



UNR Universidad
Nacional de Rosario



FACULTAD DE CIENCIA POLÍTICA
Y RELACIONES INTERNACIONALES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO



Facultad de Ciencia Política y Relaciones internacionales

Universidad Nacional de Rosario

Licenciatura en Trabajo Social

“Salud intercultural como horizonte: análisis de interferencias en los procesos de atención en el Centro de Salud Toba”

Alumna: Ferrari Lola

Directora: Cappelletti Carina

22 de mayo del 2026, Rosario

Mail: lolaferri12@gmail.com

Mail: caricappelletti2@gmail.com

Agradecimientos.....	3
Introducción.....	5
Capítulo 1. Colonialidad, migración y pueblos originarios: su arribo a la Ciudad de Rosario.....	8
1.1. Introducción.....	8
1.2. La conquista del Chaco como proyecto colonial sobre los pueblos originarios.	9
1.3. La colonialidad como matriz de poder: aportes de Aníbal Quijano.....	10
1.4. Epistemologías del norte y del sur: la colonialidad del saber.....	12
1.5. La colonialidad del ser y la construcción del “otro”.....	13
1.6. La colonialidad de género: aportes de María Lugones y Ochy Curiel.....	13
1.7. Colonialidad y salud intercultural: un marco de análisis.....	14
1.8. Consideraciones finales.....	15
Capítulo 2: Rouillon y Maradona, “Centro de Salud Toba”	16
2.1 "Configuraciones de un territorio historizado: materialidad y trama social del barrio".....	16
2.2 Trayectorias laborales y dinámicas de exclusión/inclusión en la comunidad Toba.....	22
Capítulo 3: Tensiones y desafíos para una práctica intercultural.....	24
3.1 La Organización del Sistema de salud.....	24
3.2 Centro de Salud Toba.....	26
3.3. La salud en la cosmovisión Qom: equilibrio, territorio y espiritualidad.....	32
3.4 Interferencias en el proceso atención.....	35
3.5 El rol del Trabajo Social en contextos interculturales.....	41
3.6 De la interferencia al diálogo: propuestas metodológicas para una atención intercultural.....	46
Reflexiones finales.....	53
Bibliografía	58

“...Muerte contra la vida .

Gloria de un pueblo desaparecido

Es comienzo, es final

Leyenda perdida

Cinco siglos igual

En esta parte de la tierra

La historia se cayó

Como se caen las piedras

Aun las que tocan el cielo

O están cerca del sol

O están cerca del sol...”

Cinco siglos igual, Leon Gieco (1992)

Agradecimientos

Este trabajo no podría haberse construido sin las múltiples tramas que lo hicieron posible. Lejos de ser una producción individual, es el resultado de encuentros, vínculos, aprendizajes y experiencias compartidas a lo largo de este recorrido. No hay logros individuales: todo lo que se construye, se construye con otros y otras.

En primer lugar, quiero agradecer a la comunidad del barrio Toba, especialmente a las familias Qom, por abrir sus puertas, sus palabras y sus mundos. Por lo que enseñan, incluso -y sobre todo- en lo cotidiano. Este trabajo es también un reconocimiento a sus luchas, a sus formas de sostener la vida y a la potencia de sus saberes.

Al equipo del Centro de Salud Toba, con quienes comparto el día a día, por el compromiso, las discusiones, las incomodidades y las búsquedas colectivas. Por sostener, aun en condiciones adversas, prácticas de cuidado que intentan ir más allá de lo instituido.

A mi directora, Carina Cappelletti, por su acompañamiento y su lectura atenta.

A la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario, por alojarme todos estos años, y a las/es/os docentes y profesionales que me acompañaron en este proceso pedagógico de enseñanza-aprendizaje. Orgullosa de formarme en esta casa de estudios, que no solo brinda herramientas académicas, sino que también forma sujetos críticos y comprometidos. La educación como herramienta fundamental para la liberación de los pueblos. Educación pública y gratuita, siempre!.

A mis compañeras y compañeros de camino, de facultad y de trabajo, por compartir dudas, angustias, ideas y también risas. Por hacer de este proceso algo profundamente colectivo.

A mi familia, por el sostén incondicional a lo largo de toda la carrera. A mis viejos, por su templanza y por estar siempre. A mis hermanas, que son sinónimo de resiliencia y me enseñan, todos los días, por dónde ir. A mi abuela, por cada mate

acercado en las mil horas de estudio, haciendo del acompañamiento un gesto cotidiano de amor.

A mi pareja, por escuchar mis peores pesares, por sostenerme en los momentos más difíciles y por quedarse, acompañándome con paciencia y amor hasta el final de este camino.

A mi familia ampliada, a mis amigos y amigas, por estar, por sostener y por creer. Nada de esto hubiese sido posible sin ustedes.

Un agradecimiento al cielo, siempre.

Y, finalmente, a quienes habitan este trabajo de manera más silenciosa pero no menos presente: a las historias, los territorios y las experiencias que interpelan, incomodan y movilizan. Son ellas las que le dan sentido a esta escritura.

Además, este trabajo está inspirado y dedicado a los pueblos originarios que, históricamente invisibilizados y atravesados por múltiples formas de desigualdad, continúan sosteniendo la vida, sus saberes y sus territorios. A quienes, desde sus propias formas de organización, cuidado y resistencia, siguen dando batalla -cada uno desde sus lugares, desde sus propias trincheras- frente a un presente hostil y profundamente desigual. Un presente marcado por violencias que no son azarosas, sino expresión de un sistema socioeconómico, cultural y político capitalista, neocolonial y racista, que persiste en negar, subordinar e invisibilizar otras formas de existencia.

Porque somos memoria, territorio y lucha; y aun en los contextos más hostiles, la vida siempre encuentra la forma de abrirse paso.

Introducción

El presente trabajo corresponde al Trabajo Integrador Final de la Licenciatura en Trabajo Social, bajo la modalidad de investigación. El mismo se centra en analizar la salud intercultural en el Centro de Salud Toba (CDST) de la Ciudad de Rosario provincia de Santa Fe, anclado en barrio Toba -intersección entre Rouillon y Maradona-; espacio de atención primaria que articula con comunidades Qom, Mocovíes y Guaraníes.

El interés sobre esta temática surge a partir de mi inscripción laboral dentro de dicha institución, pudiendo apreciar ciertas tensiones que emergen de los procesos de salud-atención-enfermedad-cuidado en contextos de diversidad cultural. Es así que surge la idea de indagar cómo se expresan y enfrentan las tensiones entre la medicina alopática/biologicista y las medicinas tradicionales o desde una mirada occidental “alternativa”, con especial atención en las interferencias que se generan a la hora de poder pensar a la salud intercultural.

El campo de la salud, lejos de pensarse como un ámbito neutral, se encuentra atravesado por relaciones históricas, políticas y epistemológicas que configuran modos específicos de comprender el cuerpo, la enfermedad y el cuidado. En este sentido, el presente trabajo parte de reconocer que el modelo biomédico hegemónico, predominante en el sistema de salud argentino, convive -no sin conflictos- con otros sistemas de conocimiento, como los saberes y prácticas de la medicina tradicional indígena. Esta coexistencia da lugar a una serie de tensiones que, en la práctica cotidiana, se manifiestan como interferencias en los procesos de atención.

El interés central de esta investigación radica en identificar y analizar dichas interferencias, entendidas no como obstáculos aislados, sino como expresiones de desigualdades estructurales vinculadas a la colonialidad del poder, del saber y del ser. En particular, se profundiza en aquellas relacionadas con la dimensión lingüística y étnica, considerando que una parte significativa de la población que asiste al Centro de Salud Toba tiene como lengua materna el qomlaqtaq y sostiene cosmovisiones propias en torno a la salud y la enfermedad.

Desde esta perspectiva, la salud intercultural se concibe como un horizonte ético-político que implica cuestionar las jerarquías entre saberes, promover el diálogo y construir formas de atención más justas, situadas y respetuosas. Es fundamental como Trabajadora Social poder reconocer las particularidades de nuestros pueblos originarios para poder intervenir eficazmente en este escenario; si intervenimos sin conocer los “rasgos distintivos” de esta comunidad, encontraremos una serie de obstáculos en el desenvolvimiento profesional. Por tanto, necesitamos generar intervenciones situadas (M.Hermida, 2017), dando lugar al recupero de la tradición del pensamiento nacional que pueda entender mejor al otro, dar lugar a estas otras subjetividades y construir nuevas identidades profesionales.

En ese sentido, este trabajo se construye como aporte para la disciplina y la construcción de una mirada más amplia sobre el campo salud, ya que invita a repensar las prácticas cotidianas e incorporar la mirada intercultural en el proceso de salud-atención-cuidado-enfermedad. Además descubrir la potencia del lugar de enunciación del Trabajo Social desde una ética profesional comprometida con la garantía de derechos y con la construcción de intervenciones que reconozcan las particularidades de los sujetos y territorios.

Metodológicamente, el trabajo se inscribe en un enfoque cualitativo con perspectiva etnográfica, apoyado en la observación participante. Las herramientas utilizadas; entrevistas a integrantes del equipo de salud y análisis de fuentes documentales y bibliográficas. Esta estrategia permite una aproximación situada a las dinámicas institucionales y comunitarias, así como a las experiencias y percepciones de los actores involucrados.

En términos de organización, se estructura en tres capítulos. En el primero, se desarrolla el marco teórico a partir de los aportes del pensamiento decolonial, abordando la noción de colonialidad en sus distintas dimensiones y su vinculación con los procesos migratorios del pueblo Qom hacia la ciudad de Rosario. El segundo capítulo se centra en la caracterización del territorio, reconstruyendo la historia del barrio Toba y analizando sus condiciones materiales y sociales, así como las dinámicas comunitarias que lo configuran. Finalmente, el tercer capítulo se orienta al análisis del sistema de salud y del funcionamiento del Centro de Salud Toba,

profundizando en las tensiones entre el modelo biomédico y las cosmovisiones indígenas, e identificando las principales interferencias en los procesos de atención.

En definitiva, este trabajo busca aportar a la reflexión crítica sobre las prácticas en salud desde una perspectiva intercultural, visibilizando las tensiones existentes y recuperando el potencial del Trabajo Social para la construcción de intervenciones que promuevan la equidad, el reconocimiento de la diversidad y la producción de vida en contextos de desigualdad.

Capítulo 1. Colonialidad, migración y pueblos originarios: su arribo a la Ciudad de Rosario.

1.1. Introducción

El presente capítulo propone abordar la noción de colonialidad en sus diversas dimensiones -del poder, del saber y del ser- como marco teórico para comprender los procesos de desplazamiento y migración del pueblo Qom hacia la provincia de Santa Fe, particularmente la ciudad de Rosario. Este enfoque resulta pertinente para analizar cómo las estructuras coloniales, lejos de haber desaparecido con el fin del colonialismo formal, continúan operando en las prácticas sociales, las políticas públicas y los modos de producción del conocimiento, configurando desigualdades persistentes que afectan a los pueblos originarios.¹

La colonialidad, según Quijano (2000), no refiere a un período histórico concluido, sino a una matriz de poder que articula la dominación económica, política y epistémica sobre la base de la racialización de los cuerpos y la jerarquización de los saberes. En el caso de los pueblos originarios, esta matriz se tradujo históricamente en la desposesión territorial, la imposición cultural y la negación de sus sistemas de conocimiento, produciendo una constante condición de subalternidad.

En este contexto, el proceso migratorio del pueblo Qom hacia Rosario puede leerse como una consecuencia directa de la colonialidad: el despojo del territorio ancestral en el Gran Chaco, la reconfiguración del trabajo rural y la marginación en los espacios urbanos, constituyen manifestaciones contemporáneas de una misma lógica histórica. Al mismo tiempo, las estrategias de adaptación, organización comunitaria y resistencia cultural desarrolladas por las familias Qom dan cuenta de la persistencia de identidades y saberes que desafían el orden colonial.



¹ Imagen; Distribución de los pueblos originarios en la República Argentina. Fuente: INAI (Instituto Nacional de Asuntos Indígenas), Gobierno Nacional, 2015.

Este capítulo busca entonces conceptualizar la colonialidad como fenómeno estructurante de las relaciones sociales y epistemológicas, y analizar cómo dicha estructura atraviesa los procesos de movilidad y asentamiento de los pueblos originarios. Asimismo, pretende ofrecer un marco para comprender las tensiones entre el sistema biomédico occidental y los saberes de los pueblos originarios en el campo de la salud, en el que el trabajo social ocupa un lugar clave para la construcción de prácticas interculturales.

1.2. La conquista del Chaco como proyecto colonial sobre los pueblos originarios

Desde la primera mitad del siglo XVIII hasta hoy, desde el Chaco hasta Rosario se enmarca el proceso de colonización de nuestros pueblos originarios y su movilidad hacia diversas partes de nuestro país; siendo estos espacios interpretados como focos de dispersión o agrupamiento, ya sea por implementación de determinadas políticas regionales o nacionales, como estrategias de sobrevivencia.

“En la primera mitad del siglo XVIII ya habían adquirido el caballo y bajo una idiosincrasia guerrera y nómada, tobas, mocovíes y abipones transitaban una franja que limitaba al norte con el río Bermejo Medio e Inferior, al este por el Río Paraná, al sur por los asentamientos y al oeste por Córdoba y Santiago del Estero” (Marcela I. Valdata, 2004)

El pueblo Qom, integrante de la familia lingüística guaycurú, habitó históricamente el territorio del Gran Chaco, caracterizado por una dinámica ecológica que permitió el desarrollo de formas de vida seminómadas basadas en la caza, la pesca, la recolección y el intercambio intercomunitario (Braunstein, 2008). Este territorio no solo constituía un espacio físico, sino un entramado relacional que integraba naturaleza, espiritualidad y organización social. Sin embargo, a partir del siglo XIX, este modo de vida fue profundamente alterado por la expansión del Estado-nación argentino y por la incorporación forzada del Chaco a la economía capitalista. La llamada “Conquista del Chaco”, proceso iniciado hacia fines del siglo XIX y consolidado durante las primeras décadas del siglo XX, implicó la militarización del territorio y la subordinación violenta de los pueblos originarios. Pasaron de un estado de relativa autonomía al sometimiento y subordinación con respecto al blanco; se reprimieron las formas de producción de conocimiento, de producción de

sentido, su universo simbólico, forzaron a los colonizados a aprehender parcialmente su cultura en todo lo que fuera útil para la reproducción de la dominación sea en el campo material como subjetivo (especialmente religioso). La pérdida del territorio, implicó la desarticulación de sistemas productivos, provocando mecanización agrícola, la caída del precio del algodón y el cierre de numerosos obrajes; empujando a las familias Qom hacia zonas periurbanas de Chaco, Formosa, Santa Fe y Rosario en busca de nuevas formas de subsistencia (Gordillo, 2010).

Las campañas de exterminio se realizaron bajo un estado nación capitalista colonial moderno y eurocentrado, de esta trilogía se concibe el nuevo patrón mundial de poder que se viene imponiendo desde 1492 cuando el capitalismo se hace mundial a través del colonialismo. Este patrón mundial de poder Aníbal Quijano (2000) lo definió como colonialidad del poder.²



Se pueden mencionar los genocidios de la masacre de Napalpí del 19 de julio de 1924 y la matanza de El Zapallar ocurrida el 9 de septiembre de 1933³, como dos hechos históricos que muestran el exterminio y colonización violenta hacia los pueblos nativos en Argentina.

1.3. La colonialidad como matriz de poder: aportes de Aníbal Quijano

El concepto de *colonialidad del poder* fue formulado por Aníbal Quijano a fines del siglo XX para explicar cómo las jerarquías raciales y epistémicas instauradas durante la colonización de América Latina se mantienen vigentes en la modernidad. Según el autor, la conquista no sólo implicó una dominación política y económica, sino también la creación de una clasificación social basada en la idea de *raza* como principio organizador del trabajo, lugares y roles sociales. (Quijano, 2000).

² Imagen extraída del Departamento de Difusión de Contenidos y Repositorio del Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología del Chaco.

³ La Masacre de Napalpí (19 de julio de 1924) fue una represión estatal contra comunidades Qom y Mocoví en el Territorio Nacional del Chaco que dejó cientos de personas asesinadas, en el marco del régimen de reducciones y explotación laboral. Por su parte, la matanza de El Zapallar (9 de septiembre de 1933), ocurrida en la actual localidad de General San Martín (Chaco), constituyó una nueva acción represiva contra el pueblo Qom, vinculada a las políticas de control, disciplinamiento y colonización del territorio.

De este modo, la colonialidad del poder designa el entramado que asocia la producción de riqueza con la producción de desigualdad racial. En el caso argentino, esta matriz se expresó en la conformación del Estado-nación, que se pensó como “blanco” y “europeo”, negando la presencia de pueblos originarios y afrodescendientes. Como señalan diversos estudios (Segato, 2007; Briones, 2010), el proyecto civilizatorio del siglo XIX produjo una narrativa nacional en la cual lo indígena fue concebido como un resto del pasado que debía ser asimilado o eliminado.

El pueblo Qom, habitante ancestral del Chaco, fue víctima de este proceso. La expansión del modelo agroexportador, la concentración de la tierra y las políticas estatales de “modernización” promovieron su desplazamiento progresivo hacia los márgenes urbanos. Esta migración, sin embargo, no puede entenderse únicamente como un fenómeno económico, sino como una consecuencia de la colonialidad: el control del territorio y del trabajo fue acompañado por la imposición de un orden cultural y simbólico que deslegitimó los modos de vida indígenas.

Quijano (2014) plantea que la colonialidad “no es una herencia del pasado, sino el lado oscuro de la modernidad” (p. 24). Esta afirmación cobra relevancia cuando se observa que los procesos de exclusión que enfrentan hoy las comunidades Qom en Rosario —la precariedad habitacional, la informalidad laboral o la discriminación institucional— reproducen las mismas lógicas de jerarquización que históricamente los despojaron de sus territorios. La colonialidad del poder, entonces, no se limita a una estructura económica, sino que configura las relaciones sociales y políticas que sostienen la desigualdad contemporánea.

En este sentido, la presencia Qom en Rosario no puede pensarse como una simple “migración interna”, sino como un desplazamiento forzado por un sistema que continúa operando bajo principios coloniales. El desafío teórico consiste en reconocer en esas trayectorias no sólo el signo de la dominación, sino también la agencia y la resistencia de un pueblo que, pese a la exclusión, sostiene prácticas culturales, comunitarias y de salud propias, desafiando las fronteras del saber hegemónico.

1.4. Epistemologías del norte y del sur: la colonialidad del saber

Desde el plano epistemológico, la *colonialidad del saber*, conceptualizada por Quijano y ampliada por Grosfoguel (2016) constituye una de las dimensiones fundamentales del pensamiento decolonial. Refiere al modo en que el conocimiento producido desde Europa durante la modernidad fue impuesto como universal, neutral y objetivo, invisibilizando otras formas de conocer y comprender el mundo. Este proceso implicó la subordinación de los saberes locales, populares e indígenas a los marcos epistémicos occidentales. Según Quijano (2000) y Grosfoguel (2016), el conocimiento producido desde Europa durante la modernidad fue impuesto como universal, neutral y objetivo, invisibilizando otras formas de conocer y comprender el mundo. Este proceso no fue meramente intelectual, sino profundamente político, pues implicó la subordinación de los saberes locales, populares e indígenas a los marcos epistémicos occidentales.

Grosfoguel (2016) sostiene que el eurocentrismo no es sólo una ideología, sino un “régimen de verdad” que organiza lo pensable y lo decible. Desde esta perspectiva, la ciencia moderna se construyó sobre la exclusión de las epistemes no europeas, considerándolas como conocimiento “no científico”. Así, el pensamiento de nuestros pueblos originarios fue relegado a la esfera de lo “tradicional”, negando su capacidad de producir teoría o conocimiento válido.

Esta lógica tiene consecuencias directas en el campo de la salud. Los sistemas biomédicos hegemónicos, basados en una visión mecanicista del cuerpo y de la enfermedad, desconocen los saberes comunitarios, espirituales y naturales que históricamente sostuvieron la vida en los pueblos originarios. En las comunidades Qom, el vínculo con el territorio, las plantas medicinales y las prácticas de sanación forman parte de una concepción integral de la salud que abarca cuerpo, espíritu y comunidad. Sin embargo, estas prácticas son frecuentemente deslegitimadas o toleradas sólo como “complementarias”, reproduciendo una jerarquía epistémica.

Como advierte De Sousa Santos (2010), el desafío de las epistemologías del Sur es reconocer la “ecología de saberes”, es decir, la coexistencia de múltiples racionalidades que pueden dialogar sin subsumirse unas en otras. En el contexto rosarino, la salud intercultural requiere justamente ese diálogo: no se trata sólo de

incorporar mediadores o traductores, sino de cuestionar el propio estatuto del saber médico y las relaciones de poder que lo sostienen.

1.5. La colonialidad del ser y la construcción del “otro”

A su vez la *colonialidad del ser* fue desarrollada por Maldonado-Torres (2007) como una extensión del pensamiento de Quijano. Mientras la colonialidad del poder se refiere a las jerarquías económicas y políticas, la colonialidad del ser alude a la deshumanización del sujeto colonizado, a su constitución como “otro inferior” dentro de la ontología moderna. En palabras del autor, “la colonialidad del ser es la herida ontológica más profunda dejada por la modernidad/colonialidad” (Maldonado-Torres, 2007, p. 131).

El proyecto moderno se construyó sobre una división ontológica: el ser europeo, racional y civilizado frente al no-ser, encarnado en los pueblos indígenas, negros y mestizos. Esa división continúa operando en las prácticas cotidianas, en las instituciones y en los discursos. En Argentina, el racismo hacia los pueblos originarios -que muchas veces se disfraza de indiferencia o negación- constituye una de las formas contemporáneas de la colonialidad del ser.

En las trayectorias migratorias Qom hacia Rosario, esta herida ontológica se manifiesta en la experiencia urbana: el cuerpo indígena es constantemente interpelado como “fuera de lugar”, asociado a la pobreza, la marginalidad o la asistencia.

La colonialidad del ser, entonces, no sólo produce exclusión material sino también simbólica: define quiénes son reconocidos como sujetos plenos de derechos y quiénes son objeto de intervención. Reconocer esta dimensión implica, desde el trabajo social y las políticas públicas, construir relaciones más horizontales donde la voz de los pueblos originarios sea reconocida como legítima.

1.6. La colonialidad de género: aportes de María Lugones y Ochy Curiel

Si pensamos en la colonialidad del ser, María Lugones (2008) amplía el horizonte del pensamiento decolonial al introducir la noción de *colonialidad de género*. La autora plantea que la colonialidad no sólo estructuró jerarquías raciales,

sino también sexuales, imponiendo un sistema binario de género y una división sexual del trabajo funcionales al capitalismo y al patriarcado moderno. En las sociedades originarias, los roles de género solían ser más flexibles y comunitarios, pero la colonización trajo consigo la subordinación de las mujeres y la heterosexualidad obligatoria.

Desde esta perspectiva, las mujeres indígenas no sólo fueron colonizadas, sino *hipercolonizadas*: se les negó su humanidad, su saber y su agencia política. Ochy Curiel (2013) retoma este planteo desde el feminismo decolonial, subrayando que la lucha de las mujeres racializadas no puede separarse de la lucha contra el racismo y el colonialismo. La autora sostiene que el feminismo blanco, al universalizar su experiencia, reprodujo la lógica colonial del saber al hablar *por* las otras.

En el caso del pueblo Qom, la migración a Rosario implicó una reconfiguración de los roles de género. Las mujeres asumieron tareas de cuidado, trabajo doméstico y mediación cultural en contextos urbanos, sosteniendo la reproducción cotidiana de la vida comunitaria. Al mismo tiempo, enfrentan mayores obstáculos en el acceso a la salud, la educación y el trabajo formal. Incorporar la perspectiva de género decolonial permite visibilizar estas desigualdades y reconocer a las mujeres Qom como actoras centrales en la transmisión de saberes y en la organización comunitaria.

1.7. Colonialidad y salud intercultural: un marco de análisis

El campo de la salud constituye uno de los espacios donde la colonialidad se expresa con mayor fuerza. Como advierte Menéndez (2009), el modelo biomédico occidental se basa en una racionalidad científica que fragmenta al sujeto y descontextualiza la enfermedad, negando los aspectos sociales y culturales de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Para las comunidades Qom, la salud no puede separarse de la comunidad ni del territorio. La enfermedad no es sólo un desequilibrio biológico, sino también social y espiritual. Sin embargo, en el sistema actual de salud pública, estas concepciones suelen ser interpretadas como “creencias” o “costumbres”, no como

saberes válidos. Este desencuentro epistémico genera situaciones de incompreensión y desconfianza.

El enfoque de *salud intercultural* busca precisamente superar esas asimetrías, promoviendo el diálogo entre sistemas de conocimiento. No obstante, como advierte Orellana (2018), la interculturalidad puede volverse un discurso vacío si no cuestiona las relaciones de poder que subordinan los saberes indígenas. Desde el trabajo social, el desafío consiste en generar prácticas que reconozcan al otro como sujeto de saber, recuperando las dimensiones comunitarias, afectivas y simbólicas del cuidado.

1.8. Consideraciones finales

Comprender este proceso de colonización resulta fundamental para situar el desplazamiento del pueblo Qom hacia la Ciudad de Rosario y para analizar cómo las trayectorias migratorias están inscriptas en una larga historia de violencias, resistencias y reconfiguraciones territoriales.

Detrás de todo lo mencionado, las comunidades Qom en Rosario han construido redes de apoyo, organizaciones barriales y espacios de reivindicación identitaria. La migración, más que una ruptura total, ha sido un proceso de reconfiguración cultural que combina continuidad y cambio. En este sentido, las prácticas comunitarias y las formas de cuidado de la salud que se sostienen en los barrios Qom son una expresión de resistencia frente a la colonialidad del saber y del ser.

A lo largo de este capítulo se han desarrollado los principales aportes teóricos que permiten situar la salud intercultural en el contexto del pueblo Qom migrante en Rosario. La colonialidad del poder, del saber, del ser y de género constituyen dimensiones interrelacionadas que explican tanto los procesos históricos de despojo como las desigualdades actuales en el acceso a derechos.

El desplazamiento del pueblo Qom no sólo fue territorial, sino también epistémico y simbólico: una expulsión del territorio y del reconocimiento como sujetos de conocimiento y de humanidad plena. Sin embargo, su presencia en la

ciudad también implica resistencia, reconstrucción comunitaria y producción de nuevos saberes que desafían el orden colonial.

Este marco conceptual permite comprender que las prácticas en salud no pueden separarse de los procesos históricos y políticos que las configuran. La interculturalidad, lejos de ser un mero intercambio de costumbres, debe entenderse como una práctica política orientada a la descolonización del saber y a la construcción de vínculos horizontales entre profesionales y comunidades. En ese camino, el trabajo social tiene un papel central en la mediación, el acompañamiento y la promoción de derechos desde una perspectiva de justicia epistémica y social.

Capítulo 2: Rouillon y Maradona, “Centro de Salud Toba”

2.1 "Configuraciones de un territorio historizado: materialidad y trama social del barrio"

Ana Arias nos dirá que “el carácter social de los territorios es tan inmanente como lo es el carácter cultural y político de los mismos” (Arias, 2013, p. 1). Nos dirá la autora que hablar de “territorios” no significa solo la espacialidad en la que se encuentra la institución, sino el territorio como una geografía, con sus características específicas, sus reglas internas y sus límites; sino también pensar al territorio como espacio habitado, como lugar donde se desarrollan relaciones sociales. “En esta perspectiva ‘social’, el territorio es el escenario de lo cotidiano, de lo comunitario, del despliegue de la vida misma” (Arias, 2013,p. 2). El territorio es un espacio historizado, produce significaciones imaginarias y simbólicas, se materializa, se muestra en una trama de vínculos y estrategias participativas diversas. Se trata de un espacio de intercambios de acontecimientos, de solidaridades, reciprocidades y de conflictividades.



En este sentido el Centro de Salud Municipal “Barrio Toba” se inscribe en un contexto geo-sociocultural y político que se encuentra atravesado en su historia por la movilidad de los cuerpos de nuestros pueblos originarios signado

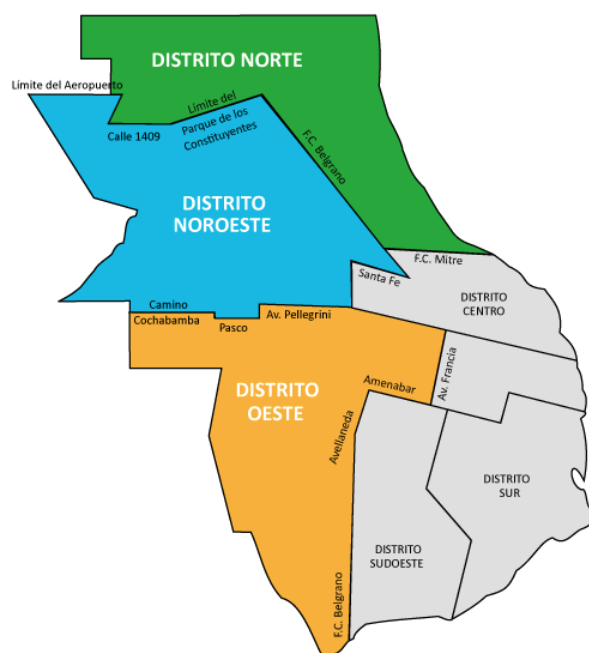
por el despojo de su propia tierra y teniendo que buscar nuevos horizontes, como la Ciudad de Rosario.

La migración de las primeras familias Qom a la ciudad de Rosario comenzó a finales de los años sesenta en el marco de la descomposición sistemática de las economías regionales; la persistente destrucción de sus modos de reproducción económicos, sociales y culturales produjo constantes migraciones del campo hacia la periferia de las ciudades.

La llegada a la ciudad de Rosario se realizó de manera periódica y limitada; quienes iban llegando lo hacían en vagones de carga y se asentaban en la periferia de la ciudad “(Villa Banana, Bella Vista Oeste, Villa Progreso, Calle Passo, Las Moras, Villa Urquiza, Barrio Zapato, Nuevo Asentamiento, entre otros). El factor principal de las migraciones fue económico, vinculado a la falta de trabajo y cierre de los ingenios en el Chaco, comenzaron a desplazarse buscando nuevas posibilidades de inserción laboral y⁴ procuración de alimentos.” (Valdata, 2004, p. 14)

Esta migración no solo se produjo por motivos laborales ni por una búsqueda de instalación permanente, sino también tratando de hallar un refugio y asistencia momentánea, en un contexto de fuertes inundaciones en la Provincia del Chaco, producto de la deforestación creciente. (M. Stival, comunicación personal, 2025).

En el año 1991 se gesta plan de re-localización de algunas familias qom situadas originalmente en la zona de Empalme Graneros, producto del esfuerzo de las gestiones realizadas por la comunidad ante el gobierno de turno y debido al crecimiento de los asentamientos irregulares. La



⁴Ubicación de los principales barrios qom en la Ciudad de Rosario, elaboración propia sobre la base de Google Maps. Hábitat urbano e indígenas migrantes. El caso de los qom en la ciudad de Rosario, Argentina. Silvina Corbetta; Carolina Rosas (2016)

Municipalidad de Rosario, más precisamente la Secretaría de Vivienda, construye un barrio denominado "Barrio Toba de calle Roullión", ubicado en la zona oeste de la ciudad, vecino a Villa Banana y límite con el campo. Si bien este barrio en los libros refiere haberse creado producto del incremento poblacional, compañeras que se encuentran trabajando en el cds refieren que fue producto de la inundación sucedida en 1986 en Empalme Granero.

El Barrio Toba está ubicado en el Distrito Oeste de Rosario, en un cuadrante localizado entre la Av. de Circunvalación 25 de Mayo al oeste, la calle E. Espinoza al norte, Av. Roullión al este y Av. 1907 al sur.

La morfología habitacional del barrio, lejos de presentar fragmentaciones estancas, se consolida hoy como un continuo de precariedad que atraviesa tanto el trazado original como los sectores de asentamiento (La Tacuarita, Cariñitos, La Amistad, entre otros). En las construcciones iniciales de placas y techos a dos aguas, el avanzado deterioro y la condensación crónica de humedad han anulado la función protectora de la vivienda. Esta realidad se amalgama sin soluciones de continuidad con las unidades habitacionales de los asentamientos adyacentes, erigidas con materiales como chapa, madera, ladrillo hueco y nylon, muchas de ellas asentadas sobre tierra apisonada y en terrenos con riesgo de anegamiento. Muchos de estos hogares se conforman por una única habitación muy pequeña que funciona de cocina y dormitorio, y que aloja a todo el grupo familiar, además cabe mencionar que las viviendas no cuentan con servicios indispensables para garantizar un ambiente sano, y seguro. Si nos referimos al agua, el barrio se abastece de agua mediante un sistema de tratamiento por ósmosis inversa que permite su potabilización. Sin embargo, no cuenta con la infraestructura necesaria para acceder a la red de agua potable que abastece al resto de la ciudad de Rosario; y la capacidad de la red con la que cuentan resulta insuficiente para cubrir las necesidades de una población en constante crecimiento.

Asimismo, no existe una red de agua segura, el acceso domiciliario se realiza a través de conexiones intradomiciliarias irregulares, mediante el uso de mangueras que, en muchos casos, se introducen en zanjas favoreciendo a su

rápido deterioro y la aparición de roturas, generando pérdidas, interrupciones frecuentes del servicio y un mayor riesgo de contaminación del agua.

En los hogares que no cuentan con conexión domiciliaria o frente a situaciones de desabastecimiento, las familias deben recurrir diariamente a una canilla pública de uso comunitario ubicada en la intersección de las calles Aborígenes Argentinos y Rouillón para garantizar el acceso al agua.

Sumada a las falencias claras del acceso al agua, se le suma la ausencia de red de gas natural, que obliga a las familias a recurrir al uso de gas envasado y, en numerosos casos, a fogones y braseros alimentados con leña o carbón, que constituyen el principal medio de calefacción y cocción durante la temporada invernal. Estas prácticas exponen a los hogares a riesgos ambientales y sanitarios, especialmente en relación con la contaminación intradomiciliaria y los accidentes domésticos.

En cuanto al acceso a la energía eléctrica se realiza mediante conexiones precarias, irregulares e inseguras que se desprenden del alumbrado público, generando cortes frecuentes del servicio y situaciones de riesgo, como incendios en las viviendas. Asimismo, la electricidad es utilizada también para cocinar y calefaccionar, lo que incrementa la sobrecarga de las instalaciones y profundiza la vulnerabilidad habitacional.

Estas condiciones expresan una problemática estructural que excede las estrategias individuales de las familias y pone en evidencia las desigualdades en el acceso a condiciones de vida dignas, la salud y la seguridad poblacional .

En cuanto a la trama urbana, se caracteriza por pasillos estrechos e intransitables, calles angostas y que se encuentran sumamente deterioradas, que no solo dificulta el saneamiento ambiental, sino que cristaliza una situación de exclusión donde el espacio físico se vuelve un factor de riesgo permanente para la vida de las familias. A propósito de esto, el diseño urbano carece de infraestructuras destinadas al esparcimiento, evidenciando una ausencia total de arbolado público, veredas y áreas recreativas. Ante este déficit, la vida

social se concentra en dos playones de cemento que funcionan como espacios de resistencia y encuentro; allí, infancias, jóvenes y adolescentes se apropian del lugar durante la tarde y la noche, transformando el cemento en un escenario de socialización a través de la música “el freestyle”⁵ y la “redonda”, prácticas que dotan de sentido recreativo a un entorno originalmente desprovisto de tales fines.

Desde una perspectiva epidemiológica, esta homogeneidad en la fragilidad del hábitat es la que explica la alarmante propagación de enfermedades infectocontagiosas. La vivienda, en su totalidad territorial, actúa como un determinante social de la salud: el hacinamiento y la falta de ventilación adecuada en estructuras deterioradas, la falta de acceso de servicios básicos han convertido a este sector en el foco de mayor prevalencia de Tuberculosis en la ciudad de Rosario.

Otro aspecto relevante es el acceso al transporte público; el barrio cuenta con una única línea de transporte urbano (colectivo 110, que ingresa por Rouillón) que lo conecta con el resto de la trama urbana de Rosario y sus alrededores, con una frecuencia limitada y prácticamente sin circulación en horario nocturno. Esta situación restringe significativamente las posibilidades de movilidad cotidiana de la población, dificultando el acceso a servicios de salud, espacios educativos, oportunidades laborales y propuestas recreativas; en consecuencia, se profundiza el aislamiento territorial y se refuerzan dinámicas de desigualdad y dependencia, impactando directamente en la autonomía de las familias y en el ejercicio pleno de sus derechos. Esta limitación adquiere especial relevancia en situaciones de urgencia, controles de salud con especialistas en los hospitales generales de la ciudad y participación comunitaria por fuera del barrio, donde la movilidad se vuelve un factor determinante para la inclusión social.

En este entramado territorial, atravesado por condiciones materiales de vulnerabilidad y restricciones en la accesibilidad urbana, resulta central

⁵ En 2018 crearon una competencia propia y se empezaron a juntar todos los lunes y jueves en el playón del barrio.

considerar la red institucional y comunitaria que organiza la vida cotidiana del barrio, así como la diversidad poblacional que configura la demanda del Centro de Salud Toba.

El Centro de Salud Toba aloja una población pluriétnica: Qom, Mocovíes, Guaraníes y criollas, configurando un entramado socio-epidemiológico complejo y heterogéneo. Esta diversidad cultural es acompañada por una red institucional activa en el territorio. Para Rovere (1998) sostiene que las Redes es el lenguaje de los vínculos, donde se conectan o vinculan personas. Las Redes no homogenizan, sino que asumen la heterogeneidad y permiten imaginar heterogeneidades organizadas. Esta se opone a la organización jerárquica que tiene la característica de ser piramidal y autoritaria. La organización de red no consta de un centro, sino de múltiples nodos en donde se producen diferentes densidades y articulación. Cuando las personas entran en red, entran en vínculos solidarios: si hay comportamiento solidario, hay red. Hay comportamiento solidario cuando nada de lo que ocurre en un lugar es ajeno a otro; en la actualidad el CDST trabaja conjuntamente, intentando establecer una labor en red, con las siguientes instituciones: el Centro de Salud Libertad, de dependencia provincial; los Centros Cuidar N.º 8 y N.º 23 dedicados a brindar contención, educación, recreación y acompañamiento integral a familias, infancias, jóvenes y adultos mayores en el barrio; el Centro Cultural “El Obrador” vinculado a la producción cultural del barrio; Escuela Intercultural Bilingüe N° 1333 “Nueva Esperanza” (modalidad bilingüe intercultural español–Qom), Escuela Primaria N°1380 Roberto Fontanarrosa, Escuela Primaria N° 1344 Cacique Taigoyé, Cooperativa “La Roca”, comedores comunitarios, una radio comunitaria, entre otros dispositivos sociales, que fortalecen las redes de organización comunitaria. A estas instituciones estatales se suman las iglesias pentecostales que ocupan un lugar central en la vida de las personas que habitan el barrio. “ La noción de “evangelio” remite al movimiento religioso al que adhiere una parte significativa de la población originaria, y que articula de manera dialéctica elementos de la cosmovisión tradicional -vinculados al chamanismo- con principios propios del pentecostalismo.” (Carasso, 2024, p. 27)

El a.k.a. de Cristian es CMRT:

“Como quisiera tener un barrio donde las calles ya no tengan más baches, como quisiera que el pueblo se una y seamos uno,

como quisiera que ayudemos al tipo que está sin laburo,

quisiera un plato decente pero siempre es el mismo guiso de menudos,

a menudo quiero rapear pero a veces se me hace algo duro.

Quisiera que en el escenario de mi barrio haya una placita al lado para que el niño de los pueblos originarios venga y nos escuche mientras se está hamacando.

Quisiera que no se escuchen esos disparos al azar.

Yo quiero ir al centro a pasear y que el resto no me mire diferente.

Siempre suele pasar que cuando salgo a pasear me ven y se cambian a la vereda de enfrente.

Yo no quiero que me vean como un delincuente, si al fin y al cabo en este planeta somos todos sobrevivientes.

Quisiera que el abuso de autoridad policial ya no aparezca más en esta gente linda.” (Rapear lo que se vive, 2022)

2.2 Trayectorias laborales y dinámicas de exclusión/inclusión en la comunidad Toba.

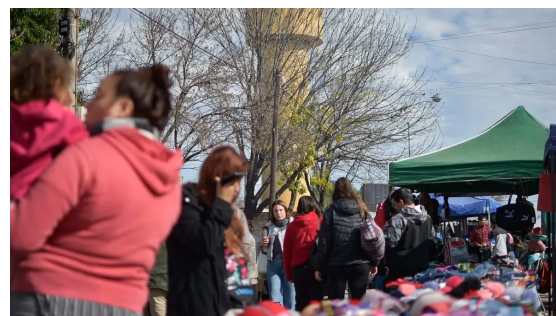
En el ámbito laboral, las familias más tradicionales de la comunidad mantienen el oficio artesanal -tejido con totora, palma, junco y alfarería en barro- como su principal eje de identidad e inserción productiva. Sin embargo, esta herencia convive con una estructura ocupacional precarizada. Según describe Florencia Carasso:

"En relación al empleo existen hijos/hijas de tercera generación de padres desocupados. Una proporción minoritaria de los habitantes empleados en el mercado formal de trabajo pertenecen en su mayoría varones que trabajan en el rubro de la construcción" (Carasso, 2024, p. 27).

La informalidad es el denominador común, varones mayormente dedicados al cirujeo y reciclaje de residuos, careciendo por lo tanto de seguridad social y estabilidad en sus ingresos. En cuanto a las mujeres se insertan mayoritariamente como empleadas domésticas y aquellas que trascienden los límites del barrio -en un contexto donde el aislamiento geográfico es fuerte- suelen recurrir a la mendicidad en iglesias y supermercados, acompañadas por sus hijos, para luego comercializar lo recolectado en las ferias barriales.

Otro factor que incide de manera significativa en las dificultades de acceso al mercado laboral formal se vincula con las trayectorias educativas y las barreras lingüísticas presentes en gran parte de la población. En numerosos casos, el analfabetismo en lengua castellana, sumado a limitaciones en los procesos de lectoescritura en lengua Qom, restringe las posibilidades de inserción en empleos registrados, donde se requieren competencias básicas de lectura, escritura y comprensión administrativa. La interrupción temprana o la ausencia de escolarización formal profundiza estas desigualdades, consolidando circuitos laborales informales y reproduciendo situaciones de exclusión socioeconómica a lo largo de las generaciones.

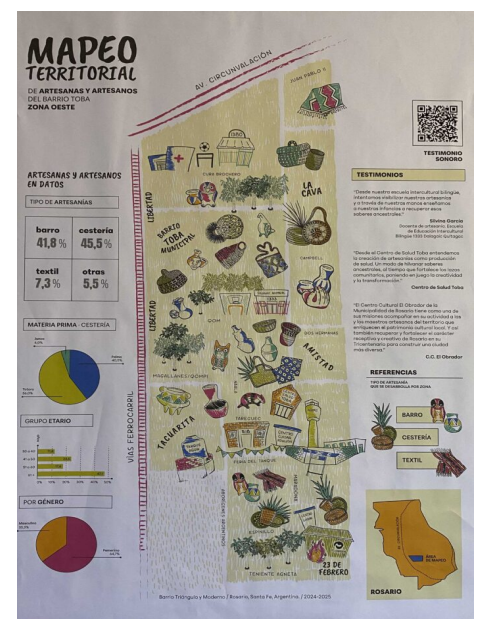
La economía del territorio se caracteriza principalmente por la feria que funciona sábado y domingos en el playón que se encuentra ubicado por calle Rouillon, un espacio que trasciende los límites del asentamiento al aglutinar a compradores y vendedores tanto de la ciudad de Rosario como de localidades vecinas. Esta feria no solo funciona como un mercado de intercambio de productos diversos (ropa, comida, frutas y verduras, juguetes, etc), sino que representa el principal nodo de la economía popular



donde se comercializa gran parte de lo recolectado mediante el cirujeo y la producción artesanal. Esta actividad posibilita la reproducción cotidiana de las familias en términos mínimos, pero no logra consolidar una seguridad económica que permita proyectar condiciones de vida estables. Como parte del equipo del CDS y desde mi desempeño en el área administrativa, el contacto cotidiano con las planillas de la Asignación Universal por Hijo/as, así como las conversaciones informales con usuarios y usuarias, permiten identificar que para la mayoría de las familias este ingreso constituye el principal sustento económico. En este sentido, Florencia Carasso en su maestría en salud pública señala:

"Para la mayoría de las familias el único ingreso estable pertenece al cobro de la Asignación Universal por Hijo/as que en oportunidades no es compatible con otros beneficios sociales" (Carasso, 2024, p 27).

Queda en evidencia que el mundo del trabajo en este sector de Rosario está signado por una dualidad: por un lado, el aislamiento geográfico y la precariedad extrema; por el otro, una fuerte cohesión comunitaria manifestada en la feria y en la preservación de los oficios tradicionales. Estas dinámicas socio-productivas no son solo formas de obtención de recursos, sino modos de habitar un territorio donde el Estado interviene de forma fragmentada, y donde la reproducción de la vida cotidiana depende de redes de solidaridad y estrategias familiares que trascienden el mercado laboral formal.



Capítulo 3: Tensiones y desafíos para una práctica intercultural.

3.1 La Organización del Sistema de salud

El sistema de salud de Argentina se encuentra dividido en tres subsistemas: el Sector Público, Obras Sociales Nacionales, Provinciales y el

Instituto Nacional de Seguro Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y el Sector Privado.

El subsistema público está integrado por hospitales públicos y Centros de Atención Primaria de la Salud que funcionan bajo la coordinación de los Ministerios y Secretarías de Salud de las distintas jurisdicciones (Nacional, Provincial y Municipal), se financia mediante recursos provenientes del sistema impositivo y brinda servicios de salud de manera gratuita a través de una red de hospitales y centros de salud distribuidos en el territorio.

En la ciudad de Rosario, la red municipal asume una responsabilidad central en el territorio gestionando 54 centros de salud, un hospital de emergencias, tres hospitales de mediana complejidad, un hospital de niños, una maternidad, el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAR) y un instituto de rehabilitación (ILAR). A esta estructura se suma la red provincial en la ciudad, compuesta por dos hospitales generales, un hospital de niños y 36 centros de salud adicionales.

En este complejo entramado se inscribe el Centro de Salud Toba como efector del primer nivel de atención de la Red Municipal en el Distrito Oeste. Su funcionamiento se organiza bajo lo que Menéndez (1988) denomina el Modelo Médico Hegemónico (MMH). Este modelo se caracteriza por una matriz biologicista, individualista y ahistórica, que posiciona al saber médico profesional como la única referencia legítima para el tratamiento de los padecimientos físicos y mentales.

Dentro de esta lógica, el CDS despliega prácticas de diagnóstico clínico, especialidades médicas y formas de psicoterapia que, si bien incorporan dimensiones grupales y comunitarias, permanecen legitimadas fundamentalmente desde la racionalidad biomédica. Esta estructura institucional preconfigura una relación asimétrica con los usuarios, donde los saberes no biomédicos -como los de la comunidad Qom- suelen quedar subordinados a la autoridad técnica del sistema oficial.

3.2 Centro de Salud Toba

El Centro de Salud Toba es un efector del primer nivel de atención que integra la Red Pública Municipal de Salud de la Ciudad de Rosario, bajo la órbita de la Secretaría de Salud. Se inscribe en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), constituyéndose como dispositivo territorial de acceso cercano, gratuito e universal⁶. La identidad institucional se encuentra profundamente ligada a la tradición de la Salud Pública de Rosario, consolidada bajo el legado de referentes como Débora Ferrandini, quien impulsó una concepción de la salud como derecho humano inalienable y herramienta de transformación social. Siguiendo esta línea, la APS no se agota en ser una "puerta de entrada" administrativa al sistema, sino que se asume como una estrategia de Salud Colectiva. Esta perspectiva permite entender la salud no como un estado estático de bienestar, sino como un proceso dinámico de salud-enfermedad-atención-cuidado, donde los determinantes sociales, económicos y los vínculos comunitarios son tan centrales como la dimensión biológica.

La singularidad del CDST radica en la complejidad de su población, conformada por comunidades Qom, Mocovíes, Guaraníes y criollos. Un rasgo distintivo es la dinámica de migración circular entre la provincia del Chaco y Rosario; este movimiento no es solo un desplazamiento geográfico, sino que constituye un proceso identitario y de arraigo vinculado a su ancestralidad. En este entramado, la salud se inscribe desde una lógica de pluralismo médico: ante el padecimiento, la población suele recurrir en primera instancia a referentes de sanación tradicional -como el chamán o el piogonak⁷- antes de

⁶ Principios rectores de APS : Universalidad: toda persona tiene derecho a la salud más allá de los medios económicos con los que cuente; Equidad: en tanto respuesta justa y acorde a la necesidad de cada persona, no como sinónimo de igualdad sino de justicia; Integralidad: resolución de los problemas de salud, considerando tanto la atención, la prevención o la rehabilitación, asegurando amplitud y continuidad en el tipo de cuidado, y contemplando las dimensiones físicas, psíquicas y sociales de bienestar; Accesibilidad: posibilidad de llegar a utilizar los servicios de manera sencilla y oportuna. Gratuidad: es la inexistencia de pago directo por el uso de los servicios; Calidad: garantía de que la oferta de servicios sea la más adecuada para el problema que se presenta.

⁷ Es el chamán, médico tradicional y líder espiritual en la cultura del pueblo Qom (toba) del Chaco Central. Actúa como intermediario con el mundo natural/espiritual, cura enfermedades causadas por el desequilibrio espiritual, y es guardián de los animales y de la comunidad.

acceder a la medicina occidental. Esta conducta, sumada a la histórica ausencia de respuestas estatales en sus lugares de origen, configura un escenario socioepidemiológico heterogéneo donde coexisten diferentes sistemas de cuidado. No obstante, esta densidad sociocultural choca con una invisibilización administrativa persistente: en la ciudad de Rosario, la variable étnica no se encuentra integrada en el Sistema Integrado de Salud de Rosario (SISR). Esta omisión obtura la posibilidad de producir información fidedigna y construir indicadores específicos para la población de Pueblos Originarios. En este sentido, la recopilación de datos no es un mero trámite técnico, sino un insumo vital para diseñar perfiles epidemiológicos precisos y evaluar las barreras de acceso, calidad y pertinencia de los servicios. Al no cuantificar ni visibilizar al colectivo, la ausencia de esta variable genera interferencias que trascienden lo estadístico; impide proyectar un abordaje situado que incorpore la perspectiva de derechos y la dimensión intercultural, postergando así la adecuación de las políticas públicas a la realidad de este territorio.

En términos normativos, su funcionamiento se enmarca en el reconocimiento del derecho a la salud como derecho humano fundamental, consagrado en la Constitución Nacional Argentina (1994) art. 75 inc. 22, que otorga jerarquía constitucional a los tratados internacionales de derechos humanos). Asimismo, se rige por la Ley Nacional N.º 26.529 de Derechos del Paciente que establece la autonomía de la voluntad, el trato digno y el consentimiento informado, la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 y se alinea con el Plan Provincial de Salud Mental de Santa Fe (2022-2026); este plan propone pasar de una lógica manicomial a un modelo de Salud Mental Comunitaria que busca el fortalecimiento de los procesos de cuidado en el primer nivel de atención, Ley Nacional N.º 27.610 Acceso a la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo, sancionada en diciembre del año 2020 y por último la Ley de Salud Sexual y Reproductiva N.º 25.673 que garantiza el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos como un derecho humano.

Dado que el CDS se emplaza en un territorio con presencia de población Qom, resulta imprescindible incorporar el marco normativo específico

en materia de pueblos originarios. A nivel nacional, la Constitución Nacional (art. 75 inc. 17) reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos y garantiza el respeto a su identidad y el derecho a una educación e institucionalidad intercultural. En igual sentido, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), con jerarquía supralegal en el país, establece el derecho de los pueblos indígenas a participar en la formulación, aplicación y evaluación de los planes y programas de salud que los afecten, y a que dichos servicios se organicen teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus prácticas tradicionales. Asimismo, la Ley Nacional N.º 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenes y la normativa provincial complementaria, constituyen antecedentes relevantes para el abordaje institucional en territorios con población indígena.

No obstante el marco jurídico que reconoce la diversidad cultural y promueve la interculturalidad en salud, el modelo de atención predominante en el Centro de Salud Toba se organiza principalmente a partir de la matriz biologicista. Este enfoque concibe el proceso salud–enfermedad desde una perspectiva centrada en la dimensión orgánica, privilegiando el diagnóstico clínico, la clasificación de signos y síntomas y el tratamiento individual. El saber profesional biomédico se instituye como referencia legítima para la definición del padecimiento y la intervención, configurando prácticas que responden a una racionalidad técnica históricamente consolidada en el sistema sanitario.

Esta matriz biologicista se ve hoy profundamente tensionada por un contexto de crisis socioeconómica que incrementa la demanda poblacional mientras restringe los recursos materiales. En esta "encerrona" institucional -caracterizada por el faltante de medicación específica, dificultades en la derivación a especialistas y la interrupción de programas nacionales- la estrategia de APS corre el riesgo de reducirse a la gestión de la urgencia biológica, dificultando el sostenimiento de un proceso de cuidado integral y de calidad.

Sin embargo, dicha matriz se despliega en un territorio caracterizado por la presencia mayoritaria del pueblo Qom y por una configuración social

pluriétnica⁸. Esta población no puede comprenderse simplemente como una suma de grupos culturalmente diferenciados, sino como lo que Boaventura de Sousa Santos (2010) denomina una “*ecología de saberes*” un entramado en el que coexisten, interactúan y disputan legitimidad distintos sistemas de conocimiento.

Desde esta perspectiva, el territorio se configura como un espacio de encuentro y tensión entre el conocimiento biomédico institucional y las cosmovisiones, prácticas de cuidado y saberes ancestrales que han resistido procesos históricos de invisibilización y subordinación. La noción de ecología de saberes permite problematizar la pretendida universalidad del modelo biomédico y visibilizar las relaciones de poder que atraviesa la definición de: qué se entiende por salud, enfermedad y cuidado. En este marco, el Centro de Salud Toba se constituye no solo como efector asistencial, sino como escenario donde se negocian sentidos, prácticas y formas de intervención en clave intercultural.

El equipo interdisciplinario del Centro de Salud Toba está conformado por:

- Cuatro médicas generalistas
- Una médica clínica
- Tres pediatras
- Un psiquiatra
- Dos psicólogos

⁸ Qom (Toba) la de mayor proporción y, en menor medida, Mocovíes, Guaraníes y criollos (es el nombre con el que se le designa a aquellas personas que no presentan una filiación identitaria con los pueblos originarios)

- Un trabajador social
- Dos odontólogas
- Un farmacéutico
- Cuatro profesionales de enfermería
- Una profesional de ginecología
- Una fonoaudióloga
- Una psicopedagoga
- Tres administrativas

La composición del equipo permite dar respuesta a la demanda desde distintas disciplinas, combinando atención clínica individual con intervenciones familiares y comunitarias. La presencia de Trabajo Social y Salud Mental es constitutiva de la estrategia de APS, ya que habilita abordajes que intentan contemplar los determinantes sociales del proceso salud-atención-cuidado-enfermedad, aun cuando la organización general del sistema se encuentre estructurada bajo la lógica biomédica. Esto se materializa en los diversos dispositivos grupales que amplían el encuadre estrictamente asistencial. La mayoría de los dispositivos funcionan bajo la órbita del Programa Provincial y Municipal “Nueva Oportunidad”.

Entre ellos se destacan:

- **Taller de rap**, surgido como iniciativa del propio barrio y posteriormente incorporado al centro de salud, constituyéndose en un espacio de expresión, identidad y construcción colectiva para adolescentes y jóvenes.
- **Taller de desarrollo**, orientado a la primera infancia, que promueve el acompañamiento integral de niños y niñas y sus familias (en articulación entre la Secretaría de Salud y Secretaria de Desarrollo Humano y Hábitat).
- **Taller de personas gestantes**, destinado a brindar información, contención y acompañamiento durante el embarazo y post parto. (en articulación entre la Secretaría de Salud y Secretaria de Desarrollo Humano y Hábitat).
- **Taller de huerta**, que articula salud, soberanía alimentaria y trabajo comunitario.
- **Taller de arte**, como espacio de expresión y elaboración subjetiva.
- **Taller de nutrición (Nallic)**, enfocado en la promoción de hábitos alimentarios saludables y en la prevención de problemáticas nutricionales.
- **Taller de fotografía**, como herramienta de construcción de mirada, identidad y narración territorial, destinado a adolescentes.
- **Espacio de cuentos y relatos**, para niños de 7 a 11 años, donde se propone un ámbito lúdico, creativo y comunitario; favoreciendo el desarrollo del lenguaje, la imaginación y la construcción de significados compartidos.

- **Espacio de Encuentro para las infancias**, entre 8 a 12 años una hora todas las semanas se realiza el espacio para compartir charlas, juegos, inquietudes y saberes. Su dinámica comienza a partir de juegos de mesa, letras móviles, papeles, y colores.

Estos dispositivos evidencian una impronta que excede la consulta médica individual y que posiciona al centro como actor relevante en la vida del barrio. De este modo, si bien la estructura institucional responde mayormente al paradigma biologicista, las prácticas territoriales y grupales introducen elementos de promoción de la salud, participación social y construcción colectiva que tensionan y complejizan dicha matriz.

En este sentido, la sola presencia del CDS no garantiza un acceso integral a la salud si no se considera la dimensión simbólica, cultural y territorial de quienes lo habitan.

En este marco, pensar la accesibilidad, según L. Zamparo, (comunicación personal, 2026), no solo supone garantizar turnos, medicamentos o infraestructura -que hoy día se ven actualmente afectadas por recortes y limitaciones estructurales-, sino también habilitar un diálogo intercultural genuino. Esto implica reconocer el pluralismo médico presente en el territorio y problematizar las relaciones de poder que atraviesan los procesos de salud-atención-cuidado-enfermedad. Indagar en la cosmovisión indígena no constituye un gesto folklórico ni accesorio, sino una condición necesaria para construir prácticas que no reproduzcan lógicas de imposición cultural, sino que promuevan una atención situada, respetuosa y socialmente justa.

3.3. La salud en la cosmovisión Qom: equilibrio, territorio y espiritualidad

Para abordar la salud desde una perspectiva intercultural, es necesario entenderla, siguiendo a Alarcón (2003), como un sistema complejo de creencias y prácticas que cada grupo cultural construye para explicar el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. En este sentido, nuestras comunidades indígenas han desarrollado históricamente un conjunto de conocimientos y prácticas

medicinales basadas en la experiencia y la observación, las cuales son transmitidas verbalmente de una generación a otra.

Según el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (2007), la medicina tradicional indígena tiene su raíz en los espacios geográficos y sociales de los pueblos, naciendo en épocas precoloniales y evolucionando a lo largo de la historia. No se trata de saberes aislados, sino de un sistema estructurado con metodologías terapéuticas propias, donde el ser humano no se comprende como un individuo separado, sino como parte de una trama relacional que incluye la naturaleza, la cosmovisión y la identidad cultural indígena.

La cosmovisión puede entenderse como la forma en que los seres humanos interpretan y conciben el mundo (cosmos) en el que viven. Se trata de una visión o sistema de significados que las distintas culturas elaboran para explicar la realidad y las relaciones que la sostienen, profundamente vinculada a sus creencias, valores y dimensiones míticas y espirituales.

En relación con la salud, es importante señalar que, si bien existen diversos procesos de construcción y comprensión de la salud entre los pueblos indígenas, es posible identificar ciertos rasgos compartidos en sus cosmovisiones. En términos generales, la salud es entendida como el resultado de relaciones armónicas entre el ser humano consigo mismo, con su familia, con la comunidad y con la naturaleza.

En este marco, la enfermedad no se reduce únicamente a una alteración biológica, sino que es concebida como la pérdida de equilibrio en las relaciones entre ser humano, espíritu y naturaleza, así como también como la transgresión de normas y principios de convivencia que regulan la vida comunitaria (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p. 33). Además, es importante señalar que en numerosas comunidades indígenas no existe en sus lenguas una traducción literal para las palabras “salud” o “enfermedad”. Esto se debe a que categorías propias del pensamiento biomédico occidental, no siempre se corresponden con las formas en que comprenden los procesos de bienestar, desequilibrio o padecimiento. En este sentido, si bien se reconocen enfermedades consideradas “naturales”, también se reconoce la incidencia de dimensiones invisibles o espirituales que exceden la lógica biomédica.

“...no’oita na n’oc : el cuerpo está sano; napa’l latoc: el se enfermo del corazón por recibir un espíritu malo...”

En este marco, adquiere centralidad la figura del sanador tradicional, denominado pi’ogonak o chamán, quien no solo interviene sobre el síntoma físico, sino que actúa como mediador entre dimensiones visibles e invisibles. Su rol no se limita a la utilización de hierbas medicinales o rituales, sino que implica una lectura integral del padecimiento en relación con la historia personal y comunitaria.

“...Los pioxonaqpi pueden curar o dañar, pueden salvar vidas o matar. Cuando una persona está enferma va a buscar a un pi’oxonaq para que la cure, es su médico. Estos pioxonaqpi se llaman natannaxanagpi. Pero hay otros que hacen mal, que causan daño, los conaxanaxaicpi (los que agarran algo ajeno para hacer mal). Los conaxanaxaicpi dañan a otras personas. A la persona dañada se le dice n’onatac. Cuando una persona siente rabia por otra y quiere hacerle una maldad va a buscar a un cona-xanaxaic para causarle daño (Vaconot, "lo agarra"). El conaxanaxaic es el que inicia el trabajo y no siempre es posible que un pioxonaq lo revierta; la persona puede morir. Lo que sí puede hacer un pi’oxonaq es devolverle esa maldad a quien la hizo; es el 'enaxanaxaic (el que devuelve el mal). Los 'enaxanaxaicpi pueden devolver la maldad cuando ñaq qaivida-lec ("todavía pueden alcanzarlo"). En ese caso, todos se salvan; pero cuando mashi sa qaivida-lec ("ya es imposible alcanzarlo"), entonces la persona a quien le hicieron el mal y el conaxanaxaic que hizo la maldad mueren. De esta forma se van eliminando los ploxonaqpi...” (Libro, las partes del cuerpo humano . Centro de salud Toba-Dirección de Centro de Salud)

Asimismo, dentro de las comunidades existen otros actores que intervienen en los procesos de atención y cuidado de la salud, tales como el jefe de la comunidad, los ancianos, médicos tradicionales, curanderos, parteras, hueseros, líderes y promotores. Todos ellos conforman una red comunitaria de cuidado que participa en los procesos de curación y acompañamiento de las dolencias.

Entre los recursos terapéuticos más utilizados se encuentran las plantas medicinales, valoradas por sus propiedades curativas. También se emplean animales vivos, disecados o partes de ellos, como la grasa en la preparación de remedios

tradicionales. A estos recursos se suman minerales, rituales, lavados, cantos, ceremonias y danzas, que forman parte de los procesos de sanación.

Si se piensa el territorio no solo como un espacio físico, sino como un componente constitutivo de la identidad y de la vida espiritual, el desarraigo, el desplazamiento forzado o la precariedad habitacional no constituyen únicamente condiciones socioeconómicas adversas, sino también factores que pueden afectar profundamente el equilibrio vital. En este sentido, los procesos de migración hacia ciudades como Rosario deben leerse no sólo en clave demográfica, sino como experiencias que impactan en los modos de enfermar y sanar.

A partir de lo relatado, puede interpretarse que los pueblos indígenas sostienen una visión integral de la salud, en la cual la dimensión espiritual ocupa un lugar central y determinante.

En suma, la salud de las poblaciones indígenas se encuentra estrechamente vinculada al acceso a elementos fundamentales para su “buen vivir”, tales como el acceso a la tierra, la participación en la sociedad y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en aspectos como el idioma, la alimentación, la vestimenta, la vivienda, el trabajo, la educación y la salud.

Sin embargo, estas concepciones sobre la salud y la enfermedad no siempre encuentran un reconocimiento pleno dentro del sistema de salud biomédico. En este sentido, el encuentro entre diferentes formas de comprender y abordar el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado puede generar tensiones, malentendidos o dificultades en las prácticas de atención. Analizar estas interacciones resulta fundamental para comprender las interferencias que se producen en los procesos de cuidado en espacios institucionales como el Centro de Salud Toba.

3.4 Interferencias en el proceso atención

A partir del análisis realizado en las páginas anteriores, donde se desprenden las dinámicas de atención dentro del CDST y la cosmovisión que tienen los pueblos originarios con respecto al proceso de salud-atención-cuidado-enfermedad, se presupone que el sistema formal de salud, con la predominancia de la medicina occidental, produce interferencias en los procesos de atención de personas

pertenecientes a PO. Hablar de interferencias es dar cuenta de obstáculos, es decir a todo aquello que se entromete, interpone o estorba en las prácticas interventivas. También refiere a lo que surge en un trayecto y hace impedimento, o se introduce en una relación entre dos para perturbar o afectar, cuando no debiera ser así o, al menos, se espera que no lo sea. Estas interferencias no actúan como accidentes aislados; son el síntoma de una fricción estructural que divide los saberes legitimados por el Estado y “creencias” subordinadas a la medicina tradicional.

La primera y más evidente interferencia que emerge en el escenario del Centro de Salud Toba (CDST) es la lingüística. No obstante, para los fines de esta investigación, es imperativo trascender la visión del lenguaje como un mero instrumento de comunicación técnica. Como sostiene Stivanello (2015), la lengua no constituye simplemente un código de transmisión de información, sino que se erige como una estructura de pensamiento compleja que moldea, de manera determinante, la percepción del cuerpo, la noción de salud y la vivencia del padecimiento. En este sentido, la lengua es el vehículo de la cosmogonía; es el tamiz a través del cual el sujeto interpreta su lugar en el mundo y su relación con la enfermedad.

En el CDST, la realidad lingüística es de una heterogeneidad latente que choca con la homogeneidad del sistema formal. El hecho de que un sector predominante de la población mantenga el qomlaqtaq como lengua madre -en convivencia con el guaraní y el castellano- frente a un equipo profesional mayoritariamente hispanoparlante, no es un detalle accesorio. Esta disparidad genera una fractura en el acto terapéutico, una discontinuidad en el flujo de sentidos que debería circular en el encuentro entre el profesional y el usuario.

La ausencia de intérpretes sistemáticos o mediadores culturales en el sistema público no debe leerse como una carencia técnica menor, sino como una barrera de acceso a un derecho humano fundamental. En la cotidianeidad de la intervención, esta carencia se traduce en lo que los actores institucionales denominan “zonas grises”. La psicóloga del CDS, Esmeralda Garcete, identifica una dificultad neurálgica: la mixtura lingüística que fragmenta el relato del paciente. Esta fragmentación no es sólo gramatical; es semántica.

Esta asimetría idiomática produce un efecto subjetivo que aquí denominamos "silencio preventivo". El paciente perteneciente a los PO, consciente de la asimetría de poder y de la dificultad histórica de ser comprendido en su alteridad, opta con frecuencia por callar síntomas, omitir dudas o simplemente asentir ante indicaciones que no termina de asimilar. Este silencio no es ausencia de pensamiento, sino una estrategia de resguardo ante un sistema que se percibe como ajeno o sordo.

Aquí, la interferencia lingüística se retroalimenta con el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988). En este paradigma, se establece una jerarquía donde el saber médico "habla" y el sujeto "escucha", anulando la posibilidad de un diálogo intercultural real. Se impone lo que Menéndez describe como la primacía de la "eficacia biológica" (la supresión del síntoma físico) sobre la "eficacia simbólica"⁹ (la sanación integral del sujeto en su cultura). Desde la perspectiva del Trabajo Social, se identifica una vulneración de derechos intrínseca: si entendemos la salud como un proceso esencialmente comunicacional y relacional, la falta de una lengua compartida invalida la autonomía del paciente, convirtiéndolo en un objeto de intervención más que en un sujeto de derecho.

Es fundamental comprender que las diferencias idiomáticas no son solo palabras distintas para nombrar lo mismo; son formas distintas de expresar el sufrimiento. La angustia, el dolor o la "enfermedad" no tienen una traducción lineal entre el castellano y el qomlaqtaq, por ello, la interferencia lingüística requiere, como señala E.Garcete, de estrategias que excedan el formato tradicional del consultorio médico.

La persistencia del "formato consultorio" -cerrado, bipersonal, jerárquico- suele agudizar la interferencia. Ante esto, surgen modos alternativos de intervención que buscan perforar la barrera del lenguaje a través del territorio compartido. Como relata la entrevistada:

⁹ El concepto de **eficacia simbólica** fue introducido originalmente por Lévi-Strauss (1949) para explicar cómo el sistema de creencias y el lenguaje del curador operan sobre los procesos fisiológicos del paciente. En este análisis, se retoma la crítica de Eduardo Menéndez (1988), quien sostiene que el Modelo Médico Hegemónico prioriza la **eficacia biológica** (la eliminación técnica del síntoma), omitiendo la dimensión subjetiva y cultural que permite al sujeto dar sentido a su padecimiento.

“A veces el acompañamiento tiene que ver con otro modo también, con otro modo de intervenir, incluso diciéndole a un paciente: bueno, venite tal día y vamos juntas al obrador o vamos juntas a un espacio más grupal, entonces a lo mejor ahí sí es otro acompañamiento.” (E.Garcete, comunicación personal, 2026)

Esta observación es clave: sugiere que cuando la palabra hablada encuentra obstáculos en la estructura clínica tradicional, el acompañamiento en el espacio comunitario (el obrador, el barrio, el grupo) permite que la comunicación fluya desde otros registros. En estos espacios, el profesional no solo escucha palabras, sino que observa vínculos, gestos y dinámicas territoriales que permiten "leer" al paciente más allá de la limitación idiomática.

En definitiva, la interferencia lingüística en el CDST es el síntoma de una fricción estructural más profunda. El determinante social -la clase y la pertenencia étnica- condiciona quién posee el capital lingüístico legitimado y quién tiene, por ende, el derecho a ser escuchado con precisión. Mientras el sistema de salud de Rosario no incorpore de manera orgánica la dimensión plurilingüe y la mediación cultural, seguirá produciendo interferencias que invisibilizan al colectivo indígena.

La salud intercultural no puede reducirse a una "buena voluntad" del profesional; requiere una transformación en la cual el lenguaje deje de ser una herramienta de subordinación occidental para convertirse en un espacio de encuentro donde la autonomía del paciente sea, finalmente, una realidad estadística y clínica.

Siguiendo con el desarrollo de las interferencias, en los procesos de intervención multidisciplinarios con comunidades indígenas, se observa una tensión persistente entre la percepción del mundo de los PO y el paradigma de la medicina moderna/occidental. Como señala Carasso (2024), la medicina alopática se apoya en diagnósticos estandarizados y universales basados en manuales como el DSM o el CIE-10 para corregir disfunciones individuales. En este marco, las prácticas suelen centrarse en la prescripción terapéutica medicamentosa, incorporando escasamente la experiencia familiar, la sabiduría popular o el valor del diálogo y la palabra.

Sin embargo, en el contexto de Rosario, esta predominancia del sistema convencional no ha logrado desplazar las prácticas comunitarias. Existe una valoración positiva y persistente de la medicina tradicional casera y el curanderismo por parte de la población. Esta vigencia de los saberes ancestrales frente a la rigidez institucional se manifiesta en la práctica cotidiana del Centro de Salud Toba.

Tabla 1. Algunas diferencias en la dimensión conceptual de los sistemas culturales médicos

Dimensión conceptual	Sistema cultural médico moderno	Sistema cultural médico tradicional
Causas enfermedad	Agentes externos específicos y concretos; malformaciones genéticas y desequilibrios fisiológicos.	Agentes ambientales, sociales, poderes mágicos o agentes sobrenaturales.
Técnicas de curación	Tecnología para diagnóstico y tratamiento.	Plantas, animales, minerales, terapias espirituales, entre otras.
Objetivo	Restaurar o mantener el cuerpo biológico.	Curar el cuerpo, la mente, el espíritu, la tierra y la historia.
Rol del paciente	Por lo general pasivo.	Activo que involucra a la comunidad.
Modelo epistemológico	Ciencia positivista	Magia, religión, entre otros

Fuente: Elaboración propia de los autores con base en Queiroz (16), Rodrigues (21), Camargo, Jr. en Tesser y Luz (8), OMS (1, 2, 3) y Zuluaga (22).

Un caso paradigmático que expone esta fractura es el abordaje de la Tuberculosis (TBC). Mientras que para la descripción semiológica clínica occidental la TBC es una patología infectocontagiosa causada por el bacilo de Koch, cuya cura reside exclusivamente en la farmacología de largo aliento, para los Pueblos Originarios la enfermedad se inscribe en una trama de causalidad ética y espiritual. Es vista como un "castigo divino de los ancestros", un emergente de una transgresión previa del sujeto o su linaje. Esta diferencia no es menor: determina qué se considera "cura". Como rescata Carasso (2024), la cura tradicional recurre a la "...pata de buey y el quebracho colorado...", elementos que poseen una carga de eficacia simbólica que el fármaco alopático no puede proveer. Lo que el sistema de salud interpreta como "falta de adherencia" o "abandono del tratamiento" es, en realidad, un conflicto de lealtades: el paciente se encuentra atrapado entre una medicina que le ofrece una cura biológica pero lo deja vacío de sentido, y una medicina ancestral que le devuelve su lugar en la comunidad pero es perseguida o ignorada por el Estado.

Otras de las tensiones epistemológicas, es en los procesos reproductivos, específicamente en la transición del primer nivel de atención al segundo nivel (Maternidad Martín). Un ejemplo recogido en las entrevistas con el equipo de salud (Garcete, 2024) es el tratamiento de la placenta. Para la cosmovisión de los Pueblos Originarios, la placenta no es un "residuo patogénico", como lo clasifica el protocolo

hospitalario, sino un órgano cargado de simbolismo vital que debe ser devuelto a la tierra (enterrado en el territorio) para garantizar el vínculo del nuevo integrante con su linaje y su suelo. Sin embargo, en el ámbito hospitalario, esta práctica suele ser negada o invisibilizada y donde las mujeres no se atreven a pedir la placenta porque desconoce sus derechos o porque percibe que su pedido será ridiculizado o negado bajo argumentos de "bioseguridad".

Aquí, la interferencia cultural se transforma en una vulneración de derechos reproductivos. El hospital, como dispositivo de poder, impone su definición de "limpieza" y "seguridad" por sobre el derecho a la identidad cultural. La imposibilidad de realizar este rito no es solo una falta administrativa; es una fractura en el proceso de salud-atención-cuidado que genera una profunda desconfianza hacia el sistema. Cuando el Estado se apropia de la placenta y la descarta como basura, está marcando desde el nacimiento quién posee el saber legítimo y quién debe someterse.

Por último y no menor, otra de las barreras más persistentes y menos teorizadas en la práctica cotidiana del CDST pero que viene de la mano con la mencionada anteriormente es referida a la dimensión temporal. Cómo analiza Matias Stival, existe un consenso entre los profesionales sobre la existencia de "particularidades" en los pacientes Qom, siendo la más señalada la gestión de los tiempos. Lo que desde la lógica biomédica y burocrática se etiqueta como "impuntualidad", "falta de compromiso" o "incapacidad de planificación", es en realidad una tensión entre dos concepciones del tiempo irreconciliables.

La institución de salud opera bajo un tiempo lineal, productivo y fragmentado (el turno médico, la duración de la consulta, la frecuencia de la toma del fármaco). En contraste, el "tiempo Toba" responde a una temporalidad circular y relacional, donde la prioridad no es el reloj institucional, sino los acontecimientos vitales y comunitarios. Cuando un paciente "llega tarde" o no asiste a un control programado, no está ignorando su salud; está priorizando una lógica de cuidado que el sistema no comprende. Esta interferencia temporal es un síntoma de cómo la rigidez administrativa del Estado se convierte en una barrera de acceso. El sistema castiga la temporalidad indígena con la pérdida del turno o el reproche del profesional,

reforzando la asimetría de poder y la exclusión de aquellos que no se "ajustan" al ritmo de la modernidad occidental.

Estos ejemplos -la tuberculosis, el tiempo y la placenta- demuestran que la salud intercultural en Rosario es todavía un horizonte lejano. Lo que impera es un "monólogo médico" que sólo tolera la diversidad mientras esta no altere sus protocolos. La interferencia lingüística, étnica y cultural no se resuelve con folletería bilingüe; requiere una revisión profunda de los presupuestos de objetividad y etnocentrismo en los que se fundan las ciencias de la salud.

Como he sostenido, el territorio pone de manifiesto la coexistencia de distintos sistemas que operan en tensión. La población, en un ejercicio de soberanía sanitaria, selecciona y combina sus terapias. Si el sistema de salud no es capaz de asimilar que enterrar una placenta o respetar un tiempo circular son actos de salud tan válidos como una prescripción antibiótica, seguirá produciendo interferencias que alejan a la población del sistema formal. Si el sistema de salud no es capaz abandonar la idea de "alfabetizar" al indígena en la medicina moderna, por el contrario, seguirá operando bajo una ceguera técnica que invisibiliza los perfiles epidemiológicos socioculturales (Hersch-Martínez, 2013). El desafío, es generar un diálogo de saberes donde el equipo de salud reconozca su propia limitación; por lo tanto, las intervenciones, deben desplazarse del consultorio al territorio, buscando un acompañamiento que no pretenda "corregir" la cultura, sino aprender de ella para construir un cuidado que sea, por primera vez, verdaderamente humano y plural.

3.5 El rol del Trabajo Social en contextos interculturales

El análisis de los procesos de atención desarrollados en el Centro de Salud Toba habilita a problematizar el lugar del Trabajo Social en escenarios atravesados por profundas desigualdades sociales y por la coexistencia de múltiples matrices culturales. En este marco, la disciplina se configura como un actor estratégico dentro de los equipos interdisciplinarios, en tanto su desarrollo histórico la posiciona en el abordaje de las diversas expresiones de la cuestión social y en la intervención sobre sus manifestaciones concretas.

En este marco, el Trabajo Social se entiende como una práctica profesional que excede la intervención sobre problemáticas aisladas, al inscribirse en una trama compleja de relaciones sociales, políticas y económicas que producen y reproducen las condiciones de vida de los sujetos. En consecuencia, su intervención no se limita a la resolución de demandas inmediatas, sino que implica una lectura crítica de las condiciones estructurales que generan y sostienen desigualdades en la vida de los sujetos y colectivos.

Tal como plantea lamamoto, la práctica profesional se inscribe en el terreno de las manifestaciones concretas de la cuestión social, las cuales se expresan en la vida cotidiana a través de desigualdades económicas, sociales y culturales (lamamoto, 2003, como se citó en Barbero, 2022). Desde esta perspectiva, el Trabajo Social se posiciona como una disciplina que articula lo singular con lo estructural, permitiendo comprender los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado como fenómenos complejos, atravesados por múltiples determinaciones.

En el campo de la salud, esta mirada adquiere particular relevancia cuando se interviene con poblaciones históricamente atravesadas por procesos de exclusión y subordinación.

L. Zamparo, comunicación personal, 2026: *“Nosotros estamos emplazados en un barrio que está en los márgenes de la ciudad, con una pobreza estructural muy grande en relación a condiciones socio-ambientales, condiciones económicas de vida, de sustento, de exclusión en relación a los servicios de la ciudad, no tienen agua potable, que no tiene servicios básicos de cloacas... podemos hablar un montón de la carencias que tiene el barrio y que hace a la accesibilidad y a como entendemos la salud de nuestra población.”*

Como señala Barbero (2022), las intervenciones del Trabajo Social en salud se desarrollan en escenarios institucionales complejos, donde se materializan las políticas públicas y las tensiones propias de las relaciones sociales desiguales que atraviesan el campo de la salud. Esto implica que la práctica profesional no puede ser pensada de manera aislada del contexto institucional en el que se inscribe, ni de las políticas públicas que estructuran las formas de acceso, atención y cuidado.

En el caso de los pueblos originarios, estas tensiones adquieren una densidad particular. Las dificultades que emergen en la relación con el sistema de salud no

pueden ser comprendidas únicamente como problemas de acceso o como barreras comunicacionales, por el contrario, se inscriben en procesos históricos más amplios vinculados a relaciones de poder que han configurado las formas de interacción entre el Estado, las instituciones y las comunidades indígenas. De este modo, la atención se convierte en un espacio donde se ponen en juego no solo prácticas técnicas, sino también disputas simbólicas en torno a los modos de comprender el cuerpo, la enfermedad y el cuidado.

En este marco, resulta imprescindible reconocer que los procesos de salud no se producen exclusivamente en el ámbito institucional, sino también en las redes comunitarias, en los vínculos territoriales y en los sistemas de conocimiento que las comunidades elaboran a partir de su experiencia histórica. Esto implica considerar los factores culturales, económicos y políticos que influyen en las formas en que los sujetos experimentan, interpretan y gestionan el padecimiento, así como también en las estrategias de cuidado que despliegan en su vida cotidiana. En este sentido, Babington (2018) sostiene que las intervenciones sociales requieren reconocer la diversidad de sentidos y prácticas que configuran la vida social, evitando reducir las problemáticas a categorías homogéneas que invisibilizan las particularidades culturales.

En el caso del Centro de Salud Toba, estas tensiones se expresan en diversas dimensiones que atraviesan los procesos de atención. Una de ellas es la diversidad lingüística presente en el territorio, que configura un escenario de pluralidad que no siempre es contemplado por las instituciones. Esta situación pone en evidencia una limitación estructural del sistema de salud para abordar contextos interculturales, en tanto no cuenta con herramientas institucionales adecuadas ni con formación específica para sus profesionales. En este sentido, Luciano, Trabajador Social entrevistado, señala que “el sistema de salud no está preparado para abordar la diversidad cultural y lingüística”.

La dimensión lingüística no constituye únicamente una dificultad comunicacional, sino que remite a una problemática más profunda vinculada a la relación entre lengua, cultura y pensamiento. La imposibilidad de expresarse en la propia lengua puede limitar la capacidad de los sujetos para narrar su padecimiento, comprender indicaciones médicas o participar activamente en su proceso de

atención. En este sentido, la ausencia de dispositivos institucionales adecuados no solo obstaculiza el acceso a la salud, sino que también reproduce formas de desigualdad cultural.

Asimismo, las diferencias en las concepciones sobre el proceso s-e-a-c constituyen otro eje central que incide en las dinámicas de atención. Estas diferencias no sólo remiten a formas diversas de interpretar la enfermedad, sino también a prácticas de cuidado que se inscriben en marcos culturales específicos. Tal como plantea Babington (2018), las comunidades construyen sentidos propios en torno a los procesos vitales, los cuales muchas veces quedan invisibilizados dentro de los dispositivos institucionales. Esta invisibilización no es neutra, sino que responde a relaciones de poder que jerarquizan el saber biomédico por sobre otros sistemas de conocimiento.

Frente a este escenario, el Trabajo Social se posiciona como una disciplina clave en la generación de mediaciones entre los distintos actores que intervienen en los procesos de atención. La mediación, en este sentido, no puede ser entendida únicamente como una función técnica, sino como un proceso complejo que implica traducir, articular y problematizar diferentes lógicas de comprensión de la realidad. En el campo de la salud, esta tarea supone no solo acompañar situaciones individuales, sino también intervenir sobre las condiciones institucionales que estructuran los procesos de atención. Como señala Barbero (2022), las intervenciones profesionales requieren problematizar los circuitos institucionales y las respuestas fragmentadas que muchas veces ofrecen las políticas públicas frente a problemáticas complejas.

Desde esta perspectiva, la intervención del Trabajo Social se orienta a fortalecer el reconocimiento de los usuarios como sujetos de derechos y como actores activos en los procesos de atención. Tal como señala Luciano, uno de los principales desafíos consiste en “pensar al otro como un sujeto activo”, capaz de participar en las decisiones vinculadas con su propio proceso de salud. Este enfoque implica superar visiones paternalistas o asistencialistas, promoviendo prácticas que reconozcan la capacidad de agencia de los sujetos y su derecho a intervenir en las decisiones que afectan su vida.

“en realidad tiene que ver con la autonomía, pero me parece que más digno que autonomía es pensar en términos de autodeterminación. La capacidad de de las personas de decidir por sí misma y decidir, viene de la mano también de romper ese montón de otras barreras y yo creo que ahí nuestra labor del trabajo social es acompañar a romper esas barreras.” (Luciano, comunicación personal, 2026)

De este modo, la intervención profesional adquiere una dimensión ético-política que trasciende la resolución de situaciones puntuales. El Trabajo Social no solo interviene sobre las consecuencias de las desigualdades, sino que también se posiciona frente a las condiciones que las generan. En este sentido, la práctica profesional se orienta a cuestionar las lógicas de subordinación cultural presentes en el sistema de salud y a promover la construcción de prácticas institucionales más democráticas, interculturales y territorialmente situadas.

En línea con los aportes del pensamiento descolonial, puede afirmarse que el Trabajo Social interviene en aquellos espacios donde las marcas históricas de la desigualdad se expresan de manera concreta en la vida de los sujetos. Estas marcas atraviesan las instituciones y las políticas públicas, configurando escenarios en los que se reproducen relaciones de dominación que afectan de manera diferencial a determinados grupos sociales.

En este sentido, tal como advierte Hermida (2017), resulta fundamental construir intervenciones situadas que recuperen la historicidad de los territorios y reconozcan las particularidades culturales de las comunidades. En el caso de la comunidad qom, esto implica no solo considerar la dimensión lingüística, sino también respetar los tiempos, las formas de comunicación y las modalidades vinculares propias. Intervenir sin contemplar estos aspectos puede generar obstáculos significativos en los procesos de atención, reforzando dinámicas de exclusión y reproduciendo prácticas institucionales poco sensibles a la diversidad cultural.

En este marco, el Trabajo Social puede desempeñar un papel activo en la problematización de estas limitaciones y en la formulación de propuestas orientadas a la creación de dispositivos institucionales más adecuados, como la incorporación de agentes sanitarios indígenas o la implementación de estrategias de formación intercultural para los equipos de salud. De este modo, la intervención no solo

responde a demandas concretas, sino que también incide en la transformación de las condiciones estructurales que obstaculizan el acceso efectivo a la salud.

En síntesis, el rol del Trabajo Social en contextos interculturales no puede comprenderse en términos meramente asistenciales o administrativos. Por el contrario, se trata de una práctica compleja que articula dimensiones técnicas, políticas y éticas, orientada a la defensa de derechos, a la construcción de mediaciones y a la transformación de las relaciones de poder que atraviesan los procesos de salud. Desde esta perspectiva, la disciplina se posiciona como un actor clave en la construcción de un sistema de salud más justo, inclusivo y respetuoso de la diversidad cultural.

3.6 De la interferencia al diálogo: propuestas metodológicas para una atención intercultural

A partir del análisis de las interferencias, resulta necesario avanzar hacia la construcción de estrategias de intervención que permitan no sólo reducir dichas tensiones, sino también reconfigurar los modos de atención desde una perspectiva intercultural. En este sentido, las propuestas que se presentan a continuación no se plantean como soluciones acabadas, sino como líneas de acción posibles orientadas a fortalecer el diálogo de saberes, mejorar la accesibilidad y promover prácticas de cuidado situadas en el territorio del Centro de Salud Toba.

En este marco, se proponen una serie de dispositivos orientados a transitar de una salud multicultural¹⁰ (que sólo tolera la diferencia) a una salud intercultural¹¹ (que promueve el diálogo simétrico entre saberes). Estas interferencias de carácter lingüístico, cultural y epistemológico no pueden ser comprendidas como meras dificultades operativas ni como déficits individuales de la población usuaria, sino que se inscriben en tramas históricas de desigualdad, profundamente vinculadas a la colonialidad del saber, del poder y del ser. En este sentido, la relación entre el sistema de salud biomédico y los saberes de los pueblos originarios, se configura en

¹⁰ “La multiculturalidad reconoce la existencia de una multiplicidad de culturas dentro de un determinado espacio, sin que necesariamente tengan una relación entre ellas. Se entiende como un relativismo cultural; es decir, una separación o segregación entre culturas demarcadas y cerradas sobre sí mismas, sin que exista interacción.” (María Bettina Stivanello, 2015, p. 2)

¹¹ Interculturalidad, significa “entre culturas”, pero no refiere simplemente un contacto entre culturas, sino un intercambio que se establece en términos equitativos, en condiciones de igualdad.

un campo de tensiones donde se disputan legitimidades, sentidos y formas de producir cuidado.

Estas tensiones se expresan de manera concreta en situaciones cotidianas de atención: dificultades en la comprensión de indicaciones médicas debido a barreras lingüísticas; conflictos en torno a prácticas culturales vinculadas a la gestación, el parto y el tratamiento de la placenta; desajustes en relación con la organización del tiempo institucional, que no dialoga con las temporalidades comunitarias, entre otras. Asimismo, el abordaje de problemáticas como la tuberculosis pone en evidencia las limitaciones de estrategias estrictamente biomédicas cuando no se articulan con los marcos de sentido y las condiciones de vida de la población.

Estas situaciones no sólo impactan en la calidad de la atención, sino que inciden directamente en la accesibilidad y en la continuidad de los tratamientos, generando, en muchos casos, desconfianza hacia las instituciones de salud y la consolidación de circuitos de cuidado alternativos por fuera del sistema formal. Lejos de constituir prácticas “residuales”, estos circuitos expresan formas legítimas de producción de salud que, sin embargo, permanecen invisibilizadas y desvalorizadas por el dispositivo institucional.

La interculturalidad en salud no se limita únicamente al reconocimiento de la diversidad cultural dentro de los servicios sanitarios, sino que implica la construcción de prácticas de atención que promuevan el diálogo entre distintos sistemas de conocimiento, reconociendo la legitimidad de los saberes y prácticas de cuidado de las comunidades indígenas.

Avanzar hacia este horizonte supone cuestionar las jerarquías epistémicas que han estructurado históricamente el campo de la salud y generar condiciones para el desarrollo de prácticas institucionales más inclusivas y culturalmente pertinentes.

Una de las principales interferencias observadas en la cotidianidad del Centro de Salud son las dificultades comunicacionales entre los equipos de salud y la población. El lenguaje constituye un elemento central en la relación entre

profesionales y pacientes, ya que a través de él se transmiten diagnósticos, indicaciones terapéuticas y orientaciones vinculadas al cuidado de la salud.

Sin embargo, cuando los interlocutores no comparten una misma lengua o cuando existen diferencias significativas en los marcos culturales de referencia, la comunicación puede verse profundamente afectada. En el caso de la comunidad Qom, el qomlaqtaq continúa siendo la lengua materna de muchas personas, particularmente entre los adultos mayores. Aunque gran parte de la población también maneja el castellano, las diferencias lingüísticas pueden generar malentendidos o dificultades en la comprensión de la información brindada durante las consultas.

Estas barreras comunicacionales no sólo afectan la transmisión de información médica, sino que también inciden en la construcción del vínculo entre profesionales y usuarios. La falta de comprensión o la dificultad para expresar determinadas situaciones puede generar sentimientos de frustración, distancia o desconfianza hacia el sistema de salud.

Frente a esta situación, resulta necesario avanzar en el desarrollo de estrategias que permitan fortalecer los procesos de mediación intercultural dentro de la institución. Entre las acciones posibles se podría considerar la implementación de instancias de formación en lengua Qom para los equipos de salud, orientadas a adquirir herramientas básicas de comunicación que faciliten la interacción con la población, así como la elaboración de materiales de comunicación en qomlaqtaq (particularmente en formatos orales y audiovisuales), orientados a garantizar el acceso a la información en condiciones de mayor equidad.

Otra estrategia relevante, es la institucionalización de la figura de ASPO "Agente Sanitario Pueblo Originarios". Esto permite tensionar las lógicas unidireccionales de la comunicación biomédica, favoreciendo vínculos más

¿Qué es la tuberculosis?

Es una enfermedad contagiosa que se transmite por el aire al toser. Si el lugar es cerrado abrir la casa porque nos puede enfermar, abrir ventanas y puertas. Se pueden contagiar hombres, mujeres y niños

Cumpla su tratamiento y complételo.

¿Neegue't so tuberculosis?

Nalolaga iaguec ra iviratagan Ra auasocnata nache queuogui na la'at Cam Qontaña ra iapochigui Auauatec ñe arma' chaaye ishet ra qomi' ialolaqche't. Auavuatrec ñeua arallogoqui' qataq ñe lasom. ialolaqchet ca iale ,alo ,taqa'en na ñaapiolec

Qoqueelec ra anarannagac,taq aviragattelec.

No estás sólo Te acompañamos
Acérquese a su centro de salud

Eegatae' ra andootec Am qar- iatac
Anq'o'neua'a 'a'ñe natannaqagaqui.

La tuberculosis **SE CURA**
Si terminas el tratamiento

MESA INTERSECTORIAL TBC OESTE

horizontales y procesos de atención más comprensibles y significativos para la población; no se trata solo de un traductor lingüístico, sino de un "mediador cultural" que maneje la lengua qomlataqtac para generar intervenciones más cercanas. Esta figura permitiría, filiar al sujeto con la institución, reduciendo el sentimiento de ajenidad que produce la arquitectura y el lenguaje técnico occidental, y garantizar el derecho a la salud asegurándonos que el motivo de consulta sea comprendido en toda su complejidad.

Asimismo, la formación del equipo de salud en aspectos vinculados a la lengua y la cosmovisión Qom contribuye a desnaturalizar prácticas etnocéntricas, promoviendo una mayor reflexividad en la intervención.

Por otra parte, la creación de espacios de participación, como las mesas interculturales de salud; constituye una estrategia clave para disputar las lógicas verticalistas que históricamente han caracterizado al sistema de salud. La participación comunitaria debe ser concebida como un proceso político mediante el cual se habilita la incidencia real de los actores comunitarios en la definición de problemáticas y en la construcción de respuestas. En este sentido, la planificación participativa de estrategias de abordaje permite construir intervenciones más situadas, al tiempo que fortalece la confianza en el sistema de salud. Es así, que necesitamos comprender que las trayectorias de salud-enfermedad-atención-cuidado de la comunidad en el barrio no se agotan en el efector municipal. En este sentido, el reconocimiento del pluralismo médico se vuelve indispensable para avanzar hacia prácticas de salud intercultural.

En este marco, la participación no debe entenderse como un mecanismo consultivo, sino como un proceso político que habilite la incidencia real de la comunidad en la toma de decisiones; en este sentido las mesas deberían incluir no sólo a los equipos de salud, sino también a referentes comunitarios, actores religiosos y representantes de la medicina tradicional, como los piogonak, reconociendo la existencia de un pluralismo médico en el territorio, donde diferentes saberes no se anulen entre sí, sino que puedan dialogar en función del cuidado de la salud. Este proceso implica, a su vez, una transformación en el modo en que el equipo de salud concibe su propia práctica, desplazándose de una posición de autoridad incuestionada hacia una lógica de co-construcción. Si bien en la práctica

ya se vienen desarrollando instancias como la Mesa de Trabajo Intersectorial, particularmente en el abordaje de problemáticas como la tuberculosis, ante el aumento de casos en el último período, resulta necesario ampliar su alcance hacia otras problemáticas de salud que puedan ser trabajadas de manera conjunta. De modo que la mesa se constituye como un espacio estratégico para coordinar acciones de prevención desde una perspectiva intercultural.

Siguiendo esta misma línea de trabajo, se propone la efectivización de las "micro-resistencias" que ya se vienen llevando a cabo. Uno de ellos es el Espacio de Huerta sin agrotóxicos como lugar de formación bi-cultural, en donde se puedan dar charlas en primeros auxilios, y prácticas de cuidado. Desde la cosmovisión Qom este espacio permitiría transmitir saberes vinculados a la flora local, el cuidado del cuerpo según sus tradiciones y la alimentación como medicina; mientras que, desde la biomedicina, el manejo de heridas, RCP, signos de alerta, armado de repelentes, etc. Además este espacio permitirá la construcción de un botiquín natural a partir del trabajo mancomunado entre usuarios y profesionales. Este dispositivo buscaría la simetría epistémica; no es la "ciencia" enseñando a la "comunidad", sino un espacio de intercambio, que reconoce y valida el conocimiento sobre la tierra y la soberanía alimentaria que son pilares fundamentales de la Salud Pública contemporánea. Estas acciones deben dejar de ser "pequeñas intervenciones" aisladas para convertirse en un Dispositivo de Salud Intercultural permanente.



Por último, resulta imprescindible problematizar la dimensión temporal del sistema de salud, en tanto una de las principales barreras de acceso para la población indígena. La rigidez de las lógicas institucionales, basadas en turnos programados y criterios de puntualidad, contrasta con las temporalidades comunitarias, generando tensiones que son frecuentemente interpretadas como falta de adherencia o desinterés. Frente a ello, se propone la implementación de estrategias que flexibilicen la organización de la atención, tales como la generación

de turnos protegidos orientados a poblaciones que debido a las condiciones materiales, culturales y territoriales en las que desarrollan sus trayectorias de vida, encuentran mayores dificultades para ajustarse a la lógica temporal del sistema biomédico, entre ellas la población Qom del territorio. No se trata de un mecanismo de privilegio, ni de una medida focalizada, sino de una estrategia de equidad que busca compensar desigualdades estructurales y garantizar el acceso efectivo al derecho a la salud.

Estos turnos estarían dirigidos prioritariamente a personas que requieran seguimiento continuo, tales como pacientes con enfermedades crónicas, tratamientos prolongados -como en el caso de la tuberculosis-, controles de embarazo, niñeces en seguimiento y otras situaciones que demanden continuidad en el vínculo con el sistema de salud. Asimismo, podrían contemplar a aquellos sujetos que, por sus condiciones de vida o inserción comunitaria, presentan dificultades recurrentes para sostener esquemas de atención basados en la asignación rígida de horarios, por ejemplo las personas que se encuentran en situación de calle o con problemática de consumo.

En términos operativos, la implementación de este dispositivo implicaría la reserva de un número determinado de turnos dentro de la agenda diaria o semanal del efector de salud, los cuales algunos se gestionarían dentro de los circuitos formales administrativos y otros mediante la articulación con el agente sanitario y/o referentes comunitarios. Estos actores cumplirían un rol clave en la organización de la demanda, el acompañamiento de los pacientes y la reprogramación de las consultas en caso de inasistencia.

A diferencia del sistema convencional, los turnos protegidos no se registrarán estrictamente por criterios de puntualidad, incorporando márgenes de flexibilidad que contemplen las dinámicas comunitarias. De este modo, situaciones como la llegada fuera de horario o la imposibilidad de asistir en el día pautado no implicarán la pérdida automática del turno, sino la posibilidad de reorganizar la atención sin interrumpir el proceso de cuidado. Esta modalidad se articula con las instancias que ya se viene llevando a cabo dentro del centro de salud, como la atención espontánea y estrategias territoriales como las campañas de vacunación, de salud bucal, ESI en

las escuelas, dispositivos territoriales, etc), favoreciendo un abordaje integral y situado.

En este aspecto, resulta importante hacer una revisión crítica sobre el concepto de adherencia, incorporando una mirada situada que contemple las condiciones materiales y simbólicas en las que se desarrollan las trayectorias de salud-enfermedad-atención-cuidado.

En esta línea, las propuestas desarrolladas no deben ser leídas como respuestas técnicas a problemáticas puntuales, sino como intentos de intervenir sobre las condiciones que producen y reproducen las interferencias en los procesos de atención. Estas interferencias, lejos de ser excepcionales, constituyen la expresión de una organización en salud que históricamente ha jerarquizado ciertos saberes por sobre otros, configurando prácticas que, aun sin proponérselo, reproducen desigualdades.

Avanzar hacia una perspectiva intercultural implica, entonces, asumir que el desafío no radica únicamente en mejorar la comunicación o adecuar dispositivos, sino en habilitar un desplazamiento en la forma misma de comprender el cuidado. Esto supone reconocer la existencia de múltiples racionalidades en torno a la salud, aceptar los límites del modelo biomédico y construir prácticas que no busquen sustituir otros saberes, sino dialogar con ellos en condiciones de mayor equidad.

En este marco, el Trabajo Social se configura como un actor estratégico, en tanto su intervención permite articular dimensiones institucionales y territoriales, visibilizar desigualdades y promover procesos de mediación que habiliten nuevas formas de encuentro entre el sistema de salud y la comunidad. De este modo, la salud intercultural deja de ser un enunciado normativo para convertirse en una práctica en construcción, que exige disputar sentidos, revisar posicionamientos y sostener, en el cotidiano de la intervención, una ética del cuidado basada en el reconocimiento.

Reflexiones finales

La realización del presente Trabajo Integrador Final no constituyó únicamente una instancia de cierre académico, sino que se configuró como un proceso profundamente significativo a nivel personal, teórico y profesional. A lo largo de este recorrido, la escritura dejó de ser un ejercicio meramente técnico para convertirse en un espacio de reflexión crítica, en el que no sólo se pusieron en juego conceptos y marcos teóricos, sino también experiencias, posicionamientos y formas de comprender la intervención en el campo de la salud.

En este sentido, el proceso de elaboración implicó una constante revisión de supuestos previamente incorporados a lo largo de la formación. Muchas de las ideas que inicialmente aparecían como “naturales” comenzaron a ser problematizadas a partir del contacto con el territorio y con las prácticas concretas desarrolladas en el Centro de Salud Toba de la ciudad de Rosario. Este movimiento entre teoría y práctica no fue lineal, sino que estuvo atravesado por idas y vueltas, momentos de incertidumbre y la necesidad de revisar lo producido desde nuevas perspectivas

A medida que avanzaba en la escritura, también fui reconociendo cómo mi propio posicionamiento se encontraba atravesado por tensiones. Por momentos, emergía la necesidad de ordenar la realidad desde categorías teóricas aprendidas; sin embargo, la experiencia en el territorio desbordaba esos marcos, obligándome a revisarlos continuamente. Este proceso puso en evidencia que la producción de conocimiento en el campo de lo social no puede pensarse de manera rígida ni universal, sino como una construcción situada, atravesada por la complejidad de las prácticas, de los sujetos y el contexto político que atraviesa.

Desde esta perspectiva, conocer no implicó únicamente acumular información, sino también desnaturalizar aquello que se presenta como dado. En este recorrido, la escritura funcionó como una herramienta que permitió visibilizar tensiones, contradicciones y preguntas que inicialmente no estaban formuladas, habilitando una mirada más crítica sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado.

Uno de los principales aportes de este recorrido fue la profundización y ampliación en la concepción de salud. Si bien desde el Trabajo Social la salud ya es entendida como un proceso atravesado por múltiples dimensiones -sociales, económicas y culturales-, el acercamiento a la comunidad Qom y al Centro de Salud Toba permitió complejizar aún más esta mirada, incorporando con mayor claridad aspectos que en la formación no siempre aparecen con igual centralidad.

En este sentido, la experiencia en el área habilitó la incorporación de la dimensión espiritual como un elemento constitutivo de los procesos de salud, así como una comprensión más integral del vínculo entre las personas, la comunidad y el entorno. De este modo, la salud comenzó a ser pensada no sólo en términos de condiciones materiales de vida, sino también como un estado de equilibrio que articula diferentes dimensiones de la existencia.

Así, la salud se vincula de manera directa con el acceso a la tierra, el techo, el trabajo y la alimentación, pero también con la relación con el territorio, la identidad cultural, los vínculos comunitarios y las formas de comprender el mundo. Esta perspectiva permite reconocer que los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado no pueden ser abordados de manera fragmentada, sino que requieren una mirada integral que contemple la complejidad de las experiencias de vida de las comunidades.

El territorio, en este sentido, no puede ser comprendido únicamente como un espacio geográfico, sino como un entramado de relaciones sociales, históricas y culturales que configuran modos particulares de habitar, de enfermar y de cuidar; lo que implica que cualquier intervención que no contemple estas dimensiones corre el riesgo de resultar fragmentada o ineficaz. Asimismo, el territorio se presenta como un espacio atravesado por desigualdades estructurales, pero también por estrategias comunitarias de resistencia y organización. Reconocer esta doble dimensión resulta fundamental para evitar miradas deficitarias que reduzcan a la comunidad a sus condiciones de vulnerabilidad, invisibilizando sus saberes, prácticas y formas de cuidado.

En este marco, el análisis permitió problematizar el lugar hegemónico que ocupa el modelo biomédico dentro del sistema de salud. Si bien este modelo ha

generado avances significativos en términos de diagnóstico y tratamiento, su predominio tiende a organizar las prácticas desde una lógica que prioriza lo biológico y lo individual, muchas veces en detrimento de otras dimensiones del cuidado.

Desde el Trabajo Social, esta mirada no es asumida de manera acrítica, sino que históricamente ha sido tensionada a partir de enfoques que incorporan lo social, lo cultural y lo comunitario como dimensiones centrales. Sin embargo, la experiencia en el territorio permitió visibilizar con mayor claridad cómo esta hegemonía impacta en la práctica cotidiana, particularmente en contextos interculturales, donde otros modos de comprender la salud -como los de la comunidad Qom- quedan frecuentemente relegados o deslegitimados.

A partir de este recorrido, el concepto de “interferencias” adquirió un lugar central en el análisis. Nombrar estas situaciones como interferencias permitió desplazar miradas que tienden a individualizar las dificultades en los procesos de atención, para comprenderlas como expresiones de tensiones más profundas entre distintos modos de entender la salud y el cuidado.

En este sentido, las interferencias no son concebidas como fallas individuales, sino como emergentes de un entramado complejo en el que intervienen barreras lingüísticas, diferencias culturales, desigualdades estructurales y relaciones de poder entre sistemas de saberes. Esta perspectiva permitió complejizar la lectura de las prácticas en salud, evitando interpretaciones reduccionistas y habilitando la construcción de estrategias más situadas.

En esta línea, los procesos de atención en contextos pluriétnicos implican necesariamente un encuentro con la alteridad, que interpela las prácticas instituidas en el sistema de salud y pone en evidencia los límites de los modelos hegemónicos centrados en el paradigma biomédico. Tal como plantea Carasso (2024), estos procesos “nos desafían al contacto con la alteridad, la otredad y la diversidad, interpelando las prácticas instituidas en salud pública y evidenciando los límites de los modelos de atención hegemónicos validados por el pensamiento racional científico occidental” (p. 222).

Pensar la interculturalidad en el campo de la salud pública implica, entonces, asumir que no se trata de un proceso armónico ni exento de conflictos. Por el contrario, supone reconocer la existencia de relaciones de poder que atraviesan los encuentros entre distintos sistemas de saberes. En este sentido, la interculturalidad no puede reducirse a la convivencia de culturas, sino que implica un proceso de diálogo, negociación y disputa. Esto requiere revisar no sólo las prácticas de atención, sino también las formas en que se produce y legitima el conocimiento; la pregunta por quién define qué es la salud, qué prácticas son válidas y qué saberes son reconocidos se vuelve central en este análisis.

Desde esta perspectiva, avanzar hacia prácticas interculturales implica no sólo incorporar nuevas herramientas, sino transformar las bases sobre las cuales se construyen las intervenciones. En este marco, el Trabajo Social se posiciona como una disciplina clave en la construcción de mediaciones entre el sistema de salud y las comunidades. Este rol no se limita a facilitar el acceso a servicios, sino que implica también visibilizar desigualdades, problematizar prácticas institucionales y promover intervenciones que reconozcan la diversidad cultural como una dimensión constitutiva del cuidado.

Del mismo modo, la intervención profesional requiere una actitud reflexiva y crítica que permita revisar los propios supuestos y habilitar el diálogo con otros saberes. Esto supone un desafío particular, en tanto implica correrse de posiciones etnocéntricas y construir prácticas más horizontales.

En este sentido, el trabajo compartido con el equipo de salud permitió reconocer que, aun en contextos atravesados por múltiples limitaciones, existen intentos concretos por romper con las barreras mencionadas. Muchas de estas prácticas se desarrollan de manera “artesanal”, sostenidas más por el compromiso individual que por lineamientos institucionales formalizados.

Trabajar en estos territorios y junto a equipos profundamente comprometidos permite advertir que, aun en contextos donde las desigualdades parecen arrasar con las condiciones de vida, existen prácticas que resisten y sostienen el cuidado. Sin embargo, esta misma experiencia evidencia la complejidad que atraviesa estos espacios, donde las condiciones materiales y simbólicas tensionan constantemente

las posibilidades de intervención. En este sentido, el compromiso del equipo no sólo resulta central, sino que muchas veces constituye en el principal sostén frente a escenarios que, de otro modo, resultan difíciles de habitar.

Asimismo, la experiencia cotidiana permitió reconocer el valor de dimensiones poco visibilizadas, como la empatía, la amorosidad y el trato digno. Estas prácticas constituyen elementos fundamentales en la construcción de vínculos de confianza, especialmente en contextos atravesados por experiencias de discriminación.

En un escenario social caracterizado por desigualdades y procesos de exclusión, sostener estas formas de cuidado adquiere una dimensión profundamente política; sólo a través de esta escucha activa es posible romper con los modelos que deshumanizan los vínculos y reducen la salud a una prestación técnica.

La potencia de lo colectivo se presenta como el único horizonte posible para potenciar la tarea diaria; es en el encuentro con los “otros” donde se fortalecen los recorridos y se construyen políticas que realmente logren amortiguar las realidades adversas, apostando siempre a la institucionalización de estas formas de cuidado para que dejen de ser excepciones y se transformen en derechos plenamente garantizados.

En definitiva, este trabajo reafirma la necesidad de pensar el cuidado como una práctica colectiva y profundamente política, orientada no sólo a atender situaciones puntuales, sino a sostener la vida en contextos que, muchas veces, la ponen en riesgo. En un contexto de severo ajuste y retroceso en materia de políticas públicas, apostar por la salud intercultural constituye no sólo un desafío profesional, sino también un posicionamiento ético, político y epistemológico.

La salud intercultural no se decreta: se construye en la práctica cotidiana, en la disputa de sentidos y en el compromiso sostenido por transformar las condiciones que producen desigualdad.

Bibliografía

Alarcón, A. M. (2003). *Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales*.

Arias, A. (2013). Lo territorial en el territorio de la Argentina: Connotaciones históricas, políticas y culturales. *Margen*, (71).

Babington, A. (2018). *Minería, movimientos sociales y respuestas campesinas: Una ecología política de transformaciones territoriales*.

Barbero, M. (2022). *Intervenciones del Trabajo Social en el campo de la salud*.

Briones, C. (2010). *Cartografías argentinas: Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*. Antropofagia.

Carasso, F. (2024). *Experiencias de abordaje con pueblos originarios en APS*. CDST Rosario.

Carballeda, A. (2018). La negación de lo Otro como violencia: Pensamiento decolonial y cuestión social.

Carballeda, A. (2019). *Trabajo social y descolonialidad*. Espacio Editorial.

Centro de Salud Toba. (s.f.). *Las partes del cuerpo humano*. Material institucional.

Curiel, O. (2013). *La nación heterosexual: Análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación*. Universidad Nacional de Bogotá, Colombia.

De Sousa Santos, B. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Trilce.

Grosfoguel, R. (2016). Del extractivismo económico al extractivismo epistémico y al extractivismo ontológico. *Tabula Rasa*, (24), 123–143.

Hersch-Martínez, P. (2013). Epidemiología sociocultural: Una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2007). *Salud e interculturalidad en América Latina*.

Lévi-Strauss, C. (1949). *Antropología estructural*. Paidós. Cap IX

Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula Rasa*, (9), 73–101.

Maldonado-Torres, N. (2007). Sobre la colonialidad del ser: Contribuciones al desarrollo de un concepto. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (78), 117–150.

Menéndez, E. (1988). *Antropología médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuadernos de la Casa Chata.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención*. Lugar Editorial.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Salud de los pueblos indígenas*.

Orellana, M. (2018). *Salud intercultural: Debates, prácticas y desafíos*. CLACSO.

Parra Beltrán, L., & Pacheco Castro, A. M. (2006). Monólogo o diálogo intercultural entre sistemas médicos. *Revista Ciencias de la Salud*, 110–121.

Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. En *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales* (pp. 201–246). CLACSO.

Quijano, A. (2014). *Cuestiones y horizontes: De la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. CLACSO.

Segato, R. (2007). *La nación y sus otros: Raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de políticas de la identidad*. Prometeo.

Stival, M. (s.f.). *Aportes al debate sobre los procesos de atención de las poblaciones Qom (Toba) en contextos urbanos*. Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario. Programa antropología y salud. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional De Buenos Aires.

Stival, M. (s.f.). *Tiempo, procesos de atención y pacientes Qom (Toba): Una problematización de las perspectivas de los profesionales y personal de salud*.

Stivanello, M. B. (2015). Aportes al debate de la interculturalidad en salud. Facultad de ciencias jurídicas y sociales, Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, República Argentina

Trinchero, H. (2000). *Los dominios del demonio: Civilización y barbarie en las fronteras de la nación*. EUDEBA.

Valdata, M. (2004). *La comunidad Toba de Rosario frente a la omnipresencia del discurso colonial*. Universidad Nacional de Rosario.

Fuentes web

Redacción Rosario. (2022). *Rapear lo que se vive*. <https://redaccionrosario.com/2022/12/21/rapear-lo-que-se-vive/>

Gobierno de Santa Fe. (2025). *Mapeo territorial de artesanas y artesanos del barrio Toba zona oeste*.
<https://www.santafecultura.gob.ar/se-presento-el-mapeo-territorial-de-artesanas-y-artesanos-del-barrio-toba-zona-oeste/>

CERAC. (2016). *Artículo académico*.
<https://cerac.unlpam.edu.ar/index.php/pys/article/view/2821/2996>