

CAPÍTULO 3

TIEMPO, PROCESOS DE ATENCIÓN Y PACIENTES QOM (TOBA). UNA PROBLEMATIZACIÓN DE LAS PERSPECTIVAS DE LOS PROFESIONALES Y PERSONAL DE SALUD

Matías Stival¹

1. Introducción

Las reflexiones que presentamos en este capítulo son producto de una investigación antropológica cuyo objetivo general es describir y analizar los procesos de atención de la población *qom* (toba) en Rosario y su relación con los servicios públicos de salud de esa ciudad.² Desde un enfoque etnográfico, abordamos este campo relacional a partir de, por un lado, las trayectorias de atención de las familias *qom* del barrio Los Pumitas –que incluyen la utilización de distintos recursos terapéuticos–,³ y, por otro, de las relaciones, las prácticas y los sentidos puestos en juego por los profesionales y el personal del centro de salud barrial en la atención de dicha población.

Uno de los aspectos que surge de este trabajo etnográfico es el consenso expresado por los profesionales y el personal sobre la existencia de ciertas “particularidades” de los pacientes *qom* respecto de otros pacientes. En esta caracterización, intervienen nociones y valoraciones sobre comportamientos y “modos de ser” que impregnan los procesos de atención y las relaciones que se establecen en los servicios de salud.

Este capítulo propone una reflexión en torno a estas caracterizaciones poniendo el foco en el análisis de una particularidad: “los tiempos tobas” y “la distinta concepción del tiempo” que tienen los pacientes *qom*. La noción de “tiempos tobas” se presenta como la principal clave explicativa para entender los desencuentros durante los procesos de atención entre profesionales y personal de salud, y los pacientes *qom*.

Cabe aclarar que este escrito no pretende responder a la cuestión referencial de las argumentaciones esgrimidas, sino que se propone analizarlas críticamente con la intención de aportar a los debates sobre las condiciones de acceso a una atención oportuna y eficaz del pueblo *qom*. Para resituar la discusión sobre “los tiempos tobas” en los procesos de atención, se realizará una problematización de ciertas premisas, supuestos y vacíos que operan en el discurso de los profesionales y el personal de salud,

¹ Licenciado en Antropología y doctorando de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en el marco del Programa de Antropología y Salud, Instituto de Ciencias Antropológicas. Docente de la Escuela de Antropología, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario.

² Correspondiente a la tesis doctoral titulada *Pueblos originarios, procesos de atención y salud intercultural: un estudio antropológico de las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos toba (qom) del barrio Los Pumitas de la ciudad de Rosario*. Los lineamientos y objetivos de la investigación fueron presentados previamente al equipo del centro de salud. Se garantizó el anonimato de los participantes y se enfatizó la necesidad de que el conocimiento producido contribuya al debate en torno de las dificultades de acceso a la atención de la población *qom*, así como a la reflexión sobre el ejercicio cotidiano del equipo de salud.

³ En otro trabajo (Stival, 2010), presentamos los modos en que son utilizados simultánea y sucesivamente los distintos recursos terapéuticos en un contexto barrial caracterizado por el “pluralismo médico” (Menéndez, 2006). Nos referimos a la atención del curador “tradicional” *qom* (denominado *piogonaq*); a los recursos terapéuticos religiosos (principalmente los vinculados a los cultos de las iglesias pentecostales indígenas locales); a las prácticas de autoatención (donde incluimos la etnobotánica médica *qom*); y a la utilización de los servicios biomédicos.

enfaticando la necesidad de incorporar una perspectiva relacional que ponga en juego y desnaturalice las nociones, las lógicas y los tiempos organizacionales de los propios servicios asistenciales.

2. Migración hacia Rosario y el asentamiento Los Pumitas

La migración de las primeras familias *qom* a la ciudad de Rosario comenzó a finales de los años sesenta.⁴ Esta migración fue producida en el marco de la descomposición sistemática de las economías regionales, las variaciones anuales en la cosecha de algodón, el aumento de la competencia de braceros criollos procedentes de provincias vecinas en la zona algodonera, la progresiva urbanización de familias *qom* en ciudades de la provincia de Chaco y la crisis en la viabilidad de las colonias aborígenes por los bajos rendimientos de las cosechas (Garbulsky, 1993). La persistente destrucción de sus modos de reproducción económicos, sociales y culturales produjo constantes migraciones del campo hacia la periferia de las ciudades. Estas migraciones, periódicas y limitadas, cobraron una agudeza inusual a partir del año 1982, cuando la provincia de Chaco fue afectada por inundaciones sin precedentes. Así, los años 1983 y 1984 fueron clave en el aumento de la presencia de pueblos indígenas en la ciudad, debido a las mencionadas inundaciones, al sistemático avance de los latifundios y la expansión de la frontera agraria. Esto hizo que los expulsasen de la poca tierra de que disponían y forzó a una importante cantidad de familias *qom* a migrar en busca de mejor vida (Garbulsky, 1993). Esta situación, ya crítica, se deterioró en el transcurso de la década de los noventa y principios del año 2000, como consecuencia de la profundización del proceso de desmonte con el objetivo de impulsar el cultivo de soja. En este marco, las migraciones internas estuvieron estrechamente vinculadas al crecimiento desigual de las diversas regiones del país, imbricadas con las políticas de ajuste y transformación del aparato productivo (Achilli, 2000).

En términos generales, la lógica de los asentamientos *qom* en la ciudad de Rosario responde a un sistema de lealtades y de parentesco, y a una misma pauta: cuando un indígena se instala en uno de los asentamientos, reside en la casa de un pariente o amigo hasta que logra conseguir algún trabajo que le permite obtener algún ingreso y construir una vivienda precaria para recibir a su propia familia. Este ciclo se reproduce de un modo más o menos semejante, e incluso puede dar lugar a la formación de nuevos asentamientos (Vázquez, 2000). La organización familiar es la de la familia extensa: tres, a veces cuatro generaciones, viven en el mismo terreno. Cabe destacar que, en la actualidad, existe una e incluso dos generaciones del pueblo *qom* que han nacido y se han criado en la ciudad de Rosario.

Esta ciudad es receptora de distintas poblaciones migrantes, y se caracteriza por un contexto urbano segmentado y desigual con altos niveles de desempleo y empobrecimiento de los grupos que, no obstante y según el contexto socioeconómico y político, migraron con inciertas posibilidades de ocupación. Estos procesos configuran toda una serie de heterogeneidades al interior de la ciudad, que permiten contextualizar la presencia *qom* en la ciudad (Achilli, 2000; Cardini, 2010).

No existen cifras desagregadas sobre la población *qom* en la ciudad de Rosario.

⁴ Los *qom*, históricamente, habitaron la región geográfica conocida como Gran Chaco, que incluye en nuestro país el norte de la provincia de Santa Fe, parte de la provincia de Salta y las provincias de Chaco y Formosa. El pueblo *qom*, junto al mocoví, pilagá y abipón se ubica dentro de la gran familia lingüística guaycurú (Terán, 2003).

Ciertos relevamientos realizados por la municipalidad indican la existencia de 6000 personas que se reconocen como pertenecientes a un pueblo originario. No obstante, los referentes de las organizaciones indígenas cuestionan dicha cifra y estiman un total de entre 20.000 y 25.000 personas, mayoritariamente del pueblo *qom* y, en menor medida, del pueblo *mocoví*⁵ que se localizan en su mayoría en tres grandes asentamientos ubicados en el llamado cinturón de pobreza de la ciudad:⁶ distrito Oeste (el Barrio Municipal Toba, Roullión, La Cava, Villa Cariñito, Tacuarita); distrito Norte (Travesía y J. J. Paso, barrio Industrial, los Andes) y distrito noreste (Los Pumitas).⁷

De los asentamientos indígenas de Rosario, Los Pumitas es el de formación más reciente. Ubicamos los primeros años de la década de los noventa como período en que se constituye como tal, en el distrito noroeste de la ciudad de Rosario.

En este asentamiento, que no está urbanizado, viven aproximadamente 350 familias *qom* en condiciones de vida muy pauperizadas. El Servicio Público de la Vivienda de la Municipalidad de Rosario define a esta zona como no apta para asentamientos habitacionales debido a que son terrenos considerados inundables.⁸ A medida que se ingresa en Los Pumitas, la simetría de sus calles principales se va desdibujando y comienzan a aflorar diversos e irregulares pasillos y cortadas.

En la formación del asentamiento –como también en la distribución de las viviendas en el territorio–, se evidencia una lógica que está sustentada por la trama de solidaridad y las relaciones de parentesco. Existe una notoria movilidad en lo que refiere a mudanzas y traslados de grupos domésticos, la cual no se limita a Los Pumitas, sino que también incluye a los restantes asentamientos indígenas de la ciudad de Rosario. En términos generales, las viviendas del asentamiento son precarias y hay un alto grado de hacinamiento. Las calles son de tierra y también existen pasillos que, en muchas de las viviendas, constituyen la única vía de ingreso. Tanto los pasillos como determinadas calles del asentamiento suelen anegarse con las lluvias e impedir la circulación.

La población que vive en Los Pumitas tiene notorias dificultades para acceder a los servicios básicos: las conexiones de luz eléctrica son precarias, la recolección de residuos se realiza en forma irregular, lo que da lugar a la conformación de microbasurales en varios sectores del barrio. Con respecto a la provisión de agua potable, durante los meses de verano resulta habitual la falta de suministro. El asentamiento no cuenta con sistema cloacal, las viviendas solo tienen letrinas. La eliminación de excretas es en pozos negros. Tampoco poseen sistema de red de gas natural.⁹

En cuanto a sus condiciones actuales de trabajo, la mayoría de estas poblaciones no cuenta con trabajo estable, por lo que se desempeñan en el sector informal. Los hombres realizan principalmente trabajos vinculados a la construcción, changas (trabajos temporarios), “cirujeo” (reciclaje de basura, sobre todo con la venta de

⁵ En mucha menor proporción, viven en Rosario familias pertenecientes a otros pueblos originarios, como el *kolla* y *mapuche*, entre otros. Estamos a la espera de los datos oficiales desagregados por localidad del Censo 2010.

⁶ Existen otros sectores de la ciudad donde se localizan algunas familias *qom*, como por ejemplo Villa Banana, Cerrito, entre otras.

⁷ En el marco de una política de descentralización, la Municipalidad de Rosario ha dividido la ciudad en 6 Centros Distritales.

⁸ Uno de los límites del barrio es el arroyo Ludueña.

⁹ Si bien ciertos grupos domésticos utilizan estufas eléctricas, la mayoría lo hace a través de braceros, lo cual implica la necesidad de incorporar en la rutina cotidiana familiar la actividad de búsqueda y provisión de maderas, troncos, etc.

cartones y papel). Algunas pocas mujeres trabajan como empleadas domésticas, otras se sustentan a través del “mendiguelo” en el centro de la ciudad junto a sus niños. La venta de artesanías (en cerámica y cestería) también es otro medio de ingreso monetario en algunas familias.¹⁰

A su vez, el barrio está configurado por una trama de organizaciones indígenas, centros comunitarios, cooperativas de trabajo e iglesias (católicas y pentecostales), que cuentan con diversas experiencias, intereses, y modalidades de trabajo en el territorio. Por razones de espacio, no se describirá esta constelación organizacional. No obstante, vale subrayar la ausencia de dependencias estatales dentro de los límites del barrio. Para acceder a cualquier institución pública (escuela, centro de salud más cercano, comisaría, instituciones de Promoción Social, etc.) hay que salir de Los Pumitas. A pesar de la distancia entre el barrio y el centro de salud –entre 10 y 15 cuadras, dependiendo del sector–, este último constituye una de las pocas “caras visibles” del Estado en el lugar.

El Centro de Salud

El centro de salud al que asiste la mayoría de las familias *qom* del barrio Los Pumitas depende de la Dirección de Centros de Salud de la Secretaría de Salud Pública (SSP) de la Municipalidad de Rosario. Esta dirección propone un abordaje de Atención Primaria de la Salud principalmente a partir de las siguientes directrices: la universalidad en el acceso a la salud; la equidad –concebida como igual utilización de servicios a igual necesidad–; la programación participativa –construcción colectiva del conocimiento epidemiológico– y la clínica ampliada, esto es, prácticas contextualizadas de acción en salud según la realidad social y cultural. Se busca así asegurar tanto la integralidad y la continuidad en el abordaje de problemas como el involucramiento de los equipos terapéuticos en el proceso de atención, comprometiendo asimismo a otros niveles del sistema de salud (Trabajar en APS, 2003).

La SSP ha impulsado la construcción de una amplia red de Centros de Atención Primaria de Salud (53 municipales) en los distintos barrios de la ciudad.¹¹ El Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) es concebido como eje del sistema y el sistema es concebido como red.

El CAPS al que recurre la población de Los Pumitas está ubicado en el Distrito Noroeste de la ciudad. Recibe la demanda de atención de diferentes poblaciones (criollas, paraguayas, *qom*, etc.), lo que configura un escenario asistencial de diversidad cultural, caracterizado por modalidades heterogéneas de demanda.¹²

La construcción y el consecuente traslado del centro de salud en abril del año 2010 a un nuevo edificio (600 metros más alejado del barrio Los Pumitas que el anterior) ha modificado sustancialmente las condiciones de infraestructura del servicio de salud: de un predio alquilado –identificado históricamente con una heladería barrial– pasó a funcionar en un inmueble propio y adecuado, cuya estructura edilicia fue diseñada y construida para tal fin.¹³ El traslado al nuevo edificio produjo –en función de su nueva

¹⁰ Cabe destacar que, desde comienzos del año 2010, la Asignación Universal por Hijo ha representado un ingreso importante en la economía doméstica de las familias de Los Pumitas.

¹¹ A su vez, existen alrededor de 35 centros de salud provinciales.

¹² Abarca un área de influencia de 45.000 habitantes aproximadamente y cuenta con un total de 8500 Historias Familiares.

¹³ En la actualidad, el centro cuenta con seis consultorios, un salón de usos múltiples, sala de espera, baños públicos,

ubicación– un aumento de la demanda de atención debido a la ampliación del área de influencia.

Para mediados del año 2010, el centro de salud donde se atiende la mayoría de las familias *qom* de Los Pumitas contaba con un equipo conformado por 28 personas (de distintas profesiones y especialidades).¹⁴

No existen datos epidemiológicos específicos de la población *qom* difundidos por la SSP de Rosario, en parte debido a que los registros utilizados en los servicios de salud no distinguen pertenencia o identidad étnica.¹⁵ En el caso de este centro de salud, hemos constatado que algunos pocos profesionales registran la pertenencia étnica de los pacientes. Sin embargo, esta práctica es efectuada en ciertas ocasiones de un modo informal, surge de motivaciones personales y suele efectivizarse en registros considerados personales y, en menor medida, en la planilla de consulta diaria. A su vez, no se evidenciaron criterios claros de identificación étnica: mayoritariamente no se le preguntó a los pacientes su adscripción identitaria, sino que más bien primó el propio juicio de los profesionales en función de sus percepciones, preconcepciones y diacríticos fijados para la población *qom*. Si bien esta permanece invisibilizada en las estadísticas, en ciertos informes elaborados por los equipos de salud, se afirma que la población del asentamiento Los Pumitas se considera como la de “mayor criticidad y, por tanto, con particulares riesgos de enfermar y morir” (El modelo de adscripción, 2005). Asimismo, diversos trabajos han señalado dificultades en la accesibilidad al sistema de salud de los conjuntos toba (Abt, Azcona y Caramés, 2004; Carracedo, 2005).

3. “Los tiempos tobas”

Los profesionales de los servicios de salud que atienden en este contexto intercultural atribuyen rasgos particulares a sus pacientes *qom*.¹⁶ Una característica distintiva refiere a sus maneras de expresarse o hablar en la consulta. En este sentido, son frecuentes las afirmaciones como “son parcos”, “no hablan”, “son inexpresivos”, “no expresan cuáles son los síntomas”: “La diferencia más importante es que generalmente vienen muy callados (...) al indígena le tenés que sacar con tirabuzón las cosas” (7, v., p. n. m.).¹⁷

La pasividad en las consultas es un rasgo asociado y –se afirmó– requiere un trato o “postura más activa” en el “interrogatorio” y en las indicaciones terapéuticas. Ello implica muchas veces recurrir a preguntas dirigidas: “...hay que inducir, como preguntar induciendo todo el tiempo, porque es muy raro que salga espontáneamente

enfermería, un sector donde funciona la farmacia y otro en donde se encuentra la administración.

¹⁴ Enfermería, medicina (pediatría, toco ginecología, clínica, medicina general), psicología, fonoaudiología, trabajo social y pasantes de farmacia. A su vez, junto al equipamiento para adecuar un consultorio odontológico, se estipuló la incorporación de odontólogos. El centro de salud está abierto de lunes a viernes de 7 a 19 horas. La atención es gratuita, al igual que la entrega de medicamentos realizada en la farmacia.

¹⁵ Esta ausencia de datos desagregados no es una particularidad local en tanto la incorporación de la variable étnica sigue siendo un desafío pendiente para gran parte de los sistemas de información en salud (Cuyul *et al.*, 2011).

¹⁶ Con la intención de poder expresar la heterogeneidad de perspectivas al interior del equipo del centro de salud, se entrevistó a profesionales de distintas especialidades médicas, trabajadora social, odontóloga, fonoaudióloga, psicóloga, personal administrativo y de farmacia. Asimismo, entrevisté a dos médicos generalistas que si bien actualmente no trabajan en dicho servicio son importantes interlocutores debido a su larga experiencia –de aproximadamente 10 años– en la atención de poblaciones *qom*.

¹⁷ Identificaremos las citas textuales del siguiente modo: (número de orden del entrevistado; mujer/varón; personal médico/personal no médico). Se decidió no incluir la profesión/especialidad ni la edad debido a que ciertos participantes podrían ser fácilmente identificados, y por lo tanto, no se garantizaría el anonimato de los mismos.

de ellos” (4, m., p. m.).

Al mismo tiempo, los pacientes *qom* presentarían un menor nivel de conflictividad que los “criollos”¹⁸ en las interacciones asistenciales: “Ellos no van a patear la puerta como otros” (9, m, p. n. m.). En palabras de una médica generalista: “... el criollo se te enoja más, a lo mejor el criollo te manda a la puta que te parió, y en ellos es muy raro, yo no he tenido discusiones con pacientes tobas, y mirá que me han tenido que esperar” (13, m., p. m.).

Un dato interesante es que, contrariamente a lo que sostienen los referentes de las organizaciones indígenas del barrio Los Pumitas, ninguno de los profesionales del centro de salud planteó que el uso de la lengua *qom* en los procesos de atención representara una “barrera” en la relación médico-paciente. El desconocimiento de la lengua *qom* por parte de los profesionales es uno de los principales argumentos de las organizaciones para demandar al sistema de salud la creación de la figura de agentes sanitarios indígenas. Los profesionales reconocen que si bien se pueden generar ciertas dificultades en los diálogos mantenidos en el consultorio, suelen superarse en la medida en que los pacientes *qom* monolingües vienen acompañados por familiares o vecinos que propician de traductores y colaboran para resolver dichas situaciones.

En mi acompañamiento de las trayectorias de atención de los grupos domésticos *qom*, registré que efectivamente las pacientes *qom* (con dificultades en la comprensión de “la castilla”,¹⁹ así como quienes comprendiéndola prefieren por distintos motivos ser acompañados) recurren a un allegado –preferentemente con vínculos familiares– para acudir a la atención. De todos modos, considero que la superación de ciertos desencuentros lingüísticos a través de una triangulación discursiva con el acompañante no implica que esta sea una problemática resuelta, principalmente debido a que, por un lado, desde la perspectiva de los pacientes *qom* se presenta como un obstáculo para garantizar una atención adecuada, eficiente y oportuna, y por otro, se menoscaba la importancia de la relación lengua-cultura-pensamiento y sus implicancias.²⁰

En lo que sigue, nos detendremos, en particular, en la argumentación que se expresa con mayor énfasis, de un modo consensuado y que parece atravesar y permear todas las asignaciones de sentido referidas a los pacientes *qom*. Esta refiere a “la distinta concepción del tiempo que tienen los tobas”.

Tanto en las entrevistas como en las conversaciones informales que mantuvimos con los profesionales y el personal del servicio de salud, “los tiempos tobas” emergieron como una suerte de lugar común para dar cuenta de innumerables y variados desencuentros en los procesos de atención de los grupos *qom*. Lugar común al cual se

¹⁸ Se suele denominar “criollo” al no indígena que vive en las mismas condiciones que estos. Frecuentemente, vecinos de las familias *qom*, y mayoritariamente migrantes internos aunque no exclusivamente. No es una “figura” que se pueda definir con facilidad debido a la flexibilidad con la que se utiliza.

¹⁹ Modo frecuente que se emplea para denominar el español.

²⁰ Esta relación ha sido ampliamente trabajada por la antropología, en general, y la etnolingüística, en particular. La lengua ocupa un papel privilegiado en los procesos identitarios por su capacidad de simbolizar, interpretar, construir y comunicar no solo las demás expresiones culturales, sino el entramado de la dinámica social. En este sentido, se puede afirmar que toda instancia discursiva implica un “hablar el mundo” (Charaudeau, 1988). Rodolfo Hachén, advirtiendo sobre la importancia que en nuestra vida adquiere el manejo del código lingüístico para relacionarnos, expresarnos, comunicarnos, señala: “Todo individuo adviene a un mundo y se funda como sujeto a partir de esta capacidad y de su inscripción en un grupo social determinado. Estas formas de ‘decimos’, de presentarnos ante los demás, de constituirnos en los otros de los otros, van trazando la trama de nuestra identidad y nuestra historia, identidad que se afirma en la diferencia e historia que se construye por un entrecruzamiento de voces que luchan por ser reconocidas en un acto permanente de narración” (Hachén, 2006: 23).

apeló rápidamente para argumentar la causa, el motivo e incluso la justificación de los malos entendidos que surgen en la interacción asistencial.²¹

El análisis de los usos de este diacrítico –que viene a diferenciar a los pacientes *qom* del resto de los pacientes– abrió un amplio abanico de asociaciones de “los tiempos tobas” en relación con las distintas instancias de la atención desde la asignación de turnos hasta la anamnesis, el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas.

4. Consultas tardías

Todos los interlocutores del centro de salud señalaron que la mayoría de los pacientes *qom* asisten a las consultas a través de la llamada demanda espontánea. Si bien esta no es una característica distintiva –debido a que muchos otros usuarios asisten mediante esta modalidad– el señalamiento apunta a una generalidad por oposición: la mayoría de los pacientes *qom* no recurre a la atención a través de un turno programado. En palabras de una médica generalista: “Los tobas no van a sacar turno, o son muy pocos los que pueden hacer ese ejercicio de planificación”.

Para la demanda espontánea, los pacientes recurren, en primer lugar, a la administración del servicio o directamente se dirigen a la puerta del consultorio de su médico de referencia. En función de mis observaciones estas variaciones responden a su conocimiento previo sobre el funcionamiento del servicio. Mientras que los pacientes que cuentan con un médico de referencia –y conocen sus días y horarios de atención– recurren directamente a ellos, las personas que no cuentan con experiencia previa de atención en el servicio se dirigen a la administración, y desde allí se las conduce a enfermería o a un consultorio médico según la situación que presenten. En la enfermería, en función de la patología que presente, se decide si se resuelve allí la atención o si es derivado a un consultorio médico.²²

En el marco de esta demanda espontánea y asociado a la noción de “los tiempos tobas”, se señaló que las consultas de los pacientes *qom* suelen ser “tardías”: “... en población toba, la mayoría que viene es gente que ya viene hecha mierda, pero mal, te digo, o sea, gente que viene con fiebre a lo mejor de seis días, mal, ¿me entendés?, o lesiones en piel muy avanzadas” (12, m., p. m.).

En el siguiente extracto, se afirma esta particularidad y se argumenta a través de la diferenciación y contraste con respecto a los pacientes denominados criollos: “... es que generalmente llegaban cuando los síntomas eran graves, que por ahí el criollo apenas lo ve se va atender. Las consultas de los aborígenes son muy tardías” (7, v., p. n. m.).

Ha de señalarse en este punto, sin embargo, que no existe en el centro de salud un sistema de turnos homogéneo para todos los profesionales. Cada médico organiza sus turnos programados y la atención por demanda espontánea de acuerdo con las características de los pacientes que tiene a cargo y de su especialidad médica. En relación con las consultas por demanda programada, una primera referencia que surgió refiere a que generalmente “no llegan al horario acordado”: “... le decís: ‘Venite mañana

²¹ Este tipo de identificación por parte de los profesionales de la salud ha sido relevado ya por Carracedo (2005) e incluso es mencionado en algunos trabajos elaborados por el propio personal del centro de salud. No obstante, es precisamente la notoria vigencia de dicha noción como explicación de las tensiones en los procesos de atención de estos pacientes la que nos estimula a problematizar el modo en que es construida y utilizada.

²² En la enfermería, se cuenta eventualmente y si es necesario con una reevaluación por otro profesional del equipo (psicología, medicina, trabajo social).

a las 7 de la mañana’, y te caen a las 12 del mediodía, y vos decís: ‘¡Tampoco entiende la hora!’ [Risas]. Es jodido, y tienen esto siempre, vos los citás a una hora y vienen a cualquiera” (13, m., p. m.).

A su vez, se planteó una distinción entre las citas realizadas para el día siguiente –a las cuales suelen concurrir– y las citas propuestas para las semanas siguientes: “Si le digo ‘vení mañana’ al otro día está, eso pasa siempre... pero si le decís ‘vení la semana que viene o tal día’, ino vienen! y horarios tampoco, iobvio!” (3, m., p. m.).

El siguiente extracto introduce una serie de elementos e interpretaciones que retomaremos más adelante. En principio, solo quisiera destacar la asociación que inscribe ciertas prácticas de pacientes *qom* –como la preferencia de ciertos horarios de atención e incluso sus tardanzas– a su “reloj biológico diferente”:

... ellos tienen un reloj biológico diferente, porque yo cuando les pregunto por los horarios de los turnos, les doy opciones en la medida de las posibilidades porque a veces no tengo, siempre me buscan los turnos cerca del mediodía, como que no pueden empezar la mañana como nosotros desde temprano (...) tienen un reloj biológico distinto y además tienen un tiempo distinto a nosotros, en todo sentido, porque a veces, muy rara vez llegan a horario, porque como ellos tienen una forma diferente de moverse, las cosas importantes son las importantes, son la naturaleza, el encuentro con el hijo, el escucharse, el mirarse sin hablar (5, m., p. n. m.).

5. Una espera paciente

Otra particularidad asociada al “tiempo toba” refiere a las condiciones de espera para la atención. Se mencionó que muchos pacientes *qom* suelen quedarse sentados largos períodos de tiempo cerca de la puerta del consultorio donde esperan ser atendidos sin avisar al médico de su presencia allí:²³ “Hay pacientes que están sentados en sala de espera y, si alguien no le pregunta, pueden estar toda la mañana, y no sabés para qué están” (6, m., p. n. m.). “Son capaces de esperarte cinco horas y no demandarte nada (...) son capaces de esperar porque si vos no les preguntás; a lo mejor, vos estás saliendo del consultorio, los ves y le preguntás ‘¿y vos?’, y te dicen ‘yo la estoy esperando, doctora...’. ¡Vos no lo podés creer!” (1, m., p. m.). “Si hay un toba sentado en la sala de espera y vos pasás y lo ves y pasás a las tres horas y sigue estando ahí, yo sé que me tengo que acercar a preguntarle qué hace esperando, a quién está esperando, qué hace acá” (4, m., p. m.).

“Se quedan callados”, “se quedan parados y te miran”, “están sentaditos ahí y no te dicen nada”, este modo de permanecer en la sala de espera se explicó en términos de “la diferente percepción del tiempo que tienen los tobas” (13, m., p. m.), “tienen otro tiempo, otro tiempo y otro modo” (5, m., p. n. m.). Su reconocimiento conduce a los profesionales a estar atentos a estas situaciones e incorporar en sus rutinas un alerta particular cuando identifican a un paciente *qom* que está esperando hace mucho tiempo. Solo tres profesionales señalaron ciertos matices con respecto a esta modalidad de espera distinguiendo entre los migrantes *qom* recientemente llegados a la ciudad y los residentes en Rosario de larga data: “Algunos ya están como más despiertos en eso porque, si no, saben que los pasan por arriba”. En palabras de un médico generalista: “Cuando entré al centro de salud, lo que me decían era ‘fijate en la sala de espera si hay

²³ Esta característica es incluso señalada en un trabajo elaborado por un profesional del mismo centro de salud. Ver Vignoni (2010).

alguien de la comunidad sentado, pregúntale qué tiene porque no te va a decir', y ahora eso lo ves con los que recién llegaron, el resto no, vienen te buscan, según los distintos mecanismos que vos tengas te buscan" (11, v., p. m.).

Sigue así una noción de "paciencia *qom*" que, en tanto rasgo particular, se construye también desde una lógica de contraste con respecto a los comportamientos atribuidos a los criollos. En efecto, la oposición en términos de sentido entre "paciencia toba" y "apriete criollo" parece atravesar una parte de la dinámica cotidiana de disputa en torno de los tiempos de la atención en el centro de salud: "Los que más te aprietan y te apuran para el trabajo no son los tobas. Entonces vos también estás todo el tiempo con esa doble dimensión, es decir, estás lidiando con el que te está apurando, que se quiere ir, y te está apurando, y que lo atiendan ya, y tenés al toba sentado ahí, que tenés que hacerte tiempo para preguntarle cosas que a lo mejor no te las va a decir directamente, y el otro que te quiere tirar la puerta" (11, v., p. m.).

Una cuestión que surge de estas interpretaciones y que profundizaremos más adelante es la notoria ausencia de una problematización por parte de los profesionales sobre las modalidades que adquiere la demanda de sus pacientes *qom*. La "pasividad" y la "paciencia" no se presentan vinculadas a un complejo entramado de relaciones históricas, políticas, interétnicas. Dichas particularidades aparecen como rasgos cristalizados, sin anclaje histórico y enraizados en un "modo de ser *qom*" que se construye sin nexos contextuales que permitan visualizar, por ejemplo, las maneras en que aún operan mecanismos y procesos que han moldeado históricamente las relaciones interétnicas y la memoria social *qom* en el acceso a las instituciones estatales de nuestro país. En este sentido, es preciso comprender que la construcción de una memoria social debe entenderse "antes que como una 'representación' [del pasado], como una práctica que contribuye a formar campos políticos, a internalizar y a reformular discursos hegemónicos y a dar forma a la textura de configuraciones espaciales y temporales" (Gordillo, 2006: 15).

6. El "tiempo toba" en las consultas

Los profesionales señalaron que los pacientes *qom* son más "lentos" que el resto de los pacientes. Dicha lentitud se relata como miradas fijas sin expresión facial, como silencios que se generan en el interrogatorio y principalmente como movimientos corporales detenidos, por ejemplo en el desvestir de los niños durante las instancias del examen físico. En la configuración de esta calificación, continúa operando una lógica que se construye desde la dicotomía y el contraste con los comportamientos adjudicados a los pacientes criollos.

Así se afirmó que los pacientes *qom* "requieren de más tiempo en las consultas". Una profesional expresó:

"Con ellos, hay que tomarse el tiempo necesario, o sea, uno sabe que no va a ser una consulta que se va a resolver en 5 minutos, hay que tomarse el tiempo, preguntar, volver a preguntar, preguntar de otra manera" (4, m., p. m.).

Este requerimiento diferencial de los pacientes *qom* se asoció a la necesidad de dedicar más tiempo para realizar el diagnóstico, para la comunicación, así como

también para las indicaciones de los tratamientos. En palabras de una odontóloga:²⁴ “... más que nada la cuestión con el tiempo en la consulta, el tiempo del poder comunicarte del ‘¿qué te pasa?’, otros vienen y te dicen que lo está matando la muela de arriba, pero ellos [pacientes *qom*] es como que el dolor... tenés que estar preguntando más ‘¿en esta [pieza dental] o en este?’” (8, m., p. m.).

Asimismo se planteó la necesidad de “hablar más despacio” o de realizar explicaciones más detalladas a partir de la sospecha de que los pacientes *qom* no entienden las indicaciones: “... después es el tiempo en la consulta. Muchas veces, me quedaba con la sensación de que si iba muy rápido era como que yo era una aplanadora en la consulta, era como que se iban y no habían entendido nada [se ríe] yo había resuelto lo que a mí me parecía, pero ellos no... te decían sí, sí, sí, pero no entendieron nada” (12, m., p. m.).

En este sentido, el requerimiento de mayor tiempo en las consultas se inscribió en la incertidumbre, sospecha o supuesto de los profesionales en torno a aparentes dificultades de los pacientes *qom* para comprender las preguntas e indicaciones sobre el tratamiento que ha de seguirse.

A la par de estos señalamientos, se expresó de un modo unánime la “falta de tiempo” para la atención. Dicha falta fue adjudicada principalmente al desborde cotidiano producido por la gran demanda de consultas que tienen en el servicio. Desde farmacia, se expresó: “Siempre tenés que tener tiempo, eso es fundamental, si tenés una cola de 10 personas generalmente no lo hacés [dedicar el tiempo que requieren] (...) se hace lo mejor que se puede y según el tiempo. Si tenés 20 personas que te están diciendo cosas desde atrás de la cola, le haces el papelito rápido y ilisto! (...). Si no tenés tiempo, ise los tirás por la cabeza!” (7, v., p. m.).

En ciertos horarios, resulta notoria la gran cantidad de personas que recurren al centro de salud, principalmente en el transcurso de la mañana y en determinadas horas de la tarde. Es en esos momentos donde las palabras “saturación”, “vorágine”, “desborde”, caracterizaron la dinámica vivenciada por los profesionales en el servicio: “esto es Camboya todos los días”. En una ocasión, registramos que un médico realizó 60 consultas en una jornada de trabajo. En otra ocasión, una empleada administrativa nos señaló: “Vos le decís [a un médico] que hay una paciente que ante esta situación tiene que ser visto ahora, y el médico vio 40 pacientes en el día, y él está en todo su derecho a no querer ver a nadie más ¿no? Y te queda a vos, ahí adelante. ¿Y qué mierda hacés con esa persona?... es jodido (...) porque si él no quiere atenderlo también está en su derecho, es un trabajador sobreexigido, y la otra [la paciente *qom*] es una persona que está fuera de todo (9, m., p. n. m.).

La falta de tiempo se constituye en un rasgo estructural de la acción institucional. En este marco, la disponibilidad de los turnos responde a “la constitución de una economía del tiempo” donde prima el “‘débito temporal’ en desmedro de la consulta clínica” (Margulies, 2010: 222). Dicha situación repercute asimismo en las tareas de prevención y promoción de la salud limitando la salida al barrio: “Nos pasa que, con la demanda que hay, no te da tiempo ni para salir al baño, y menos a terreno” (1, m., p. m.). Estas condiciones van a contramano de una de las directrices que se propone para el trabajo

²⁴ Debido a que, en el transcurso del trabajo de campo, el centro de salud que atiende mayoritariamente a las familias *qom* del barrio Los Pumitas no contaba con asistencia odontológica, se entrevistó a una odontóloga de otro centro de salud municipal cercano, al cual suelen ser derivados los pacientes *qom* de dicho barrio.

en Atención Primaria de la Salud, como es la “clínica ampliada”, la cual implica –como ya se mencionó– prácticas contextualizadas e integrales que requieren el conocimiento de la realidad social y cultural de los pacientes.

7. Aportes críticos sobre la noción del “tiempo toba”

Como se mencionó anteriormente, la noción de los “tiempos tobas” a la que apelan los profesionales y el personal de salud no resulta novedosa. Sin embargo, es justamente la vigencia que posee como principal clave explicativa de los desencuentros con los pacientes *qom* la que motiva la presente problematización. Desde los equipos de salud, los pacientes *qom* se presentan como “parcos”, “poco demandantes”, “inexpresivos”, “lentos”, “no entienden las indicaciones”, “no responden”, “hay que explicarles cinco veces”, “no respetan acuerdos” con relación a turnos y tratamientos, etc.

En esta presentación, se expresa una visión homogeneizadora sobre la organización sociocultural del pueblo *qom* en Rosario. Se hace referencia a “los” pacientes tobas, “la” comunidad toba, “los” indígenas, sin distinguir matices ni diferencias y heterogeneidades al interior de estos conjuntos sociales. Así, por ejemplo, se habla de “los tobas”, sin reparar en las diferencias de género, cuando resulta evidente –como señala (Vignoni, 2010)²⁵ y la descripción de las trayectorias de atención de distintas familias *qom* (Stival, 2010)– que quienes recurren al centro de salud son mayoritaria y (casi) exclusivamente mujeres y madres con sus hijos. También se habla de “los pacientes” perdiendo de vista las distancias intergeneracionales dentro de un mismo grupo familiar entre un anciano monolingüe *qom*, su hija con la que migró del Espinillo (Chaco) en los noventa y su nieta *qom* de 17 años nacida y socializada en instituciones de Rosario.²⁶ Tales modos de clasificar y valorar a los pacientes *qom* van generando la construcción de estereotipos que “reducen la complejidad de las experiencias sociales a algunos rasgos determinados, contribuyen a esencializar y cristalizar distintos tipos de experiencias y con frecuencia reflejan más el desconocimiento y la incertidumbre que la capacidad de identificar o reconocer a los sujetos implicados” (Margulies, Stival y Name, 2010: 153).

Esta visión, sustentada en una idea de hábitos culturales, se encontraría enraizada en la existencia de una “esencia cultural *qom*” que impide comprender los procesos que moldean las experiencias e interacciones *qom* en los distintos espacios sociales. En definitiva, la premisa de la homogeneidad cultural obstaculiza un abordaje de lo cambiante y dinámico de los procesos socioculturales de las poblaciones *qom* de Rosario, así como también de la complejidad y las contradicciones de las relaciones internas y entre esta población indígena y las instituciones sanitarias.²⁷ En este sentido,

²⁵ Este trabajo analiza la demanda de atención de población migrante durante el mes de mayo de 2009 y permite graficar la utilización diferencial que realizan las mujeres y los hombres migrantes del centro de salud. Evidencia una relación de 4 a 1 a favor de las mujeres en la población mayor de 15 años, y al distinguir en el grupo de entre 15 y 30 años, este diferencial se profundiza al punto de que se observa una ausencia casi total de la población de hombres en dicha franja etaria.

²⁶ Incluso no se han contemplado matices vinculados a los distintos contextos de origen de los procesos migratorios (urbano-rural).

²⁷ “La comunidad toba” suele ser más heterogénea y contradictoria de lo que a veces imaginamos o queremos reconocer. Algo similar sucede con conceptos que frecuentemente se aplican para designar a la totalidad de un pueblo o de una cultura: las llamadas cosmovisiones, costumbres, tradiciones, identidades (Núñez, 2011). Cabe señalar que una de las principales fuentes de esta visión de corte esencialista de los pueblos indígenas, se puede ubicar en

las acciones sustentadas en este tipo de premisas dificultan tanto el entendimiento de la complejidad cultural de los fenómenos de salud-enfermedad-atención, opacando la causalidad social, económica (Menéndez, 1985), como el modo en que juegan las condiciones de vida y las experiencias históricas de los distintos conjuntos sociales.

8. Reflexiones finales

A modo de cierre, se transcribe un extenso fragmento de entrevista a una profesional del servicio:

Con esta cuestión de los tiempos tobas pasa que, para gestionar ciertos planes sociales o lo que sea, si vos le decís a los tobas que vengan a las 7 de la mañana, a las 7 están ahí... es como todo, es la importancia que le pueden dar, cómo jerarquizar el tiempo, en eso yo creo que ellos están menos permeados por este lugar de la medicina hegemónica. Vos tenés pacientes criollos que le decís 'tiene que hacerse este análisis mañana' y mañana se va a la puerta del CEMAR y espera, un análisis que no le va a cambiar la vida cotidiana... Me parece que ellos [*qom*] en esto hacen una jerarquización más interesante, hay cosas que las resuelven, una pensión de 7 hijos, cobrar mil mangos por mes, a una mina que está sin pareja, que tiene que cirujear, y hay otras cosas que pueden esperar (...) porque uno de los grandes problemas de la comunidad toba es garantizarse su subsistencia cotidiana (...) los tiempos de los tobas están ligados a sus idas y venidas al Chaco, ligados a su modos de subsistencia, a la lógica del manguero que está instalada, entonces se respeta como una práctica cotidiana, te dicen 'a la mañana voy a manguer, no puedo ir a la salita' (...) hay que entender esto de los tiempos, entender que no son maricanos ni discapacitados y que tejen estrategias de supervivencias como cualquiera (10, m., p. n. m.).

Destacamos este extenso fragmento porque apunta a la necesidad de desnaturalizar las nociones del "tiempo toba" atribuidas a una esencia de los pacientes *qom* ("reloj biológico distinto") o a prácticas apartadas de la modernidad ("desconocen el uso horario"; "no usan reloj"). En él, se advierte la consideración de otros aspectos que suelen ser soslayados: las condiciones de vida, las dinámicas comunitarias y las encrucijadas cotidianas que inciden en las decisiones y prioridades que los *qom* realizan.

El punto de vista expresado por esta profesional resulta significativo por cuanto implica desandar el estereotipo del paciente toba, así como también la imagen del "abismo cultural" que parecería separar radicalmente a estos conjuntos del resto de la población local.

En este sentido, sostenemos que un abordaje contextual de los vínculos entre el sistema público de salud y los grupos familiares *qom* no puede soslayar las interacciones, transacciones y reapropiaciones que se establecen en el marco de las relaciones interétnicas. El análisis pormenorizado de estas constituye la clave para entender y problematizar de qué modos la "diversidad cultural" (Briones, 2007) se concibe cuando se debate respecto de la cobertura de los servicios públicos de salud hacia la población indígena.

formulaciones de la propia antropología desde cierta etnología argentina -que tuvo un importante auge y vigencia en décadas pasadas- a los planteos de la antropología de sesgo culturalista. En su análisis de la historia de la etnografía del Gran Chaco, Gordillo (2006) desarrolla las premisas y postulados de esa etnología así como también la herencia que nos ha dejado: "la imagen de los indígenas del Gran Chaco como portadores de una alteridad radical está hoy presente, con diferentes matices, en los medios de comunicación y en el discurso y práctica de algunos organismos gubernamentales (...) esta escuela contribuyó a reproducir la imagen de que los indígenas son personas de las que nos separaría, como diría Bórmida 'un abismo cultural'" (Gordillo, 2006: 275).

No ponemos en duda la existencia de temporalidades diferenciales, sino más bien proponemos repensar la discusión sobre los “tiempos tobas” asumiendo que el tiempo es un concepto intrínsecamente relacional, debido a que implica, como plantea Elias, una “puesta en relación de posiciones” (1989). De allí se hace evidente la necesidad de incorporar a esta discusión las lógicas, dinámicas y tiempos organizacionales de los propios servicios de salud. Consideramos que las interpretaciones profesionales respecto de los tiempos de los pacientes *qom* se realizan en un vacío relacional que silencia e invisibiliza la economía del tiempo de la propia institución de salud y la falta de cumplimiento de sus objetivos programáticos en atención primaria.

El análisis del punto de vista de profesionales y personal de salud sobre los “tiempos tobas” nos permite entrever el modo en que se organizan las interacciones entre sujetos y grupos diferentes “en un mismo tiempo”, esto es, el tiempo complejo de las relaciones articuladas en torno a los procesos de atención. A su vez, nos aproxima al modo en que se configuran las relaciones conflictivas entre un Nosotros/profesionales y personal de salud y un Otro/paciente *qom* en el marco de un contexto interétnico de atención de la salud.

Al igual que los profesionales del centro de salud, también hemos observado a muchos pacientes *qom* sentados pasiva y silenciosamente en la sala de espera, así como también innumerables desencuentros en la interacción médico-paciente *qom*. Sin negar estas situaciones ni las especificidades culturales, lo que propuso este trabajo es resituar la discusión sobre “los tiempos tobas” inscribiendo esta particularidad en el complejo entramado de relaciones interétnicas y las lógicas que priman en las propias modalidades de organización de la gestión y atención institucionales.

En este marco, señalamos que mientras no se incluya en los debates sobre los “tiempos tobas” el modo en que están organizados los tiempos, los recursos y las expectativas de la institución de salud, será el Otro-*qom* el que termine siendo el responsable de su no adecuación/no adaptación a los tiempos establecidos del servicio, será el Otro el que no cumpla con las expectativas temporales de la asistencia, será el Otro un “lento” en la institución. Más que ordenar y explicar los desencuentros a partir de quienes no cumplen con nuestras expectativas temporales, quizás el desafío sea debatir el modo en que se organizan y estructuran los propios servicios de salud para atender las complejas situaciones de salud-enfermedad-atención que atraviesan las diversas poblaciones en los distintos contextos locales.

9. Referencias bibliográficas

Abt, Analía; Azcona, Susana y Caramés, Roberto (2004). “Prácticas de auto-atención en un contexto de relaciones interétnicas: la situación de los indígenas tobas en el asentamiento Los Pumitas de la ciudad de Rosario”, *Papeles de Trabajo* N° 11, CICEA, Universidad Nacional de Rosario.

Achilli, Elena (2000). “Escuela y Ciudad. Contextos y lógica de fragmentación sociocultural”, en: *Escuela y Ciudad, exploraciones de la vida urbana*. Rosario, UNR Editora.

Briones, Claudia (2007). “La puesta en valor de la diversidad cultural: implicancias y efectos”, *Educación y Pedagogía*, Vol. XIX, N° 48.

Cardini, Laura (2010). “Qom Ionaqtac-El trabajo de los tobas”. *Procesos de producción y comercialización de artesanías de los grupos Tobas Qom en la ciudad de Rosario*. Tesis doctoral, Universidad Nacional de Rosario.

- Carracedo, Élide (2005). "Utilización de un servicio de salud. Accesibilidad y adherencia", en actas del 1^{er} Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario.
- Charaudeau, Patrik (1988). *Language et discours. Elements de semiolinguistique (Theorie et pratique)*, Hachette, Paris.
- Cuyul, Andrés; Rovetto, María y Specogna, Mariana (2011). "Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas", *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 2, N° 7, junio, Buenos Aires.
- Elias, Norbert (1989). *Sobre el tiempo*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Garbulsky, Edgardo (1993). "Cuestión étnica-Cuestión social. Las fronteras contemporáneas de los grupos toba (*qom*) en Rosario en el umbral del siglo XXI", *Andes. Antropología e Historia* N° 6, Salta.
- Gordillo, Gastón (2006). *En el Gran Chaco: Antropologías e Historia*. Buenos Aires, Prometeo (Miradas Antropológicas).
- Hachén, Rodolfo (2006). *Abordaje etnolingüístico de la lengua qom (toba)*. Buenos Aires, Último Recurso.
- Margulies, Susana (2010). "Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-Sida. Ensayo de antropología de la medicina", *Intersecciones*, Vol. 11, N° 1, pp. 215-225.
- Margulies Susana; Stival, Matías y Name, Julia (2010). *Condiciones de Vulnerabilidad al VIH/Sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales/gay, bisexuales y trans en la Argentina*. Informe Final, Componente I: Personal de servicios de Salud Público. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.
- Menéndez, Eduardo (1985). "Aproximación crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina", *Revista Nueva Antropología*, Vol. VII, N° 28, México.
- (2006). "Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología *at home*. Algunas cuestiones metodológicas", en Fernández Juárez, G. (Coord): *Salud e interculturalidad en América Latina*, tomo I. Quito, Abya-Ayala.
- Núñez, Guillermo (2011). *Apuntes para una interculturalidad queer*. Ponencia presentada en las Jornadas Internacionales sobre Educación e Interculturalidad en las Américas, Universidad Veracruzana Intercultural, Xalapa, Veracruz, México, del 28 al 30 de noviembre.
- Stival, Matías (2010). "La Salud Intercultural como un concepto disputado. Aportes de un estudio antropológico al debate actual sobre los procesos de atención de los pueblos originarios". Ponencia presentada en el "Congreso de países del MERCOSUR en políticas públicas para bioética y derechos humanos. Derecho a la Salud", organizado por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y por Bio&Sur Asociación de Bioética y Derechos Humanos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2, 3 y 4 de diciembre.
- Terán, Buenaventura (2003). *La ergología Toba y sus contenidos culturales. Proyecciones míticas y shamánicas*. Venado Tuerto, Juglaria.
- Vázquez, Héctor (2000). *Procesos identitarios y exclusión social. La cuestión indígena en la Argentina*. Buenos Aires, Biblos.
- Vignoni, Fernando (2010). *Condiciones de vida, problemas de salud, y perspectiva del equipo de salud respecto de la población migrante que accede a un Centro de Salud de la ciudad de Rosario, en el marco de la Atención Primaria Integral*. Informe académico final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.

10. Fuentes

- Trabajar en APS* (2003). Documento elaborado por la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud de la municipalidad de Rosario.
- "El modelo de adscripción en el Centro de Salud 'Juana Azurduy'" (2005). Proyecto de investigación evaluativa desarrollado por el equipo de salud del centro de salud con apoyatura técnica del área de Investigación en Salud.