudios de profesionales sanitarios (PORTELLA, 2005). Para llevar a cabo esta investigación fueron realizadas dos visitas de campo a la Comunidad originaria del Pueblo Kolla de Iruya, en el departamento de Iruya, en la provincia de Salta, Argentina, durante el periodo de 2021 a 2023, con apoyo económico de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana.

El primer trabajo de campo se realizó desde el 30 de septiembre hasta el 2 de noviembre de 2021 con el fin de (re)conocer la comunidad indígena y entrelazar las experiencias vividas como integrante de ella con los aprendizajes adquiridos como estudiante de la Licenciatura en Salud Colectiva. Para poder generar un verdadero diálogo y que este trabajo pueda contribuir a la comunidad, realicé una exploración de la pluralidad de conocimientos y prácticas de salud existentes, tomé contacto con personas claves de la comunidad y de las instituciones estatales del área de la salud, educación y seguridad y la municipalidad. Esto me permitió establecer un primer intercambio, reconocer los temas de mayor importancia en relación a la salud para la misma comunidad y así,

identificar las limitaciones del proceso de investigación y obtener datos complementarios y actualizados sobre la realidad política y socioeconómica de la comunidad, en un mundo post pandemia.

El segundo periodo de trabajo de campo fue realizado en paralelo a la Pasantía Curricular Obligatoria supervisada por la prof. Gladys Amelia Velez Benito, como parte del proyecto pedagógico de la Licenciatura en Salud Colectiva de la UNILA, en el Observatorio de Violencia contra la Mujer (OVCM) de la provincia de Salta desde el 12 de diciembre de 2022 al 28 de febrero de 2023. A partir de ello, surgieron interrogantes que motivaron el desarrollo de este trabajo. Entre estas, se decidió investigar, ¿Cómo se manifiestan las tensiones entre el modelo biomédico hegemónico y las necesidades particulares de la comunidad indígena del Pueblo Kolla de Iruya en la atención de los casos de violencia de género en los servicios de salud?

Las técnicas etnográficas adoptadas fueron:

- **Observación participante:** La investigación se desarrolló mediante la inmersión en la vida cotidiana de la comunidad, participando en sus prácticas y rituales, evitando una mirada extractivista del conocimiento.
- **Entrevistas en profundidad a mujeres de la comunidad y a trabajadores de la salud:** Las entrevistas fueron diseñadas desde una postura dialógica, dando espacio a narrativas orales y relatos de vida que priorizaron la voz de los interlocutores.

Para garantizar la protección de los derechos de los participantes, se obtuvo el consentimiento informado (que se presenta en anexo) antes de su inclusión de los diferentes relatos en este estudio. A cada participante se le explicó el objetivo del estudio, la importancia de su participación y el uso de los datos recolectados. Además, se les informó que la participación era completamente voluntaria, con la libertad de retirarse en cualquier momento. Por último, se les informó que los resultados obtenidos se emplearían con fines académicos y se mantendrían en estricto anonimato, protegiendo así su privacidad.

- **Análisis de documentos:** Análisis del actual Protocolo de Atención a la Violencia contra Mujeres de la Provincia de Salta.

Los datos resultantes del trabajo de campo y la investigación bibliográfica fueron sistematizados, de acuerdo a su contribución al planteamiento y manejo del problema en cuestión. Y como resultado final se obtuvo una descripción etnográfica de la comunidad indígena y el territorio donde habitan, sus bases cosmológicas y ancestrales con la madre naturaleza y se evidenció la relación intercultural de la salud Misak, un conocimiento más profundo sobre las acciones tomadas para enfrentar la violencia de género.

CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 REENCUENTRO CON LA COMUNIDAD

A continuación voy a describir el primer re-encuentro con la Comunidad del Pueblo Kolla de Iruya, destacando tres vivencias que fueron el puntapié para la delimitación de este estudio: El territorio, la vida y la salud de la comunidad; primer contacto con la atención de salud y finalmente las primeras narrativas en relación a la violencia de género.

El Territorio, La Vida Y La Salud De La Comunidad

El viaje desde la capital de la provincia de Salta hasta Iruya fue de 12 horas. Al llegar al pueblo, me encontré impactada por su crecimiento y la gran cantidad de turismo presente. La construcción de la primera Terminal de Ómnibus, inaugurada en julio de 2018, convirtió al Pueblo de Iruya en uno de los principales destinos turísticos de la provincia de Salta. A pesar de eso, llegar desde la capital de la provincia, no es fácil, y no existe una combinación de horarios entre las diferentes empresas. Por otro lado, el nuevo edificio fue construido sobre una huerta de gran extensión, que conocí en años anteriores, donde se criaba ganado ovino, caprino, porcino y bovino, tanto para autoconsumo como para comercialización en el pueblo. Existe una entrevista documentada por el programa ConCiencia Pública en su episodio “Vivir en Iruya”, donde una mujer adulta, originaria de la comunidad muestra ese lugar, donde expresa la importancia del territorio para la vida y la salud de la comunidad:

(...) dos corderitos y un chivito, eso crío yo con mamadera, así chiquitos me lo traen, así los crío yo porque ese es mi trabajo, es mi vida, mi salud. Tengo huevo, tengo ajo, fruta, pera y unas hermosas papas. También tengo maíz, alimento para las gallinas, tengo dos tandas de ponedoras. (TARTAGLIONE SALUD, 2016)

El territorio constituye un punto clave para pensar el proceso salud-enfermedad-atención de las comunidades indígenas. La tierra no es simplemente un recurso, sino un ente vital y sagrado que sostiene su identidad, cultura y salud. Por un lado, reflexiono sobre las dificultades geográficas que pueden presentarse ante situaciones que precisen de atención especializada o de urgencia

sanitaria. Por otro lado la Madre Tierra, representa la unión del espacio-tiempo, donde transita la existencia del ser individual y colectivo, no solo es la entidad proveedora de alimento, abrigo y vivienda para la vida, existe una conexión profunda del ser indígena con la naturaleza que constituye una base para entender las prácticas de cuidado y resistencia.

Durante este primer periodo estuve presente en la celebración más importante para los iruyanos en honor a la Virgen del Rosario, donde pude observar la convergencia de prácticas religiosas de la iglesia católica y las tradiciones ancestrales, un notable ejemplo de sincretismo cultural. Presencí la llegada de “los misachicos”, pequeñas peregrinaciones organizadas por las diferentes comunidades donde llevan en “andas” la imagen de sus “santos patronos” (fotografía 6) y la particular adoración de “los cachis” un grupo de bailarines varones que representan distintos personajes con una gran carga simbólica (fotografía 7). Las danzas y cantos tradicionales se entrelazan con himnos y rezos propios del catolicismo, creando una expresión única de identidad y resistencia cultural. Muchas personas realizan promesas pidiendo la protección o sanación de algún ser querido que se encuentra transitando alguna enfermedad o dificultad. Conversando con una mujer con un niño en brazos, me compartió que ha pedido por su sobrino de 2 años que aún no habla y que pese a las dificultades que implica dejar su trabajo y familia en la ciudad de Salta donde reside, volverá por dos años más para cumplir su promesa.

Esta confluencia de creencias no sólo evidenciaba la adaptación de la comunidad a las imposiciones externas a partir de la colonización, sino también su capacidad para reinterpretar y reconfigurar sus rituales en un contexto contemporáneo.

Fotografías 6 y 7 – Sincretismo religioso: “La Virgen del Rosario y Los Cachis”



Fuente: De la autora, 2022.

En vísperas de las fiesta hasta días después de su finalización, se arma una gran feria donde son expuestos y negociados el maíz, diferentes tipos de papas, cebada, miel de abeja, platos de madera, charqui, chalonga, lanas de llamas y oveja y una innumerable cantidad de productos. La llegada de las diferentes comunidades, propicia un espacio ideal para el intercambio y venta de la producción de las diferentes familias.

En medio de esta feria encontré diferentes puestos impregnados de saberes sobre medicina ancestral (fotografía 8 y 9). En el suelo o sobre tablas de madera, dispuestas en cajas de cartón, o en bolsas, se exhibían diversas plantas medicinales, desde hojas secas, flores aromáticas y raíces propias de la región hasta cremas o ungüentos elaborados a partir de ellas. Estos puestos, atendidos por mujeres, eran más que un simple punto de venta, eran un lugar de encuentro donde se transmitían conocimientos y se compartían historias sobre los usos terapéuticos de las hierbas, reflejando la íntima relación entre la naturaleza, la salud y la identidad cultural de los habitantes.

Fotografías 8 y 9 – Medicina Ancestral



Fuente: De la autora, 2022.

Vivenciando esta gran celebración, percibo que es profunda mi vinculación con la comunidad, quien me reconoció como la “nieta de la abuela Margarita”. Al analizar los niveles de participación en la investigación etnográfica, Anguera Argilaga describe refiriéndose al observador que pertenece al grupo objeto de estudio lo siguiente:

Tiene mayor libertad de movimientos, pudiéndose relacionar con todas las personas de su grupo en sus propios niveles. El significado de ciertos comportamientos escapa siempre, al menos en parte, a los que observan desde fuera, mientras la observación en el propio grupo ofrece, además de la mayor posibilidad de acceso, garantía de logro de mayor volumen de información. (ANGUERA ARGILAGA, 1995, p. 75)

Sin duda, pertenecer al grupo social que investigué pese a no vivir en el territorio, facilitó el acceso a la comunidad, disminuyó la reactividad y permitió un mayor acercamiento, sobretudo con las mujeres de la comunidad porque realicé el trabajo de campo, acompañada de mi pequeño hijo de 2 años. Comprender el lenguaje coloquial con el uso de palabras aymaras y quechuas entremezcladas con el idioma castellano, tener la misma forma de hablar pausado y el tono bajo de la voz, me permitió el manejo desde el inicio de los códigos vigentes en el propio grupo, salvando los habituales problemas de traducción cultural, y por lo consiguiente aumentó la viabilidad del estudio.

Fotografía 10- Maternidad e Investigación: Raíces en el Corazón de Iruya



Fuente: De la autora, 2021.

El haber transitado por diferentes procesos migratorios a lo largo de mi vida, viviendo en diferentes provincias de mi país y luego en Brasil, tomando contacto con diferentes culturas de latinoamérica, facilitó la construcción de nuevos parámetros de medida social, y que sea posible realizar un extrañamiento de lo propio, al haber conocido “lo otro”. Además de esto, gracias a la propuesta pedagógica de la lic. en Salud Colectiva, que incentiva una búsqueda autónoma de aprendizajes en otros campos de conocimiento, cursé disciplinas optativas de la carrera de Antropología y fui ayudante alumna de disciplinas relacionadas como Antropología de la Salud y Pesquisa social.

Primer Contacto Con La Atención De Salud

Mi primer acercamiento con el hospital del pueblo de Iruya, lo realicé a través del acompañamiento a una mujer de la comunidad (R) , de aproximadamente 70 años, que asistió al servicio de **Guardia del Hospital de la Comunidad**. Junto a ella conocí el sistema de atención brindado por la institución y tuve un primer contacto con sus profesionales. Los usuarios son atendidos por orden de llegada, con atención prioritaria de embarazadas y adultos mayores. Hay dos turnos, uno por la mañana y otro por la tarde, donde son atendidas un total de 20 casos. Los usuarios pasan por el consultorio de enfermería, y luego esperan para ser atendidos por el médico.

Durante mi permanencia en la sala de espera, observé cómo la dinámica de la fila se transformaba en un microcosmos de las relaciones de poder y las tensiones comunitarias. Las personas se organizaban a lo largo del pasillo, esperando ser atendidas por el personal de enfermería. Dado que solo había 10 números para ser atendidos, era común que se produjeran intercambios de lugares o se ignorara el orden de llegada. En una instancia, noté cómo un hombre que llegó al final, se colocó delante de cuatro mujeres que ya se encontraban en la fila, e ignoró el pedido de una de ellas para que respete el orden de la fila. Ella le expresó su preocupación porque quedaría en el onceavo lugar, sin posibilidades de ser atendida, pero el hombre la ignoró y continuó absorto frente al televisor. El descontento del resto de mujeres era evidente en el ambiente, pero nadie más se atrevió a cuestionar abiertamente la situación.

Asimismo, cuando ya éramos once personas en la fila, siguieron llegando mujeres de distintas edades; algunas, al contar el número de personas, decidían abandonar la espera, mientras que otras consultaban en enfermería sobre la posibilidad de ser atendidas.

En otra instancia, un hombre joven que había hecho fila con un bebé en brazos decidió intercambiar su lugar con la madre del pequeño al momento en que la enfermera se acercó para anotar los nombres, permitiendo que fuera ella quien hablara y explicara a qué venían. Esta acción refleja, de manera sutil, el rol tradicional asignado a la mujer como principal responsable de la salud del niño, mientras que el hombre se limitaba a actuar como acompañante.

Por fin, durante el “triage” y la atención médica de la mujer (R) que acompañé, observé un proceso que combinaba la eficiencia técnica con un profundo sentido del respeto y el cuidado intergeneracional, característicos de la comunidad indígena. El equipo de enfermería iniciaba la atención con una evaluación previa, mientras una enfermera, sentada en el escritorio, registraba manualmente los datos en la historia clínica, un enfermero realizó los controles de presión, peso y talla y procedió a efectuar una anamnesis para conocer en detalle los síntomas de la mujer.

Lo que realmente llamó mi atención fue la forma en que el enfermero se interesó por la identidad familiar de la mujer (R). Al reconocerla, le hicieron preguntas sobre su

madre y su salud, evidenciando una preocupación que iba más allá de la mera atención médica. Este gesto no solo mostró la calidez y cercanía en el trato, sino que también puso de manifiesto la importancia del respeto por los mayores, un valor fundamental en las comunidades indígenas.

La atención, en este caso, trascendió lo puramente técnico para integrar elementos de la cultura y los lazos familiares, reflejando la manera en que se valora y cuida a los ancianos dentro de la comunidad. Esta experiencia me llevó a reflexionar sobre la importancia de la territorialización de los trabajadores de la salud, es decir el proceso de reconocimiento del territorio y sus dinámicas como punto clave para articular el conocimiento del territorio con la implementación de estrategias que respondan efectivamente a las particularidades y desafíos de cada comunidad (Almeida, 2012).

Primeras Narrativas En Relación A La Violencia De Género

La mujer que acompañaba (R) fue atendida por el médico de guardia e internada en el hospital, esto me permitió acercarme y entablar diálogo con otras mujeres de la comunidad, quienes compartían sus impresiones sobre temas tan diversos como la religión, la política y la salud.

Las tres mujeres kollas, cuyas edades oscilaban entre los 55 y 70 años, residían en distintas comunidades: R, originaria de la comunidad de San Juan, vivía en otra provincia, M residía en el pueblo de Iruya, P en la comunidad de Matancillas.

Durante el diálogo, me llamó especialmente la atención el relato de M. Ella aseguraba que su internación se debía, en gran parte, al gran esfuerzo físico realizado durante la semana anterior, describiendo las múltiples tareas de cuidado que desempeñaba en su hogar: se encargaba del cuidado de su marido con una salud muy deteriorada, de sus ovejas y su siembra. M explica que el agotamiento generado al acomodar fardos de alfalfa y preparar la tierra para sembrar fue el detonante de los síntomas que la llevaron a sufrir vómitos y fiebre. La mujer reflexiona y asegurará que existe un agotamiento acumulado en su cuerpo, como consecuencia de aquellos años de trabajo en el ingenio, lo que logra desencadenar fácilmente otras enfermedades. A partir de ese tema de conversación, las otras

mujeres presentes compartieron las experiencias vividas durante su infancia y juventud en el Ingenio “El Tabacal de San Martín”.

P relató que sufrió la pérdida de un embarazo al cruzar uno de los ríos, en el extenso trayecto que implicaba trasladarse desde su comunidad hasta el ingenio. Recuerda que muchas mujeres experimentaban abortos espontáneos o sufrían la pérdida de sus hijos pequeños, quienes a veces eran envenenados por picaduras de víboras o víctimas de ataques de cuervos. El trabajo que realizaban las mujeres consistía en cocinar, cuidar a los niños y, en ocasiones, ayudar a sus maridos en el corte de caña de azúcar con machete, mientras portaban a los "wawas quepiao" (es decir, a los bebés envueltos en una manta y llevados en la espalda).

R recordó cómo su madre trabajó en el mismo ingenio y, en una ocasión, cuando fue a visitarla, la encontró golpeada por su marido y tuvo que socorrerla y a sus hermanos menores que se encontraban en un pésimo estado de salud. Este episodio es solo uno de los muchos testimonios que evidencian la violencia física ejercida en el ingenio, donde las condiciones laborales duras y abusivas dejaban marcas profundas en las mujeres indígenas. Además, R también relató su propia experiencia cuando comenzó a trabajar como empleada doméstica en la ciudad. En ese entorno urbano, al igual que en el ingenio, la violencia física era una constante por parte de sus patrones, así como los intentos de abuso sexual.

Es allí que inició una profunda conversación sobre la inseguridad permanente que sentían por la violencia física, psicológica y sexual que ellas enfrentaban fuera y dentro de su hogar. Es por este motivo que mi trabajo de investigación profundiza en los anteriores capítulos sobre la historia de resistencia del Pueblo Kolla luego de la formación del Estado-Nación Argentino y el sistema encubierto de trabajo esclavo que mantenían. Estos recuerdos evidenciaron un patrón de violencia que atraviesa la historia de vida de la mujer kolla, subrayando la vulnerabilidad y el sufrimiento de las mujeres en contextos de desarraigo y marginación lo que propició una mayor comprensión sobre la realidad actual.

4.2. NARRATIVAS DE VIOLENCIA DE LAS MUJERES IRUYANAS

Fotografía 11- Mujeres copleras: Resistencia del canto con caja

Fuente: De la autora, 2022.

Durante el segundo periodo de trabajo de campo, llevé a cabo entrevistas en profundidad con cinco mujeres de la comunidad, cuatro varones de la comunidad y cinco trabajadores de salud del hospital, con el objetivo de capturar las experiencias y perspectivas en torno a la atención sanitaria de los casos de violencia de género, en un contexto marcado por la marginación y la intersección de género y cultura. Las entrevistas a las mujeres se centraron en explorar sobre el “ser mujer iruyana”, sus experiencias con la violencia de género y las estrategias de resistencia y cuidado colectivo que han desarrollado en respuesta a las deficiencias del sistema. Por otro lado, las conversaciones con el personal de salud permitieron indagar en los desafíos y las tensiones que enfrentan en la práctica diaria desde la perspectiva de género, así como en la manera en que intentan conciliar el modelo biomédico hegemónico con las necesidades culturales de la comunidad. Estos diálogos, estructurados de forma abierta y respetuosa, se convirtieron en una fuente esencial para comprender cómo se articulan las dinámicas de poder y exclusión en el proceso de atención, aportando una visión compleja y situada de la realidad en Iruya.

¿Qué Es Ser Mujer Iruyana?

Fotografía 12- Paisajes de Lucha: La Mujer Indígena y su Entorno



Fuente: De la autora, 2022.

Según Lugones (2008), el sistema moderno/colonial de género impone una concepción universal de la "mujer blanca occidental" y una homogenización que invisibiliza las diferencias y particularidades de las mujeres indígenas y racializadas, cuyas vivencias, cosmovisiones y saberes pueden ser diversas. La autora argumenta que la imposición de un modelo único de feminidad es parte de la lógica colonial que busca uniformar identidades para mantener relaciones de poder desiguales. En este sentido, la mujer indígena se ve forzada a encajar en una categoría que no refleja la complejidad de sus realidades culturales y sociales, lo que contribuye a su marginación y a la invisibilización de sus experiencias específicas. De acuerdo a esto, durante las entrevistas se profundizó sobre el significado del "ser mujer indígena" en Iruya, para poder comprender la complejidad del abordaje de violencia de género.

A diferencia de otras culturas en que es más valorado tener un

primogénito hombre, las personas entrevistadas de la comunidad, relataron que es de “buena suerte” que el primer bebé de una familia sea mujer. Históricamente, las mujeres han sido quienes realizan las tareas de cuidado de la familia y la comunidad, y desde temprano las niñas apoyan en el desarrollo de estas actividades:

- **Cuidado de los niños:** las mujeres de una familia son responsables de cuidar y criar a los niños de su familia. La hermana mayor es responsable de sus hermanos menores y realiza actividades como alimentarlos, bañarlos, educarlos y enseñarles habilidades básicas.
- **Cuidado de los adultos mayores:** son responsables de las personas adultas mayores, como abuelas y abuelos de la familia, encargándose de su alimentación, higiene, acompañamiento y cuidado de su salud.
- **Mantenimiento del hogar:** las mujeres han sido responsables de mantener el hogar y espacios comunitarios limpios y ordenados, así como de lavar ropa y también cocinar. Dentro de esta categoría, se incluyen las tareas de cuidado que tienen como beneficiarios directos al resto de hombres del hogar, ya sea parejas, hijos u otros familiares.
- **Producción y preparación de alimentos:** las mujeres también son responsables de preparar los alimentos para su consumo y/o almacenamiento. Ellas acompañan las tareas de preparación de la tierra, siembra y cosecha, y también se dedican al cuidado de los animales (sobre todo de cabras y gallinas).
- **Cuidado de la salud:** las mujeres kollas tienen conocimientos y habilidades relacionadas con la medicina tradicional y han sido responsables de brindar cuidado médico a su familia y comunidad, utilizando plantas y remedios naturales para tratar enfermedades y dolencias.

Fotografía 13- Mujer e Infancia en la Comunidad de Volcán Higueras de Iruya.

Fuente: De la autora, 2022.

Una de las entrevistadas, una mujer mayor de 65 años y primogénita de una familia con diez hijos, relató que al poco tiempo de nacer, fue entregada para ser criada por su abuela materna pero al crecer fue fundamental en la crianza de sus hermanos menores, sobretodo cuando llegó a su mayoría de edad y consiguió un trabajo como empleada doméstica en la ciudad y pidió la tenencia judicialmente de dos hermanos que su madre viuda y con otros niños más pequeños, no pudo criar y quienes se encontraban al cuidado de otros familiares en extrema vulnerabilidad, con desnutrición y tuberculosis, enfermedades muy comunes en la región por la década de los 70.

Las mujeres son consideradas guardianas de la cultura, las tradiciones y los valores de las comunidades. Tienen un papel fundamental en la transmisión de estas a las generaciones más jóvenes y por lo tanto en la continuidad de la

existencia del Pueblo Kolla y las decisiones que marcarán su vida son fuertemente juzgadas no sólo por su familia, sino también por la comunidad. Uno de los varones entrevistados, residente en el Pueblo pero no perteneciente a la comunidad, comentó sobre el conflicto que tuvo al entablar una relación sentimental con una joven mujer de la comunidad, situación que lo dejó sorprendido porque a pesar de pertenecer al mismo Pueblo Kolla, no consiguió ser aceptado por su familia:

“Los padres no deseaban que su hija estuviera con alguien que no sea de Iruya, porque sabían que era muy posible que ella se fuera a vivir conmigo lejos del Pueblo. Yo tengo un buen trabajo aquí, viajo todo el tiempo a Humahuaca, la gente me conoce hace tiempo pero tuve que finalizar esa relación porque me amenazaron con denunciarme y perjudicarme en mi trabajo”

Otro joven varón perteneciente a una de las comunidades de Iruya, hizo mención a una situación similar:

“Cuando vienen a jugar fútbol de otros lados como Nazareno, tienen que respetar a nuestras mujeres, no pueden venir, hacerse los novios y llevárselas. Ya cada uno sabe cómo tiene que hacer, porque sino hay problemas. Nosotros no nos vamos a dejar pisar por otros que no son de acá”.

Para el abordaje de las situaciones de violencia de género en la vida de las mujeres es importante subrayar el carácter sociocultural de los cuerpos. Sobre éstos intervienen diversos mecanismos de ordenamiento y control social, por medio de regulaciones sociales, ideas, control y vigilancia, tanto desde el Estado y sus instituciones como en las relaciones sociales. De esta manera, en los cuerpos se inscriben las relaciones de poder, se incorporan códigos, ideas y pensamientos, así como regulaciones que asientan un orden social de género que van moldeando los cuerpos. No obstante, no hay que pensar los cuerpos como objetos o sujetos sometidos, si no que desde y con los cuerpos también se resiste (Esteban, 2011).

La violencia no puede ser entendida únicamente desde la tradicional perspectiva de género que homogeniza a las mujeres, sino que también está profundamente marcada por su condición étnica. Así, el rechazo a relaciones sentimentales con hombres que no pertenezcan al grupo (o que sean percibidos como "otros") se convierte en una forma de preservar una identidad cultural como una forma esencial para la supervivencia del Pueblo Kolla pero al mismo tiempo de control. Las culturas que optan por la “patrilocalidad”, es decir el sistema social en el que un matrimonio reside con cercanía a los padres del marido, establecen una

forma de control del cuerpo de las mujeres. Sumado a esto, la “patrilinealidad”, es decir la tradición en que la descendencia se traza de padre a hijo, debe asegurar una progenie legítima y lo hace a través de la estigmatización de la sexualidad de las mujeres, exigiendo virginidad y fidelidad y estableciendo un patrón de doble moralidad, donde se alienta la sexualidad masculina y se reprime la femenina (Esteban, 2011) .

Esta teoría permite interpretar el relato como una manifestación de cómo la construcción social de la mujer indígena —como depositaria de la tradición y, a la vez, objeto de control y vigilancia— se inscribe en procesos de exclusión y normativización que restringen su libertad y su derecho a sus propias relaciones, tanto dentro como fuera de la comunidad.

Cambios Y Transformaciones En Las Nuevas Generaciones

Todos los entrevistados afirmaron que existe una transformación del pensamiento de las mujeres indígenas más jóvenes, atribuida a su mayor acceso al sistema educativo. Las inversiones del Estado y el fortalecimiento de las estrategias para el cumplimiento de la escolaridad obligatoria y el acceso al nivel superior en la provincia de Salta han permitido que las nuevas generaciones de mujeres iruyananas puedan adquirir conocimientos y habilidades para insertarse en nuevos campos laborales, tener independencia y proveer estabilidad económica a su familia, que históricamente fue la principal responsabilidad de los hombres.

Las mujeres jóvenes con formación profesional se encuentran sobre todo en el área de educación y de salud, siendo maestras de grado, enfermeras y agentes sanitarios. De esta manera, ellas persiguen nuevos objetivos para mejorar su situación personal, familiar y la de su propia comunidad. Sin embargo, a pesar de sus esfuerzos por conciliar estos objetivos y cumplir con las actividades de la vida familiar, estas mujeres son percibidas como “desafiantes” de las normas y roles tradicionales. Algunas de las mujeres entrevistadas manifestaron ser responsables de proveer económicamente a su familia y de las tareas de cuidado de niños, pero igualmente son señaladas por no cumplir con sus actividades de servicio para con su cónyuge, las tareas de cuidado de adultos mayores y las actividades de

producción de alimentos. Estas críticas provienen de los hombres pero también de las mujeres de la propia familia, quienes pasan a asumir estas actividades no realizadas por las mujeres profesionales y se ven sobrecargadas:

Cuando decidí ir a Salta a estudiar, toda mi familia se puso en contra, mi niño era chiquito aún y mi marido trabajaba en Iruya. A pesar de eso, me fui a trabajar y estudiar, logré terminar la carrera, conseguí trabajo en el pueblo y yo sostuve económicamente nuestro hogar, por muchos años fue así hasta que decidí separarme. Mi ex-marido tenía problemas con el alcohol y aguanté muchos años esa situación. Cuando mi hijo creció un poco y me pusieron en blanco en el trabajo, regresé a la casa de mis padres pero mi madre me trataba mal. Ella me hacía responsable por todo, me decía que la culpa era mía por haberme ido a estudiar a la ciudad, que deje mucho tiempo a mi marido solo, que volví con la mente cambiada y por eso la situación en mi marido estaba así. Si a mi niño le iba mal en la escuela me culpaba porque decía que lo deje sin papá. Entonces tuve que irme también de la casa de mis padres, ahora tranquila viviendo con mi hijo y terminando la licenciatura de mi carrera.

La mujer que decide separarse de su cónyuge, incluso en situación de violencia, es vista como una transgresora de las normas sociales y culturales establecidas. Las mujeres expresaron que muchas veces no denuncian y se mantienen en la relación principalmente por presión de su propia familia y por razones económicas. En la dinámica familiar, se percibe la ausencia de estas mujeres en las actividades de cuidado, y se las juzga como causante directo o indirecto de los problemas que surgen en la vida familiar o en el desarrollo de los niños. En la dinámica comunitaria, pueden ser percibidas como causantes del desequilibrio de la estructura comunitaria, de la pérdida de los valores y conocimientos comunitarios (sobre todo de conocimientos sobre la tierra y siembra) y, por lo tanto, una amenaza para la existencia de la comunidad.

La idea de que las poblaciones indígenas están "detenidas en el tiempo" es una noción que surge del paradigma de la modernidad occidental, que concibe el tiempo de manera lineal y progresiva, lo que conduce a imaginar a las culturas indígenas como si permanecieran congeladas en un pasado premoderno, incapaces de cambio o innovación, es por eso que fue busque entrevistar a mujeres de diferentes edades. Una mujer mayor, de 65 años relata lo siguiente, en relación a las jóvenes de la comunidad:

Yo tendría que jubilarme pero decidí continuar trabajando unos años más, para poder ayudar económicamente a mi hija. Ella está terminando el colegio y quiere estudiar en Salta. Yo estudié con mucho sacrificio, sin apoyo de mi familia, se que no es fácil por eso voy a hacer un esfuerzo para poder ayudarla. Mi hija más grande tiene su

marido y su familia pero la más chica no piensa en eso. Las más jóvenes ya no quieren ser madres ni casarse como antes.

Según Mignolo, sugiere pensar la espacialidad como un sistema vivo e interactivo entre lo considerado natural y lo considerado cultural, porque la concepción lineal del tiempo impuesta por la modernidad contribuye a una imagen estereotipada de los pueblos indígenas, presentándolos como relictos de un pasado exótico en lugar de reconocer sus procesos dinámicos de transformación y adaptación (FRAGA, 2015). Esta representación no sólo es inexacta, sino que también sirve para justificar la exclusión y el sometimiento de estas comunidades en el marco de la hegemonía occidental, es por eso que fue importante comprender la transformación del rol de la mujer iruya.

Narrativas De Violencia Contra La Mujer En La Comunidad

Para poder abordar el tema principal de la investigación con las mujeres de la comunidad, comencé por preguntarles qué tipos de violencia de género conocían. Los entrevistados hicieron mención a la modalidad física, verbal y psicológica, económica y sexual. A partir de ese punto, algunas de los relatos fueron los siguientes:

Me separé hace un año pero fue una situación muy difícil porque mi ex-marido no lo aceptaba. Una noche él me esperó en una de las calles de abajo e intentó tirarme. Yo me defendí como pude, y pude sacármelo de encima. Estaba lloviendo y nadie pasaba por la calle, me escapé y llegué al trabajo. Todos me vieron llegar con la ropa mojada y con barro, pero nadie me preguntó nada. No lo denuncié porque no quería más problemas, acá todos se conocen". (Mujer, 43 años).

"Mi marido ahora es viejo y es un santo pero cuando era joven era malo. Se enojaba si las cosas no se hacían en el momento que él quería. Muchos años aguanté pero así es, los maridos son así, ahora las mujeres no soportan nada y ya se separan". (Mujer, 56 años).

"Yo no entiendo bien eso del género, desde que inventaron eso, las mujeres lo usan por cualquier cosa y tergiversan las cosas. Yo creo que son más los hombres maltratados por sus mujeres, son ellas ahora las que les pegan al marido. Entonces no entiendo bien eso del género porque no se defiende por igual a hombres y mujeres". (Hombre, 68 años).

Todas las mujeres entrevistadas afirmaron que la violencia contra las mujeres es un problema presente en la comunidad, pero hay una perspectiva

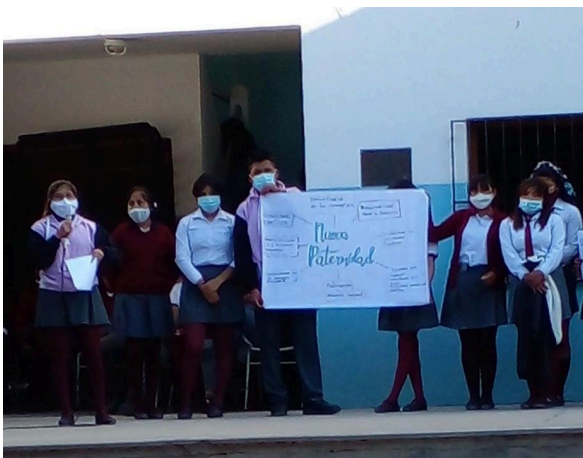
diferente entre las mujeres mayores y jóvenes. Las primeras señalaron que forma parte de la vida familiar, que son problemas que se resuelven dentro de un matrimonio. Mientras que se puede apreciar un cambio de visión en las nuevas generaciones que hoy denuncian hechos de violencia que antes eran naturalizados.

Lo mismo ocurrió con los varones entrevistados. Los de mayor edad minimizaron la violencia contra las mujeres, argumentando que es parte de la cultura o que es responsabilidad de la mujer mantener el orden y la armonía en el hogar. Incluso señalaron que el tema está sobrevalorado, y que las nuevas leyes que protegen a las mujeres constituyen una violencia contra el hombre, además de que la perspectiva de género es parte de una ideología política que amenaza la estructura y los valores de la comunidad. Mientras que los más jóvenes reconocen los diferentes tipos de violencia y saben que el ser denunciados muchas veces significa perder su lugar en la comunidad.

“Mi primo tuvo que irse del pueblo porque su mujer lo denunció por violencia. Lo denunció varias veces, hasta que un día lo vinieron a buscar y lo metieron preso. Sé que consiguió salir después de un tiempo, lo trasladaron a Salta pero no pudo volver al pueblo, tenía una orden de restricción. Había construido una casa muy linda y ahora ahí está su mujer con los hijos, a él no lo veo hace mucho.” (Hombre, 25 años).

Educación En Igualdad: “Educar En Igualdad: Prevención Y Erradicación De La Violencia De Género”

Fotografía 14 y 15- Educar en Igualdad: Reflexiones de las Nuevas Generaciones



Fuente: De la autora, 2022.

Participé de la jornada educativa nacional: “Educar en igualdad:

prevención y erradicación de la violencia de género”, como parte de la implementación de la Educación Sexual Integral (ESI), enmarcada en la Ley 26.150/2006. Esta jornada se realiza en todos los establecimientos educativos del país en todos los niveles y modalidades con el objetivo de que estudiantes, docentes y familias desarrollen y consoliden saberes, actitudes y prácticas que promuevan la prevención y la erradicación de la violencia de género (ARGENTINA, 2006). En Salta, la ESI se implementa desde el año 2012 y la jornada educativa fué incluida en el calendario escolar del Ministerio de Educación a partir del año 2016 (SALTA, 2024). Acompañado de un profesor tutor, cada grupo abordó un tipo de violencia de género y al finalizar la actividad presentaron las conclusiones a todo el colegio, a través de cartelería, folletería y representaciones teatrales.

Entre las representaciones teatrales, las nuevas generaciones se cuestionaron acerca de sus formas de vincularse con sus pares, trabajaron sobre el concepto de amor romántico, la división de tareas y cuestionaron los roles de ser hombre y de ser mujer. Abordaron la violencia física, psicológica y llamó mi atención que se mostraron preocupados por la violencia digital, así como por el acoso y hostigamiento a través de los medios digitales.

En Argentina, recién en el año 2023 incorporó la violencia digital como una modalidad de la violencia contra mujeres a través de la Ley 27.736 o Ley “Olimpia” (ARGENTINA, 2023). El proceso de transformación del rol de la mujer indígena, no ocurre de forma aislada al desarrollo de la tecnología y la globalización, al contrario ha tenido gran impacto. A pesar de las dificultades de la conexión a internet y el hecho de que en todo el pueblo hay solo dos antenas, en la actualidad los jóvenes tienen acceso a información que sus madres y abuelas no tuvieron y construyen nuevas formas de vincularse.

Los más jóvenes indígenas, están promoviendo un cambio de pensamiento hacia una mayor equidad de género, participación y autonomía, lo que ha impactado en sus percepciones sobre las situaciones de violencia que las involucran y ha transformado su actuación ante ellos.

Perspectiva De Género En El Área De La Salud

Es importante para la incorporación de la perspectiva de género en las

políticas públicas de salud, intentar comprender cuál es la conceptualización sobre esta categoría que presentan quienes son los gestores del hospital así como de los que se encargan de la atención directa.

Los trabajadores de la salud entrevistados caracterizan la violencia de género como todas aquellas agresiones físicas y psicológicas causadas por un tercero hacia la mujer. Surge de forma reiterada entre los entrevistados la asociación del concepto de género con los temas vinculados a las mujeres, nadie menciona a las personas LGBTI+.

Ante la pregunta acerca de su conocimiento de las modalidades de violencia, la económica y sexual no fueron mencionadas inicialmente. La mayoría del personal reveló haber abordado pocos casos de violencia durante su permanencia en la institución algunos de sus relatos fueron los siguientes:

Desde la policía que reciben las denuncias de violencia de género me contactan para preguntarme si llegó alguna mujer por caso de violencia de género y por lo general son pocas las mujeres que llegan a pedir atención sanitaria. Cuando el caso es extremo, ellas acuden a la atención sanitaria pero no continúan con el acompañamiento psicológico. Después el agente sanitario hace seguimiento del caso y nos comenta que la mujer volvió con el marido y no podemos hacer nada, muchas decisiones son tomadas por la familia. Las mujeres que denuncian violencia de género y que son enviadas para acompañamiento psicológico por la justicia, si asisten a terapia. Es fundamental el acompañamiento de otros sectores, porque si vos le das un papel derivando su atención, ellas solas no van.

En este contexto, los agentes sanitarios pueden promover estrategias para la prevención, visibilización y acceso a instituciones que puedan canalizar en pos de resolver cuestiones vinculadas a la violencia de género. Tal como se sostuvo, la problemática en pueblos originarios, no pasa solamente por la violencia in situ, sino también por un colonialismo que sistemáticamente los invisibilizó como actores sociales.

Violencia Sexual

La modalidad mas menciona en los relatos es sobre violencia sexual. Ninguna persona la mencionó pero cuando abordé el tema, todas respondieron que era una de las modalidades más comunes de violencia de género junto a la violencia física.

El último caso que atendí fue de abuso sexual. Una paciente tuvo una los turistas tuvieron una situación de violencia sexual. Ella relató que se cayó, pero por los signos detectamos la situación, fue derivada al consultorio de psicología y recién ahí confirmó la situación. Esta joven mujer trabajaba en Humahuaca, fue ahí donde ocurrió el hecho, por lo que desde la institución se tomó contacto con el área de la mujer de la municipalidad de Humahuaca y fue ahí donde realizó la denuncia. (Mujer, profesional de salud).

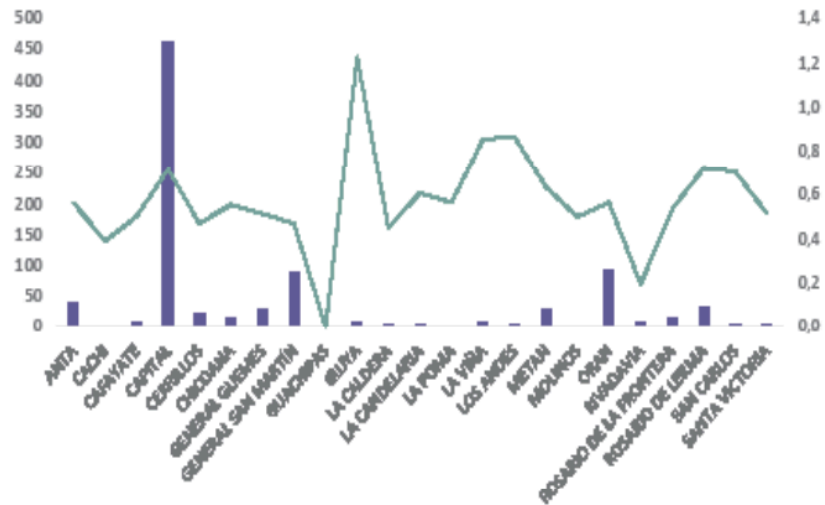
Actualmente el caso más preocupante que abordamos fue de abuso sexual a una menor por parte de su abuelo, la madre realizó la denuncia pero aún no se resuelve la situación judicial. El abuelo continúa viviendo cerca de la familia y la niña asiste a tratamiento psicológico. Este uno de los casos más complejos que abordé, porque la familia no quería existía una naturalización sobre el abuso sexual” (Mujer, profesional de salud)

Las mujeres de la comunidad entrevistadas compartieron relatos sobre episodios de violencia sexual, mencionados anteriormente, ya sea que los hubieran presenciado directamente o que les fueran comunicados por otras integrantes de la comunidad. Una de las entrevistadas señaló que dichos episodios suelen ser silenciados en el entorno familiar o compartidos únicamente en círculos muy cercanos, quedando luego relegados al ámbito familiar. Así, comentó “Se escucha que ocurre, pero luego se guarda como un secreto familiar; solo se murmura en el momento, y después se olvida” (Mujer, 45 años). Otra mujer expresó:

“Antes se veían muchos casos de estos, el ser madre soltera no era solamente vergonzoso sino que también era peligroso porque al no tener un hombre al lado, estabas como desprotegida. Por ese motivo mi madre tuvo que casarse, poco tiempo después de enviudar y dar a sus dos hijas mujeres para que las críen porque corrían peligro de ser abusadas por su padrastro” (Mujer, 68 años)

Según el OVcM, en cuanto a la distribución territorial de los delitos contra la integridad sexual analizados en términos de números absolutos los departamentos con mayor cantidad de denuncias iniciadas fueron: Capital (463), Orán (94) y Gral. San Martín (89). Sin embargo, si se realiza un análisis comparativo a través de la tasa cada 1.000 habitantes (gráfico 1), los departamentos con las tasas más altas a la provincial (0,6) fueron: Iruya (1,2), La Viña (0,9) y Los Andes (0,9).

Figura 4- Cantidad de denuncias por delito contra la integridad sexual y por departamento. Tasa cada 1.000 habitantes. Periodo enero-junio. Año 2022



Fuente: Informe de OVcM, 2022.

Abordaje De Casos De Violencia Contra La Mujer En El Hospital Ramón Carrillo

En Salta, el OVcM es una entidad encargada de promover las mejores prácticas en la prevención y eliminación de la violencia de género. Por ello, en conjunto con el Ministerio de Salud, elaboraron el Protocolo Único de Atención Sanitaria ante la Violencia de Género, aprobado mediante la Resolución Ministerial Nro.0998/18 (OVcM, 2018). Este protocolo permite que el personal sanitario, abarcando áreas de administración, técnicas y de servicios generales, identifique y aborde esta problemática. Además, establece un sistema de evaluación de riesgo que permite determinar las medidas de protección adecuadas, obligando a la denuncia en situaciones de alto riesgo, conforme a lo dispuesto en la Ley Provincial N° 7.888 de Protección contra la Violencia de Género. Y como segunda parte, de atención integral a la víctima de violencia de género requiere de un equipo interdisciplinario y la necesidad de articulación con otros organismo estatales.

Los profesionales del área de salud a menudo constituyen el primer contacto para las personas que sufren violencia de género, por lo que es fundamental que el abordaje se realice respetando criterios y directrices de intervención. En estos casos, resulta crucial llevar a cabo una detección temprana, un análisis minucioso

del riesgo, la conformación de equipos especializados y un acompañamiento continuo en cada servicio, independientemente del nivel de complejidad de la situación. Es por eso que se indagó acerca de la utilización de protocolos para el abordaje de situaciones de violencia de género y sobre la articulación con instituciones estatales y/o ONGs.

El hospital de Iruya, no poseía un protocolo escrito para el abordaje de situaciones de violencia de género y no tenían articulaciones con organismos nacionales y ni de la provincia de Salta involucrados en las temáticas de género. Para realizar articulación con la Agencia Municipal de Género y Diversidad de Iruya (AMGyD) y el Municipio de Humahuaca (Jujuy) y las fuerzas de seguridad (policía) durante el proceso que involucra la realización de asesoramiento legal, denuncias y seguimiento o acompañamiento psicológico. Describieron que ante la detección de casos de violencia se re realizaban la siguiente articulación:

- 1- Detección por un profesional de salud⇒ Consultorio médico y psicológico⇒ Denuncia
- 2- Denuncia formal de la víctima⇒ Consultorio médico y psicológico

a- **Detección por el profesional de salud:** El personal de enfermería manifiesta que, en caso de observar señales de violencia, inmediatamente realizan una derivación para consulta médica y pierden contacto con el caso. En algunas circunstancias, sus tareas consisten en dar apoyo técnico para la elaboración de la historia clínica, el control de signos vitales y la curación de heridas, siendo el médico el principal actor durante esta etapa y quien acompañará la siguiente etapa.

b- **Consultorio médico y psicológico:** el médico es el encargado de realizar un examen clínico cuidadoso y solicita apoyo del área de psicología para la clasificación de riesgo y el acompañamiento de la víctima. Mencionaron seguir los lineamientos provinciales para realizar este proceso.

c- **Denuncia:** en todos los casos, se induce a la víctima a realizar la denuncia en el destacamento policial de Iruya, a 100 metros del hospital. Luego de esto, el caso es acompañado por el área de psicología. De acuerdo con la necesidad, se solicita apoyo al área de la mujer del municipio o a instituciones externas.

Si lo primero que ocurre es la denuncia, casos de gravedad de violencia física, la víctima es escoltada por el personal policial hasta el hospital para realizar el examen médico que servirá como prueba en las acciones judiciales. En otras modalidades de violencia de género, la policía les indica buscar acompañamiento psicológico.

El departamento de Iruya, a pesar de contar con una población cercana a los 6 mil habitantes, hay una grave escasez de profesionales capacitados para abordar casos de violencia de género. Aunque existe una Agencia Municipal de la Mujer, la Diversidad y la Niñez (AMGyD), no dispone de profesionales esenciales como psicólogos, trabajadores sociales ni abogados, lo que limita gravemente la atención a las personas que enfrentan situaciones de violencia (OVCM, 2024).

Figura 5: Efectores y profesionales presentes para el abordaje de violencia de género en el municipio de Iruya

Municipio	Iruya	Isla de Cañas
Área	Área de la mujer género y diversidad	Dirección Municipal de la Mujer
Psicólogo/a	0	0
Trabajador/a social	0	0
Abogado/a	0	0
Responsable del área	1	1 (C)
Personal de otras profesiones	0	0
Servicios de Salud		
Psicólogo/a	1	0
Trabajador/a social	0	0

Autor: OVCM, 2024, p. 35

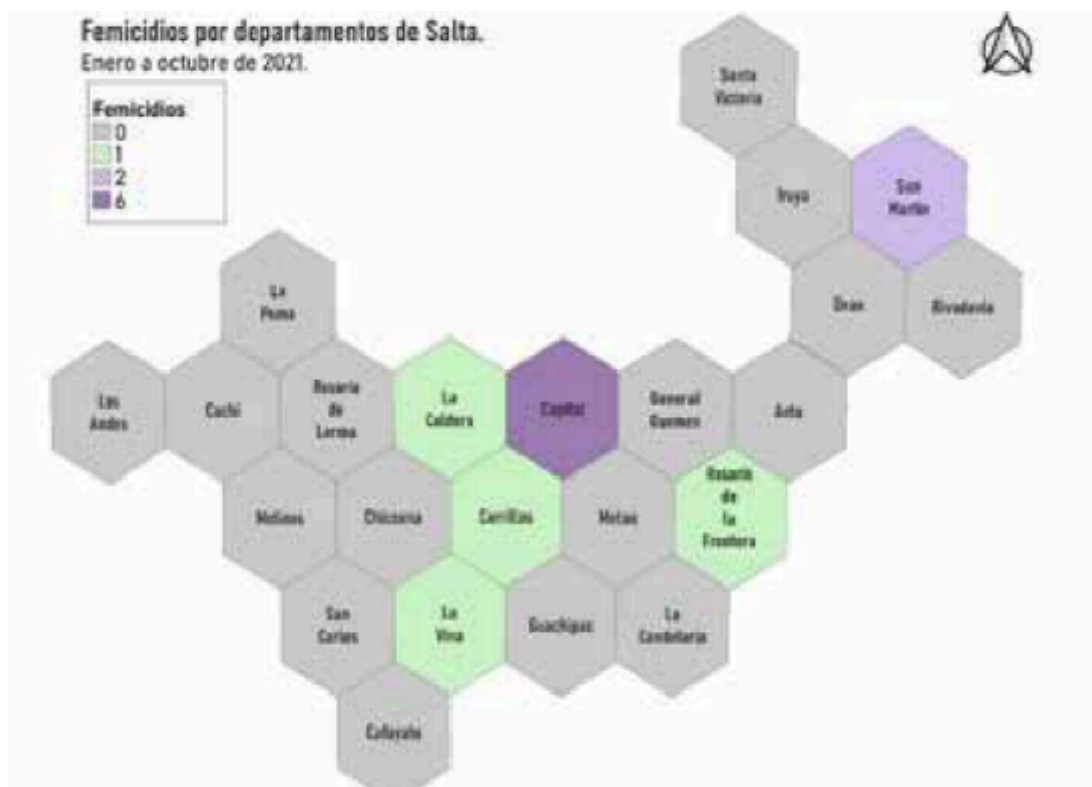
En el ámbito de la salud, solo hay una psicóloga contratada, lo cual es insuficiente para cubrir las necesidades de la población. Además, Iruya está geográficamente aislada, ya que se encuentra a 328 km de los centros judiciales del Distrito Judicial Centro, lo que dificulta el acceso a la justicia para quienes viven allí. Esta falta de profesionales y la lejanía de los servicios judiciales son desafíos significativos para los habitantes de Iruya (OVCM, 2024).

Por este motivo las víctimas de violencia contra la mujer tienen que recurrir a los centros judiciales de otros departamentos como Humahuaca, Orán y

Centro, (OVCM, 2022). De acuerdo a la investigación de campo y las visitas, muchas de las mujeres tienen que recurrir a atendimientos vía teléfono, ya que no existen los profesionales ni la estructura institucional en el lugar, esto dificulta el acceso de las mujeres a la red de apoyo y a las políticas de género.

En el periodo en que se realizó el trabajo de campo y las visitas al territorio fue entre el 2021 y el 2022, dentro del año 2021 no se reportó ningún feminicidio en el departamento de Iruya, como observamos en la tabla a continuación.

Figura 6: Femicidios por departamentos de Salta, 2021.



Fuente: OVCM, Informe 2021.

Esto marca una diferencia o un marcante de Iruya con respecto a los otros departamentos, especialmente, capital y General José de San Martín, donde se reportan más números de feminicidios, pues también tienen una estructura institucional más grande y enfocada en la violencia de género, además de la cercanía con otros instrumentos institucionales de carácter jurídico y de salud. Esta diferencia no corresponde únicamente al año 2021, sino que ha sido a través de varios años

que Iruya reporta una tasa de 0 Femicidios como observamos en el siguiente cuadro.

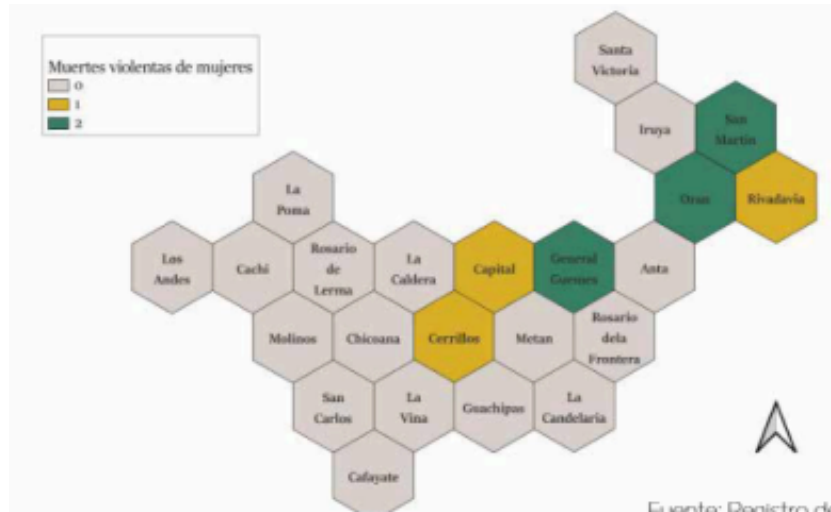
Figura 7- Tasa agregada de Femicidios cada 10.000 mujeres por departamento Provincia de Salta en el periodo de 2019-2021

Departamento	Femicidios	Tasa agregada
Anta	1	0,10
Cachi	0	0,00
Cafayate	0	0,00
Capital	13	0,13
Cerrillos	3	0,42
Chicoana	0	0,00
General Güemes	2	0,24
General José de San Martín	11	0,40
Guachipas	0	0,00
Iruya	0	0,00
La Caldera	2	1,29
La Candelaria	0	0,00
La Poma	0	0,00
La Viña	1	0,81
Los Andes	0	0,00
Metán	0	0,00
Molinos	0	0,00
Orán	0	0,00
Rivadavia	1	0,20
Rosario de la Frontera	1	0,21
Rosario de Lerma	0	0,00
San Carlos	1	0,94
Santa Victoria	0	0,00
Total	36	0,17

Fuente: OVCM, Informe 2022.

Durante el panorama del 2022, la situación de Iruya no cambia mucho en cuestión de femicidios, como observamos anteriormente, las muertes por violencia a las mujeres sigue siendo de 0, todavía muy bajo con respecto a los demás departamentos.

Figura 8: Muertes violentas por departamento en la provincia de Salta, 2022.



Fuente: OVCM, Informe 2022.

Sin embargo, durante el transcurso del año lo que vemos en incremento son las denuncias por violencia de género donde aproximadamente 9 mujeres realizaron denuncias por violencia familiar y de género, como observamos en el siguiente cuadro.

Figura 9: Cantidad de personas denunciante de situaciones de violencia familiar y de género por departamento en Salta. Periodo de enero a junio 2022.



Fuente: OVCM, Informe 2022.

Sumado a esto, las estadísticas también muestran el aumento de las denuncias en contra de la integridad sexual, donde se reportan 2 abusos sexuales

con acceso carnal, 1 abuso sexual gravemente ultrajante, 3 abusos sexuales simples y 1 grooming o ciberacoso. Totalizando 7 denuncias contra la integridad social.

Figura 10- Denuncias de violación a la integridad sexual, 2022.

DEPARTAMENTO	A CARATU-LAR-DELITOS SEXUALES	ABUSO SEXUAL CON ACCESO CARNAL	ABUSO SEXUAL GRAVEMENTE ULTRAJANTE	ABUSO SEXUAL SIMPLE	GROOMING	TOTAL	POBLACION	TASA C/1.000 HABITANTES
ANTA	1	10	5	21	3	40	70881	0,6
CACHI	1	2				3	7706	0,4
CAFAYATE	1	3		6		10	19927	0,5
CAPITAL	87	129	11	222	14	463	646956	0,7
CERRILLOS	4	8	1	11		24	50979	0,5
CHICANA		7		7		14	25184	0,6
GENERAL GUEMES	4	11	2	12		29	56535	0,5
GENERAL SAN MARTIN	12	35	2	35	5	89	189556	0,5
GUACHIPAS						0	3293	0,0
IRUYA		2	1	3	1	7	5720	1,2
LA CALDERA		3		2		5	11054	0,5
LA CANDELARIA				4		4	6571	0,6
LA POMA				1		1	1772	0,6
LA VIRA	1	2		4		7	8179	0,9
LOS ANDES		1		5		6	6942	0,9
METÁN	1	9	1	17		28	44178	0,6
MOLINOS		1		2		3	5991	0,5
ORAN	9	31	2	52		94	166504	0,6
RIVADAVIA	2	4	1			7	35885	0,2
ROSARIO DE LA FRONTERA	4	2	1	10		17	31723	0,5
ROSARIO DE LERMA	1	8	2	23		34	47067	0,7
SAN CARLOS		2		3		5	7068	0,7
SANTA VICTORIA		1		4		5	9707	0,5
TOTAL	128	271	29	444	23	895	1.459.378	0,6

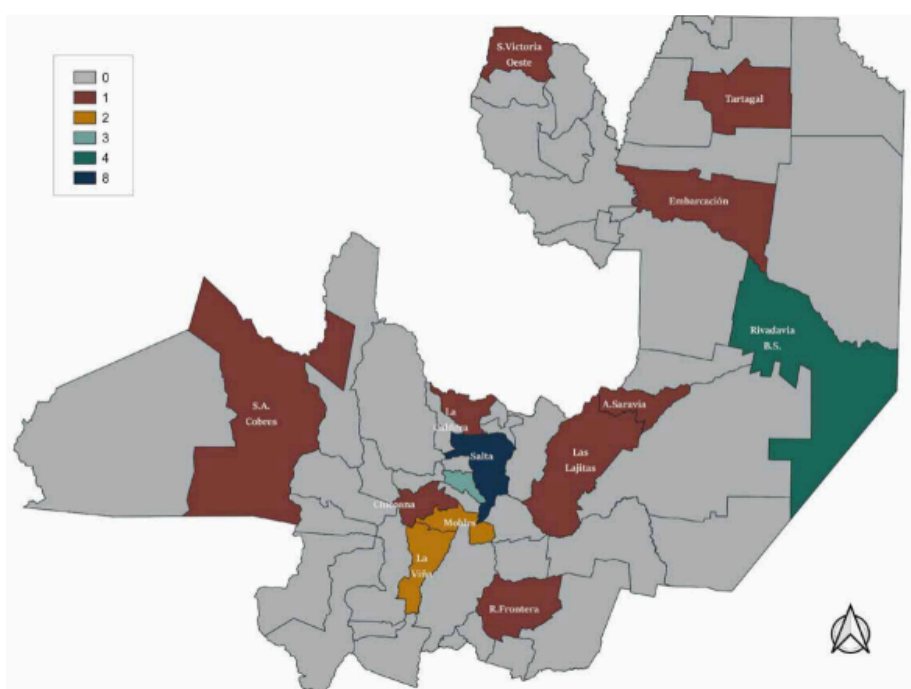
Fuente: OVCM, Informe 2022.

Una de las cuestiones que más resalta de estas denuncias es que fueron realizadas en los distritos judiciales de otros departamentos, específicamente 2 centro y Orán, en el departamento de centro se realizaron 8 de las 16 denuncias, en el departamento de Orán se registraron las 8 restantes para el total de 16 denuncias, aproximadamente 9 de violencia familiar y de género y 8 por acceso sexual en contra de la integridad sexual.

Esto marca la centralidad que tiene el atendimento a la mujer a nivel de salud, justicia y acceso a las políticas de género. Las ciudades más grandes

tienden a tener una mayor estructura institucional y personal profesional para atender estas denuncias, esta centralidad de la política pública no solo se ve en la falta de control y seguimiento de los departamentos como Iruya, sino que también en la implementación de medidas de sensibilización sobre la violencia de género. Durante el 2022 se definieron ejes temáticos como la perspectiva de género, las modalidades de violencia según la Ley 26.485, la Ley 26.150 en educación y salud, el protocolo de intervención en maltrato infantil y violencia de género en espacios educativos, y los procedimientos ante denuncias. Sin embargo, en Iruya no se desarrolló ninguna de las iniciativas o actividades propuestas como observamos en el siguiente gráfico.

Figura 11- Municipios demandantes



Fuente: OVCM, Informe 2022.

A continuación se presenta una sistematización de las principales limitaciones en el abordaje de casos de violencia relatadas en las entrevistas:

- **Formación profesional:** Los profesionales de la salud expresaron la necesidad de aprender más sobre el tema. El personal de enfermería y los agentes sanitarios recordaron que durante su formación abordaron el tema por interés propio y por fuera del plan de estudio.

- **Recursos:** Se destaca la falta de recursos económicos y la sobrecarga del único profesional de psicología presente en el hospital, quien debe abordar otras cuestiones, como el acompañamiento a personas con discapacidad y pacientes en situación de vulnerabilidad socio-económica de todas las comunidades.
- **Limitaciones geográficas:** Existe un gran flujo de la población hacia la provincia de Jujuy, quienes mantienen su residencia en el departamento de Iruya pero se ausentan por periodos para trabajar. Esto ha ocasionado que las denuncias de casos de violencia sean realizadas en la vecina provincia y existan limitaciones para acompañar a las víctimas.
- **Estructura familiar y comunitaria:** La mayoría de los trabajadores de salud perciben que la naturalización de la violencia hacia la mujer se encuentra enraizada en la estructura familiar y comunitaria. Las mujeres expresan temor de hablar sobre la violencia porque las mismas familias no apoyan a la víctima que denuncia el hecho, e incluso la reprenden.
 - **Acceso a la atención sanitaria y ética profesional:** la comunidad señaló que uno de los mayores obstáculos en el abordaje de violencia contra las mujeres es que las instituciones están conformadas por personas que son familiares o conocidos del agresor y que, por lo tanto, la confidencialidad de la información no está garantizada. Relataron conocer diferentes casos en que fue quebrada la ética profesional de los profesionales de salud y la policía. Esto influye fuertemente en la decisión de las víctimas de violencia para realizar la denuncia.
 - **Acción comunitaria:** Algunos entrevistados manifestaron que la violencia contra las mujeres es un problema, pero se sienten impotentes para hacer algo al respecto debido a la falta de recursos económicos y de apoyo familiar.

5. CONSIDERACIONES FINALES

Este trabajo de investigación permitió evidenciar cómo el legado del sistema moderno/colonial se perpetúa en las prácticas sanitarias actuales, reproduciendo dinámicas de poder y exclusión que afectan de manera significativa a las comunidades indígenas. Tal como lo plantea Basile con el concepto de sanitarismo colonial, las políticas y procedimientos en salud no solo se sustentan en un modelo biomédico hegemónico, sino que también imponen lógicas de control y homogeneización que ignoran la diversidad cultural y los saberes tradicionales de los pueblos originarios.

La experiencia en Iruya ha puesto de manifiesto que la atención sanitaria en el hospital del Pueblo Kolla se encuentra marcada por estas tensiones. Por un lado, existe una tensión interna que se observa la persistencia de prácticas que privilegian un modelo técnico y estandarizado y de nuevas estrategias por parte de los profesionales que forman parte de la comunidad. Por otro, existe una tensión que emerge de la desarticulación entre los efectores estatales para el abordaje integral de la víctimas de violencia de género. Y por último una tensión entre el hospital y la comunidad, quienes poseen sus propios saberes y prácticas de cuidado y quienes buscan reivindicar sus identidades y poseen una organización político comunitaria.

Los testimonios de las mujeres de la comunidad y las experiencias compartidas por el personal de salud revelaron, por un lado, las deficiencias en la implementación de protocolos que no consideran la dimensión cultural de la atención y, por otro, las estrategias emergentes de resistencia y cuidado colectivo, como puede observarse en la lucha por la protección del territorio.

En este sentido, el movimiento de salud colectiva y el pensamiento crítico en salud ofrecen una perspectiva alternativa que invita a repensar y reconfigurar las políticas de salud, incorporando un enfoque intercultural y participativo que respete las particularidades de cada territorio.

Todos quienes integramos el movimiento sanitarista con espíritu crítico enfrentamos el desafío de construir el derecho a la vida y la salud en un escenario donde ni el fundamentalismo económico, ni la hegemonía el modelo biomédico, ni el funcionalismo de la vieja salud pública han sido derrotados. (Breilh, 2011, p, 47)

La salud colectiva, como campo de conocimiento y práctica, surge en América Latina durante la segunda mitad del siglo XX como una respuesta crítica a los enfoques biomédicos tradicionales, cuestionando su reduccionismo y la despolitización de los problemas de salud. Este enfoque interdisciplinario plantea la salud como un fenómeno complejo, socialmente determinado y profundamente vinculado a las estructuras de poder, incluyendo las relacionadas con el género (BREILH, 2003).

El sanitarista debe posicionarse de manera crítica frente a la perspectiva tradicional del género, que en muchos casos ha sido desarrollada desde un enfoque universalista y eurocéntrico. Desde una perspectiva latinoamericana, se enfatiza la necesidad de comprender y abordar desde la **interseccionalidad los problemas de salud y el reconocimiento de que las desigualdades en salud** están marcadas por la **colonialidad** (LUGONES, 2008).

Estas perspectivas no solo buscan visibilizar las inequidades, sino también transformar las estructuras que las generan, promoviendo la transformación la práctica en salud, las políticas y así construir a la reconfiguración de los sistemas y modelos de atención a la salud, que consideren las necesidades y saberes de las mujeres en su diversidad, respetando las prácticas y cosmovisiones locales, especialmente en comunidades indígenas y rurales (BREILH, 2013).

En consecuencia, los hallazgos de esta investigación subrayan la necesidad urgente de repensar las políticas y programas de salud desde una perspectiva crítica al colonialismo sanitario y de salud colectiva. Es imperativo que se reconozca y valore la diversidad cultural y los saberes ancestrales de las comunidades indígenas, integrándolos de manera activa en la formulación y ejecución de estrategias de atención sanitaria. Solo así se podrá avanzar hacia un modelo que garantice el respeto a los derechos y la dignidad de las mujeres, y que contribuya a superar las desigualdades estructurales heredadas del proceso de construcción del Estado-Nación.

Finalmente, es necesario profundizar sobre las prácticas de resistencia y cuidado colectivo emergentes de la comunidad indígena del Pueblo Kolla y el estudio de las intersecciones entre género, cultura y salud, para seguir construyendo estrategias de intervención que promuevan la equidad y la justicia para la construcción de sistemas de salud más justos, plurales y culturalmente pertinentes.

REFERENCIAS

ABRASCO. **Dossiê ABRASCO: Impactos da pandemia na saúde das mulheres.** 2021. Disponible en: www.abrasco.org.br. Consultado: 10 de febrero de 2025.

ABRASCO. **GT Saúde Indígena.** s.f. Disponible en: <https://abrasco.org.br/comissoes-gts-comites-e-foruns/gt-saude-indigena/> . Consultado: 10 de febrero de 2025.

AMNISTÍA INTERNACIONAL. Informe 2023/24: El estado de los derechos humanos en el mundo. Londres: Amnistía Internacional, 2023. Disponible en: <https://www.amnesty.org/es/documents/pol10/5670/2023/es/> . Acceso em: 25 fev. 2025.

ANGUERA ARGILAGA, M. T. La observación participante. In: AGUIRRE BAZTÁN, A. (Org.). **Etnografía: Metodología cualitativa en la investigación sociocultural.** Barcelona: Marcombo, 1995. p. 73-83.

ARGENTINA. Decreto 1083/2024, Derogación de la emergencia territorial de las Comunidades Indígenas. Buenos Aires, 2024. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/317918/20241210>. Consultado: 10 de febrero de 2025.

ARGENTINA. Ley nº 26.150, de 4 de octubre de 2006. Establece la implementación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26150-121222>. Acceso en: 25 nov. 2024.

ARGENTINA. Ley nº 27.727, de 11 de octubre de 2023. Violencia digital. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 23 oct. 2023. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/296572/20231023>. Acceso em: 25 nov. 2024.

ARGENTINA. Ley nº 26.485. Ley integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 2009. Publicación oficial. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26485-152155>. Acceso en: 3 mar. 2024.

ARGENTINA. Plan Nacional de Acción 2020-2022. 2020. 78 p. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional_de_accion_2020_2022.pdf. Acceso en: 3 mar. 2024.

BASILE, Gonzalo. **"Salud Internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico."** *II Dossier de Salud Internacional Sur Sur*, CLACSO (2018).

BRIONES, Claudia Noemi. **(Meta) cultura del Estado-nación y estado de la (meta) cultura.** Universidad del Cauca, 2005.

BELLI, Elena; SLAVUTSKY, Ricardo; RUEDA, Pantaleón. **Malón de la Paz: “una**

historia, un camino". San Salvador de Jujuy: Instituto Interdisciplinario Tilcara, 2007.

BREILH, Jaime. **Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad**. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

BREILH, Jaime. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 31, n. 1, p. 13-27, 2013.

BRITO, Jussara. Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 879-890, diciembre 2005. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n4/879-890/pt>. Consultado: 10 de febrero de 2025.

COLEGIO SECUNDARIO N° 5058 "Senador Emilio E. Correa", Iruya, Salta. **Nuestros derechos como pueblo originario kolla. Iruya, Salta. Orientadores Interculturales de CIKDI. Cartilla Pedagógica**. Salta: Ministerio de Educación de la Nación, Ciencia y Tecnología, 2010.

DA SILVA, Anaxsuell Fernando; SANTOS DE SENA, Nayara Fernanda. A terceira margem da Antropologia: desafios do trabalho etnográfico entre/nas fronteiras latino-americanas. En: PASSAMANI, Guilherme R.; BRUM, Asher (Orgs.). **Urbanidades em movimento: etnografias do cotidiano em diferentes escalas de cidades**. São Carlos: Pedro & João Editores, 2024. p. 208-223.

DAVIS, Angela. **Women, Race & Class**. Nueva York: Vintage Books, 1983.

ESTEBAN, M. L. Cuerpos y políticas feministas: el feminismo como cuerpo. In: VILLALBA, C.; ÁLVAREZ, N. (Coords.). **Cuerpos políticos y agencia: Reflexiones feministas sobre cuerpo, trabajo y colonialidad**. Granada: Editorial Universidad de Granada, 2011. p. 45-84.

FEDERICI, Silvia. **El patriarcado del salario: críticas feministas al marxismo**. Madrid: Traficantes de Sueños, 2010.

FRAGA, Eugenia. Ser, saber y poder en Walter Mignolo. Comunidades colonizadas y descolonización comunal. **Revista de la Carrera de Sociología Entramados y Perspectivas**, v. 5, n. 5, p. 203-221, 2015.

GIGENA, Andrea Ivanna. Movilización indígena, subjetivación política y etnicidad: los efectos inmediatos del "Malón de la Paz" entre los Kollas salteños del Tinkunaku. **Revista Intersticios**, v. 4, n. 7, p. 51-62, 2015.

HIRSCH, Silvia; LORENZETTI, Mariana Isabel; SALOMÓN, Oscar Daniel (Eds.). **Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina**. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2015.

HIRSCH, Silvia; LORENZETTI, Mariana. Biomedicina y pueblos indígenas en la

Argentina. Un recorrido por las políticas de salud. En: HIRSCH, Silvia; LORENZETTI, Mariana (Eds.). **Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina**. San Martín: UNSAM, 2016. p. 19-49.

INSTITUTO NACIONAL DE ASUNTOS INDÍGENAS. **Mapa de pueblos originarios**. Buenos Aires: INAI, 2024. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/inai/mapa>. Consultado: 10 de febrero de 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. **Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos. Población indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios**. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INDEC, 2024. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2022_poblacion_indigena.pdf. Consultado: 10 de febrero de 2025.

JORGE NAVARRO, Marcelo Gastón. El Ingenio San Martín del Tabacal: Empresa, Estado y Educación. **XIV Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia**, Departamento de Historia de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, 2013.

LUGONES, María. Colonialidad y género. **Tabula Rasa**, v. 9, p. 73-101, 2008. Disponible en: <https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf>. Consultado: 10 de febrero de 2025.

MICHEL, Azucena; BURGOS, Federico Ignacio. Agroindustria azucarera y sindicatos en la provincia de Salta (1943-1955). **Revista Escuela de historia**, Salta: Universidad Nacional de Salta, v. 1, n. 4, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Editora Fiocruz, 2006.

MILANA, Paula. El espacio producido: El Consejo Indígena Kolla de Iruya (2003-2013) y el “trabajo a pulmón”. **XI Congreso Argentino de Antropología Social**, Rosario, 2014.

MILANA, Paula. **La cuestión del “Trabajo” en el campo de las Políticas Sociales “Inclusivas” (Argentina, 2003-2013) y las Prácticas del “Trabajo a Pulmón”. El caso de Iruya**. Tesis de Licenciatura en Antropología. Universidad Nacional de Salta, Facultad de Humanidades, Argentina, 2014.

MOHANTY, Chandra Talpade. Bajo los ojos de Occidente: feminismo académico y discursos coloniales. En: SUÁREZ NAVAZ, Liliana.; HERNÁNDEZ, Aída (Eds.). **Descolonizando el Feminismo: Teorías y Prácticas desde los Márgenes**. Madrid: Cátedra, 2008.

MORITÁN, Matilde; VENTURA, Beatriz. Caracterización Sociohistórica. En: BROWN, A.; García MORITAN, M; VENTURA, B.; HILGERT, N.; MALIZIA, L. **Finca San Andrés. Un espacio de cambios ambientales y sociales en el Alto Bermejo**. Salta: Ediciones del subtrópico, 2007.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: uma história crítica do campo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, suppl., p. 219-227, 2005.

OVCM. **Informe Anual 2022**. Observatorio de Violencia contra las Mujeres. Salta, Argentina, 2022.

OVCM. **Informe Anual 2021**. Observatorio de Violencia contra las Mujeres. Salta, Argentina, 2021.

OVCM. **Monitoreo sobre las capacidades estatales con las que cuentan los municipios y sus áreas locales de género para el abordaje de las violencias por motivos de género**. Observatorio de Violencia contra las Mujeres. Salta, Argentina, 2024.

OVCM. **Protocolo de Abordaje de Situaciones de Violencia de Género para Agentes Estatales en el ámbito del Ministerio de Asuntos Indígenas y Desarrollo Social de la provincia de Salta. Resolución N° 561. 2018**. Disponible en:

<https://ovcmsalta.gob.ar/protocolos/6-protocolo-de-abordaje-de-situaciones-de-violencia-de-genero-para-agentes-estatales-en-el-ambito-del-ministerio-de-asuntos-indigenas-y-desarrollo-social-de-la-provincia-de-salta-resolucion-n/>. Consultado: 10 de marzo de 2022.

OVCM. **Protocolo Único de Atención Sanitaria ante la Violencia de Género. Resolución N° 0998**. 7 de junio de 2018. Disponible en:

<https://ovcmsalta.gob.ar/protocolos/2-protocolo-unico-de-atencion-sanitaria-ante-la-violencia-de-genero-resolucion-n-0998/>. Consultado: 10 de febrero de 2022.

OBSERVATORIO DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, DE LA PROVINCIA DE SALTA. **Guía para el abordaje de situaciones de violencia de género para agentes estatales**. s/f. Disponible en:

<https://ovcmsalta.gob.ar/protocolos/lorem-ipsum-dolor-sit-amet/>. Consultado: 10 de febrero de 2022.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. **Convenio 169: Convenio sobre pueblos indígenas y tribales**. Ginebra, 1989. Disponible en:

<http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/lima/publ/conv-169/convenio.shtml>. Consultado: 10 de febrero de 2024.

PAIM, Jairnilson.; ALMEIDA-FILHO, Naomar. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PARKER, Richard. O que é saúde coletiva? Uma perspectiva introdutória. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 4, p. 461-465, 1991. Disponible en:

<https://www.scielo.org/pdf/csc/2009.v14n4/997-1006/pt>. Consultado: 10 de febrero de 2024.

PISCITELLI, Adriana. Gênero, A História de Um Conceito. En: ALMEIDA, Heloisa

Buarque de; SZWAKO, José (Orgs.). **Diferenças, igualdade**. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2009. p. 16-68. Disponible en: http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/leiturasfeministas/1a_aula/gênero%20a%20história%20de%20um%20conceito.pdf. Consultado: 10 de febrero de 2025.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del poder, globalización y democracia. **Utopías, nuestra bandera: revista de debate político**, v. 188, p. 97-123, 2001.

REBORATTI, Carlos. **El Alto Bermejo. Realidades y conflictos**. Buenos Aires: Editorial La Colmena, 2009.

RNFJA (REGISTRO NACIONAL DE FEMICIDIO DE LA JUSTICIA ARGENTINA).

Mapa de Femicidio 2021. 2021. Disponible en:

<https://www.csjn.gov.ar/omrecopilacion/omfemicidio/mapafemicidio2021.html?anioUltimaCarga=2030&anio=2021>. Acceso en: 3 mar. 2022.

SALTA. La educación sexual integral que se enseña en las escuelas. Disponible en: <https://www.edusalta.gov.ar/index.php/informacion/educacion-sexual-integral/aprendamos-esi-materiales-de-consulta/4652-la-educacion-sexual-integral-que-se-ensena-en-las-escuelas/file>. Acceso en: 25 enero 2025.

SANTOS, Odeth. Hacia los Feminismos descoloniales, negros y comunitarios para descolonizar los estudios de género y salud. **Cuadernos de Pensamiento Crítico Latinoamericano**, n. 95. CLACSO, 2024. Disponible en: <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/250103/1/Cuaderno-95.pdf>. Consultado: 10 de enero de 2024.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; FRANÇA-JUNIOR, Ivan. Violencia y salud en el ámbito de los servicios: La mirada de género. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 323-339, 2005.

TARTAGLIONE SALUD. **Vivir en Iruya | ConCiencia Pública**. 1 vídeo. 30 de mayo de 2016. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=J70gEMLTbyk>. Consultado: 10 de febrero de 2024.

TORRES ALIAGA, Tomás; TORRES SECCHI, Alicia. **¿Por qué callan si nacen llorando? Poder, accesibilidad y diferencias culturales en Salud. Iruya, 1978-2008**. Formosa: Endepa, 2010.

TRIPIN TV. **Maravillas Ocultas de Argentina 2**. 1 vídeo (min 36). 5 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=6AcBNfxqbtI>. Consultado: 10 de febrero de 2024.

ZAPIOLA Y FRITES, Eulogio. Malón de la Paz. Historias de luchas de los pueblos indígenas argentinos. El pueblo kolla de pie. **El Malón**, n. 1, 2007.

APÉNDICE

APÉNDICE A - Consentimiento informado

HOJA DE INFORMACIÓN	FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
<p>Diagnostico situacional de violencia contra las mujeres en Iruya - provincia de Salta</p>	<p>Diagnostico situacional de violencia contra las mujeres en Iruya - provincia de Salta</p>
<p>Objetivo del estudio Identificar los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres con mayor frecuencia, y describir el circuito de su atención entre los servicios de salud públicos y áreas responsables.</p>	<p>Yo _____ (nombre completo)</p>
<p>Participación voluntaria Su participación es totalmente voluntaria. Es Usted libre de rechazar colaborar y puede abandonar el estudio en cualquier momento que lo estime oportuno.</p>	<p>He leído la hoja de información que se me ha entregado.</p>
<p>Procedimiento del estudio Para participar en el estudio, Analía Samanta López (DNI 36.128.386), le va pedir conversar con usted. Los datos obtenidos serán utilizados por el Observatorio de Violencia contra las Mujeres, para ofrecer herramientas que permitan mejorar la gestión de políticas de prevención e intervención en violencia de género y por la responsable para desarrollar análisis en el marco de las actividades obligatorias para la conclusión de su carrera. La información es completamente anónima.</p>	<p>He podido hacer preguntas sobre el estudio.</p>
<p>Beneficios esperados Su participación en el estudio permitirá un mayor conocimiento sobre el punto de vista de quienes participan en política con el objetivo de mejorar el abordaje de la violencia de género.</p>	<p>He recibido suficiente información sobre el estudio.</p>
<p>Confidencialidad La información se utilizará con el único propósito de llevar a cabo este estudio. Esta información se tratará de forma absolutamente confidencial. Para cualquier pregunta o aclaración puede consultar con las responsables del Observatorio y con la propia responsable.</p>	<p>He hablado con ANALIA SAMANTA LÓPEZ, responsable de la actividad</p>
<p>Tel. 3872441430 (fijo) 3874895577 (whatsapp) observatoriomujersalta@gmail.com.</p>	<p>Comprendo que mi participación es voluntaria, confidencial y no remunerada.</p>
	<p>Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y, concretamente, para que mis datos sean tratados en el contexto de la investigación que realiza el Observatorio de Violencia contra las Mujeres, y como parte de las actividades vinculadas a la conclusión de la carrera de la Lic. Salud Colectiva de Analía Samanta López.</p>
	<p>_____ Firma de la persona entrevistada</p>
	<p>_____ Firma de la responsable</p>



ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos dias 26 do mês de fevereiro do ano de 2025 realizou-se a apreciação e emissão de parecer relacionado ao Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado *Salud Colectiva, Genero y Colonialismo Sanitário: uma mirada desde Iruya-Salta* apresentado pela discente ANALÍA SAMANTA LOPEZ, do curso de Saúde Coletiva. Os trabalhos foram coordenados, pelo docente orientador *Anaxsuell Fernando da Silva*, presidente da banca examinadora, juntamente com a docente Profa. Dra. *Gladys Amélia Vélez Benito* e pelos docentes Prof. Dr. *Rodrigo Vilagra Carrón* e Prof. Dr. *Giuliano Silveira Derroso*.

Observações da Banca Examinadora:

O trabalho atende todos os requisitos necessários a um trabalho de conclusão de curso de graduação em Saúde Coletiva. A banca ressalta que a qualidade técnica do texto apresentado, assim como sua narrativa conceitual e teórica contribuem significativamente para o campo da Saúde. Destaca também o caráter inovador da pesquisa, do ponto de vista metodológico, a qual incorpora novos questionamentos e aponta linhas de investigação em campos interepistêmicos poucos explorados. Por isso, recomenda: a disseminação e publicização do trabalho na comunidade pesquisada; além da publicação da pesquisa em artigos científicos e a continuidade da pesquisa em nível de pós-graduação.

A Banca Examinadora, ao término da apreciação do trabalho escrito, encerrou sua avaliação. Os examinadores atribuíram as seguintes notas:

orientador(a)	nota final: 10,0	Média final:
docente	nota final: 10,0	10,0
docente	nota final: 10,0	

Proclamado o resultado pelo presidente da banca examinadora, encerraram-se os trabalhos e, para constar, eu **Anaxsuell Fernando da Silva** lavrei a presente Ata que assino acompanhado dos demais membros da banca, a docente Profa. Dra. *Gladys Amélia Vélez Benito* e pelos docentes Prof. Dr. *Rodrigo Vilagra Carrón* e Prof. Dr. *Giuliano Silveira Derroso*

Foz do Iguaçu, 26 de fevereiro de 2023.

Assinaturas:



Emitido em 26/02/2025

ATA DE DEFESA DE TCC N° 1/2025 - ILAACH (10.01.06.01.04)

(N° do Protocolo: NÃO PROTOCOLADO)

(Assinado digitalmente em 26/02/2025 12:17)

ANAXSUELL FERNANDO DA SILVA

PROFESSOR(A) DO MAGISTÉRIO SUPERIOR

ILAACH (10.01.06.01.04)

Matrícula: ###269#4

(Assinado digitalmente em 26/02/2025 12:42)

GIULIANO SILVEIRA DERROSSO

PROFESSOR(A) DO MAGISTÉRIO SUPERIOR

PROPLAN (10.01.05.21)

Matrícula: ###896#4

(Assinado digitalmente em 26/02/2025 12:24)

GLADYS AMELIA VELEZ BENITO

PROFESSOR(A) DO MAGISTÉRIO SUPERIOR

ILACVN (10.01.06.03.04)

Matrícula: ###629#7

(Assinado digitalmente em 26/02/2025 14:28)

RODRIGO JUAN VILLAGRA CARRON

PROFESSOR(A) DO MAGISTÉRIO SUPERIOR

ILAACH (10.01.06.01.04)

Matrícula: ###578#1

Visualize o documento original em <https://sig.unila.edu.br/documentos/> informando seu número: **1**, ano: **2025**, tipo:
ATA DE DEFESA DE TCC, data de emissão: **26/02/2025** e o código de verificação: **02585a4754**