



**Maestría en
Salud Pública**



**CENTRO DE ESTUDIOS
INTERDISCIPLINARIOS**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTROS DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**Experiencias de abordaje con personas pertenecientes a Pueblos
Originarios en Atención Primaria de la Salud en el Municipio de
Rosario. Un análisis del Centro de Salud Toba desde el Trabajo Social.**

Autora: Florencia Carasso

Directora: Dra. Melisa Campana Alabarce (CONICET/UNR)

Co-directora: Mg. Mariela Morandi (UNR)

Rosario, marzo 2024

Agradecimientos

Agradezco cada encuentro y a cada ser que entre risas, palabras, diálogos, dudas, certezas, abrazos, imágenes, acompañaron este proceso creativo.

Agradezco a quienes fueron puntos de conexión para construir la trama de esta propuesta de trabajo: compañeros/as de trabajo, directora y codirectora de esta investigación por su total predisposición a guiarme y a la comunidad indígena del barrio de zona oeste de Rosario que con cariño me invitaron a descubrir su mundo.

Agradezco a los afectos más cercanos que incansablemente están ahí una y otra vez.

Resumen

Esta tesis para optar por el título de Magíster en Salud Pública se propone visibilizar las posibles interferencias existentes en los procesos terapéuticos de personas usuarias pertenecientes a pueblos originarios y personal de salud del Centro de Salud Toba de Rosario, indagando sus estimaciones y apreciaciones al respecto. De este modo, se busca recuperar y visibilizar la historia oral del territorio a investigar, a partir de una metodología de trabajo de corte etnográfico que incluyó el uso de técnicas de conversaciones informales, entrevistas semi-estructuradas y observaciones, indagando en dimensiones como la pertenencia étnica, las lenguas maternas, las medicinas tradicionales y las mujeres parteras entre otras.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	7
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	10
2.1 Pregunta de investigación	10
2.2 Planteo del problema	10
2.3 Objetivo general	10
2.4 Objetivos específicos	10
2.5 Hipótesis de trabajo	11
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN	12
3.1 Modelos de atención en salud	16
3.2 Pensamiento holístico	19
3.3 Aproximación al Barrio Toba: condiciones estructurales de salud	21
3.4 Dinámica de funcionamiento del Centro de Salud Toba	28
3.5 Paréntesis pandemia Covid19	32
3.6 La Lengua vernácula determinante cultural de la salud	34
3.7 Coexistencia de sistemas de salud en el Centro de Salud Toba	37
3.8 La dimensión étnica la salud	42
3.9 Estudio de campo	44
3.10 Estado del Arte	47

3.11 Otros antecedentes del campo	54
3. MARCO TEÓRICO	59
4.1 El derecho a las diferencias en salud.	60
4.2 Salud intercultural	65
4.3 Marco jurídico de los Pueblos Originarios	68
4.4 Cronología de la política intercultural indígena	71
4.5 Episteme crítica en salud	75
4.6 Cosmovisión de los Pueblos originarios	80
4.7 La mirada del Trabajo Social	85
4. MARCO METODOLÓGICO	90
5.1 Viabilidad del proyecto	95
5.2 Enfoque étnico en las fuentes de datos en salud pública	95
5.2.1 Variable étnica un derecho reconstitutivo	95
5.2.2 Derecho al auto-reconocimiento	100
5.2.3 Identidad étnica en el sistema sanitario de Rosario.	106
5.2.4 Sistematizando las voces	108
5.3 La ancestralidad en la epidemiología	112
5.3.1 Epidemiología ancestral	112
5.3.2 Epidemiología en situación	115

5.3.3	Apreciaciones desde el CDST sobre la epidemiología local	124
5.3.4	Epidemiología con impronta sociocultural	129
5.4	Sistemas médicos, modelos e itinerarios terapéuticos	134
5.4.1	Prácticas médicas tradicionales en el sistema sanitario local	134
5.4.2	Puntos de vista de las personas protagonistas de la salud	137
5.4.2.1	Uso de medicinas tradicionales. Circuitos terapéuticos. Registros sanitarios	137
5.4.2.2	Consideraciones de Pueblos Originarios sobre la prescripción de farmacopea nativa Qom.	143
5.4.2.2.1	Prescripción profesional de farmacopea nativa Qom, desde la mirada indígena	146
5.4.2.2.2	Valoración de las personas profesionales sobre la indicación de farmacopea Qom	149
5.4.2.3	Representantes de la medicina Qom: Piogonak, pi'ioGonaGa, parteras, yuyeros/as, culto pentecostal en el barrio Toba.	154
5.4.2.4	Reflexiones profesionales sobre las opciones terapéuticas Qom	164
5.4.3	Cosmología de la salud latac' Qom	167
5.4.3.1	Plantas medicinales en la medicina convencional alopática	174
5.4.3.2	Herboristería nativa Qom	176
5.4.3.3	Encuentro con el monte	180
5.4.3.4	Bigosognagay	183
5.5	El Pueblo que habla su propia lengua está vivo	188

5.5.1 Derechos lingüísticos culturales	188
5.5.2 Perspectivas indígenas sobre intérpretes bilingües y señalética en español-qomlaqtaq en el centro de salud Toba	190
5.5.3 Intérpretes bilingües y señalética español-qomlaqtaq. Opiniones del personal de salud	197
5.5.4 Profundizando en el derecho a la salud intercultural, como punto de partida, para el diálogo	205
5.6 Tejiendo historias descoloniales	210
5.6.1 Interculturalidad en Trabajo Social	210
5.6.1.2 Primer relato: El bisabuelo es un Piogonak	211
5.6.1.3 Segundo relato: Juana disputa su territorio	214
5.6.2 Trabajo Social en clave de diálogo intercultural	217
6. CONCLUSIONES	222
7. BIBLIOGRAFÍA	228

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, las crisis de las economías regionales y las persistentes inundaciones contribuyeron a acrecentar, hacia las grandes ciudades, las sucesivas oleadas migratorias de personas pertenecientes a diversas comunidades indígenas originarias de Chaco, Formosa, Corrientes e, incluso, de países limítrofes como Paraguay. En este contexto, Rosario ha sido -y es- uno de los principales núcleos receptores de migrantes Qom. Actualmente encontramos presencia indígena Qom en el Distrito Suroeste de Rosario, en un cuadrante localizado entre la Av. de Circunvalación 25 de Mayo al oeste, la calle E. Espinoza al norte, Av. Rouillón al este y Av. 1907 al sur, llamado Barrio Toba. También, en menor medida, en los barrios Empalme Graneros, Los Pumitas, Villa Banana y Cerrito.

Como es de suponer, las familias que fueron llegando a la ciudad se asentaron en los lugares más precarios de la misma, esto es, en los márgenes del saneamiento ambiental. A su vez, estos grupos fueron históricamente no sólo discriminados sino y por sobre todo: invisibilizados.

En materia de salud, esta situación presenta una serie de problemáticas difíciles de abordar. Una de ellas es, a nuestro modo de entender, la de las interferencias existentes en los procesos terapéuticos. De allí que sea fundamental plantear una serie de interrogantes: ¿Qué sucede en ese encuentro de culturas? ¿Qué pasa con el idioma? ¿Cómo influye la propia cosmovisión? ¿Cómo resolver las tensiones existentes entre el paradigma de la medicina alopática y las medicinas tradicionales de estos pueblos? En definitiva, lo que se pretende con esta investigación es tratar de responder a la pregunta sobre cuáles son las posibles interferencias en los procesos terapéuticos de las personas usuarias pertenecientes a pueblos

originarios del Centro de Salud Toba de la ciudad de Rosario en el período comprendido entre los años 2017 y 2022.

Identificar y visibilizar esas posibles interferencias constituye el objetivo principal de esta investigación. Nuestra hipótesis de trabajo es que parte de las mismas se deben principalmente, aunque no de manera excluyente, a las tensiones que surgen entre el paradigma de la medicina alopática y las medicinas tradicionales. De más está decir que cada sistema médico tiene su fuente de legitimidad y que mientras para la medicina alopática la certificación es otorgada desde el Estado bajo un código legal y deriva de la convención nacional en lo concerniente a la formación y profesionalización de sus prácticas, para la medicina tradicional esta certificación viene dada de manera ritual bajo una enseñanza del tipo maestro/a- aprendiz siendo la propia comunidad quien legitima las capacidades del aprendiz a partir de la prueba cotidiana de su don de sanador/a. Además, mientras el sistema de creencias y de salud de la medicina tradicional indígena tiene su propia epidemiología nativa y sus recursos simbólicos (rituales, lenguas, ofrendas, peticiones, amuletos), recursos materiales (plantas medicinales, animales) y recursos humanos (curanderos/as, piogonak, chamanes/as, parteras, hierbateros/as, yuyeros/as), el sistema de medicina alopática se sustenta en el denominado paradigma científico.

Pensamos que la cosmovisión ancestral del Abya Yala podría resultar una aliada estratégica para pensar el campo de las políticas públicas de salud. Las administraciones públicas modernas con su red institucional y políticas sociales funcionan como operadoras de sentido y, como tal, tienen un deber ético al incidir sobre los procesos civilizatorios actuales. Desde la perspectiva del Trabajo social, este trabajo de investigación, intenta ser un aporte para enriquecer las representaciones de los procesos de salud,

enfermedad, atención y cuidado en contextos interculturales. Es una producción local que con una impronta de co-autoría busca producir un conocimiento situado sobre el tema a tratar. De allí que es, a partir de una metodología de trabajo de corte etnográfico, mediante el uso de técnicas de conversaciones informales, observaciones y entrevistas semi-estructuradas, dando prioridad a la voz de los protagonistas, es decir, de quienes viven y trabajan en el barrio, cómo buscamos indagar en distintas dimensiones como la pertenencia étnica, las lenguas maternas, las medicinas tradicionales y las mujeres parteras, con el afán de echar un poco de luz a estas interferencias y tensiones. Al finalizar, proponemos algunas posibles líneas de trabajo para garantizar y ampliar el acceso a la salud intercultural de los Pueblos Originarios adscriptos al Centro De Salud Toba, venciendo o superando las interferencias halladas.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las posibles interferencias en los procesos terapéuticos de las personas usuarias pertenecientes a pueblos originarios del Centro de Salud Toba de la ciudad de Rosario en el período comprendido entre los años 2017 a 2022?

2.2 Planteo del problema

Las posibles interferencias existentes en los procesos terapéuticos de las personas usuarias pertenecientes a Pueblos Originarios del Centro de Salud Toba de la ciudad de Rosario en el período comprendido entre los años 2017- 2022.

2.3 Objetivo general

- Identificar las posibles interferencias existentes en los procesos terapéuticos de las personas pertenecientes a Pueblos Originarios, usuarias del centro de salud toba, considerando sus puntos de vista y el del personal de salud de dicho centro.

2.4 Objetivos específicos

- Analizar en los registros sanitarios de qué modo se registra información referida a la medicina tradicional Qom en el marco de los procesos terapéuticos.
- Identificar en los relatos de la población usuaria perteneciente a Pueblos Originarios sus apreciaciones respecto a los procesos terapéuticos.

- Releva en los relatos del personal de salud del Centro de Salud Toba, su perspectiva de los procesos terapéuticos en la población Qom.

2.5 Hipótesis de trabajo

Parte de las interferencias que se presentan en los procesos terapéuticos de la población perteneciente a Pueblos Originarios del Centro de salud Toba se deben a las tensiones entre el paradigma de la medicina alopática y las medicinas tradicionales en un sector de la política de atención primaria de la salud de la municipalidad de Rosario.

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

El Centro de Salud Toba, dependiente de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, es el efector de salud que atiende a las personas pertenecientes a los Pueblos Originarios asentados en la ciudad de Rosario. Siendo la etnia Qom (Toba) la de mayor proporción y, en menor medida, las etnias Mocovíes y Guaraníes. Otras zonas con presencia indígena Qom, se corresponden con los barrios Empalme Graneros, Los Pumitas, Villa Banana y Cerrito. Siendo el barrio Rouillón el que mayor densidad de población indígena tiene.

El arribo de comunidades indígenas a las grandes urbes se produjo con las migraciones iniciadas en la década del 60. Las migraciones de los Pueblos Originarios desde distintas zonas del Chaco hacia las grandes ciudades se acrecentaron en las últimas décadas, siendo Rosario uno de los principales núcleos receptores de migrantes Qom. La crisis de las economías regionales y las persistentes inundaciones contribuyeron a acrecentar las sucesivas oleadas migratorias.

Las familias se asentaron en los lugares más precarios de la ciudad, en espacios que, aún hoy, son tipificados como asentamientos irregulares, en los márgenes del saneamiento ambiental. En el presente las comunidades indígenas reclaman la escrituración de dichas y el acceso a la vivienda digna.

Las familias migrantes se nuclean a partir de un sistema de lealtades y parentescos y siguen un mismo ordenamiento. Generalmente se instala en una casa muy precaria un padre o madre de familia, relativamente joven, a veces acompañado de su hermano y/o hijo mayor. Cuando obtiene dinero suficiente para traer al resto de la familia, así lo hace. Con el tiempo otra persona indígena, pariente o amigo del primer residente, se aloja en su casa

hasta pagar una vivienda precaria y el ciclo se continúa. Generalmente dos o tres generaciones habitan la misma casa, la familia es por lo tanto extensa (Cfr. con Bigot y otros 1993: 49).

Las personas pertenecientes a los Pueblos Originarios (PO), entre ellos la comunidad Qom, ocupaban, antes de la conformación de los Estados Nacionales, un amplio hábitat que se extendía del norte de la provincia de Santa Fe, en Argentina, hasta el Paraguay y desde la línea formada por los ríos Paraguay y Paraná hasta los primeros contrafuertes de la precordillera salteña. Este grupo, emparentado lingüística y culturalmente con los tobas bolivianos y paraguayos, constituye una de las variantes de las culturas recolectoras, pescadoras y cazadoras del Gran Chaco Argentino.

Se pueden mencionar los genocidios de la masacre de Napalpi del 19 de julio de 1924 y la matanza de El Zapallar ocurrida el 9 de septiembre de 1933, como dos hechos históricos que muestran el exterminio y colonización violenta hacia los pueblos nativos en Argentina. La colonización significó la aniquilación de gran parte de las poblaciones originarias, dando inicio al despojo de su modo de vida, producto del continuo exilio y de desplazamientos forzados de las tierras nativas, que conllevan a condiciones de pobreza, hacinamiento, desvalorización cultural, discriminación y racismo.

Se considera que el trauma histórico colectivo se transfiere a las siguientes generaciones a través de medios biológicos, psicológicos, ambientales y sociales. Según Jeffrey C. Alexander (2016):

Un trauma cultural se produce cuando los miembros de una colectividad sienten que han sido sometidos a un acontecimiento horrendo que deja marcas indelebles sobre su conciencia colectiva, marcando sus memorias para siempre y cambiando su

identidad futura de manera fundamental e irrevocable. La pérdida no resuelta, intergeneracionalmente incide sobre los cuerpos, las subjetividades de las personas y las comunidades (p.191).

Se escucha en los relatos de algunas personas descendientes de los pueblos Qom y Mocovíes que sus ancestros/as no les transmitieron sus lenguas maternas como forma de resguardo ante el temor de lo que les pudiera suceder. Ocultar la identidad indígena y hablar sólo la lengua española, “la castilla”, fue una estrategia para proteger a las generaciones venideras de las violencias del naciente estado.

Se considera que las condiciones sociohistóricas y políticas desiguales y el acceso diferencial a los recursos económicos se convierten en determinantes de la salud. El denominado “perfil epidemiológico” de Breilh (2003) y la determinación social de la salud son enfoques propios de la epidemiología crítica latinoamericana que, para los fines de esta investigación resultan modelos explicativos que permiten contemplar la complejidad de la situación epidemiológica de los PO, puesto que articulan los modos de vivir, de enfermar y de morir con las formas de reproducción social y permiten analizar los diferenciales de salud de acuerdo con la matriz de triple inequidad: de etnia, de clase y de género.

La experiencia que emana del abordaje como Trabajadora Social (TS) en Salud Pública con población pluriétnica adscripta al Centro de Salud Toba (CDST), ubicado en la zona oeste del Municipio de Rosario, permite detectar la coexistencia de diferentes sistemas médicos y protagonistas de la salud, cada uno de ellos portadores de sus propios modelos explicativos sobre sanar, enfermar, vivir y morir.

Como se mencionó anteriormente, la amplia mayoría de la población adscripta al CDST de Rosario pertenece a población indígena y esta

característica nos habla de derechos específicos que les conciernen. El proceso de reconocimiento de estos derechos para el colectivo indígena ha inaugurado toda una gestión diferencial de programas sociales basados en lo que se ha denominado discriminación positiva. Durante las últimas décadas se ha gestado una tendencia que progresivamente en nombre de una reparación histórica fue dando lugar a modalidades de formulación e implementación de programas específicos que apelan a la interculturalidad, para responder a las particularidades propias del colectivo indígena.

La Ley N° 23.302, sancionada en 1985, avanzó sobre cuestiones referidas a la Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Indígenas. En 1994, con la reforma de la Constitución Nacional, se agregó el artículo 75 inc. 17 en el que se incluyó la temática indígena como una cuestión de alcance nacional. Progresivamente se fue gestando una tendencia, en concordancia con los organismos internacionales, que otorga lugar a modalidades interculturales de formulación e implementación de programas para responder a la particularidad de la población-objeto a las cuales se dirigen los PO.

Esta propuesta de trabajo, anclada en el campo de la Atención Primaria de la Salud (APS), pretende indagar en el modelo de atención del CDST de Rosario, durante los años 2017-2022, recuperando desde una mirada etnográfica los conceptos, proposiciones y explicaciones originadas en el día a día, las experiencias vividas, las principales reflexiones, posiciones y planteamientos de las personas protagonistas involucradas en los procesos de atención en contextos pluriétnicos.

A partir del análisis de las experiencias de abordaje interdisciplinarios en el CDST, que se desprenden de las dinámicas propias de atención, se elaboraron diferentes puntos de anclajes. Se trata de dimensiones que permiten dar cuenta del modo en que se presenta lo intercultural en el

campo a indagar. La pertenencia étnica, las lenguas maternas, las medicinas tradicionales, las plantas medicinales, las mujeres parteras, entre otras, conforman el entramado cultural local que se describe a lo largo de este trabajo.

Se presupone que el sistema formal de salud, con la predominancia de la medicina alopática, produce interferencias en los procesos de atención de personas pertenecientes a PO. En este trabajo se utiliza la categoría de interferencias para hacer alusión al concepto de obstáculo, es decir a todo aquello que se inmiscuye, entromete, interpone o estorba. 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.

Durante el desarrollo de esta tesis se pondrá en escena cómo se manifiestan, de qué manera emergen, cómo se traducen las interferencias en los procesos de atención en el CDST, considerando para ello las reflexiones, valoraciones, opiniones, puntos de vistas de las personas protagonistas de dichos procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado.

Se parte del posicionamiento de que la existencia de un pluralismo médico en toda organización social, se caracteriza por procesos de complementariedad, antagonismo, conflicto, hegemonía y subordinación, entre los diversos sistemas curativos.

3.1 Modelos de atención en salud

A los fines de graficar el pluralismo presente en los circuitos de salud, enfermedad, atención y cuidado (s-e-a-c) se recurre a los trabajos de Menéndez (1978; 1981; 1983; 1990; 1993; 2003) de carácter fundacional en

el pensamiento social en salud, respecto a los comportamientos de los sujetos y grupos en relación a sus padeceres.

Siguiendo a Menéndez se podrían mencionar potencialmente las siguientes formas de atención:

1- Biomédica: con su Modelo Médico Hegemónico (MMH), donde se incluye a los profesionales médicos/as del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. Estas se expresan a través de instituciones oficiales y privadas. Aquí también deben incluirse las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria legitimadas por lo menos en parte desde la biomedicina.

2- Medicina de tipo popular y tradicional: expresadas a través de curadores especializados como chamanes/nas, culebreros/as, brujos/as, curanderos/as, espiritualistas, yuyeros/as, parteras, entre otros. Aquí debe incluirse el papel curativo de personalidades tipo santos/as religiosas cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos.

3- Terapias tituladas como alternativas, paralelas o new age, holísticas, que incluyen a sanadores/as bioenergéticos, nuevas religiones curativas.

4- Tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina.

5- Terapias centradas en la autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos; cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por las personas que padecen o co/padecen algún tipo de enfermedad.

6- Autoatención: modelo basado en el diagnóstico y atención llevados a cabo por la propia persona o personas cercanas de su grupo familiar o comunitario, donde no interviene un profesional de la salud de los mencionados anteriormente (Cfr. con Menéndez 2003:188/189).

En la Argentina actual, la provisión del sistema oficial de salud se estructura a partir de la coexistencia de tres subsectores en continua mutación: el subsector público, el subsector de la seguridad social y el subsector privado, cada uno con su normativa propia de funcionamiento.

El subsector público asegura el acceso a un nivel mínimo y garantizado de salud, brinda cobertura a la población de mayor vulnerabilidad y que no cuentan con los recursos económicos para pagar por los servicios de salud. Son sectores sociales que subsisten diariamente con formas laborales informalizadas con ingresos que no superan la canasta básica familiar; y con una fuerte tendencia a la inestabilidad económica, la precarización material y la fragilidad en la inserción social. El subsector público sostiene una impronta a gran escala centrada principalmente en la atención hospitalaria y denota poca presencia en el país de una red de atención primaria de la salud. El subsector público también aborda funciones vinculadas a la prevención, atención de enfermos crónicos, internación por salud mental, enfermedades infecto-contagiosas, entre otros y sostiene una red de servicios de urgencias y atención básica¹.

¹ En el caso de la ciudad de Rosario actualmente el organigrama municipal tiene bajo su responsabilidad 54 centros de salud, 1 hospital de emergencias, 3 hospitales de mediana complejidad, 1 hospital de niños/as, 1 maternidad, 1 Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias y 1 instituto de rehabilitación. En la actualidad la red de servicios de dependencia provincial en Rosario consta de 2 hospitales generales, 1 hospital de niños/as y 36 centros de salud.

3.2 Pensamiento holístico

En la época presente el paradigma de la racionalidad científica está atravesando una profunda crisis. El biólogo Bruce Lipton (2005) plantea que:

los últimos avances científicos proporcionan una visión del mundo no muy distinta a la de las primeras civilizaciones, en las que se creía que todos los componentes de la naturaleza estaban dotados de espíritu. Este es el mundo de la física cuántica, en el que la materia y la energía están completamente unidas, comprensión de la realidad negada para la medicina alopática a partir de que la Fundación Carnegie publicó el informe Flexner de 1910, en el que se exigía que las prácticas médicas estuvieran basadas en ciencias acreditadas (p.160).

En los círculos científicos actuales hay un cuestionamiento profundo a las bases y fundamentos del paradigma científico racional. Se pueden mencionar la teoría de la relatividad de Einstein, la mecánica cuántica con su microfísica (Heisenberg, 1971), los aportes desde la química y la biología (Illya Prigogine, 1980,1981), el concepto de hiperciclo y la teoría del origen de la vida de Manfred Eigen (1977), el concepto de autopoiesis de Maturana y Varela (1973,1984), las teorías de las catástrofes de Rene Thom (1966, 1972,1980), la teoría del orden implicado de David Bohm (1980), el encuentro de la física moderna con misticismo oriental de Fritjof Capra (1975) y la exploración de las dimensiones espirituales de la psicología transpersonal de Stanislav Grof, Ken Wilber, y Frances Vaughan, la teoría sintérgica de Jacobo Grimberg (1981), entre otros.

Fritjof Capra (1975) plantea que la ciencia y la tecnología actual se fundamentan en la creencia de que “la comprensión de la naturaleza implica

un dominio por parte del hombre” (p.383). El autor refiere que usa el término hombre a propósito:

[...] pues estoy hablando de una conexión muy importante entre la visión mecanicista del mundo por parte de la ciencia y el sistema patriarcal de valores: que es la tendencia masculina a querer controlarlo todo. En la historia de la ciencia y la filosofía occidentales esta conexión fue personificada por Francis Bacon, quien, en el siglo VXII defendió el nuevo método empírico con términos apasionados y, a veces, francamente perverso. La naturaleza ha de ser perseguida en sus errabundeos, escribió Bacon, obligada al servicio y esclavizada. Se la debe meter en cintura y la meta del científico es torturarla hasta que revele sus secretos. Estas violentas imágenes de la naturaleza como si fuera una mujer a quien hubiera que torturar para que revelase sus secretos con la ayuda de dispositivos mecánicos nos recuerda a las torturas de mujeres durante los juicios por brujería que se celebraban en aquel siglo, juicios con los que Bacon estaba muy familiarizados, pues fue juez general del rey James I. (2019:383). Antes del siglo XVII, los fines de la ciencia eran la sabiduría, la comprensión del orden natural y el logro de vivir en armonía con dicho orden (Capra 1975: 383).

La cosmogonía holística de la vida y los fundamentos propios de las filosofías de los PO y sus medicinas contribuyen a diversificar y enriquecer el concepto de Salud Pública. El Abya Yala se sustenta en una forma de vivir que se refleja en un hacer cotidiano de respeto, armonía y equilibrio con todo lo que existe, comprendiendo que en la vida todo está interconectado, es interdependiente y está interrelacionado.

3.3 Aproximación al Barrio Toba: condiciones estructurales de salud

El Barrio Toba está ubicado en el Distrito Suroeste de Rosario, en un cuadrante localizado entre la Av. de Circunvalación 25 de Mayo al oeste, la calle E. Espinoza al norte, Av. Rouillón al este y Av. 1907 al sur. Para caracterizar al barrio sus habitantes, su consecuente perfil epidemiológico local y sistemas médicos, es pertinente mencionar algunos aspectos que hacen a los determinantes sociales de la salud y a las condiciones estructurales de vida de la población adscripta al CDST.

La planificación de vivienda más añeja, en el barrio Toba de zona Oeste, fueron construidas en 1991 por el Servicio Público de la Vivienda de Rosario. Estas viviendas fueron cedidas en propiedad comunitaria a las primeras familias indígenas que se asentaron en Rosario hace más de 40 años; dentro del plan de re-localización de algunas familias Qom ubicadas originalmente en la zona de Empalme Graneros.

Las viviendas son construcciones chatas, con techos a dos aguas. Las paredes son placas enteras de material. La mayoría de las viviendas de este complejo presentan un profundo deterioro producto del paso del tiempo y de la humedad que condensan en su interior debido al material utilizado en la construcción. Quedan exentas algunas familias que lograron realizar mejoras en sus viviendas.

Epidemiológicamente hablando, sobre este primer casco urbano, se concentran la mayoría de familias con Tuberculosis, teniendo en los últimos años el CDST la tasa de prevalencia de Tuberculosis en aumento más alta de la ciudad de Rosario.

Sobre este casco antiguo se extiende la trama barrial actual que se conforma por los asentamientos: La Tacuarita, Cariñitos, La Amistad, La Cava, Las Quintas, Cordero. La población que reside cercana al CDST, se conforma por amplios sectores populares. Esta zona geográfica se caracteriza por lo que el sociólogo francés Robert Castel (1995) denominaba “zona de fragilidad y de exclusión social”. La fragilidad social es la zona de vulnerabilidad caracterizada por una precariedad en relación al trabajo y por una fragilidad de soportes relacionales y la zona de exclusión se caracteriza por una gran marginalidad en la que se mueven los más desfavorecidos.

Los asentamientos irregulares se caracterizan por estar constituidos por viviendas con características propias de ranchos, casillas cuyos materiales de construcción son chapas, maderas, ladrillos huecos o colorados y, en los casos de mayor pobreza, de nylon. Las viviendas que no tienen contrapiso de cemento son de tierra apisonada. Las calles o, mejor dicho, los pasadizos internos de los asentamientos, en algunas partes de la Tacuarita y La Cava (zona inundable), son de cemento, ladrillo molido o tierra. La mayoría de ellos son tan reducidos que sólo pueden circular personas caminando.

El acceso a la regulación dominial de la tierra es un reclamo histórico de los PO. Las mujeres de las familias, en las consultas de atención con TS, plantean insistentemente la problemática habitacional y como ésta repercute en la salud de las familias. El nivel de hacinamiento es crítico y la precariedad material es tal, que muchos hogares se conforman por una única habitación muy pequeña que funciona de cocina y dormitorio, y que aloja a todo el grupo familiar.

Las viviendas no cuentan con servicios indispensables para garantizar un ambiente sano, y por ende, una vida saludable. La habitabilidad pocas veces se encuentra asegurada, ya que muchas de estas viviendas no son

seguras ni salubres, ni proporcionan espacio, intimidad y protección contra diversos factores que pueden implicar riesgos para la salud.

A las condiciones habitacionales se le agregan las condiciones ambientales, es parte del paisaje la concentración de pequeños micro-basurales en las esquinas, los contenedores de basura son escasos en el barrio y continuamente son rebozados de desechos que se acumulan diariamente al no ser recolectados por el servicio público adecuadamente. La comunidad opta por quemar la basura, en muchas oportunidades como forma de reducir su cantidad y mermar el olor producto de la descomposición. La situación de los animales también agrava las condiciones ambientales, es muy habitual la circulación de perros y gatos no vacunados, en ocasiones heridos, que deambulan por las calles portando sarna y parásitos.

El agua que abastece al barrio es agua tratada por una planta de ósmosis inversa que la potabiliza. Supuestamente no se cuenta con infraestructura para suministrar el agua dulce de la red potable que utiliza el resto de la ciudad de Rosario. El agua tiene un sabor salado y una consistencia más densa, sumado a esta situación la red de agua es de insuficiente abastecimiento para el número de personas en creciente aumento. Para los hogares que no cuentan con agua dentro del domicilio, y ante el desabastecimiento domiciliario, los habitantes deben recurrir diariamente para retirar agua a una canilla pública de uso común ubicada en las calles Aborígenes Argentinos y Rouillón.

No hay una red de agua segura, el acceso al agua en los domicilios de la zona de los asentamientos, se efectúa mediante conexiones intradomiciliarias irregulares, se utilizan mangueras que se adentran muchas de ellas en las zanjas o directamente cruzan las calles o pasillos lo que provoca un rápido deterioro y roturas de las mangueras. Esto provoca, por

un lado, que el agua cuando llega a los domicilios esté contaminada y, por otro, que el agua contaminada retorne a la red por las filtraciones. El suministro de agua potable es un problema cada vez más acuciante para la comunidad. Debido a los persistentes y continuos cortes de agua las personas deben ir a buscar agua en baldes, botellas acarreándolas por cuadras y acopiándolas en tachos o recipientes. Las personas no pueden higienizarse, limpiar, lavar ropa, refrescarse, siendo que el agua es unos recursos imprescindibles para la vida.

La red de gas se reemplaza por el gas envasado y en muchos casos se suple con fogones, braseros a leña o carbón. Los braseros son el principal método de calefacción y cocción de los hogares durante la temporada invernal.

Las familias refieren que comen una comida fuerte al día, generalmente por la noche cuando están todos los integrantes del grupo familiar. Durante el día los niños y niñas concurren a merendar a copas de leche algunas veces a la semana y de lunes a viernes almuerzan en el comedor de la escuela.

El acceso al servicio de luz que llega a los domicilios particulares se vale de conexiones precarias, irregulares e inseguras, que se desprenden del alumbrado público. Son frecuentes los cortes de luz e inclusive se suelen producir incendios en las viviendas por desperfectos eléctricos. Cabe mencionar que el sistema eléctrico también se usa para cocinar y calefaccionar.

Los desechos pluviales desembocan en las zanjas ubicadas muy próximas a la salida de las viviendas, al estancarse la circulación de los desechos en las zanjas comienzan a despedir un olor nauseabundo que suele invadir las calles. El barrio no cuenta con sistema de red cloacal. Los

baños tienen letrinas en su gran mayoría, habiendo algunas viviendas más precarias en las que se advierte la presencia de hoyos en la tierra. La eliminación de excretas se realiza en pozos negros.

El diseño urbano no contempla un espacio para las veredas ni para algunos espacios verdes, recreación o juegos. Hay dos playones de cemento, extremadamente áridos por no contar con vegetación, que funcionan como un lugar de encuentro para adolescentes y jóvenes que empiezan a concentrarse a la tarde-noche para escuchar un poco de música, *freestyle* y divertirse un rato. Esta improvisado una especie de fogón circular que por las noches congrega el encuentro.

Otro punto problemático que muestra la precariedad de las condiciones de vida en el barrio Toba es el acceso al transporte público. Hay una única línea de transporte urbano que conecta el barrio Rouillón con el resto de trama urbana de Rosario y sus alrededores, casi sin circulación nocturna.

En cuanto al mundo del trabajo las familias más tradicionales de la comunidad continúan dedicándose al oficio artesanal del tejido con palma y artesanías en barro, como principal forma de inserción laboral. 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. Hay un alto porcentaje de varones que trabajan en el mercado informal sin ningún tipo de seguridad en el trabajo, ni estabilidad salarial. Dentro de estas actividades se encuentran las figuras del changarín y de los cartoneros que se dedican al cirujeo y al reciclaje de la basura.

En el caso de las mujeres, muchas de ellas se insertan informalmente como empleadas domésticas en casas particulares cobrando por hora de trabajo. Las mujeres que circulan por fuera de los límites del barrio (hay muchas familias que no salen del barrio e incluso desconocen la ciudad de Rosario) utilizan como estrategias de supervivencia: el mendigar en las iglesias, los supermercados, o casa por casa. Estas salidas las realizan generalmente en familia junto a sus niños/as. Lo recolectado es vendido luego en las ferias del barrio.

Semanalmente, en el barrio se realiza una feria en donde gran parte de la población compra y vende todo tipo de productos. Dicha feria aglutina a compradores y vendedores de Rosario y localidades vecinas. 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.

Desde el Estado se implementan algunas políticas sociales que incentivan el trabajo y la inclusión social, muchas personas en el barrio Toba acceden a estas propuestas. La municipalidad de Rosario, desde hace algunos años, viene implementando la contratación de cooperativas de trabajo, que contratan a varones y mujeres, para realizar tareas referidas a servicios públicos de limpieza y zanjeo en el barrio. Los salarios se encuentran por debajo de la canasta básica. Otras propuestas que se pueden mencionar son: el programa Nueva Oportunidad destinado a jóvenes, el *Programa* Nacional de Inclusión Socioproductiva y Desarrollo Local Potenciar Trabajo que articula principalmente con las organizaciones sociales y el programa acompañar equivalente al Salario Mínimo, Vital y Móvil por 6 meses consecutivos destinado a mujeres y personas LGBTI+ que se encuentran en situación de violencia de género.

En lo concerniente a la educación se puede mencionar como hecho sociológico el elevado porcentaje de las infancias que transitan la escolaridad primaria y al finalizar de cursar no saben leer, como así tampoco escribir. Este hecho que se reitera intergeneracionalmente va obturando la continuidad de la escolaridad secundaria y/o universitaria. Son reiteradas las atenciones en salud con psicología, fonoaudiología, médica pediatra, debido a derivaciones, desde las escuelas por problemáticas vinculadas a los procesos de aprendizaje.

La diversidad existente en este conglomerado humano conforma la población adscripta al CDST Municipal de Rosario. El centro de Salud Toba integra junto a otras instituciones la red institucional presentes en el territorio. Entre ellas se pueden mencionar: el Centro de Salud Libertad de dependencia provincial, los Centros Cuidar N°8 y N°23 que abordan cuestiones a atañen a niños/as y jóvenes, el Centro cultural el Obrador con impronta recreativa y de producción cultural, una escuela secundaria y dos escuelas primarias, una de ellas de educación bilingüe intercultural español-Qom.

A estas redes institucionales estatales se le suman las iglesias pentecostales con un rol privilegiado en la sociabilidad y la interacción comunitaria. La noción de evangelio representa al movimiento religioso al que adscribe la mayoría de los PO y que aglutinan dialécticamente componentes de la cosmovisión tradicional vinculadas al chamanismo, con otros principios propios del pentecostalismo. En la zona también se encuentran vecinales, cooperativas de trabajo, copas de leche, comedores comunitarios y radio comunitaria entre otras.

Como se menciona anteriormente el CDST recibe la demanda de atención de diferentes poblaciones: Qom, Mocovíes, Guaraníes y criollos² . La diversidad en la demanda de la población adscripta al CDST conforma un entramado socioepidemiológico complejo y heterogéneo.

Otras de las características de los PO, principalmente en la población Qom es la continua migración de la provincia del Chaco a Rosario y de Rosario a Chaco. Muchas familias viven algunos meses en Chaco y otros meses en Rosario. El arraigo de esta dinámica, deviene en parte de la ancestralidad de la cultura, son pueblos recolectores y cazadores.

Con la población adscripta al CDST sucede habitualmente que familiares que viven en Chaco, Formosa o Paraguay migran temporalmente a Rosario; únicamente para recibir asistencia y cuidados en salud. Los motivos son variados, entre ellos se suelen mencionar que: en sus lugares de origen no hay instituciones de salud, no cuentan con la tecnología apropiada, se debe pagar para acceder a la medicación e, inclusive, a la práctica médica. Otras de las razones por las cuales las familias eligen viajar al Chaco por temporadas tienen que ver con el reencontrarse con su medicina ancestral, con sus curadores/as. El retorno al monte, adentrarse en sus tierras nativas, tiene un tinte sanador.

3.4 Dinámica de funcionamiento del Centro de Salud Toba

El CDST está conformado por un equipo de salud constituido por trabajadores del campo de la salud profesionales y no profesionales, la coordinación del CDST está a cargo de un médico generalista. El CDST

² En la jerga del barrio es el nombre con el que se le designa a aquellas personas o instituciones que no presentan una filiación identitaria con los pueblos originarios.

sostiene semanalmente reuniones de equipo, mediante las cuales se armoniza y proyecta el trabajo a corto y mediano plazo. Además de la atención mediante las consultas individuales en el CDST, funcionan dispositivos grupales de atención. Algunos de estos dispositivos son intersectoriales, como es el caso del espacio de desarrollo infantil, el de mujeres gestantes donde se gestiona y articula en forma conjunta Desarrollo Social y la Secretaría de Salud.

El equipo de salud estable se conforma por: 6 médicas/o generalistas, 3 enfermeras/o, 3 médicas pediatras, 1 psiquiatra, 2 psicólogas, 1 trabajadora social, 1 fonoaudióloga, 2 odontólogas, 1 tocoginecóloga, 1 farmacéutica, 1 reumatóloga (desempeña funciones ad honorem desde hace más de 8 años, es parte de un proyecto investigación), 3 administrativas, 1 trabajador de la convivencia, 2 personas de servicio de limpieza (contratadas por una cooperativa tercerizada), 1 persona de seguridad (empresa privada de seguridad).

El acceso en el CDST a la atención, sus prácticas y el dispense de medicación farmacológica son gratuitas, al igual que en todos los efectores de la red pública de salud municipal. La provincia de Santa Fe cuenta con un laboratorio público de producción de medicamentos.

En líneas generales la APS es una línea de acción que conceptualmente se sustenta en la consagración del derecho a la salud, considerado como un postulado fundamental del modelo sanitarista. Siendo los principios rectores: la gratuidad (las personas usuarias no pagan por acceder a la salud) y la universalidad (basada en el derecho de toda persona a utilizar los recursos disponibles en salud, independientemente de su género, creencia, condición social, etnia, elección sexual o procedencia).

La estrategia en salud sostenida por más de 30 años conforma hoy la red de salud en Rosario. En sus inicios consistió en la planificación local participativa cuyas directrices centrales se basaron en la equidad, la participación social y la integralidad y resolutivez de la clínica. La educación permanente de los equipos técnicos y de trabajadores/ras de la salud acompañó el proceso.³

Este escenario va consolidando a lo largo de los años una modalidad en APS donde se da lugar a lo que se denomina la adscripción de derechohabientes a equipos básicos de referencia. El eje de la población de referencia se relaciona directamente con la posibilidad de garantizar la integralidad y seguimiento en el abordaje de los problemas de salud de las personas usuarias y sus familias bajo la orientación de los equipos terapéuticos de referencia. La sobredemanda de atención repercute

³ Orientar la impronta de los equipos de salud, las dinámicas y modalidades de atención fue una construcción estratégica de gestión. Para garantizar sostenibilidad y proyección en el tiempo de la política de salud, se crean la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, la Dirección de Epidemiología, el Departamento de Formación y Desarrollo Profesional y la Dirección de Atención Primaria, que contará con presupuestos y gestión propios impulsando la cercanía a la población usuaria de la red de salud con equipos interdisciplinarios de trabajo. Siguiendo el lineamiento de formación de profesionales con los requerimientos de la atención primaria de la salud se creó en el año 2010 la Residencia en Medicina General y Familia con el objeto de formar médicos/as capaces de integrar la epidemiología y el pensamiento estratégico a una práctica clínica respetuosa de todas las dimensiones que constituyen al sujeto y los procesos de salud. También cabe mencionar el aporte a la cualificación de recursos humanos y la investigación en salud que se realiza en el Instituto de la salud Juan Lazarte dependiente del Centro de Estudios Interdisciplinarios de la Universidad Nacional de Rosario (Báscolo y Yavich, 2010).

directamente en la adscriptos por equipos de referencias de las personas usuarias.

Estableciéndose el vínculo terapéutico sostenido como un elemento constituyente del proceso de salud, enfermedad, atención, cuidado, promoción y prevención. Los equipos de referencia suelen estar conformados de diversas maneras: medicina general, psicología, trabajo social, odontología, tocoginecología, fonoaudiología, psiquiatría, enfermería, administración. Conceptualmente se busca que el encadenamiento del proceso de trabajo opere desde una organización/apoyo matricial y gestión democrática.

Teóricamente los lineamientos de las políticas en salud en Rosario se nutren de ciertas propuestas provenientes del concepto de la clínica ampliada, utilizada en la reforma sanitaria brasilera. La clínica reformulada y ampliada, como plantea Souza Campos (1997), con el modelo de gestión democrática para implementar reformas de los servicios de salud. Este modelo y sus lineamientos de gestión interpela al foco más conservador de la biomedicina a través del diálogo y la construcción interdisciplinaria participativa, para ello se recurre a la idea de campos y núcleos de saberes y prácticas tanto en lo referido a lo asistencial como a lo concerniente a la gestión de los servicios de salud.

Concomitantemente con el concepto de clínica ampliada, se recurre al principio de equidad en salud concebida como igual utilización de servicios a igual necesidad, la equidad se logra en la medida de que los servicios sean utilizados en función de la necesidad, que generalmente varía en forma inversamente proporcional a la capacidad de demanda. Otro eje fundamental del proyecto de APS es la denominada programación participativa definida como construcción colectiva del conocimiento epidemiológico. Los colegiados de gestión de salud en APS se presentan (por lo menos en sus

orígenes) como la instancia decisiva para discutir la agenda en salud en la experiencia de Rosario participan los trabajadores/as de la red de salud y se convierten en espacios de participación y discusión sobre los múltiples atravesamientos de la salud pública.

3.5 Paréntesis pandemia Covid19

En relación a las bases y fundamentos de APS y la importancia de su logística, se puso de manifiesto fuertemente durante la pandemia covid19. El mundo, el país, la ciudad de Rosario y la salud pública con sus trabajadores se reconfiguró para atravesar la denominada pandemia covid19. La magnitud y secuelas de tal acontecimiento generó que los organismos internacionales de salud, los círculos de académicos y movimientos sociales proclamen cada vez más el paradigma de una sola salud, que engloba la humana, animal, vegetal y ambiental. Teniendo la certeza de que si las economías actuales capitalistas no cambian las formas de producir y consumir, estos hechos seguirán conformando la trama social con mayor presencia.

La pandemia puso en evidencia el carácter social de los determinantes de la salud y la enfermedad, como asienta la epidemiología social. La lógica de producción y consumo de las economías capitalistas actuales, cuyos exponentes son la globalización de capitales, mercancías, información y seres humanos, con su consecuente calentamiento global, desintegra, destruye y obstruye la biodiversidad existente en el planeta. Este modus operandi no sólo hace padecer y aniquila la vida actual, sino que también contamina con tal intensidad que compromete la vida de las generaciones venideras y del planeta.

La pandemia detuvo la cotidianeidad habitual de cada persona, familia, institución. En el caso de la salud pública, le tocó jugar uno de los

juegos más letales acontecidos en épocas actuales. A diferencia de amplios sectores del Estado que se resguardaron de sus funciones habituales, el sistema sanitario debió afrontar presencialmente y sin descanso el covid19, en un continuo estado de alerta entre la enfermedad y la posibilidad de morir sin despedida. Instancia de extrema intensidad para APS, el sector comunicante y abierto a la comunidad, los centros de salud se convirtieron en el epicentro de la salud al momento de detectar, aislar, acompañar y realizar el seguimiento de las personas y familias infectadas con covid19.

En los Centros de salud la modalidad de atención fue de estilo guardia, se centró en realizar el triage a toda persona que se presentaba con síntomas compatibles con covid19, a partir de este primer despeje se orientaba la conducta clínica a seguir: aislamiento individual y familiar o derivación a un nivel de mayor complejidad. El equipo del CDST en el acompañamiento de la pandemia, soportó instancias de extrema presión para la salud mental, como podía ser la necesidad de realizar una derivación de urgencia y no contar en la red con la disponibilidad de camas en los niveles de mayor complejidad, entre otras.

La modalidad propia de adscripción de derechohabientes a equipos básicos de referencia, propia de la política APS permitió rápidamente detectar y llegar a las familias del barrio. Se puede citar el abordaje que se realizaron con las personas en tratamiento por enfermedades crónicas, durante el momento más álgido de la pandemia donde aún no había una opción medicamentosa posible para prevenir el covid19, al no poder asistir las personas al CDST a retirar la medicación, se armaron cuadrillas en el equipo de salud, que acercaban la medicación a los domicilios. Otra instancia decisiva para APS por el impacto poblacional, fue programar y garantizar el acceso a la vacunación covid-19. En el caso de la vacunación, principalmente de personas adultas mayores, fue prioritario convocar a la

Dirección de Pueblos Originarios de la Municipalidad de Rosario y a las Iglesias para que puedan contribuir a trascender la barrera comunicativa entre las diversas lenguas y el entendimiento del covid19 desde las distintas medicinas.

3.6 La Lengua vernácula determinante cultural de la salud

Dentro del universo de los PO, la etnia Qom es la de mayor proporción poblacional en el territorio de georreferencia del CDST, en relación a las etnias Mocovíes y Guaraníes. Y a su vez es el pueblo indígena que mayormente mantiene su lengua vernácula “qomlaqtaq o Qom” viva, mediante el habla. La lengua tiene sabiduría, según palabras de referentes Qom: es lo que mantiene vivo a los pueblos. Los PO son culturas que tradicionalmente han sido ágrafas.

El Qom, como se menciona anteriormente, forma parte de los Guaycurúes, un gran grupo de PO, también conformado por Mocovíes, Abipones, Mbayaes, Payaguaes y Pilagás, con quienes comparten rasgos lingüísticos y pautas culturales. Actualmente, en Argentina, la lengua Qom se extiende mayoritariamente por el este de la provincia de Formosa y Chaco donde reside la mayoría de los hablantes del idioma. Según la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas, realizada en nuestro país entre 2004 y 2005, en las provincias de Chaco, Formosa y Santa Fe, el 65% de la población habla la lengua materna Qom.

Si bien distintos diagnósticos sociolingüísticos realizados por académicos y por los mismos hablantes coinciden en indicar que la vitalidad de la lengua Qomlaqtaq está amenazada en la provincia del Chaco (Censabella, 1999; Messineo, 2003; Hecht, 2010; Fernández, 2012; Medina, 2014). Aun así, la vitalidad y permanencia de la oralidad en la cultura Qom se manifiesta habitualmente en el campo en estudio. Cuando las personas

asisten a la consulta de TS acompañadas por otra persona de la propia comunidad Qom, puede ser un familiar directo u otra persona a quien llaman hermano/a y que auspician de traductores, intérpretes entre el idioma español y el Qomlaqtaq. Estas personas, mediadoras con la palabra, contribuyen de manera solidaria a sortear la barrera lingüística en los abordajes que requieren que un/a traductor/ra interprete la lengua Qomlaqtaq-español para comprender, preguntar, interpretar sobre el tratamiento terapéutico.

La experiencia demuestra que la barrera lingüística se acrecienta y complejiza más aún en los procesos de atención en salud interinstitucionales e intersectoriales. Se puede mencionar cuando se articula con el Sistema Judicial, Niñez, Adolescencia y Familia, Discapacidad, entre otras áreas.

La vitalidad del idioma de PO, principalmente Qom, se detecta rápidamente en el vínculo terapéutico y la dinámica de atención en el CDST, como un factor que muestra la presencia de otro/a distinto.

Según Hecht (2020):

El concepto de lengua materna no es unívoco, todo lo contrario, es polisémico en sus sentidos, alcances y usos. La aparente simplicidad del concepto acarrea factores que entran en contradicción, ya que no siempre se entiende en un solo sentido, sino que implica diferentes acepciones, tales como las vinculadas con exclusividad a criterios lingüísticos (primera lengua que se aprende) o socioculturales, afectivos e identitarios (lengua de herencia, lengua relacionada a una identidad social, lengua de la familia, independientemente de las competencias lingüísticas). El término lengua materna se suele usar también en contraposición al de una segunda lengua. En esos casos, la idea de lengua

materna refiere a la primera lengua que aprenden los seres humanos durante su infancia, a través de la que empiezan a conocer el mundo y es incorporada en su proceso de socialización lingüística en interacción con su entorno y sin intervención pedagógica, o sea sin una reflexión lingüística consciente. La lengua materna entendida desde esas perspectivas se define como aquella que es parte del grupo social y de la comunicación cotidiana, transmitida de generación en generación” (...) “los sujetos definen a la idea de lengua materna, asociándola centralmente a la lengua de herencia o lengua patrimonial de su pueblo, más allá de las competencias o el orden de su adquisición (si fue primera o segunda lengua). Esa idea forma parte de las ideologías lingüísticas del pueblo qom en un contexto de desplazamiento de su lengua, como hemos estudiado en otros escritos (Hecht, 2010, 2012). Además, para todos quienes se identifican como parte del pueblo toba/qom destacan que hay una relación afectiva-identitaria con la lengua nativa incluso para quienes no la hablan, ya que en el plano intraétnico se la valora como parte del acervo ancestral” (p.8).

Contemplando que en las filosofías indígenas la lengua materna contiene toda la cosmogonía de un pueblo y que en las culturas ágrafas la transmisión de los saberes y haceres acontece a través del relato oral, Conlleva a presuponer que la ausencia de tecnología idónea en el CDST para traducir del Qomlaqtaq al español, es un factor que interfiere notablemente en el proceso de atención de las personas pertenecientes a PO y a su vez repercute indirectamente en el sistema formal de salud.

3.7 Coexistencia de sistemas de salud en el Centro de Salud Toba

Otro núcleo problemático que profundiza la presencia de la diversidad en el proceso de atención en el CDST está relacionado con el uso de las medicinas tradicionales.

El sistema de creencias y de salud de la medicina tradicional indígena tiene su propia epidemiología nativa y sus recursos simbólicos (rituales, lenguas, ofrendas, peticiones, amuletos), recursos materiales (plantas medicinales, animales) y recursos humanos (curanderos/as, piogonak, chamanes/as, parteras, hierbateros/as, yuyeros/as), que se distinguen del sistema de la medicina alopática. Inclusive la celebración de cultos religiosos y la medicina doméstica o el autotratamiento conviven como alternativas terapéuticas, usadas cotidianamente.

Al mencionar el término medicina tradicional indígena, se hace alusión al modelo de salud de los PO y sus prácticas derivadas; a lo largo de este ensayo aparecerán términos como medicinas ancestrales, medicinas nativas, etnomedicina, medicinas indígenas, medicinas antiguas que se utilizarán como sinónimos dado que dichos términos epistemológicamente hablando remiten al paradigma tradicional de la medicina y tienen la raigambre de hacer alusión al entendimiento de la salud propio de los PO.

En los abordajes de atención interdisciplinarios con personas indígenas se presentan situaciones donde la cosmogonía de los PO con sus medicinas tradicionales e itinerarios terapéuticos tensionan con el paradigma de la medicina racional moderna, interfiriendo directamente en los procesos terapéuticos.

La medicina alopática elabora diagnósticos clínicos objetivos y universales, referenciados comúnmente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y problemas relacionados con la salud mental (CIE-10). De este modo, se propone una serie de medidas técnicas que buscan restablecer la disfunción, al modificar los mecanismos internos individuales, buscando restaurar el equilibrio interno del paciente. La atención se estructura de tal manera que, en su mayoría, las prácticas médicas tienden a la prescripción terapéutica, medicamentosa o higiénico-dietética, en las que poco se incorpora la experiencia familiar, la sabiduría popular, la medicina tradicional, el uso del diálogo o las palabras; las interferencias se agravan aún más cuando profesionales de la salud y pacientes hablan diferentes lenguas y la comunicación verbal no puede ser aprovechada en toda su dimensión.

Al decir de Sánchez (1986):

Desde tiempo inmemorial la profesión del médico propio de la comunidad se la concibe como un llamado que lleva a poner en práctica las dotes naturales, desarrolladas instintivamente y asistidas por una fuerza espiritual. Estos miembros del pueblo son los custodios de las tradiciones. El saber de estos médicos no es adquirido por estudios intelectuales, sino desarrollados instintivamente, a partir de las dotes personales, de la observación y la paciencia. (...)”Nos sigue contando Orlando Sánchez: “Los médicos reconocidos por la comunidad son requeridos tanto en trances difíciles de dolencias y enfermedades del cuerpo, como así también en problemas de comportamiento o de relación entre personas y comunidad. La atención del enfermo va acompañada de otros elementos (medicina natural) y consejos

generales de comportamiento, conocidos por tradiciones de sus antepasados (pp.27-29).

Más allá del sistema de salud convencional vigente en la ciudad de Rosario que se caracteriza por ser principalmente alopático, el valor positivo que la población perteneciente a PO atribuye a la medicina tradicional casera y al curanderismo se mantiene vigente.

El territorio pone de manifiesto la coexistencia de distintos sistemas y modelos de salud. La población activamente trata sus dolencias seleccionando y combinando las terapias que le parecen las más adecuadas. De hecho, la combinación de distintas medicinas es una de las principales estrategias terapéuticas que se sigue implementando en forma oculta a la medicina oficial, inclusive aún si la persona hubiese sido hospitalizada.

Diariamente se presentan situaciones que tensionan el sistema formal de salud notoriamente, personas pertenecientes a PO con un bagaje cultural distinto que llegan a interferir, obstaculizar lo establecido por las normativas biomédicas en salud. Se puede mencionar, por ejemplo, cuando a partir de una descripción semiológica clínica occidental, se llega a un diagnóstico que se apoya en la nosología previa, lo cual determina la elección terapéutica ante determinada enfermedad y la medicina tradicional indígena no contempla esta opción terapéutica. Habitualmente lo que sucede es que el paciente aparenta seguir o someterse a las indicaciones de la medicina alopática, pero en realidad no lo hace, produciéndose interferencias en la relación terapéutica, que se refleja en el abandono del tratamiento, el no continuar con las indicaciones y seguimiento clínico, superposición de tratamientos, entre otros.

Mientras que en la medicina occidental es el médico/a junto al equipo clínico quien está a cargo de la atención de los males y aflicciones que afectan al sujeto; en la medicina tradicional es el curandero/ra, el médico/a tradicional. Siempre en vinculación con la comunidad, el entorno cercano y familiares.

Vemos que las interferencias se profundizan aún más entre medicinas cuando las indicaciones terapéuticas de la medicina tradicional indígena se contraponen irreconciliablemente a las indicaciones de la medicina alopática y el paciente elige la medicina tradicional por sobre la medicina oficial. Si la persona implicada como paciente es un niño/a, personas gestantes o personas que requieren de una figura de apoyo, la interferencia es mayor aún; dada la preeminencia que tiene la medicina oficial amparada por la legislación vigente en el estado de derecho. Inclusive cuando las interferencias son irreparables se produce una tensión, que en ocasiones obliga a dar intervención al sistema judicial.

La experiencia en el campo muestra que la atención a la salud mental de la población indígena requiere de un enfoque intercultural que permita conocer las concepciones del proceso salud-enfermedad étnicos locales y sus terapias tradicionales para atender estos procesos adecuadamente respetando sus tradiciones y cosmovisión.

En las culturas indígenas las dolencias mentales, a diferencia de las dolencias físicas, se explican siempre como el resultado de un daño. El daño se hace por encargo de parientes, vecinos o personas cercanas a las víctimas y es realizado por personas entrenadas en las técnicas del daño y con el poder suficiente como para influir en la mente o el cuerpo de otras personas. Es claro que si la enfermedad resulta de una intención o de la manifestación de un poder, el sujeto es ajeno a lo que le sucede y sólo puede ser auxiliado por un chamán/na, médico/a de la comunidad que

neutralice, a través de la terapia ritual, las intenciones o los poderes que están causando la enfermedad. Los/as curadores/ras tradicionales buscan proveer una explicación significativa al padecimiento del sujeto y responder a las cuestiones personales, familiares y comunitarias que rodean al mismo.

Según las culturas nativas los medicamentos occidentales si bien pueden paliar las manifestaciones de la enfermedad no atacan sus causas, por lo que no pueden aportar la sanación definitiva. En muchas oportunidades son incorporados para tratar dolencias, pero su uso no trae aparejada una aceptación de la conceptualización biomédica de la salud, ni del sistema médico mismo.

Dentro del paradigma de las medicinas tradicionales tienen un valor predominante las plantas medicinales. En la farmacopea nativa se hace referencia a la utilización de plantas, sin ningún tipo de alteración química, que en combinación con diversas prácticas, actúan como purgas y purificadoras del cuerpo humano en distintos niveles. Cuando se habla de plantas medicinales, se debe pensar en sus virtudes terapéuticas y espirituales. Es indispensable observar entonces que, al contrario de las sociedades occidentales, el sistema de salud indígena responde a una interconexión holística.

Al profundizar en la complejidad de la medicina tradicional, se alude a un conjunto de saberes que no son precisamente parte de las convenciones del sistema biomédico hegemónico.

Por lo antedicho se va definiendo otro aspecto que produce interferencias en los procesos de s-e-a-c y es la marcada coexistencia de las prácticas propias que se desprenden del acervo cultural de los PO, con las prácticas de la biomedicina. Si bien las personas acceden al sistema de salud oficial, la herboristería, el chamanismo, la oración y la curación

evangélica siguen siendo los circuitos terapéuticos locales de sanación que cotidianamente, las personas pertenecientes a PO, recurren cuando están enfermas. Se podría decir, que ambos sistemas médicos conviven en paralelo.

3.8 La dimensión étnica la salud

El contacto intersubjetivo cotidiano con personas pertenecientes a PO posibilita producir información situada a partir de las prácticas sanitarias concretas, que dan cuenta de la epidemiología local interculturalmente hablando. Para los sistemas de conocimiento tradicionales, todas las partes del mundo natural tienen espíritu, todas las formas de vida están emparentadas y son interdependientes, por eso se cura el cuerpo, la mente, el espíritu, la tierra y la historia involucra a la comunidad. Para la medicina alopática el espíritu es un asunto religioso o filosófico y no científico.

El derecho a la salud en la legislación nacional Argentina, amparada en el derecho internacional, contempla el derecho de las personas argentinas pertenecientes a un PO a recibir su propia medicina y si lo desea en forma conjunta con la medicina convencional, de modo tal que no tenga que ser una actividad realizada a escondidas ni en forma clandestina.

La Constitución Argentina reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Argentina ha firmado su adhesión al Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas (1989), que en su artículo 25º expresa que:

Los servicios de salud deberán tener en cuenta las prácticas curativas y medicamentos tradicionales de los pueblos indígenas. Considerar los derechos específicos de los pueblos originarios en tanto grupos étnicamente diferenciados y la habilitación de

espacios efectivos de vigencia de dichos derecho constituye el derecho a la salud.

Desde la experiencia en el campo y para los fines de esta investigación, se sostiene que la condición étnica es un componente constitutivo de los procesos de atención en salud en el CDST; entre otros determinantes sociales de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) insta a la incorporación de la variable étnica en los registros sanitarios desde el año 1993, en el caso particular de la ciudad de Rosario, la variable étnica no está incluida en el Sistema Integrado de Salud de Rosario (SISR), situación que se presupone que obtura la posibilidad de producir información fidedigna, con indicadores específicos de la población de PO.

La recopilación de datos es un insumo vital al momento de construir los perfiles epidemiológicos, así como para evaluar las dificultades de acceso, calidad y pertinencia de los servicios de salud. La ausencia de la variable étnica produce interferencias, al no poder cuantificar y visibilizar al colectivo indígena, inclusive impide estadísticamente hablando, proyectar un trato específico para con esta población; que incorpore la perspectiva de los derechos de los PO en las políticas y programas de salud, incluyendo la dimensión intercultural.

PO es una categoría que contiene la diversidad de etnias presentes en Abya Yala (América). Desde la jerga del derecho actual la identificación a un PO se rige por el principio de pertenencia, auto identificación o auto atribución, el idioma, la comunidad, es un grupo humano con características distintivas propias, entre otros.

Como se viene planteando desde la Secretaría de Salud Pública de Rosario no se cuenta con datos epidemiológicos específicos de la población originaria, si bien, no se desconoce que es una población que presenta características distintivas. Desde mediados de 2014 se ha incorporado la pertenencia étnica al SICAP (sistema de información de Centros de Atención Primaria) de la red provincial. Se puede decir en la generalidad que la información socio sanitaria que se posee de este grupo poblacional es parcial, fragmentada y heterogénea.

La ausencia de datos en salud que puedan visibilizar la existencia de los grupos étnicamente diferenciados fundamenta en parte la metodología de este trabajo de investigación. La elección de realizar entrevistas a las propias personas protagonistas de los procesos de atención en salud en contextos pluriétnicos, es una manera de elaborar datos, información cualitativa con pertinencia cultural, desde la experiencia, para los equipos de salud.

Como se mencionó en párrafos anteriores, para hacer epidemiología - y específicamente epidemiología sociocultural- es necesario contar con los datos e inclusive para realizar determinados análisis transversales en salud: etnia y diversidad sexual, etnia y violencia de género, etnia y discapacidad, etnia y problemáticas de salud mental, etnia y suicidios, entre otras.

3.9 Estudio de campo

El campo de estudio corresponde al CDST dependiente de la Secretaría de Salud Pública de Rosario. Se pautan los protocolos correspondientes con la dirección y equipo del CDST, la Dirección de Centros de Salud, el Comité de Ética de la Secretaría de Salud Pública de Rosario y con el Instituto de la salud Juan Lazarte para garantizar la viabilidad y ética de este proyecto.

Este trabajo de investigación se basa y reverencia los principios de la dignidad humana y los derechos humanos, el respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, la privacidad y confidencialidad, la igualdad, la justicia y la equidad, la no discriminación y la no estigmatización, el respeto por la diversidad cultural y el pluralismo, la solidaridad y la cooperación, la responsabilidad social y la salud, el aprovechamiento compartido de los beneficios, la protección de las generaciones futuras, la protección del medio ambiente, la biósfera y la biodiversidad de la Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco, del año 2005. Siendo así, se solicita el consentimiento informado de las personas entrevistadas que participan en la investigación, con la debida confidencialidad, anonimato y protección de los datos.

Esta investigación, de tipo cualitativo en su diseño metodológico, se vale de la etnografía para indagar, visibilizar, caracterizar en parte las distintas dimensiones que conforman la demanda actual en salud pública, con población pluriétnica. Se recorta y explora en el trabajo de campo realizado durante los años 2017-2022, con personas usuarias pertenecientes a PO y personal de salud del CDST, insertas en un proceso terapéutico, para visibilizar las posibles interferencias existentes en dichos procesos.

Para explorar el campo se recurre a la recopilación de información mediante distintas técnicas y fuentes, como los registros en el cuaderno de campo de TS, las conversaciones informales, el testimonio oral, las entrevistas en profundidad y semiestructuradas a informantes claves, las visitas domiciliarias, las observaciones participantes.

La recopilación documental del primer tramo de esta investigación fue posible a partir de las observaciones, conversaciones informales, anotaciones, recopilación documental, la observación participante, visitas domiciliarias y recorridas barriales. La indagación de estas fuentes permitió

establecer algunos indicadores que dieron inicio al análisis sobre la presencia o ausencia de la cultura de PO en la dinámica institucional del CDST: la etnia, la lengua materna, piogonak, píioGonaGa, parteras y el uso de plantas medicinales.

En un segundo momento de la investigación, con el fin profundizar y diversificar el análisis, se recurrió al uso de las entrevistas a informantes clave. Participan de las entrevistas integrantes del equipo de salud y personas pertenecientes a PO adscriptas al CDST. La participación es en mutuo acuerdo y con los criterios de confidencialidad correspondientes, el consentimiento está redactado de manera bilingüe en Qomlaqtaq y español. Para las personas pertenecientes a PO está la opción de firmar el consentimiento en español o en su respectiva lengua vernácula. En caso de realizarse entrevistas con personas que sólo hablen la lengua Qomlaqtaq, el consentimiento es de palabra y durante la entrevista se incluirá una persona que auspicie de intérprete idónea.

Las entrevistas en profundidad a informante clave, personal de salud y personas pertenecientes a PO adscriptas al CDST constituyen las fuentes primarias, que posibilitara enriquecer las dimensiones interculturales mediante la incorporación de las percepciones de los actores de los procesos terapéuticos, desde la praxis. Las unidades de análisis son, por ende, personas pertenecientes a PO y personas profesionales insertas en un proceso terapéutico en el CDST de la ciudad de Rosario.

Se busca indagar en las percepciones, estimaciones y apreciaciones de personas de pertenecientes a Pueblos Originarios y personal de salud del CDST, insertas en un proceso terapéutico, para visibilizar dimensiones de la interculturalidad en contexto pluriétnicos.

3.10 Estado del Arte

Los términos de salud intercultural, interculturalidad en salud, enfoque o perspectiva intercultural, y otros similares se han incluido en el discurso y en la práctica de la Salud Pública en las últimas décadas, sin que se haya logrado previamente un adecuado consenso sobre su significado e implicancias.

En Argentina y Latinoamérica hay varios trabajos de investigación que abordan desde diferentes perspectivas analíticas la salud indígena en distintos contextos. Se pueden mencionar aquellos referidos a las políticas públicas indígenas desde las perspectiva intercultural (Salaverry 2010; Ameigeiras y Jure 2006; Boccara 2007; Fernández Juárez 2004, 2006; Novaro 2006; Walsh 2010; Hirsch y Serrudo 2010), trabajos que buscan describir y analizar la figura del Agente Sanitario Indígena (Moura-Pontes y Garnelo 2014; Pereira Novo 2010; Lorenzetti 2013), la formación y capacitación de los profesionales de salud en los enfoques interculturales y la participación de los PO en las políticas sanitarias (Bergagna 2012; Cuyul 2015), la salud materno-infantil y los procesos de gestación-parto-nacimiento (Cantore 2014; Drovetta 2009; Orzuza 2013; Hirsch 2015), el acceso y uso de medicamentos en las comunidades (Hirsch 2015), los circuitos de en los sistemas oficiales de salud (Suarez 2016; Stival 2018), la articulación entre saberes-prácticas de los PO y alcance de los servicios-programas de salud (Sy y Remorini 2008; Estrella 2016; Langdon 2010), los proyectos de autogestión indígena de la salud, demandas de salud indígenas y etnopolíticas (Sabatella 2011; Leavy 2016), la incorporación de la variable étnica en los registros y producción de datos estadísticos en los sistemas de salud oficiales (Cuyul, 2011; Rovetto y Specogna 2010; CEPAL/OPS 2013).

A partir del tema de investigación propuesto, se realiza una primera aproximación a la bibliografía disponible sobre interculturalidad en salud con PO en Rosario, esta indagación preliminar permite seleccionar 6 ensayos significativos de investigación local sobre el tema.

El artículo sobre las Representaciones sociales y estrategias en el cuidado de la salud respecto a la tuberculosis en la población del área de influencia del CSDT Rosario, Argentina, aborda la cuestión de la representación indígena sobre dicha enfermedad. Allí se muestra cómo existe una creencia etiológica que sostiene que la enfermedad es un mal exterior traído por los invasores y desconocido hasta entonces por los nativos, precipitado por las pérdidas y mala alimentación a que fueron sometidos por el blanco. El artículo describe intervenciones de los piogonak y aboga por la intervención compartida del curandero tradicional y de los profesionales (Cfr. con Rajmil D y Lifschitz O 2010: 5).

La antropóloga Marcela Valdata, en su Breve ensayo sobre el canto y sus representaciones entre los qom, refiere que:

Las representaciones vertidas en este breve artículo giran en torno a los modos en que los qom conciben la vida, ésta es guiada por un espíritu protector quien lo resguarda desde el nacimiento y durante toda su vida". [...] El canto Qom, es otro elemento constitutivo del acto de parir, está presente durante el embarazo y hasta en el momento mismo del parto. La antropóloga refiere que han podido relevar tres situaciones en las que el canto cobra real magnitud, el que se realiza cuando el embarazo presenta alguna dificultad (propiedad inductora), el que se le canta en el momento del nacimiento (entonación, sin texto) y una canción de cuna (representación de vínculos parentales). Para la cultura qom junto al canto cobra relevancia la figura de la partera

quien establece con la mujer gestante una relación que persiste antes y durante el parto. La cosmovisión qom ancestral considera que el proceso de apertura de la matriz es una bienvenida. Las mujeres durante el parto son acompañadas por la partera de la comunidad, mujer conocedora de los saberes medicinales ancestrales. Según la visión y representación del cuerpo se considera que la posición del cuerpo de la mujer para parir es semi sentada. Para la parturienta durante las contracciones n' quíic qaica (los dolores) del parto no se vivencian como tal, al encontrarse rodeada permanentemente por la familia y en la comunidad. Esta práctica, ritual no se lleva a cabo en las maternidades y hospitales de las ciudades, la lógica de atención biomédica y su tecnologías aplicadas (Valdata 2011:14).

Este estudio afirma el valor que se le otorga al ritual del parto y a las mujeres parteras en la etnomedicina Qom.

En el marco de la determinación social de los procesos salud enfermedad y su distribución en poblaciones con características étnicas, la investigación titulada “Problemas de salud de niñas y niños indígenas. Mejorar sus condiciones de vida para garantizar el derecho a la salud”, Orzuza muestra los resultados de un estudio que analiza la situación de salud de la población infantil perteneciente a la etnia Qom en Rosario, adscrita al CDST.

[...] las enfermedades identificadas repiten el perfil de morbilidad de la infancia en situación de pobreza. De mayor frecuencia son las enfermedades del sistema respiratorio, luego las infecciosas y parasitarias que incluyen diarrea como principal motivo de consulta y Chagas. También se reconocen enfermedades endocrinas y nutricionales, principalmente obesidad y

desnutrición. Las enfermedades identificadas son prevenibles y evitables. Los determinantes de estos problemas de salud se encuentran en la migración, la menor accesibilidad a servicios públicos imprescindibles como el agua, la presencia de animales enfermos y dietas insuficientes en cantidad y calidad. Considerando el carácter evitable de los problemas de salud, se considera y recomienda que se organicen, programen y distribuyan los recursos sanitarios desde una óptica que privilegie lo preventivo y no solamente lo curativo y que incluya la participación de la comunidad para alcanzar estos cambios necesarios (Orzuza 2011:114).

El artículo “Interculturalidad y salud en barrio toba oeste Rosario” plantea que:

La entidad denominada “aborigen” se organiza dentro de una trama relacional, y no se evidencia como un conjunto de cualidades objetivas inherentes, previamente establecidas. [...] Desde su constitución, el Estado argentino desarrolló una tensión entre la voluntad de extender los “beneficios de la civilización” a las poblaciones que no gozan de ellos, y la convicción de que esas mismas poblaciones están imposibilitadas de gozarlos plenamente. Hoy siguen siendo definidos como “otros internos” con dificultades para compartir el “modo de vida civilizado”. Pero al mismo tiempo, su carácter de “internos” exige su homologación bajo ese modo de vida, condición básica para integrar la Nación. [...] En el campo de la salud, los elementos significativos del campo específico surgen en la relación establecida entre los consultantes y los agentes del sistema de salud, contextualizadas por los criterios que rigen las políticas estatales. En este contexto

la investigación anclada en las comunidad qom de Rosario, recupera una variedad de problemas que transcurren en diferentes ámbitos de relación: crisis generacional entre las generaciones jóvenes y las más viejas, la discriminación, las dificultades para obtener empleo y estabilizarse en ellos; la continuidad de sostener relaciones con familiares y vínculos cercanos en el Chaco, viajes a su tierra de origen que sienten como sanadores. “Se menciona que es evidente que las respuestas que las comunidades indígenas han obtenido desde el Estado se han debido a una intensa movilización colectiva; gran parte de sus preocupaciones giran alrededor de estrategias para obtener del blanco (en especial los funcionarios) el acceso a beneficios, a posibilidades de trabajo más estables y a un reconocimiento más igualitario. Con respecto a problemas de salud las comunidades identifican a la tuberculosis como un problema grave que les trajo el blanco y casos de reuma; y hacen notar la situación de la mujer parturienta en el hospital, donde no se considera costumbres ancestrales” (Ariza y otros 2015:10/11).

Para continuar enriqueciendo la mirada intercultural en salud, la investigación del antropólogo Stival (2018) plantea que:

[...] Los qom recurren a conocimientos y saberes provenientes de diferentes contextos y tradiciones médicas y los distintos recursos terapéuticos se utilizan, en forma simultánea, sucesiva o yuxtapuesta. Los recursos terapéuticos relevados en nuestro estudio junto a la población qom de Los Pumitas son los siguientes: los servicios biomédicos básicamente públicos de distintos niveles de complejidad; los curadores tradicionales qom, denominados piogonak; los recursos religiosos, principalmente los

vinculados a los cultos de las iglesias pentecostales indígenas locales. (...) Desde distintos enfoques, perspectivas y niveles de profundidad, la totalidad de los estudios relevados concluyen señalando la existencia de dificultades de la población qom para acceder al sistema de salud y la inadecuación de los servicios para reconocer las particularidades de esta población. Las poblaciones qom comparten problemáticas semejantes con otros conjuntos sociales que viven en condiciones similares, no obstante, en el campo de la salud y en la utilización de los servicios plantean problemáticas específicas y distintivas en función de sus particularidades históricas, sociales y culturales. El uso problemático de los servicios de salud es reconocido tanto por los usuarios qom como por los profesionales y el personal de las instituciones sanitarias donde estos pacientes se atienden tanto en los centros de salud como en servicios con mayores niveles de complejidad (pp.219-220).

La última mención se corresponde con una experiencia en salud realizada en el CDST, durante el transcurso del año 2018. El artículo se titula: La salud intercultural en la formación universitaria, expuesto en las Segundas Jornadas de la red de Antropología y Salud de Argentina red ASA del año 2020.

[...] En el transcurrir de las diversas reuniones se fue focalizando que la tarea más inmediata era lograr la adherencia al tratamiento (bajo la mirada biomédica) y el control del núcleo familiar [...] El CAPS provincial decidió no participar, aduciendo que sus pacientes estaban controlados, por lo que se continuó trabajando solamente con el Centro de Salud Municipal, la Dirección de Epidemiología (que además integran la comisión de salud de la

Dirección de Pueblos Originarios) el Programa de Medicina Tradicional y Natural de la Secretaría de Salud Pública, el Programa de TBC de la Municipalidad de Rosario y cinco agentes interculturales que operarían de mediadores entre la comunidad y el centro de salud. Es de resaltar que algunos de estos agentes, habían sido promotores en salud en el año 1999 y 2010 respectivamente bajo proyectos presentados a través del programa Remediar y conocían la dinámica de la atención de la biomedicina. El grupo se conformó por 4 mujeres qom y una mujer mapuche, la capacitación vertida para el acompañamiento estuvo centrada fundamentalmente en los aspectos más simples para la observación de los núcleos habitacionales, como por ejemplo ventilación de la vivienda, higiene, entrada de sol y alimentación. Los casos fueron abordados de modo integral, este grupo de agentes interculturales no sólo focalizaba el problema de la enfermedad, sino que registraba tanto el estado de la vivienda, situación escolar, ingresos y trabajo, así como también la participación en las iglesias pentecostales como instancias de cura [...] Se realizaron algunos talleres en los que se trabajó la confidencialidad, el anonimato y los aspectos relevantes ante las dificultades de cada caso; todos fueron abordados junto al médico de cabecera y directivos de la institución. Las estrategias implementadas por el Centro de Salud se limitaban al acompañamiento y seguimiento de los diagnosticados y de su núcleo familiar, mientras que la referencia por parte de la comunidad a la aparición de estas enfermedades respondía a aspectos espirituales. En cierta forma esto explica que en algunos casos fuera muy difícil poder cumplir con los turnos otorgados, aun cuando tenían un acompañamiento personalizado y podían darle otra entidad a la enfermedad, esto no fue suficiente.

Consideramos que en esta experiencia estuvo ausente esa mirada complementaria con los saberes del otro no hegemónico, donde se propiciará la incorporación en la cura de esos saberes no legitimados, o no conocidos, por la biomedicina” (Chumpitaz y otros 2020:292/291).

3.11 Otros antecedentes del campo

Estadísticamente a lo largo de años se presenta un incremento de la Tuberculosis (TBC) en la zona de referencia del CDST. La concentración y no disminución de la tasa de prevalencia por sobre el resto de la ciudad, de la enfermedad de la TBC pulmonar con baciloscopia positiva por esputo en la población referenciada geográficamente al CDST; es un problema de Salud Pública. Del total de la población afectada al menos el 67 % pertenece a PO. En el año 2022 la tasa de prevalencia continúa en aumento, presentándose muertes por tuberculosis pulmonar de personas jóvenes pertenecientes a PO, sin referencias con el sistema de salud formal.

Desde la Comisión Nacional Salud Investiga dependiente del Ministerio de salud de la Nación, se financia el proyecto titulado: Prácticas y trayectorias terapéuticas, búsqueda de ayuda y adherencia al tratamiento en paciente Qom (Toba) con diagnóstico de TBC pulmonar referenciados en un centro de salud del distrito oeste del Municipio de Rosario (Santa Fe, Argentina). En esta investigación se concluye que la TBC continúa siendo, por sus características patológicas y los factores sociodemográficos a ella asociados, un problema central para la salud pública actual y futura. La descripción de la situación epidemiológica de la enfermedad reviste un particular interés entre la población indígena de nuestro país, debido a las mayores desventajas sociales y condiciones de vulnerabilidad que padece y a la que la pertenencia étnica suele coadyuvar. Los resultados muestran

naturalización y subestimación de los síntomas, subutilización del nivel de atención primaria, tensiones entre el tratamiento e indicaciones higiénicas prescritas por el saber biomédico y el estilo de vida del grupo que, junto a las barreras a la accesibilidad del sistema biomédico de salud y las condiciones sociales desfavorables de la población, se encuentran asociados a una adherencia deficiente al tratamiento antituberculoso. (Cfr. con Fernández 2016: 2)

La tesina “Intercambio sociocultural en una Institución de Salud” de la Lic. en Trabajo Social Lucía Abecasis da cuenta de experiencias de promotoras de salud con mujeres, en su mayoría, pertenecientes a la etnia Qom adscriptas al CDST. La experiencia de trabajo sostuvo encuentros entre profesionales del CDST (psicología, trabajo social, médicos/as) y la comunidad. Los resultados afirman una serie de dificultades que el CDST registraba en el proceso de atención, siendo básicamente la comunicación con los pacientes que pertenecen a la comunidad Qom, la principal dificultad.

Empezamos a principios del 1998 porque venía la gente en muy mal estado, con mucho tiempo de evolución de alguna enfermedad, más que nada niños, pero adultos también...y por ahí venían varios de la familia, hablaban entre ellos en toba, no entendíamos nada, preguntábamos y nos respondían, la cosa era que había una falta de conexión terrible”. ..”empezamos yendo a las personas que considerábamos, en ese momento, referentes de la comunidad, a los caciques, pastores, la gente de la vecinal. Entonces, les planteamos que íbamos a hacer un taller de Promotores de Salud y les ofrecimos que podían invitar a toda la gente de su grupo que les interesara. Vinieron más o menos alrededor de 20 mujeres de la comunidad y un

varón...Inicialmente no había forma de iniciar una conversación”.(Abecasis 2007: 96).

Estas mujeres en el año 2003 y como cierre de la experiencia participaron en las primeras jornadas de APS, en los encuentros sobre violencia familiar, plantas medicinales y promoción de la salud. Si bien el proyecto del grupo de promotoras de salud no se sostuvo en el tiempo, el capital social permaneció en la comunidad. Las mujeres indígenas que participaron en la mencionada experiencia han participado, a lo largo de los años, en otras instancias de abordajes comunitarios.

En el trabajo de investigación de Corbetta S. y Rosas C. (2016), las autoras recuperan relatos de personas de la comunidad Qom que dan cuenta de los múltiples atravesamientos de la dimensión de salud, entre lo que se puede mencionar:

La conectividad del transporte también es un obstáculo para los traslados por motivos de salud, fundamentalmente en el Barrio Toba. Allí, entre las 22:00 hs y las 6:00hs los colectivos disminuyen su frecuencia y los taxistas se niegan a entrar por considerarlos peligrosos. De modo que durante muchas horas las familias qom quedan relativamente desconectados del resto de la ciudad, excepto las pocas que cuentan con vehículo” (...) “Hay otros obstáculos de índole cultural en lo que respecta a la salud. En varias entrevistas se reclaman servicios con perspectiva étnica, por la necesidad de contar con agentes sanitarios qom que medien entre los pacientes y los médicos criollos. ¡El tema de la salud es terrible! Es una problemática. ¿Por qué? Porque ellos... tienen digamos, su medicina, y está la medicina blanca [...]. Está la del dispensario y está la de piogonak. Es así, acá es así. Lograr que haya, digamos, un intercambio es muy difícil. Por eso es

importante que haya un agente sanitario de la comunidad. Es muy importante. ¿Por qué? Porque el agente sanitario puede, primero hablar en qom [...]. Expresar lo que [ellos] pueden expresar desde la comunidad. Y por el otro lado, hacer un acercamiento a las instituciones [...]. ¿Por qué? Porque puede explicarle de otra manera cuál es la función del médico criollo [...]. Y... bueno, esta es la cuestión de que te hablaba. Que muchas veces, cuando llegan al médico, ya está tan... tan terrible el cuadro [...]. Van primero al piogonak, y después... La demanda de agentes sanitarios qom es un viejo reclamo expresado desde fines de los años ochenta. Sin embargo, no se han realizado esfuerzos en esa dirección, perpetuando los niveles desatención hacia la comunidad indígena de la ciudad de Rosario por parte de los agentes sanitarios criollos (Corbetta y Rosas 2016:22/23).

Si bien en el caso de la municipalidad de Rosario existe la ordenanza 9382 que establece la creación de la figura del Agente Sanitario para los Pueblos Originarios (ASPO), el CDST en su organigrama no cuenta con esta figura. Este hecho interfiere notablemente en la comunicación. Muchas de las personas pertenecientes a PO, sus familias y la misma comunidad, son bilingües Qomlaqtaq-español, inclusive se encuentran personas usuarias que sólo hablan la lengua Qomlaqtaq.

Se establece mediante la ordenanza que los Agentes Sanitarios para los Pueblos Originarios (ASPO) tendrán como misión facilitar la comunicación entre las diferentes áreas de la Municipalidad de Rosario y en especial con el sistema de APS municipal y los diferentes grupos pertenecientes a PO que viven en la ciudad de Rosario.

Cada ASPO tendrá carácter de personal de planta municipal gozando de todos los beneficios y derechos en igualdad de

condición con los demás trabajadores de la salud: la Secretaría de Salud Pública Municipal, conjuntamente con el Consejo de Coordinación y Participación de Políticas Públicas Indígenas elaborarán un proceso de preselección y elección conforme al Convenio No 169 de la OIT, Parte 3, Art. 20, Inc. 1 y 2. El ASPO deberá cumplir como requisito excluyente el nivel educativo de primaria completa, conocimiento del concepto de salud de la cultura indígena a la que pertenece, tradiciones ancestrales, y hablar el idioma Qom, Moqoit, Kolla, o alguna otra lengua indígena, según sea la comunidad en la que ha de trabajar, además del castellano, todos ellos de manera oral y escrita. Se deberá garantizar el número de ASPO contemplando una igual representación de mujeres y varones, [...] Los APSO se destinarán en primer término a los centros de salud donde están insertas las comunidades, siempre respetando la paridad mujer-varón. Los APSO también tendrán inserción en los hospitales de alta complejidad para facilitar la comunicación con los miembros de su comunidad y los médicos (Boletín Oficial Municipal Electrónico - N° 528 -2015).

Existe un pedido histórico por parte de los PO a ser reconocidos e integrados en la institucionalidad pública desde el Estado de derecho. En el caso de la figura del ASPO, en el CDST no está incluida dentro del personal de salud.

3. MARCO TEÓRICO

En los párrafos siguientes, y a los fines de esta investigación, se expondrán algunos conceptos que permitan pensar el lugar de la otredad de los PO en la salud pública y el lugar de la interculturalidad.

La llegada de familias de PO del Chaco, Formosa, Corrientes e incluso del vecino país de Paraguay a Rosario, supuso un conjunto de resignificaciones de las prácticas, creencias, valores y códigos relacionales que traen aparejados la vida urbana. Este eje es esencial al momento de impulsar un diálogo intercultural, dado que la construcción de la identidad no es un proceso acabado, por el contrario se configura y reconfigura permanentemente.

Los asentamientos urbanos no terminan de romper definitivamente con los patrones culturales tradicionales. Por un lado la tendencia es readaptar los aspectos migratorios del ciclo anual de la cultura original y, por otro, elaborar una estrategia de supervivencia que pasa por la asimilación, mediante un nuevo sincretismo cultural de las pautas urbanas.

“Las generaciones sociales deben definirse dentro de un universo social específico, y pueden originarse tanto a partir de un acontecimiento fundador o a partir de los cambios y rupturas de determinados marcos de socialización” (Mauger 2013: 11). Podemos sugerir que, para el caso de los Qom, los procesos migratorios actuales desde el Chaco hacia las grandes ciudades como Rosario produjeron cambios que podrían pensarse como rupturas en sus marcos de socialización tradicional que, en sus orígenes, fue colonizada por el pensamiento blanco y lo continúa siendo.

Estos movimientos de desarraigo en busca de la supervivencia, donde migran miembros del Pueblo Toba de las zonas rurales a distintos centros

urbanos de la misma provincia de origen (Resistencia, Roque Sáenz Peña) o de otras provincias (Rosario, La Plata, Buenos Aires) constituyen en la mayoría de los casos experiencias dolorosas. Además de producir efectos de disgregación y fragmentación familiar, exigen la adecuación a condiciones de vida muy precarias y a un contexto negador de la presencia indígena en los polos más modernizados del país. (Cfr. con Carrasco y Briones 1996: 265). Las ciudades elegidas por los migrantes de PO, sin embargo, no presentan reales posibilidades laborales, lo cual ocasiona un ir y venir, que se traduce en un desplazamiento constante que se conoce como migración golondrina.

Para hablar hoy sobre los derechos a las diferencias en Salud Pública, innegablemente hay que nombrar como acontece el encuentro con ese otro, los PO quienes fueron perseguidos por el naciente Estado argentino tanto para ser expulsados de sus tierras como para ser captados como mano de obra barata.

4.1 El derecho a las diferencias en salud.

El derecho a la salud, y su consecuente sistema de salud actual, se conforma con la predominancia de la medicina alopática, imbuida de la racionalidad científica occidental con su investidura colonizadora, que por más de 500 años destituye los saberes subalternos nativos. Revalorizar retitulando los saberes que históricamente han sido ubicados en los márgenes, negados o subestimados, desde la racionalidad moderna, es una manera de visibilizar su existencia.

Las corrientes de pensamiento sustentadas en las epistemologías descoloniales conforman una matriz de pensamiento mediante la cual se nutre la interculturalidad crítica en salud. Nociones que ponen en valor los

saberes ancestrales de los PO de Argentina, hermanados con la filosofía del Abya Yala (América).

La concepción de la salud de los PO tiene como factor fundante para la vida el vínculo espiritual que los une con la tierra y toda la biodiversidad que lo habita. Siguiendo a Salaverry (2010):

El caso del imperio español en América, no sólo fue una primera evidencia de la diversidad cultural y de las complejas relaciones entre culturas, sino también de una primera relación intercultural en salud. Los conquistadores, y luego los emigrantes españoles, establecieron en la práctica dos sistemas sociales coexistentes en los territorios de ultramar, a los que se referían como una República de españoles y una República de naturales, cada una de ellas sometida a sus propias exigencias y regulaciones, dentro del marco de la obediencia al soberano metropolitano. [...] El sistema sanitario andino estaba estrechamente vinculado con los aspectos religiosos y mágicos, (aunque el sistema sanitario español tenía igual naturaleza), por inspiración de las órdenes religiosas que se afincaron en las nuevas tierras se desarrolla durante la segunda mitad del siglo XVI la llamada “extirpación de idolatrías” que, conducida por sacerdotes que no supieron distinguir en los sanadores nativos el componente curativo de sus prácticas de los aspectos mágicos y religiosos que estas conllevaban, llevaron a la destrucción el sistema sanitario andino prohibiendo el ejercicio de sus curaciones y castigando a quienes las enseñaran o practicasen. En el transcurso de dos o tres generaciones se perdieron siglos de conocimientos acumulados (p.15).

Las prácticas y conocimientos ancestrales que sobrevivieron diezmados, silenciados, aislados, fueron incorporados en los conocimientos colectivos. De la cultura de los pueblos pasaron a ser componentes de un sistema de medicina popular o folklórica. Así es cómo se instala mediante la violencia el derecho a esclavizar a los PO en nombre de la posesión de la razón y siendo la razón europea la cultura superior.

En “Ecofeminismos. Teorías, críticas y perspectivas”, las autoras María Mies y Vandana Shiva (2013), hacen referencia a cómo en el capitalismo global se construyen y mantienen mecanismos económicos, políticos, epistemológicos y simbólicos que sostienen un modelo biocida, que mantienen a las mayorías sociales anestesiadas e incapaces de darse cuenta de que lo que llamamos progreso y desarrollo, en muchas ocasiones, es el proceso de destrucción de las bases materiales que sostienen a la especie humana.

Revelan que la subordinación de las mujeres a los hombres y la explotación de la naturaleza son dos caras de una misma moneda. Las mismas responden a lógicas comunes: creer en la ilusión de poder vivir al margen de la naturaleza, el ejercicio del poder patriarcal y del sometimiento de la vida a la exigencia de la acumulación (p. 8).

Horacio Machado Araoz (2016) refiere que:

[...] el capitalismo provocó, como efecto y como condición de su propia existencia una drástica transformación de los paisajes y los cuerpos, en la exterioridad de sus fisonomías y en la interioridad de sus fisiologías, a una inédita escala histórico-geográfica. En un estricto sentido científico, cabe hablar de la configuración de una nueva era geológica: la era del “capitaloceno”, como lo nombra de

Elmar Altvater (2014) [...] En la ontogénesis del capitaloceno, la conquista y colonización de América es el hecho fundacional. La era de la producción capitalista de la naturaleza tiene, su origen histórico-geográfico desencadenante y como principio epistémico-político constituyente, la violencia radical originaria a través de la cual los territorios-cuerpos, los sistema agro-culturales- del Abya Yala fueron traumáticamente apropiados, trastornados y producidos bajo la nueva identidad colonial dada en llamar América (p.217).

Se sabe que, en la actualidad, el cambio climático y la extinción de las especies se deben a la actividad humana y a la tremenda huella ecológica de nuestra especie; asimismo la ciencia dominante dice que hemos entrado en una era nueva, la antropocéntrica, la era en que la especie humana ha llegado a ser la fuerza más importante del planeta. Ante este discurso, las filosofías indígenas continúan proclamando la hermandad, la intrínseca relación de todo lo existente.

A los fines de ampliar el entendimiento de la sinergia de la naturaleza, pensamiento propio del Abya Yala, desde el conocimiento científico no dominante, es pertinente hacer alusión a la hipótesis de Gaia propuesta por Lovelock y Margulis y expuestas en las conferencias de Lindisfarne en junio de 1980. La tierra es una construcción biológica, los autores la nombran como Gaia, y refieren que:

[...] es el nombre que retomaron del Neolítico para designar a la superficie de la tierra (el aire, la corteza y los océanos) como ente orgánico, como unidad viva; Gaia incluye todos los procesos vitales interrelacionados que se realizan en la tierra, y que forman parte de un mismo impulso autopoyético, auto-organizativo y autorregulador. No es que haya seres vivos que pueblan la tierra,

es que todos los seres vivos somos parte de la tierra viva; somos un momento de los ciclos de Gaia, un remanso de flujo gaiático. Un flujo que no es nada etéreo o sobrenatural, sino un flujo material totalmente identificado (Lovelock 1989: 89).

El economista y filósofo de la Comunidad de Pocsi, de Pueblo Puquina, promotor y activista del movimiento indígena andino-amazónico, Javier Lajo, plantea que:

La ruta inka de sabiduría, la pertinencia de recuperar la conciencia histórica y la soberanía de los pueblos originarios del continente americano. Para el autor “la soberanía fue truncada por la invasión y ocupación europea a mediados del siglo XV, proceso de violencia histórica que ha generado un cúmulo de traumas sociales, cuyo principal síndrome es la carencia de “subjetividad social” de los descendientes de los pueblos agredidos por la violencia colonialista, habiéndose convertido a lo largo de cinco siglos en “objetos sociales”, lo que provoca por tanto que los millones de indígenas y mestizos del continente americano sean fácil y consuetudinariamente “invisibilizados”, por la virtual apropiación del ser social de los pueblos colonizados por el agresor colonialista, una apropiación del “sí mismo” del colonizado como “área legítima” de los actos colonialistas, lo que viola convenciones socialmente elementales y básicas y pasa a constituirse en un máximo ejemplo en la historia mundial, de invasión del “sí mismo” (subjetivo) de las víctimas de la colonización (Lajo 2002: 43).

En la actualidad los PO continúan reclamando el respeto a sus formas de vida. A lo largo de la historia, Argentina enfrentó su relación con los pueblos indígenas con la imagen de ser un país sin indios o un crisol de

razas aportado por la gran inmigración extranjera de entre los siglos XIX-XX; ambas perspectivas, la negación de la otredad indígena y la constitución de una identidad heteróclita bajada de los barcos, coincidieron en la conformación del Estado argentino, y estuvieron precedidos por acciones de sojuzgamiento militar y operaciones etnocidas que indujeron a la expulsión o subsunción de la fuerza de trabajo nativa sobreviviente en el sistema de expansión agrícola-ganadero y agroindustrial de las economías regionales, provocaron la desestructuración de las modalidades prototípicas de organización social, política y económica para, finalmente, legalizar la expropiación territorial y la disposición de los recursos naturales que configuraban la base de sustentación económica y sociocultural aborígen (Cfr. con Trincherio 2009: 2). Para el autor, en el seno de la sociedad argentina persiste un discurso conservador discriminatorio, claramente estigmatizante, hacia la población de PO.

4.2 Salud intercultural

La interculturalidad presupone la interacción entre distintas culturas, previamente identificadas.

En este trabajo se menciona el término interculturalidad en primer lugar para reivindicar y dar lugar al carácter distintivo de la otredad. Y específicamente se utiliza para englobar las diferencias y la constitución de los derechos de personas cuya pertenencia cultural se reivindica en una matriz indígena.

Se comprende que el punto de partida para sostener la interculturalidad como política de Estado, es la libre determinación que proclaman históricamente los pueblos indígenas.

Catherine Walsh (2012) plantea que hoy la interculturalidad es eje importante tanto en la esfera nacional, institucional, constitucional como en el ámbito y cooperación inter/transnacional. Aunque se puede argumentar que esta presencia es efecto y resultado de las luchas de los movimientos sociales, políticos, ancestrales y sus demandas por reconocimiento, derechos y transformación social, también puede ser vista, a la vez, desde otra perspectiva: la que la liga a los diseños globales del poder, capital y mercado. Dado los sentidos y usos múltiples de la interculturalidad, hace la distinción entre una interculturalidad que es funcional al sistema dominante, y otra concebida como proyecto político, social, epistémico y ético de transformación y descolonialidad (Cfr. con Walsh 2012: 31/33).

Se puede decir que en Argentina conviven múltiples sentidos y usos de la interculturalidad. Compartimos con la autora la caracterización que le otorga a la denominada interculturalidad crítica:

La misma enfoca los procesos que se inician desde abajo hacia arriba, desde la acción local, que buscan producir transformaciones sociales y para cuyo logros se requiere ir en múltiples direcciones. Es decir, procesos de interculturalización múltiple. Las diferencias no parten de la etnicidad en sí, sino de una subjetividad y un locus de enunciación definidos por y contruidos en la experiencia de subalternización social, política y cultural de grupos, pero también de conocimientos. El significado de la interculturalidad construido a partir de esta posición necesariamente implica procesos de subalternización, descolonización y descolonialidad. Procesos que en lo factico, están dirigidas a fortalecer lo propio como respuesta y estrategia frente a la violencia simbólica y estructural, a ampliar el espacio de lucha y de relación con los demás sectores en condiciones de

simetría y a impulsar cambios estructurales o sistémicos (Walsh 2012: 34).

En los espacios de formación académica y en las agendas del Estado se piensa en clave de interculturalidad en salud o salud intercultural, como una forma de citar y dar lugar a aquello que se presenta como distinto.

Asumir la soberanía, reflejada en la libre determinación de los pueblos indígenas, implica reconocer el derecho a la pertenencia a un grupo humano diferenciado de los demás. Sin este hecho no es posible construir las identidades diversas, que confluyen en las identidades nativas del Abya Yala.

Acordamos con Salaverry (2010), en el sentido de que la interculturalidad presupone la interacción entre distintas culturas y que estas culturas deben estar previamente identificadas como condición necesaria para que exista su reconocimiento en las diferencias. La mirada homogeneizadora y aglutinadora de Europa produjo una verdadera catástrofe cultural en el Abya Yala. Además de las epidemias y la desestructuración social que generaron una debacle demográfica, las conocidas reducciones de indios, la mita y otras instituciones virreinales contribuyeron a la pérdida de identidades locales y regionales, las “lenguas nativas fueron desapareciendo en el mundo andino cediendo frente a una lengua común de comunicación interna, una verdadera lengua franca como el quechua, y una de vínculo con el poder: el castellano (Cfr. con Salaverry 2010: 35).

Por lo antedicho, resulta imprescindible que para que efectivamente exista la interculturalidad, los grupos identitarios y sus culturas deban ser nombrados. Estar previamente reconocidas y asumidas sus identidades es

una manera de garantizar el acceso a los Derechos Humanos con pertinencia cultural.

4.3 Marco jurídico de los Pueblos Originarios

Pasemos a historizar brevemente cómo se representan en la trama institucional del Estado las políticas sectoriales de salud destinadas a los pueblos originarios. Cómo desde APS se construye, se visibiliza, la alteridad, punto esencial para pensar las políticas de reconocimiento indígena, los procesos de s-e-a-c y los programas de salud interculturales.

El proceso de reconocimiento jurídico progresista de los derechos indígenas comenzó en Argentina durante la década de 1980, con el surgimiento de las llamadas leyes indigenistas integrales, tanto a nivel provincial como nacional. Es oportuno mencionar la creación del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), creado según la Ley 23302. Fue sancionada en 1985 y reglamentada en 1989. El INAI es la agencia indigenista estatal destinada a implementar políticas sociales para PO en Argentina.

El Estado nacional argentino, autodefinido como multiétnico y pluricultural, ha configurado un marco jurídico específico para los PO, a partir de la suscripción de declaraciones y convenios de carácter internacional y de la producción de legislación propia que contiene derechos especiales. Acción que posibilita el reconocimiento del derecho étnico y los espacios jurídicos de interlegalidad, las cuestiones de la interculturalidad y salud, las de las autonomías étnicas y de las identidades étnicas indígenas.

En la Constitución Nacional Argentina con la reforma de 1994 se incorporaron los tratados internacionales, entre ellos el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre los Pueblos Indígenas y

Tribales en Países Independientes, mediante el cual se establece “el derecho al respeto a la identidad cultural, a asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida, a la salud intercultural, al respeto a sus saberes y conocimientos ancestrales, a la consulta previa y participación, el derecho a la tierra y sus territorios, a la educación bilingüe, entre otros dentro del marco de los Estados en que viven”. Recuerda también la particular contribución de los pueblos ancestrales a la diversidad cultural, a la armonía social y al cuidado de la Madre Tierra.

Este hecho parece implicar un quiebre al reconocer a los PO como sujetos de derecho colectivo y consagrar la preexistencia étnica y cultural a la presencia estatal en el territorio. Este eje genera un continuo debate vinculado en buena parte a las contradicciones entre los Derechos Humanos internacionales y los derechos consuetudinarios de PO o grupos identitarios (Cfr. con Segato 2004: 23; Pechincha 2002).

Rita Segato, en su exposición sobre “Antropología y Derechos Humanos: alteridad y ética en el movimiento de los Derechos universales” dice que:

Hoy más que nunca, con las evidencias incontestables que los etnógrafos han aportado en un siglo de antropología sobre la diversidad de visiones de mundo y sistemas de valores, debemos percibir claramente la diferencia y la distancia entre ley y moral, entre sociedad nacional y comunidades morales. La costumbre nativa sea de pueblos originarios o de pueblos occidentales (tan étnicos para la perspectiva antropológica como cualquier grupo tribal) no puede ser considerada equivalente a la ley que constantemente se genera y se transforma como consecuencia de las luchas entre grupos de interés dentro de las sociedades nacionales y de la comunidad internacional (Segato 2004: 23).

Por este motivo, la autora considera la dimensión ética de la existencia humana como ese componente diferente tanto de la moral como de la ley moderna, siendo la ética el fundamento de los Derechos Humanos en su constante proceso de expansión.

El 7 de septiembre del 2007, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, que ratifica y amplía lo mencionado en los párrafos anteriores. Ésta afirma que los pueblos indígenas son iguales a todos los demás y reconoce el derecho de todos los pueblos a ser diferentes, a considerarse a sí mismos diferentes y a ser respetados como tales. También afirma que todos los pueblos contribuyen a la diversidad y riqueza de las civilizaciones y culturas, que constituyen el patrimonio común de la humanidad. La Declaración señala también que todas las doctrinas políticas y prácticas sociales basadas en la superioridad de determinados pueblos o personas, o que la propugnan aduciendo razones de origen nacional o diferencias raciales, religiosas, étnicas o culturales, son racistas, científicamente falsas, jurídicamente inválidas, moralmente condenables y socialmente injustas, reafirmando que, en el ejercicio de los derechos, los pueblos indígenas deben estar libres de toda forma de discriminación.

Dicha declaración hace alusión al acontecimiento histórico de que los PO han sufrido injusticias como resultado de la colonización y enajenación de las tierras, territorios y recursos, lo que ha impedido ejercer en particular el derecho a la expresión de acuerdo con sus propias necesidades e intereses. Además enfatiza una urgente necesidad de respetar y promover los derechos intrínsecos de los PO que derivan de las estructuras políticas, económicas y sociales y de la cultura, tradiciones espirituales, la historia y concepción de vida, especialmente los derechos a las tierras, territorios y recursos. Los PO tienen derecho a la libre

determinación. En virtud de este derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo social y cultural.

Es incuestionable que las demandas étnicas encuentran su lugar destacado en el conflicto social, en el impacto que producen en la agenda pública cuando las demandas son visibilizadas como cuestión de Estado. Partiendo de concebir la cuestión indígena como resultado de la conjunción de narrativas hegemónicas, políticas estatales y movilizaciones, Gordillo y Hirsch (2010) avanzan sobre los procesos de invisibilización y emergencia de los grupos indígenas en tanto fuerza social en la arena pública. Proponen dos figuras para dar cuenta de ellos: lo indígena como presencia ausencia y como presencia reconocida. Mientras, desde finales del siglo XIX y durante la mayor parte del XX, se pretendió la eliminación y el silenciamiento del sustrato indígena de la nación, a la vez que se lo erigía en un elemento constitutivo de formas hegemónicas de nacionalidad, que incluso guió políticas estatales; situación que desde los noventa se asiste a la presencia pública de los grupos indígenas en tanto componentes de la nación y a la profusión de indigenidades emergentes (Cfr. con Gordillo y Hirsch 2010: 301/302).

4.4 Cronología de la política intercultural indígena

En la política sanitaria de Argentina se puede mencionar como el primer antecedente reglado del enfoque intercultural en salud la incorporación de los agentes sanitarios indígena en APS. La discusión en torno a los derechos de los PO y la cobertura de los servicios de salud en nuestro país se instala en la agenda pública en 1992 con la emergencia del cólera que afectó a varias zonas del noroeste y noreste del país. La emergencia sanitaria del cólera genera que progresivamente la cuestión de salud de los PO pase a formar parte de las políticas de gobierno de la época.

En este marco se va constituyendo la figura del agente sanitario y se extiende la red de agentes sanitarios como representantes de los PO en Salud Pública.

El Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) a partir de 1992-1993 firmó convenios con el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud con la finalidad de capacitar a indígenas como facilitadores culturales. Elegidos por sus propias comunidades, se constituirían en el nexo con el sistema público de salud. A cambio de esta tarea los agentes recibían mensualmente una retribución al igual que aquellos inscriptos a otros planes sociales, tales como el Trabajar o el de Empleo Comunitario. En este sentido, el Programa Salud de Pueblos Indígenas se encuadró en la política de fomento de empleo de la época que otorgaba una retribución no contributiva a cambio de una contraprestación de seis horas diarias en alguna área o servicio. (Cfr. con Lorenzetti 2017: 150)

En la provincia de Santa Fe, el Instituto Provincial de Aborígenes Santafesinos (IPAS) fue creado por Ley 11078 en el año 1993, reglamentándose en el año 2005 y puesto en real funcionamiento en el año 2009. A partir de diciembre 2011 el IPAS está conformado por cinco consejeros/as electos/as por Asambleas de Comunidades Aborígenes. Su presidente es electo por el Gobernador de la provincia. Entre sus funciones se puede mencionar la de incorporar la perspectiva aborígen en el proceso de planificación estratégica provincial, promoviendo ámbitos participativos entre las Comunidades Aborígenes de Santa Fe y las distintas áreas del gobierno (justicia, educación, salud, hábitat, producción, trabajo, cultura, entre otras).

En la ciudad de Rosario se creó en el año 2013, mediante la Ordenanza N 9.119, la Dirección de Pueblos Originarios cuyo objetivo general es promover la construcción de ciudadanía plena para las personas

que se autodefinen como descendientes o integrantes de pueblos originarios y sus comunidades, atendiendo especialmente su cosmovisión y su riqueza étnica y cultura ancestral. La Dirección de Pueblos Originarios cuenta con un Consejo de Coordinación y Participación de Políticas Públicas Indígenas.

En las dos primeras décadas del siglo XXI, no sólo se diagramaron iniciativas nacionales específicas tales como el Programa Nacional de Acciones Humanitarias para Población Indígena (ANAHÍ) y el Programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, sino que también se crearon las llamadas Salvaguardas Indígenas para extender la cobertura de otros planes de salud: el Nacer/Sumar y el de Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP).

El Ministerio de Salud de la Nación creó el programa ANAHÍ con el fin de financiar la contratación de agentes sanitarios indígenas y capacitarlos para desempeñar este rol en sus comunidades. Estos agentes sanitarios eran propuestos por sus comunidades y financiados por el Ministerio de Salud. Asimismo, el programa destinaba fondos para la realización de proyectos locales de salud.

En el año 2000 con el programa ANAHÍ se dio continuidad a la red de agentes sanitarios indígenas del noroeste (NOA) y nordeste (NEA), años más tarde entre 2005-2006, con el Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, se extendió la cobertura de agentes sanitarios a las provincias de las regiones del Centro, Cuyo y Patagonia. En este marco se conformaron equipos de profesionales de distintas disciplinas con el fin de capacitar sobre salud comunitaria e interculturalidad (antropólogos/as, pediatras, médicos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, nutricionistas), los mismos se desempeñaban en comunidades indígenas propuestas por los representantes del Consejo de Participación Indígena del INAI.

Entre 2000 y 2009, el Programa ANAHI firmó convenios con las provincias de Jujuy, Salta, Tucumán, Formosa, Misiones, Chaco, contratando 197 agentes sanitarios indígenas y 325 promotores sanitarios, nombrados en el marco de un convenio con el Ministerio de Trabajo de la Nación.

Como vimos la Ley N 23.302 sobre Política indígena y apoyo a las comunidades indígenas, declaró de interés nacional la atención y apoyo a las mismas en el país, y su defensa y desarrollo para su plena participación en el proceso socioeconómico y cultural de la Argentina, respetando sus propios valores y modalidades. A ese fin, se implementaron planes que permitirán el acceso a la propiedad de la tierra y el fomento de su producción agropecuaria, forestal, minera, industrial o artesanal en cualquiera de sus especializaciones, la preservación de sus pautas culturales en los planes de enseñanza y la protección de la salud de sus integrantes.

Bajo la resolución 1036-E/2016 se creó el Programa de Salud para los Pueblos Indígenas, dependiente de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación. Su ímpetu fue centralizar las acciones sociosanitarias dirigidas a la población indígena. Objetivos del programa: lograr la reducción de la inequidades en las condiciones de Salud, disminuir la morbi-mortalidad y capacitar personal de las propias comunidades, interpretando las diferentes realidades culturales y adoptando para ello una estrategia de abordaje intercultural.

Para el funcionamiento de dicho programa se incorporaron al mismo la experiencia y los recursos humanos del Área de Salud Indígena del Programa de Médicos Comunitarios y Equipos de Salud del primer nivel de atención, incluyendo además a los Agentes Sanitarios Indígenas.

La Salvaguarda Indígena del FESP (Funciones Esenciales de la Salud Pública) fue financiada en el año 2006 por el Banco Mundial; el mismo buscó extender el alcance de un conjunto de programas priorizados tales como el de Tuberculosis, el de Salud Sexual y Reproductiva, Dengue, Chagas, HIV, entre otros. A su vez, el Plan Nacer-Sumar tuvo por objeto garantizar la cobertura de servicios de salud a mujeres embarazadas, niños y adultos hasta 64 años de edad. En este marco comenzaron a planificarse los Planes con Poblaciones Indígenas (PPI) diagramando áreas de intervención específicas.

Se podría decir que la atención en el caso del derecho a la salud fue mediante la inclusión, participación en programas focalizados en la categoría de poblaciones vulnerables. Así lo demuestran los inicios de las políticas durante la década del noventa, donde los indígenas fueron incluidos en programas tales como el de Atención a Grupos Vulnerables (PAGV), el Componente de Atención a Poblaciones Indígenas (CAPI) financiado por el BID, el de Empleo Comunitario, el Jefes y Jefas de Hogar Desocupados (Cfr. con Carrasco y otros 2008: 12).

Cabe mencionar que si bien los programas se fundamentaban en proyectar un enfoque intercultural en salud y sobre la necesidad de contar con Agentes Sanitarios de PO, las acciones implementadas en el marco de los programas sanitarios dirigidos a las poblaciones perteneciente a PO se caracterizaron en su mayoría por ser discontinuas, fragmentadas, asistemáticas y de corta duración en el tiempo.

4.5 Episteme crítica en salud

La epidemiología crítica plantea que la interculturalidad es la relación que se produce entre todos los saberes, que comparten un espacio histórico de reproducción de cultura, pero que se gestan en grupos específicos. La

interculturalidad es una relación estratégica o dialógica de culturas. Por esta razón la salud siempre se piensa como un proceso que deviene de procesos colectivos, es pluridimensional, donde la prevención no es del tipo establecido por la clínica etiológica, individual y ligada a los servicios asistenciales.

Vemos que la interculturalidad en salud trasciende lo meramente étnico para incluir la diversidad biológica, cultural y social del ser humano en el proceso de salud, enfermedad, atención, cuidado, promoción y prevención. En este sentido Alarcón (2003) plantea que:

En el concepto de cultura convergen dos grandes dimensiones: una correspondiente a la ideacional o cognitiva que sintetiza el mundo simbólico de las personas, sus pensamientos, conocimientos y creencias adquiridas a través del aprendizaje, lo que podría llamarse el mundo de la conceptualización o de lo abstracto, y una dimensión material, que corresponde a cómo lo simbólico se manifiesta en conductas, prácticas, artefactos culturales y normas de relación social entre las personas. En el contexto de salud, estas dos dimensiones de la cultura, la cognitiva y material se articulan en un modelo médico que otorga consistencias a cómo pacientes y profesionales se explican el fenómeno de salud y enfermedad, y a las prácticas o procedimientos con que se enfrentan los procesos de recuperación y mantención de la salud (p.23).

Se considera que el campo de la salud y su demanda están atravesados por los determinantes sociales de la salud en su generalidad. Como menciona la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hay tres elementos significativos para el análisis poblacional en salud: el contexto socioeconómico y político,

la posición socioeconómica (clase social, género, etnia, raza y estilos de vida) y los factores intermediarios que incluyen la vivienda, nivel de ingresos, condiciones de trabajo, el barrio, estilos de vida, sistemas de salud.

De esta forma, para el análisis de los problemas de salud de las poblaciones situadas históricamente, se debe dar cuenta de procesos sociales que trascienden el nivel biológico e individual y abarca condiciones y modos de vida históricamente contruidos. Son varias las teorías han buscado comprender las desigualdades sociales en salud (Breilh, 1981; Marmot-Wilkinson, 1999; Samaja, 2000; Hofrichter, 2003) se puede entender que, desde la terminología actual, todas coinciden en que las desigualdades en salud expresan la injusticia social.

Según Borrell y Artazcoz (2008):

La igualdad en salud es la ausencia de diferencias en salud, injustas y evitables, entre grupos poblacionales, definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Por el contrario, la desigualdad social en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos (p.465).

El término “perfil epidemiológico” utilizado por la epidemiología crítica relaciona todos los planos de la salud que el empirismo reduce: el de la salud directamente observable (lo inmediato que se ve en el paciente signos y síntomas); el plano de la salud actual (es una dimensión más amplia que incluye además las relaciones generativas o determinantes como las que hacen parte de los modos de vida de las clases sociales) y el plano de la salud real o realidad completa de la salud (que abarca a las dos antes

mencionadas e incluye además las relaciones determinantes generales o macro e incluso las determinaciones del pasado que operan a través de los condicionantes genéticos). El raciocinio epidemiológico debe considerar determinantes estructurales, procesos generativos y finalmente los procesos específicos. Cabe mencionar que a la clase social se le agrega lo interétnico e intergénero como parte de la relaciones de poder y de los procesos destructivos y protectores de la salud. El autor piensa dialécticamente y utiliza el término “procesos destructivos y protectores de la salud” para graficar los procesos de conformación de la salud de las poblaciones históricamente situadas (Cfr. con Breilh 2013: 36/37).

En el abordaje con personas pertenecientes a PO, el miramiento desde las desigualdades sociales en salud, induce a pensar en una doble determinación: por un lado se encuentra la posición social que ese grupo ocupa en la estructura social y por otro la aprobación, desaprobación que puedan tener frente a los grupos mayoritarios. La epidemiología crítica desde su perspectiva de análisis recapitula y permite visibilizar cómo las condiciones de vida producen determinadas situaciones de salud y no otras.

El contexto de comunicación socioétnico se articula a partir de relaciones desiguales entre los distintos grupos indígenas y la sociedad mayoritaria que ejerce una fuerte dominancia por su prestigio lingüístico y cultural y por las relaciones de poder político y económico dominante. El sistema educativo, jurídico, de salud, etc., se ha diseñado sin considerar la exclusión que, de hecho, proyectan en la población aborígen a la que se le impone el uso del español. La situación sociolingüística resultante de la interrelación de los contextos de comunicación intra y socio-étnico es de bilingüismo diglósico. Situación que conduce a relegar el uso de la lengua madre en beneficio de la lengua hegemónica (Cfr. con Bigot y Vázquez 2007: 50). Volviendo al caso del CDST de Rosario, si bien la amplia mayoría

de la población adscripta presenta raíces indígenas, está instituido que las personas pertenecientes a PO para acceder a la atención pública de salud en APS deban hacerlo a través de la medicina oficial biomédica y su terapéutica. Esto lleva implícito comprender la lengua española y, en caso de no hacerlo, asistir con un acompañante que auspicie de intérprete; para acceder al derecho a la salud y convertirse en destinatario de las intervenciones socio-sanitarias.

Lo mencionado en el párrafo anterior muestra una profunda interferencia para las personas pertenecientes a PO, al momento de acceder a la salud y sus procesos derivados. En este punto surge la inquietud de interpelar algunas prácticas y conceptos en salud desde el TS como forma de proyectar una posible interlocución intercultural desde el Estado de derecho, siendo que el CDST de Rosario es el efector donde se atiende mayoritariamente la población de pertenecientes a los PO.

La presencia del componente étnico es una de las características distintivas para comprender la epidemiología local en el CDST.

La construcción de las identidades étnicas indígenas implica un complejísimo proceso que articula la lengua y el resto del universo simbólico propio de cada grupo étnico con la memoria grupal, aspectos que coadyuvan a la construcción de categorías psicolingüísticas y sociocognitivas que orientan el proceso étnico identitario. La memoria colectiva (expresada en los pueblos originarios por la tradición oral) y la identificación comunitaria resulta consustancial a la noción de etnia. También el reconocimiento de los otros grupos étnicos como diferentes del propio (Vazquez-Bigot 2021:7).

La identidad étnica habita en las idiosincrasias del territorio, en los usos, costumbres, haceres, creencias, de los PO.

4.6 Cosmovisión de los Pueblos originarios

Para iniciar un proceso de sensibilización y aprendizaje intercultural resulta fundamental la aproximación a la cosmovisión de los PO, pues su conocimiento orienta la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y las estrategias curativas concretas para lograr la recuperación de la salud.

Mucha de la fuerza y capacidad de supervivencia de los PO se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo eje conceptual o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad. Según Amalia Vargas (2020):

[...] hoy se quieren bloquear y desequilibrar las estructuras identitarias para convertirnos en una sola masa sin culturas y sin costumbres, sin lengua, sin espiritualidad, hoy sólo se enseña de una manera, a la manera capitalista. Por eso, debemos saber y recordar que el conocimiento no está afuera, sino dentro de nosotros/a mismos/as, debemos volver a la raíz. En los relatos etnográficos y en los documentos andinos se encuentra que las personas y todos los elementos de la naturaleza presentaban un cuerpo físico y una imagen etérea, similar a la sombra y dotada de facultades humanas con aspectos fisiológicos y psicológicos. Por eso el ser andino se ve como un par frente a los animales, vegetales y minerales; hay un respeto frente al mundo animal, vegetal y mineral. Tenemos que tener en cuenta que el pensamiento occidental piensa lo contrario: se ve superior a los animales, vegetales y minerales, tiene una mirada antropocéntrica según la cual primero está la especie humana, luego los animales,

luego los vegetales y por último los minerales. En cambio la cultura andina entiende su mundo desde una forma horizontal y circular. Circular porque la cosmovisión andina tiene el principio del ayni (reciprocidad, compartir) por lo que todo lo que se hace regresa. Esto significa que hay una geometría sagrada llamada muyu (circular). Por ello, para la cosmovisión andina y los pueblos originarios todos está en la misma línea: las plantas, los animales y los minerales, poseen espíritu, por ende están vivos (p.18).

Suzanne Simard, formada en ciencia forestal, lleva más de 30 años investigando cómo se comunican los árboles y ha demostrado que aquellos que son de la misma especie interactúan entre ellos y se ayudan a sobrevivir. Suzanne fundamenta científicamente la noción de que las plantas tienen espíritu, tienen un código, un lenguaje para comunicarse y también tienen sentimientos. Los árboles no son simplemente una fuente de madera, sino que pertenecen a un complejo circuito de vida interdependiente. En el bosque, los árboles se comportan como criaturas sociales y cooperativas conectadas a través de redes subterráneas a través de las cuales se comunican su vitalidad y sus vulnerabilidades, y tienen vidas comunitarias no muy diferentes de las humanas. Los árboles han evolucionado: se perciben unos a otros, aprenden y adaptan sus comportamientos, reconocen a los vecinos y recuerdan el pasado. Los árboles, pueden tomar decisiones sobre el futuro, advertir de peligros y montar defensas, y competir y cooperar entre sí con sofisticación; comportamientos todos ellos atribuidos a la inteligencia humana y que son la esencia de las sociedades civiles.

Actualmente, la medicina tradicional representa una opción importante de repuesta ante las necesidades de atención a la salud en diferentes países de América Latina y el Caribe. Esta participación ha sido aceptada por organizaciones internacionales de salud como la OMS y la Organización

Panamericana de la Salud (OPS), de las que han emanado intentos de apoyo y promoción de políticas dirigidas a ensayar formas de articulación de esta medicina con los sistemas oficiales de salud, enfocadas primordialmente en la atención primaria de la salud.

Diversos espacios han propiciado diálogos sobre sistemas de salud indígena y convencional que apuntan a la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de la salud. Esto implica el reconocimiento y comprensión de potencialidades, procesos organizativos, protección de entornos ecológicos y lugares sagrados de los PO y, a la vez, instan a la justicia y a la revisión legislativa a realizar una adaptación cultural de los programas de salud y bienestar social, para el fortalecimiento de las culturas indígenas y su vinculación con el Estado.

Desde el año 2006 la OPS y la OMS, se propusieron velar por la incorporación de la perspectiva indígena en las políticas sanitarias de las naciones, mejorar la información y la gestión del conocimiento en torno a los temas de salud de los PO, integrar un criterio intercultural en los sistemas nacionales de salud como parte de la estrategia de atención primaria de la salud y forjar alianzas estratégicas a fin de promover la salud de éstos pueblos.

Para el análisis de los problemas de salud de las poblaciones se debe dar cuenta de procesos sociales, que trascienden el nivel biológico e individual y abarca condiciones y modos de vida históricamente contruidos. Este es el sustento de utilizar el término acuñado por Breilh: perfil epidemiológico.

Según la cosmovisión indígena el pleno disfrute de la salud implica, además de los factores de orden médico (biológico), también los factores contextuales que lo determinan: acceso a la tierra/territorio, a los recursos

naturales, a un medio ambiente sano, condiciones de vivienda, nutrición, y la armonía social que emana de la expresión irrestricta de su identidad cultural y su libre determinación en sus asuntos. Al hacer alusión a dimensiones de la salud intercultural es pertinente mencionar: las etnias, las lenguas maternas, la herbolaria, el entorno o el medio ambiente, la noción de comunidad (común-unidad), las medicinas.

Para las comunidades nativas de América hay una intrínseca conexión de todo lo existente. La salud indígena en su dimensión de salud colectiva está relacionada con los factores de orden ecológico, político, económico, cultural, social y espiritual. En las filosofías andinas esta noción se traduce en el principio del “bien vivir”, o suma qamaña, el buen vivir o sumak kawsay.

La cosmología como categoría permite elaborar un mapa conceptual que a los fines de este trabajo de investigación posibilita comprender ciertas idiosincrasias presentes en la cultura de los PO. La cosmología viene a ser una categoría de análisis, como clase social, género o etnia. Como tal, refiere a la conceptualización del ordenamiento del mundo y de sus componentes que se representan los miembros de un grupo social o de una cultura, también hace referencia a un sistema de conocimiento con supuestas dimensiones filosóficas, culturalmente organizado, donde ciertas categorías como espacio, tiempo, persona, lo otro, etc., son claves. Se trata de una visión integrada, del mundo y del universo, de sus espacios, de sus dimensiones y de las relaciones entre los componentes que se reconocen como formando parte de una definición del cosmos: personas humanas, reino animal, reino vegetal, seres no-humanos, reino mineral, etc. (Cfr. con Hill J.- Mannheim, B.1992: 393/394).

Como se viene explicitando a lo largo de este trabajo, para las medicinas tradicionales resulta particularmente visible que las nociones de

enfermedad, padecimiento, o desequilibrio, no se vinculan sólo a lo meramente orgánico o social, sino también a otros ámbitos de la realidad como el mundo de lo sobrenatural, el entorno cercano, la naturaleza, el mundo espiritual.

La propuesta indígena habla de la cultura de la vida. Es un paradigma ya no individualista sino comunitario el cual llama a reconstituir la visión de comunidad (común-unidad) de las culturas ancestrales. Esta herencia de las primeras naciones, considera a la comunidad como estructura y unidad de vida, es decir, constituida por toda forma de existencia y no sólo como una estructura social (conformada únicamente por humanos). Ello no implica una desaparición de la individualidad, sino que ésta se expresa ampliamente en su capacidad natural en un proceso de complementación con otros seres dentro de la comunidad. Diferencia fundamental con el racionalismo moderno dominante que percibe al individuo como el único sujeto de derechos y obligaciones, instituyéndolo como el único referente de vida. Por lo tanto, los sistemas jurídico, educativo, político, económico y social se adecúan y responden a los derechos y obligaciones meramente individuales.

Este entendimiento indígena de la vida subyace en el inconsciente colectivo y la salud colectiva de las comunidades indígenas. Entendiendo a los arquetipos y el inconsciente colectivo al estilo de Carl Jung, como sinónimo de esas imágenes primordiales que provienen de la historia pasada de la humanidad y persisten en el presente. Estas imágenes primordiales persisten en las raíces ancestrales indígenas, por eso se escuchan palabras como tribu, bandas, rituales, danzas, cantos, lenguas, daños, sanadores en las voces de la comunidad y sus familias. Saber esto es parte del abordaje intercultural en salud, al momento de entablar un vínculo terapéutico.

4.7 La mirada del Trabajo Social

El campo de las relaciones sociales y sus expresiones constituyen la materia prima del TS en la labor del ejercicio profesional, lo que algunos autores denominan: la cuestión social. Se trata de una categoría de análisis que presenta múltiples interpretaciones para aprehender la lógica de reproducción social y el origen de los problemas sociales.

Desde el trabajo social se aprecia que los Derechos Humanos han ido ganando espacio en el Derecho Positivo del Estado, en el transcurrir de la historia, no sin luchas y reivindicaciones del campo popular. A los derechos individuales y políticos se han agregado los derechos económicos, sociales y culturales y, posteriormente, los derechos al medio ambiente, al desarrollo, los derechos de género y del consumidor. Para el campo en análisis, nos interesan puntualmente los derechos inherentes a las minorías étnicas, entre los que incluye los derechos culturales.

Los PO con sus modalidades etnopolíticas han logrado forjar el reconocimiento de los derechos indígenas, en la legislación nacional, como así también en legislaciones provinciales, en la Constitución Nacional, y Constituciones Provinciales. Igualmente en el ejercicio efectivo de los derechos, se continúa reclamando la puesta en práctica de los derechos vigentes con sus políticas sociales correspondientes.

En las instancias de acceso a los derechos para los PO las demandas no logran ser canalizadas mediante los circuitos institucionales, al no estar contruidos desde una perspectiva de pertinencia cultural. Requisito esencial para amparar la otredad étnica. Para la acción política de carácter público, la mirada situada aquí y ahora es esencial para realizar una apropiada lectura de la complejidad de la trama. “El proceso de toma de decisiones no es el de elegir entre alternativas, sino su generación, permitir

la construcción de identidades colectivas y posibilitar mayor innovación social” (Fleury 2010: 21).

A lo largo de la historia de la humanidad se ha estereotipado como inferiores a naciones, comunidades, pueblos, grupos y personas, a través de tecnologías racistas y sexistas, que se caracterizan por ser portadoras de una presumida superioridad universal construida para legitimar su imponencia. Esta tendencia se materializa en APS al primar una lógica de atención orientada de una manera casi avasallante por el pensamiento tendiente a la unicidad de la biomedicina, que tiende inexorablemente a estandarizar negando las diferencias.

La conquista del Abya Yala es el hecho histórico que retrata cómo se impone un proceso sangriento de colonización de las idiosincrasias de las poblaciones nativas; siendo nombradas como bárbaras. Hoy se sabe, mejor dicho, se puede decir que el proceso de imposiciones ideológicas traducido en la dominación colonial coartó a los PO y afrodescendientes la posibilidad de construirse como sujetos sociales; fueron sujetos a la razón moderna ilustrada, impidiendo la construcción no violenta, intersubjetiva e intercultural de la historia en el continente americano. En el proceso de ultrajar, evangelizar, colonizar, someter, eliminar y matar a las poblaciones nativas y sus cosmovisiones, se instala el silenciamiento de las voces lugareñas, el ocultamiento de la propia raíz nativa, la cosmogonía del continente americano.

En este contexto de época, las perspectivas epistemológicas descoloniales impulsan a recuperar las voces del sur, las palabras, los sonidos, los aromas, los rituales, las resistencias puestas en acto. Estas críticas son las que permiten pensar en prácticas de TS con pertinencia cultural en APS.

Es a partir de resignificar las epistemologías de PO y sus principios explicativos que son posibles situar algunas orientaciones para acompañar los procesos de s-e-a-c. Cabe aclarar que esta discusión no es exclusiva de la intervención con población originaria, se puede aplicar perfectamente a los procesos de intervención con grupos subalternizados, minoritarios y oprimidos por la epistemología hegemónica imperante. Desde el colectivo de TS se presentan distintas líneas de abordajes para pensar las perspectivas descoloniales entre sus autoras/es se pueden mencionar: Meschini, P (2015,2012), Hermida, E (2011, 2012, 2014, 2015), Carballada, J (2006, 2007, 2009,2013), Patiño-Sánchez, M (2014), Martínez, S y Agüero, J (2008), Muñoz-Arce, G (2011,2015), Glomba, N (2017), entre otras.

Las problemáticas sociales que se presentan en el campo de la salud dan cuenta de la complejidad de la cuestión social. El abordaje de las mismas obliga por un lado a reformular los abordajes hacia el interior del campo de la Salud Pública y, por otro, obliga inexorablemente a salir del campo estrictamente de la salud para dialogar con procesos históricos de construcción de la s-e-a-c, la equidad en salud, las desigualdades en salud, los determinantes sociales, el acceso a los derechos, las percepciones sobre lo que es tener salud, la intersectorialidad de la salud, la interseccionalidad de la misma, la participación.

En estas contradicciones se abordan desde el TS los problemas de salud. Al existir políticas sociales tan magras, con escasa consistencia institucional en el campo de la cuestión social étnica, las intervenciones toman formas de hacer artesanales, donde cada intervención toma un tinte explorativo. Pareciera que se ubican por fuera del contrato social actual, situación que dista mucho de garantizar efectivamente sus derechos.

Nombrar los acontecimientos que constituyen la Salud Pública actual desde una mirada que retoma el valor de las culturas silenciadas es parte

del trabajo de las personas que desempeñan funciones en la Salud Pública. Para ello hay que disponer de la voluntad de valorar sinérgicamente las distintas miradas del mundo. Las perspectivas de pensamiento descoloniales, proponen una perspectiva epistemológica sustentada en la otredad. Y aquí utilizamos el término otredad étnica, consustancial para esta investigación.

Para Carballada (2017):

la Otredad se transforma en una perspectiva epistemológica que se propone analizar y recorrer la imagen y construcción de las culturas que hicieron su lugar en la periferia. Desde la mirada a la Otredad es posible establecer un recorrido que intente una búsqueda de conocimiento fundamentalmente geo cultural sobre el Otro (p. 68).

El análisis de la cuestión social de época, la elaboración de la situación problemática de los denominados problemas sociales y sus respuestas, las políticas sociales, deben entenderse dentro de procesos sociales más amplios, razón por la cual una lectura del campo en forma interdisciplinar, interinstitucional, intersectorial, multiactoral y con participación es necesaria para lograr la integralidad en el diseño e implementación de las políticas públicas.

Específicamente desde el plano de la salud, la comprensión conceptual de la heterogeneidad presente en las categorías de análisis de población, s-e-a-c, es fundamental.

Se considera el territorio como ese lugar siempre cambiante que, desde la otredad, desde sus propias formas de existir, reinventa sentidos comunes que agrietan las dinámicas de lo instituido y producen instituyentes.

Es así, efectivamente, como estas estructuras y sus dinámicas de relaciones humanas van conformando maneras distintas de percibir y habitar la realidad. Diversas formas innovadoras de existir con capacidad de resolver las necesidades diarias.

Son estas invenciones legítimas, que circulan por fuera de la institucionalidad, las que resultan pertinente incorporar a los consensos y contratos sociales del estado actual.

4. MARCO METODOLÓGICO

Este trabajo se basa en los criterios de la investigación cualitativa y busca dar lugar desde la perspectiva de la salud intercultural a las voces históricamente silenciadas por el etnocidio. Según Vasilachis (2006), entre algunas de las características que distinguen a la investigación cualitativa, podemos resaltar su interés por “el modo en que el mundo es entendido, vivido, experimentado y producido; el contexto y los procesos; la perspectiva de los participantes, los sentidos y significados que ellos les asignan a sus experiencias, sus conocimientos y relatos” (p.30). Asimismo, esta autora señala que:

la investigación cualitativa se caracteriza por la utilización de métodos de análisis y de explicación flexibles y sensibles al contexto social en el que los datos son producidos, teniendo como eje la práctica real y situada, fundamentada en un proceso interactivo en el que intervienen el investigador y los participantes (Ibidem: 30).

Consideramos que la metodología cualitativa permite documentar lo no documentado en el momento en una escala micro, de la cotidianeidad social y privilegiando la perspectiva de las personas protagonistas. Nuestras unidades de análisis fueron, por ende, personas pertenecientes a PO adscriptas al CDST de la ciudad de Rosario y el personal de salud de dicho centro.

Para dar cuenta de la categoría de interculturalidad en el CDST de Rosario, construimos cinco primeras dimensiones que nos permitieron determinar la presencia o ausencia de la cultura y pueblos originarios en dicha institución de salud: la etnia, la lengua materna Qomlaqtaq o Qom, el profesional médico/a tradicional Qom, la partera y el uso de plantas

medicinales, mostrándonos de qué modo atraviesan o no la dinámica institucional. El personal y las personas adscriptas al CDST pertenecientes a PO constituyeron nuestras fuentes primarias, mientras que los registros sanitarios, indicaciones y señaléticas, historias clínicas, constituyeron nuestras fuentes documentales y secundarias para el mapeo de las dimensiones.

Dimensiones	Indicadores
Etnia	Existencia o no, en los registros sanitarios del CDST de la municipalidad de Rosario, de la variable étnica
Lengua Qomlaqtaq o Qom	Existencia o no, en el personal de salud del CDST de Rosario de personas intérpretes que oficien como traductores de la lengua Qom o Qomlaqtaq. Existencia o no, en el CDST de Rosario de indicaciones y señalética escritos en lengua Qom o Qomlaqtaq.
Médico/a tradicional	Existencia o no, en los registros de la Historia Clínica Individual en el CDST, de

	atenciones por Piogonak (masc.) o píioGonaGa (fem.). Existencia o no, en el equipo del CDST de un médico/a tradicional o Piogonak Qom.
Partera	Existencia o no, en el equipo del CDST de Rosario, de mujeres parteras procedentes de PO.
Plantas medicinales	Existencia o no, de insumos de herboristería en la farmacia del CDST de Rosario. Existencia o no, de registros en la historia clínicas individual del CDST de indicaciones de uso de plantas medicinales en los tratamientos clínicos.

De acuerdo a la autora citada, los componentes de la investigación cualitativa son básicamente los datos, los procesamientos tendientes a analizar dichos datos y la elaboración del informe final. Para la recolección de los primeros, sugiere no utilizar un único método, para que su diversidad

pueda reflejar “la idiosincrasia y la complejidad del contexto que se estudia” (Vasilachis 2006: 31).

Esta investigación busca dar cuenta de las dimensiones de la interculturalidad por medio de la utilización de un repertorio variado de técnicas como la observación participante, la entrevista, las visitas domiciliarias y las recorridas barriales. Concretamente se recurrió a la utilización de entrevistas semiestructuradas a informantes clave cuya característica común fue que se trató de personas pertenecientes a PO, localizadas en la zona de georreferencia del CDST: a) referentes de PO comunitarios de habla bilingüe Qomlaqtaq y castellano, b) personas pertenecientes a PO usuarias del centro de salud que prestan servicio comunitario como traductores bilingüe para algunas familias c) personas pertenecientes a PO en tratamiento de salud d) integrantes del equipo del CDST.

Las pautas de las entrevistas en profundidad estuvieron pensadas en forma abierta e intentando reducir al mínimo la participación de quien realizó la entrevista, si bien se elaboró una guía orientativa de preguntas para conocer los aspectos más relevantes de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado, los itinerarios terapéuticos, las concepciones que subyacen en las medicinas tradicionales y las medicinas biomédicas respetando los relatos de los protagonistas. Se proyectó en función del análisis de la información aportada por las entrevistas a informantes clave, las observaciones participantes, producir aproximaciones para indagar respecto a procesos de s-e-a-c generalmente no establecida o aspectos de ellas no considerados por las líneas de pensamiento hegemónicas de la salud. Esto permitió obtener interpretaciones con base en la perspectiva de los actores, para comprender las dimensiones de la salud intercultural en el CDST.

Con las personas que fueron entrevistadas, se dialogó y acordó previamente la participación voluntaria y confidencial en el trabajo de investigación. A los fines de resguardar la confidencialidad se identificaron las citas textuales de las entrevistas para el personal de salud del CDST del siguiente modo: género, profesión, antigüedad en el cargo; y para las personas pertenecientes a PO se consignó género, edad y lugar de nacimiento. Las entrevistas se concertaron entre el mes julio y diciembre del año 2023.

Según Roxana Guber (2001):

la "observación participante" consiste precisamente en la inespecificidad de las actividades que comprende: integrar un equipo de fútbol, residir con la población, tomar mate y conversar, hacer las compras, bailar, cocinar, ser objeto de burla, confidencia, declaraciones amorosas y agresiones, asistir a una clase en la escuela o a una reunión del partido político. En rigor, su ambigüedad es, más que un déficit, su cualidad distintiva (p.22).

Y en relación a la entrevista etnográfica o al arte de la no directividad refiere que:

La entrevista es una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree, una situación en la cual una persona (el investigador-entrevistador) obtiene información sobre algo interrogando a otra persona (entrevistado, respóndeme, informante). Esta información suele referirse a la biografía, al sentido de los hechos, a sentimientos, opiniones y emociones, a las normas o estándares de acción, y a los valores o conductas ideales (Ibidem: 30).

Los actores o sujetos de investigación son las unidades de análisis. Siendo así, se optó por colocar en diálogo, en escena, estrategias en salud en el marco de un proceso terapéutico en APS, desde las perspectivas de las personas protagonistas.

5.1 Viabilidad del proyecto

Se consideró viable la posibilidad de explayar y analizar sobre lo que se planteó en este trabajo de investigación dado que, desde el año 2017, en el ejercicio de la profesión, se han venido desempeñando funciones de TS dentro de un equipo interdisciplinario de salud en el CDST de Rosario cuya mayor población adscripta presenta la característica de ser pluriétnica y con una mayor presencia del pueblo Qom.

El haber sostenido durante más de 5 años intervenciones propias del ejercicio profesional en salud con personas pertenecientes a PO de Argentina, e incluso inmigrantes de otros países, principalmente Paraguay, posibilitó recuperar de primera mano datos e informaciones actuales sobre los múltiples atravesamientos de estas familias situadas en un tiempo y espacio concreto. Cabe mencionar que los abordajes terapéuticos en salud son prolongados en el tiempo, se sostienen desde los espacios cotidianos en el barrio y las modalidades de los encuentros son de tipo individual, grupal o familiar- comunitario.

5.2 Enfoque étnico en las fuentes de datos en salud pública

5.2.1 Variable étnica un derecho reconstitutivo

Hay un consenso generalizado por parte de las legislaciones vigentes sobre la importancia de la incorporación de la variable étnica en los registros sanitarios y que ésta debería ser parte de la agenda en el Sistema

Estadístico Nacional, la Dirección de Estadística e Información de Salud y la Dirección de Epidemiología. Aun así, en lo fáctico, cada provincia presenta características distintivas difíciles de conciliar tanto a nivel nacional, como hacia el interior de cada provincia y de éstas para con sus municipios. Otros organismos directamente involucrados en esta cuestión son la asesoría técnica del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), junto a la OPS y OMS.

En Argentina, existe un marco constitucional y legislativo favorable a los derechos de los PO, aun así, el avance en materia de diferenciación étnica es limitado al Censo Nacional, Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas, Censos Aborígenes y recientemente sólo existen en algunas provincias registros donde se incluye la identificación étnica.

La declaración que de modo más explícito alude a la necesidad de información y políticas referidas a la situación de los PO es la que se produjo a raíz de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las formas conexas de intolerancia, realizada el año 2001 en Durban, Sudáfrica. En el capítulo denominado: “Prácticas y políticas: Reunión y Desglose de Datos, Investigación y Estudios”, se incluyó el Artículo 92, que establecía literalmente lo siguiente:

Insta a los Estados a que recojan, recopilen, analicen, difundan y publiquen datos estadísticos fidedignos a nivel nacional y local y a que tomen todas las medidas conexas necesarias para evaluar periódicamente la situación de los individuos y los grupos que son víctimas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia.

En Argentina, en el sistema estadístico de salud, tanto en las estadísticas vitales, como en las estadísticas de los servicios de salud, la diferenciación por etnia no se encuentra considerada dentro del conjunto mínimo de datos básicos aprobados de interés nacional (tal como lo define el Ministerio de Salud en Argentina). Siendo así, cada provincia decide qué posición tomar respecto a este tema. Se puede citar a la provincia de Formosa como pionera en dicho tema ya que, en el año 2005, incorporó la variable étnica en las estadísticas de servicios de salud así como en las estadísticas vitales.

El estudio desarrollado desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires durante el año 2010 tuvo como prioridad identificar la incorporación de la variable étnica en los sistemas de salud de las provincias de Chaco, Salta, Formosa, Misiones, Jujuy y Neuquén. Con tal propósito se identificaron los desafíos a considerar para la visualización de la situación sanitaria de estas poblaciones en base a la percepción de los actores respecto a la viabilidad del dispositivo, su pertinencia, así como su conocimiento de la situación de salud de dichas poblaciones. De esta forma se entrevistaron a personas líderes indígenas, encargadas de estadísticas y de epidemiología, así como a agentes sanitarios/as e integrantes de equipos de salud; proponiendo la participación de los representantes de las comunidades, advirtiendo no obstante que la inclusión podía aparecer como una barrera cultural y una señal de discriminación.

En la provincia de Santa Fe, el Ministerio de Desarrollo Social, en el sistema de información digital denominado: Registro Único Social (RUS), contempla la pertenencia a PO. Y el Ministerio de Salud cuenta con el Sistema de Información de Centros de Atención Primaria (SICAP) que también incluye la variable étnica.

A pesar de que los sistemas estadísticos han comenzado a incorporar lentamente la variable étnica, en el campo de la salud existe un evidente retraso. En los últimos 12 años, en Argentina, se ha comenzado a discutir la posibilidad de elaborar registros epidemiológicos y de morbilidad que desagregan la variable étnica en los distintos ámbitos provinciales.

Promover la incorporación de la variable étnica en el campo de la salud pública posibilita la construcción de información sanitaria y sociodemográfica comparable y accesible que permita visibilizar la situación de salud de los PO comparativamente con la población general.

Se conocen muy pocos datos específicos sobre los PO. Los datos que se manejan son los ofrecidos por el Censo Nacional de Población, Vivienda y Hogares (2001) y los primeros resultados obtenidos de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (2004-2005). Por fuera de estas fuentes no existen datos completos sobre educación, condiciones de vida, vivienda, hábitat y menos aún sobre la salud de los PO, ni entre las estadísticas de salud-enfermedad, ni de acceso al sistema público de salud.

Para considerar la situación de salud de los PO no basta con conocer los datos duros de población, modos de vida, accesibilidad al sistema y enfermedades, sino que se hace necesario comprender que estas comunidades manejan un concepto propio de salud, que define su modo de cuidarla y que, muchas veces, interfiere con la medicina oficial, de aquí la relevancia de contemplar la procedencia étnica de las poblaciones.

Mucha de la información disponible en materia de salud está compuesta por trabajos de campo, de carácter parcial, fragmentario, y generalmente enfocados en un PO en particular, realizados preferentemente por equipos de investigación de las Universidades Nacionales y/u

Organizaciones No Gubernamentales; siendo esta una de las fuentes de datos que, aunque parciales y no sistemáticas, proveen una primera información de referencia.

Otra vía indirecta de aproximación a los datos, se vincula con que los PO, tanto los que viven en áreas urbanas como rurales, pertenecen casi en su totalidad a los grupos sociales más pobres, más marginados, más excluidos de la sociedad, y con menor acceso al sistema de salud. Tomando este dato como referencia, se podría inferir que sus problemas de salud son similares a los de las poblaciones con las mismas características que habitan en las mismas regiones, aunque esto no sea suficiente para inferir su situación de salud.

Las condiciones de vida son indicadores de las lógicas con que se conforman las sociedades, del sentido que se da a los sujetos sociales, de las relaciones políticas y los procesos históricos que viven las poblaciones. Asimismo, “expresan la posibilidad de acceso a los beneficios que provee el desarrollo social, cuyas dimensiones son dinámicas, se interrelacionan unas con otras y determinan formas específicas de vivir, enfermar y morir” (Breilh, 2003: 161).

Como se viene explicitando en este trabajo y a partir de la experiencia en el campo de la Salud Pública, podemos mencionar que la condición étnica, es un componente constitutivo de los procesos de s-e-a-c en el CDST de la ciudad de Rosario, por ser un efector donde el principal afluente de personas usuarias pertenecen a PO. La no inscripción de la identificación étnica en los registros sanitarios en APS en Rosario, contribuye a invisibilizar la presencia de los PO en las fuentes de datos oficiales.

5.2.2 Derecho al auto-reconocimiento

Se considera propicio para comprender la variable étnica hacer alusión al concepto de población de Otero (2011) quien plantea que:

por un lado, el concepto de población en demografía remite, en su formulación abstracta, a una artificialidad operacional que requiere de sucesivas precisiones teóricas, espaciales, sociológicas y políticas, para su medición e interpretación; y, a su vez, los sistemas estadísticos juegan un rol esencial, aunque no exclusivo, en esa puesta en forma ya que, junto a otros actores sociales, institucionales y académicos, articulan consensos de medición que varían según la época y que representan esfuerzos de objetivar la realidad social. Por su monopolio técnico en la producción de datos socio-demográficos a gran escala, esos consensos tienen un rol preponderante no sólo para la producción académica sino también para otras formas más amplias de reflexión (p. 9).

Para el autor citado, “los censos son esa tecnología de distancia que juega un rol referencial de primer orden en la imagen que cada país se forja de su población” (Cfr. con Otero 2011: 9). Continuando con el análisis que realiza a partir del primer censo en Argentina que data de 1869, así como de los que se le sucedieron, sitúa que se sustentaron en un minimalismo metodológico, pertinente en términos de medición, con una interpretación socio-histórica racista basada en una escala jerárquica y evolucionista de los grupos presentes en el país. Ese racismo, común a la estadística occidental del período, representó sin embargo una versión menos extrema que otras formas de racismo, ya que consideró a la mezcla racial como un elemento positivo para el desarrollo nacional. Los argumentos para probar la proposición de que la mezcla favorece el desarrollo de razas más fuertes;

las razas inferiores adquirirían las virtudes de las superiores, etc. encuadraron a la ideología censal argentina en la corriente del evolucionismo cultural y, con ello, se apartaron de las formas más extremas del racismo como el darwinismo social, corriente intelectual que se oponía frontalmente a todo proceso de mezcla, dado que se producía la degeneración de las especies superiores al entrar en contacto con las especies inferiores (Cfr. con Otero 2011: 10).

Esa matriz de pensamiento se mantuvo inamovible a lo largo de la historia, a excepción de algunas diferenciaciones mínimas. La forma de pensar la conformación del Estado argentino implantado entonces, sólo fue parcialmente modificada por el último censo nacional del 2001, podríamos decir: un siglo después. La modificación introducida supuso un cambio radical ya que permitió la complejización y visualización de colectivos étnicos, históricamente ausentes en los censos nacionales de población. Si bien el Censo Indígena Nacional (CIN) de 1966-1968, el Censo Aborigen de Formosa (CAF) de 1970 y el Primer Censo Aborigen Provincial de Salta (CAP) de 1984 fueron experiencias previas al Censo Nacional de 2001, fue en este último donde se incluyó por primera vez la medición de la temática de los PO a nivel nacional.

En el RENACI (Registro Nacional de Comunidades Indígenas), que se construye bajo el criterio de auto-reconocimiento, perteneciente al Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), se contemplan los siguientes PO: Atacama, Chané, Charrúa, Chorote, Chulupí, Comechingón, Diaguita, Diaguita Calchaquí, Guaraní, Huarpe, Kolla, Lule, Mapuche, Mocoví, Selk'nam (Ona), Ocloya, Omaguaca, Pilagá, Rankulche, Tapiete, Tehuelche, Tilián, Toba, Tonocoté, Vilela y Wichí

Otero (2011) plantea que:

La negativa a incorporar la dimensión racial fue acompañada de la no incorporación de la población indígena en tanto categoría de medición. Los argumentos para ello fueron similares a los de la población negra ya que se invocaba tanto las dificultades técnicas como su menor proporción numérica, argumento desmentido por las estimaciones realizadas por los propios censistas. La medición de la población indígena se enfrentaba asimismo a un problema suplementario: su consideración como categoría censal hubiera resultado contradictoria con la voluntad de control territorial del Estado argentino y con el no reconocimiento de los indígenas como naciones preexistentes y en pie de igualdad con la población blanca de origen europeo. Por esa razón, el primer censo nacional articuló una operatoria dual: la estimación de la población indígena cuando ésta ocupaba territorios no controlados y la no medición cuando se trataba de indígenas en territorios bajo control estatal. La operación era en parte técnica (dificultad de medición de poblaciones con algún grado de mestizaje) pero sobre todo política: los indígenas en tanto colectivo no tenían a los ojos del Estado estatus de nación, al tiempo que en tanto individuos de territorios controlados por el estado eran simplemente argentinos. En esta lógica, tanto la matriz liberal de los tres primeros censos (la nación es la suma de los individuos de un territorio) como el minimalismo metodológico hicieron que la medición de los aborígenes como un grupo específico fuera contradictoria con el proyecto de construcción estatal. Las campañas del Desierto (1879) y del Chaco (1884), que incorporaron los territorios indígenas al control estatal, pusieron fin a la coexistencia de estimaciones y de relevamientos efectivos

que, con grados variables, caracterizaron a los dos primeros censos. Al igual que lo ocurrido con la población negra, se partía de la convicción de que la población indígena, visualizada como inferior en el plano cultural en virtud de la dicotomía planteada por Domingo F. Sarmiento entre civilización y barbarie, desaparecería muy rápidamente en el proceso de mezcla con la población blanca (p. 11).

Para el caso de Argentina, las variables lingüísticas, al igual que las raciales, que ofrecen una perspectiva explicativa para definir a la población, no fueron incluidas; de esta manera, los censos no sólo midieron la realidad del período sino que también proyectaron hacia el futuro una cierta genealogía de la nación argentina negacionista de la diversidad étnica, una nación blanca con raíz europea, caracterizada por la rápida unificación de todos sus componentes.

Visto en el largo plazo el censo 2001 tuvo la virtud de posibilitar nombrar, visibilizar, captar a grupos hasta entonces ausentes. En tal sentido, la estadística censal del siglo XIX, si bien tuvo cuestiones de tipo progresistas, en el caso de los PO provocó en los hechos una discriminación negativa al quedar excluidos de la conformación de la nación, al estar suprimidos de las estadísticas oficiales.

El censo nacional de 2001 consideró que el criterio de captación más apropiado para las circunstancias de la población originaria argentina era el de auto-reconocimiento o autoidentificación. Fue el criterio que estableció la Ley de Censo aborígen de 1998, que respeta el derecho a la libre determinación, combinado con el de origen étnico, la identificación de la pertenencia étnica de los antepasados del respondiente. Ambos criterios se incluyeron en la misma pregunta; sin embargo ésta no se realizó a nivel individual sino a nivel de hogar.

Es oportuno mencionar que el criterio de captación más apropiado, contó con la participación activa de los PO, representados por sus referentes comunitarios mediante el ejercicio de la consulta previa, libre e informada de acuerdo a los principios de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

Hay un consenso para utilizar la autoadscripción, como el criterio utilizado en el Censo de 2001 y su posterior Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI), así como por las distintas agencias internacionales de desarrollo y el Grupo de Trabajo de Naciones Unidas sobre PO. Este mismo principio ya ha sido utilizado en la mayoría de los países de América Latina (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, entre otros).

Según los datos de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) 2004-2001, complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del 2001, en la República Argentina existen actualmente más de 37 PO distribuidos a lo largo de todo su territorio, que involucran una población total de 600.329 personas. El 93,4% de la población que se reconoce perteneciente a un PO descende de ese pueblo originario en primera generación por parte de padre y/o de madre. Estas personas forman parte de una gran diversidad de pueblos indígenas y están distribuidas en todas las provincias del país. Los pueblos mapuches, kolla, Qom y Wichí en conjunto agrupan cerca del 50% de la población relevada.

La recopilación de datos es un insumo vital al momento de construir los perfiles epidemiológicos, así como para evaluar las dificultades de acceso, calidad y pertinencia de los servicios de salud.

Se sostiene que la ausencia de la variable étnica produce interferencias en el sistema oficial de salud, al no poder cuantificar y

visibilizar al colectivo de PO, inclusive impide estadísticamente hablando, proyectar un trato específico para con esta población; que pueda incorporar la perspectiva de los derechos de los PO en las políticas y programas de salud, desde el paradigma sustentado en la interculturalidad.

Existen consensos entre los actores sociales involucrados en las discusiones en torno a cuestiones interculturales en las políticas de Estado. Para el caso del enfoque étnico en las fuentes de datos, el desafío es la construcción colectiva de sistemas de información con y para PO, con la participación libre e informada de los mismos en todas las etapas de producción de la información. Hasta el momento, la autoidentidad es el único criterio aceptado para ser aplicado, tanto por los claustros académicos de investigación como por las personas pertenecientes a PO.

Dicho acuerdo se ampara en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, que nuestro país ratificó por Ley 24071 que introduce el concepto de la autodefinición. En su Art. 2 expresa que la conciencia de su identidad indígena o tribal, deberá considerarse un criterio fundamental para determinar a los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio. Ello implica por extensión que subyace en la conciencia de la identidad indígena la adopción de formas asociativas que le sean propias y que mejor representen los intereses individuales y comunitarios de sus miembros.

Vemos que para ampliar el acceso a la salud de los grupos minoritarios, es pertinente diseñar estudios cualitativos con la plena participación de los PO, para este caso, facilitando de esta manera la producción de un saber situado. Esto conlleva a generar procedimientos y tipos de preguntas que incluyan categorías locales aumentando la validez de las mismas en los distintos contextos socioculturales y políticos.

5.2.3 Identidad étnica en el sistema sanitario de Rosario.

En los registros sanitarios digitales de la Secretaría de Salud Pública de Rosario en el Sistema Integrado de Salud de Rosario (SISR), hasta el momento presente, la variable étnica no está incluida. Este factor contribuye a que este trabajo de investigación defina metodológicamente hablando, utilizar fuentes primarias para recuperar datos respecto a cómo se inscribe la pertenencia étnica en las Historias Clínicas Familiares (HCF) analógicas y/o digitales.

Se presupone que la no inclusión de la variable étnica en los registros sanitarios interfiere, obtura la posibilidad de producir información con indicadores específicos relativos a la condiciones de salud de población perteneciente a PO en Rosario y particularmente con la población adscripta al CDST.

Partiendo de la base de que el Sistema de Información en Salud, en los registros sanitarios digitales de la Secretaría de Salud en Rosario, no contempla la variable étnica -y a los fines de obtener información de primera mano para construir datos- se entrevistó a personal de CDST, para saber su percepción y apreciación al respecto.

Pasemos a transcribir las voces de las personas protagonistas del CDST, respecto al registro de la variable étnica en la Historia Clínica (HC) digital y/o analógica:

No se registran en el sistema la pertenencia étnica, no se identifica la etnia, a qué pueblo pertenece, sólo se cargan prestaciones y vacunas (M, enfermera, 5 años en el CDST).

No, no estaba incluido el registro de la variable étnica como un modo, no lo tenía asignado en ese momento como una necesidad

o que se solicitara y nunca lo hice en el momento que trabajé con la comunidad Qom (V, psicólogo, 7 años en el CDST).

No, la verdad que no y tampoco sé si nosotros tenemos esa posibilidad de registro de la variable étnica; lo cual estaría bueno revisarlo porque es un dato muy importante a tener en cuenta dentro del proceso de atención de las personas. Yo creo que tiene que haber algo que haga referencia a algo cultural dentro del CIE10, sobre todo me parece que hay un apartado que habla de discriminación o algo relacionado con la etnia o lo cultural; pero no lo tengo tan en claro (M, psiquiatra, 4 años en el CDST).

[...] Nunca lo escribo, pero sí tengo presente la variable étnica [...] te puedo referenciar si son de la comunidad o no; pero de escribirlo de puño y letra no lo escribo en las HC (M, reumatóloga, 8 años en el CDST ad honorem).

A veces, en lo digital sí hay que aclarar algo específico; porque en general si son de las HC más viejas ya dice que pertenecen a la comunidad, sino no. Desde el CIE10 no hay nomenclaturas específicas para grupos indígenas (M, médica generalista, 23 años en el CDST).

Reconocidos que se identificaban como miembros de PO al principio los registraba, más para mí. Y [...] cuando lo intentamos hacer en los registros oficiales de las consultas, implicaba un cambio en el sistema informático que lo pedimos y nunca se habilitó. Nos parecía que era fundamental para cualquier información estadística que se sacaba de esos lugares poder tener el registro y no logramos que entiendan la importancia. [...] en algún momento dejé de sistematizar el registro, entendía que

era un registro más para mí que para lo que figuraba en la HC".
(V, médico generalista, 6 años en el CDST)

"Sí, la anoto. En realidad, en la HC es una pregunta que siempre se hace. Para fonoaudiología es fundamental para ver el desarrollo, porque el motivo de consulta para fonoaudiología es retraso en la adquisición del lenguaje, pero bueno, uno tiene que ver de qué lenguaje está hablando si es de la lengua materna de ese paciente o no. En ese sentido, el pronóstico y el tratamiento, si es que se tiene que hacer tratamiento, son cuestiones diferentes según el pueblo al que pertenezca este paciente en particular, este usuario. Digitalmente el sistema no tiene esa aplicación, no existe un indicador, una pestaña que indique que pertenece a un PO; que sería fundamental porque un médico entra al sistema y ve algo significativo que pertenece a un PO y eso sería un montón, para lo que sería después la consulta en sí (M, fonoaudióloga- 7 años en el CDST).

Tal vez hubo algunos registros en papel que tenían que ver con el origen, la procedencia, el origen de la familia ampliada, pero no existe me parece en la aplicación de SISR ningún casillero donde uno pueda completar si el paciente es criollo o si tiene otra pertenencia a otro grupo étnico (M, pediatra, 6 años en el CDST).

5.2.4 Sistematizando las voces

Analizando las plantillas del SISR y reconstruyendo las narrativas de los relatos que surgen del intercambio con el personal de salud del CDST se pudo dar cuenta que la variable étnica, en caso de ser contemplada en los registros sanitarios analógicos o manuales, y/o digitales o informáticos, sólo

sucede cuando el profesional de turno lo considera pertinente; dado que no es un dato relevante para el SISR, como así tampoco forma parte de los datos primarios.

Al no contar con la formalización de la base de datos referidos al componente étnico, la decisión de incluir la etnia se desprende de la valoración o la deducción del personal del CDST.

Los registros existentes sobre la pertenencia étnica se presentan en mayor medida inscriptos en las HC analógicas, principalmente en aquellas que fueron abiertas al inicio del funcionamiento del CDST, hace más de tres décadas.

La información recabada mostró que prima una tendencia a no registrar la identidad étnica en las HCF, como así tampoco en los registros de seguimiento (ej.: los ficheros calendarios). Por otro lado, no hay un criterio establecido para asentar la variable étnica en las planillas de consulta. Los registros son asistemáticos y, en caso de hacer alguna mención sobre la pertenencia de la persona usuaria o el grupo familiar a la comunidad Qom, se inscriben al azar. Los datos se apuntan en las HC analógicas, estilo anotación al paso y sin ningún orden en alguna evolución profesional en el transcurso de los años de atención del grupo familiar o la persona.

Se observó que la planilla de apertura del legajo de las HCF no consta como dato a consignar específicamente la pertenencia étnica. Se pueden mencionar otras reseñas: apellido, nombre, fecha de nacimiento, documento nacional de identidad, domicilio, lugar de nacimiento, residencias anteriores, antecedentes familiares, antecedentes personales (patológicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos, intolerancia a medicamentos), ocupación, nivel de instrucción, participación en instituciones, datos de la

vida cotidiana (alimentación, sueño, adicciones, actividad física), esquema de aplicación de vacunas, entre otros.

En el caso particular de trabajo social en el SISR, la carga de datos para personas pertenecientes a PO tampoco está contemplada. Sólo hay una categoría que puede describir el componente étnico dentro de las problemáticas de salud, se denomina “de adaptación cultural”; categoría que no es específica para PO.

Desde el Trabajo Social (TS) se menciona la pertenencia étnica en los informes sociales interinstitucionales, en aquellas situaciones donde la presencia de elementos propios de la cultura de PO obtura el acceso a otros derechos, por ejemplo: que la persona atendida/visitada esté alfabetizada mayoritariamente en su lengua madre, lo que genera que casi no comprenda el español y requiera de acompañamiento apropiado a su bagaje cultural. Igualmente tal definición dependerá de la evaluación de la persona profesional que desempeña funciones en ese momento, ya que no hay protocolos de actuación establecidos.

Este trabajo presupone que la prescindencia de la variable étnica en los registros sanitarios del CDST, es una dimensión que interfiere al momento de proyectar un sistema de salud socioculturalmente inclusivo para con las minorías pertenecientes a PO.

Al recapitular en los relatos de las personas entrevistadas se menciona que desde el CDST se ha solicitado a la gestión de APS, registrar la variable étnica en los registros oficiales de las consultas y cómo esto implica un cambio en el sistema informático, no se habilitó por lo menos hasta el año 2022.

Efectivamente se puede apuntar que se requieren decisiones por parte de los organismos gubernamentales y equipos de gestión para impulsar cambios programáticos que impacten en la cultura organizacional del sistema oficial de salud de Rosario con respecto al registro de la población perteneciente a PO. Es imprescindible generar las bases de un cambio sustantivo que tome en consideración la visión de todos los actores involucrados en los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidado, entre ellos a los pueblos originarios.

Incorporar en el registro sanitario en APS la variable étnica, es garantizar el derecho de los PO a la autoidentificación y auto-reconocimiento, como así lo establece la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la OPS.

La posibilidad de construir indicadores acordes con las características y necesidades de los PO, culturalmente relevantes, pertinentes y desagregadas por grupos de población, produce un impacto positivo en las estrategias de desarrollo con identidad.

Al historizar sobre el concepto de población se denota que construir indicadores con pertinencia cultural es un requerimiento indispensable para orientar las políticas públicas hacia la atención de las necesidades de los grupos étnicos. Punto esencial para ampliar los derechos de los PO, al reconocer sus derechos económicos, sociales, culturales y políticos.

Incorporar en las fuentes de datos convencionales de salud, específicamente en los sistemas de registros la identificación étnica permite construir indicadores comparables entre población perteneciente a PO y aquellas que no lo son. Este punto que ubica a una población con características distintivas, es intrínsecamente ineludible para sentar las bases que permitan desplegar indicadores, cuantitativos y cualitativos, que

respondan a los modelos de salud tradicionales de los pueblos indígenas, acordes a sus cosmogonías, hacia el interior del universo de los PO, esto significa hablar del medio ambiente, territorio, participación política, autonomía, entre otras dimensiones.

En este sentido una tarea urgente es avanzar en las definiciones consensuadas sobre conceptos como etnia, cultura, pueblo, nación, ciclos vitales, salud, enfermedad, y cuidado entre otros; así como en la operacionalización de las mismas a través de variables comparables, al menos localmente.

5.3 La ancestralidad en la epidemiología

5.3.1 Epidemiología ancestral

La descripción de la variable étnica nos adentra a preguntarnos sobre la epidemiología local propia de los PO de georreferencia del CDST, qué rasgos distintivos presentan respecto al resto de la población. Dar inicio a esta discusión no es posible sin remitirnos por un lado a la ancestralidad y por otro lado al término acuñado por Breilh sobre el perfil epidemiológico.

La conquista de Abya Yala (América) iniciada en 1492 por el continente europeo, y el despojo practicado a partir de allí, tanto por los conquistadores como por sus herederos criollos, ha provocado entre matanzas, represiones y múltiples enfermedades derivadas del encuentro de culturas, la muerte de aproximadamente 100 millones de personas hasta la actualidad.

Según Estrella, E (2009) los habitantes del nuevo mundo no eran portadores de ninguna infección grave que pudiera ser contagiada a los europeos y africanos que llegaron a sus tierras. Al contrario, la brusca

confrontación con una larga lista de infecciones (viruela, sarampión, fiebre amarilla, malaria, influenza) que europeos y africanos habían ido recogiendo a lo largo de miles de años provocó el desastre demográfico en los PO de estas tierras (Cfr. con Estrella 2009:4/5).

Efectivamente, el etnocidio produjo un cambio epidemiológico irreversible que otorgó una impronta propia a la epidemiología del Abya Yala. Los conquistadores tenían la ventaja de conocer las enfermedades y quizás también por ser los portadores, las formas de combatirlas. Mientras que para la población del Abya Yala esta situación produjo un aumento brusco de la mortalidad y una concomitante disminución de la población. El etnocidio arrasó de sobremanera con los sistema de salud nativos del Abya Yala, y aquello que sobrevivió fue confinado a la clandestinidad y al silencio.

La tardía incorporación de la variable étnica al Censo Nacional, como se mencionó en las páginas anteriores, habla de que la cuestión del reconocimiento y acceso a los derechos, diseño e implementación de políticas públicas para con las poblaciones indígenas en Argentina, es reciente.

Se entiende que la aplicación de la estadística es una valiosa herramienta para estudiar la frecuencia y distribución de los fenómenos sanitarios y esto ha tenido repercusiones relevantes en la vigilancia epidemiológica, la identificación de factores de riesgos, la evaluación de intervenciones y de las políticas de salud.

Según el Consejo Directivo de la OPS, desde el año 1993 existen cuatro puntos vinculados a PO:

- 1- La situación de salud de los pueblos originarios está determinada por un proceso histórico cuyo resultado ha sido la dependencia, la pérdida de identidad y la marginación.
- 2- Por otro lado, los pueblos originarios de las Américas tienen una expectativa de vida más corta que los grupos homólogos de la sociedad nacional, mayores tasas de mortalidad y un perfil de morbilidad diferente y cambiante según su nivel de vida, posición social y grado de aculturación, así como por la distinta exposición al riesgo de enfermar y morir.
- 3- La salud de los Pueblos Indígenas está en buena parte determinada por las condiciones del hábitat y los nuevos desafíos impuestos por el empobrecimiento y el proceso de modernización. De esta manera la salud, los procesos salud-enfermedad y los propios sistemas de salud para los Pueblos Indígenas, son sistemas culturales. Así como no hay una sola y uniforme cultura indígena sino una gran diversidad cultural, tampoco hay un perfil epidemiológico uniforme en los diferentes Originarios. Estos perfiles difieren según forma de vida, el clima, el acceso a, y la calidad tanto del sistema de salud público como del tradicional (indígena). Como común denominador se puede decir que los pueblos originarios están afectados principalmente por las denominadas enfermedades de la pobreza como diarrea, enfermedades respiratorias, parasitosis, etc. No obstante, existen factores particulares a su especificidad cultural relevantes para esta situación de salud que viven la población indígena y que merecen especial atención.
- 4- El desplazamiento forzado, cambio de medio ambiente y del estilo de vida, cuya consecuencia es que muchas de las tradiciones y prácticas en relación a la salud preventiva,

terapia, consumo de agua potable, protección de fuentes de agua e higiene se han perdido o no corresponden a la realidad actual (OPS: 1993).

Al indagar en el campo de la investigación en salud con PO, se divisa un escenario que obtura la construcción de información sanitaria y sociodemográfica comparable y accesible que permita la visibilización de la situación de salud real de este grupo social comparativamente con la población general. Esta falta de datos refuerza la necesidad de llevar registros completos y confiables desde cada efector de salud que aborda cuestiones indígenas.⁴

5.3.2 Epidemiología en situación

Ante la ausencia de la variable étnica en el SISR, este trabajo de investigación buscó recuperar las voces de las personas protagonistas que diariamente desempeñan funciones sanitarias, para reconstruir datos epidemiológicos concretos referidos a PO, a partir de la experticia en el campo.

Se exploraron las percepciones respecto a las variables que hacen a la epidemiología local, que se ven explicitadas cotidianamente en las

⁴ Según Orzuza (2016) Los estudios relevados en el ámbito nacional sobre la población perteneciente a pueblos originarios se han efectuado a partir de relevamientos sociosanitarios que hacen los equipos de salud (Lorenzetti, 2014) relevamientos domiciliarios de los equipos de investigación (Valeggia, Orlando- Lagranjao, 2014; Menghi, 2007; Badano, 2014), han utilizado información sociodemográfica parcial producida en algunas provincias (Badano, 2014) o han tenido que restringirse a realizar estudios en los servicios de salud, a la población usuaria, por la dificultad de realizar relevamientos poblacionales (Sosa Estani, 2009; Mampaey - Van de Velde, 2014).

demandas de atención. Pasemos a transcribir algunos relatos del personal de salud que dan cuenta de las variables de la epidemiología local en el CDST en zona oeste de Rosario:

Generalmente, en el CDST lo que más se veía era la Tuberculosis (TBC). En su momento también fui viendo, junto con la referente de la comunidad, como la TBC es vista como un castigo divino de sus ancestros, algo que esa persona hizo y/o haya hecho anteriormente. [...] En el CDST, por la enfermedad de TBC u otras enfermedades como VIH, ellos se sienten discriminados. Después, la concepción también ellos saben mediante las lunas [...]. Son miradas diferentes, tienen otro conocimiento, otros métodos, el de la luna y su calendario, más allá de la pastilla anticonceptiva, el inyectable. Para la diabetes, en esa población quizás podés decirle la alimentación, cómo cuidarse, pero hay mucha escasez, viven justamente de la harina, tienen un solo plato de comida, sin frutas, verduras [...] En los casos de analfabetismo se les marcaba en la jeringa hasta dónde aplicarse, sino se les dibujaba un sol o una luna para que se pueda comprender, sino también se recurría a un familiar que pueda acompañar. La experiencia laboral con las personas de PO, más allá de que yo soy Kolla y también pertenezco a un PO, la relación fue buena con ellos (M, enfermera, 5 años en el CDST).

En este momento tenemos mucha TBC que se relaciona con el hacinamiento, pobreza, hambre. Hay otras cuestiones, como por ejemplo la artritis reumatoidea, que en un momento se estudió o se está estudiando y que está muy ligada a las familias originarias. Y otra de las cuestiones también es con respecto a la alimentación, muchísimas litiasis vesicular. A ver, bueno, después

en lo común: diabetes, hipertensión que es una cuestión de alimentación y de no poder llegar al paciente en el abordaje del consumo de azúcar, de sal, pero eso yo lo dejaría aparte. Lo que más me llama la atención es la cantidad de artritis, la cantidad de artritis [...] Chagas [...] ahora se está investigando si no hay casos autóctonos de Chagas, que vengan entre tantos viajes que se están haciendo, que vengan entre la ropa, entre las comidas que traen vinchucas, porque están apareciendo casos nuevos de Chagas [...] el dengue, chikungunya [...] la angustia de los más viejos por el desarraigo, por esto de la discriminación que ellos siempre traen que se da en los más viejos y los vienen trayendo y es como que nunca se trabajó, o no lo pueden manifestar, o recién sale a la luz ahora que son adultos y añoran el campo o su vida de niños. Y es muy diferente a lo que están viviendo ahora los adolescentes o jóvenes que están más relacionados con el tema del consumo de sustancias [...] Yo lo veo en el tema de los suicidios que han aumentado en estos últimos años mucho, cuando yo vine acá no se daba estaba esto del desarraigo y de la angustia, pero no hasta llegar al suicidio (M, médica generalista, 23 años en el CDST).

Es una población que tiene una falta de accesibilidad al mercado de trabajo [...] genera exclusión, angustia, depresión, [...] mucho consumo de alcohol, mucha violencia de género ya estructural, muchos abusos hacia las madres de los niños que atendemos y buscan salir de los hogares a edades más tempranas, no hay tanto embarazo adolescente como en otros barrios, porque hay mucha comunidad [...] hay familia ampliada, hay muchas enfermedades que también se transmiten fácilmente porque hay mucha familia ampliada, porque hay mucho contacto social.

Cuestiones en cuanto a la epidemiología como la TBC que es una patología que venimos abordando que nos cuesta mucho desde el plano de lo nutricional, que existe una sola comida diaria muchas veces, en las casas no hay para meter en la olla, otras cuestiones epidemiológicas que vemos con recurrencia son las de niños con broncoespasmos a repetición porque no tienen las condiciones suficientes en el hogar para climatizar, cocinan a través de braseros, con fuego, niños que a veces tuvieron internaciones o son prematuros, o tienen algún otro factor de riesgo terminan recayendo muchas veces en internaciones en el hospital . Otra de las patologías que vemos tanto es la mal nutrición entendida como peso, talla, perímetro encefálico por debajo de los estándares para la población o también una alimentación basada en hidratos de carbono simples, como el azúcar y la harina, que generan obesidad, obesidad mórbida y trastorno relacionado al síndrome metabólico en edades tempranas que ya condicionan que de adultos tengan una alta incidencia de enfermedades inmunológicas como el reuma, el hipotiroidismo, la diabetes tipo 1, tipo 2... Muchos terminan en insulina por el hecho de no acceder a una alimentación como correspondería para la patología [...] Tenemos mucha parasitosis intestinal, muchos niños que consumen agua de la red digamos, de la canilla que viene absolutamente contaminada y eso genera trastornos a nivel digestivo, diarreas, dolor abdominal, vómitos y también alteraciones a nivel de la curva de crecimiento que se corrigen con antiparasitarios; pero el problema a veces es que un antiparasitario no lo podemos ofrecer cada mes. Tenemos que respetar la posología y es 6 meses [...] Yo estuve leyendo mucho sobre algunas plantas como el Suiko, pero acá no se consigue, eso se consigue en Formosa [...] Desde la perspectiva de

epidemiología tenemos una alta tasa de enfermedad reumática, inclusive hubo un brote específico de chikungunya en este barrio que se debe también a las condiciones de este barrio [...] tuvimos prácticamente un brote nosotros solos dentro de todo Rosario, como barrio puntual. Hay una emergencia de muchas enfermedades que en otros barrios están prácticamente erradicadas como la TBC, que tenemos prácticamente el 80 por ciento dentro de lo que es la comunidad, tanto del barrio nuestro como el otro barrio de zona norte, el 80 por ciento de toda la provincia lo que significa que hay condiciones de vida que la favorecen [...] que se magnifiquen y/o se cronifiquen con la dificultad que tenemos para que accedan a la consulta hombres jóvenes (M, pediatra, 6 años en el CDST).

Algunas variables tienen que ver con el hacinamiento y con las condiciones materiales de vida muy básicas: el agua, la comida, la higiene o con el desarraigo [...] en el barrio hay mucha gente que de alguna manera entiende que no es este su lugar. Y desde eso condiciona un montón de cosas, de que no está en su lugar [...]. El hacinamiento condiciona muchas cosas concretas como tuberculosis, parásitos, enfermedades respiratorias, pero también con dificultades para sostener algunos tratamientos y regularidad en los tratamientos que se proponen en cuestiones más a largo plazo, mas crónicas también, muchas cuestiones con dificultad para reconocer el cuerpo en algún punto, personas con dolores crónicos, con limitaciones físicas, es como que parecen que dejarán de ser un problema en algún punto, cuestiones de discapacidad que en otros contextos de alguna manera hacen buscar ayuda o intentar modificarlos, ahí en el barrio hay como una situación de que hay que identificar o que generar el

problema a solucionar, es como un trabajo previo que hay que hacer, donde muchas de las personas reconozcan un problema de salud, previo a intentar hacer algo para modificarlo (V, médico generalista, 6 años en el CDST).

La alta incidencia de TBC que tenemos viene de la mano de las particularidades de esta población, tenemos mucha gente que viene del Chaco con toda su idiosincrasia, después las cuestiones que surgen una vez que están instalados: el hacinamiento, las malas condiciones edilicias, la falta de agua potable, condiciones básicas de vida. Me parece que esas cuestiones son las que por ahí marcan a la población (V, enfermero- 12 años en el CDST).

Vivienda, calidad de la vivienda, acceso al agua potable, acceso a las cloacas, y condiciones sanitarias de los tratamientos de los desechos, trabajo digno formal, acceso a alimentación de calidad. Por supuesto cuando hablé de vivienda digna, hablo del hacinamiento que se sufre, condiciones del transporte, localización de industrias y lugares de trabajo en el territorio, iluminación, limpieza y cuidado del ambiente, calles, aceras, hay zanjias todavía con agua podrida en la mitad del Barrio Toba por lo menos. Acceso a la salud: otra variable. Si bien rescatamos lo que ofrece la salud pública [...] está notablemente obstaculizado para algunas comunidades y por otro lado la altísima demanda hace que el acceso a la salud en general, estudios, tratamientos, remedios sea menos de lo que se necesita. Acceso a la educación: otra variable. La calidad educativa dada las condiciones sociales de vida, la precariedad en la alimentación, vivienda, precariedad de los edificios en las escuelas, saturación de aulas con 40 pibes y una docente hace que influya

notablemente sobre la salud de las personas, sobre la salud mental de las personas, sobre las posibilidades de pensar que se puede progresar que se puede tener una vivienda digna, que se puede vivir bien, y esto es algo que en las poblaciones con quienes trabajamos pareciera que esto está vedado de entrada digamos, esperanza en la mejora de la calidad de vida es algo que las personas, yo creo que no tienen (V, psicólogo, 7 años en el CDST).

Puntualmente estamos con un problema bastante grande en relación a la TBC, siempre todo lo que es endémico en esta zona se vive como una problemática mucho mayor que en otras zonas de Rosario; que tiene que ver con las condiciones de vida de las personas, en su momento con dengue, chikungunya, todas estas cuestiones que si bien están en otras zonas de Rosario, en esta zona en particular y en este centro de salud en particular atañen mucho tiempo y tarea por parte de los trabajadores digamos porque es una casuística muy grande. Después en relación a la salud mental, lo que nosotros más evaluamos son las situaciones quizás de consumos, pero no de consumo de sustancias como encontraríamos en otras zonas de Rosario, sino sobre todo consumo de poxirán desde muy temprana edad con las consecuencias que eso después tiene. Situaciones también que más observamos son situaciones de violencia de género también a temprana edad o abusos también a temprana edad que después se manifiestan a la edad adulta en cuadros de salud mental bastante graves y lo primero que me encontré cuando llegué y que me llamó mucho la atención es una importante población con algunas presentaciones de psicosis más graves en donde el diagnóstico, la llegada al CDST, es bastante más tardío

porque quizás las familias no ubican algunas cuestiones como el encierro, el retraimiento social, la hipoxia, la falta de apetito como síntomas para consultar, esas son, me parece a mí, lo predominante, digamos (M, psiquiatra, 4 años en el CDST).

[...] Dislalia, retrasos de adquisición del lenguaje. [...] Trastorno en el aprendizaje, retraso mental o trastorno del espectro autista, no salimos de eso, [...] se debe tener en cuenta el contexto en el que se desarrolló este niño, la cultura, si fue donado ese lenguaje o no, [...] opciones que envuelven a la posibilidad de adquirir este lenguaje. En el qom es más complicado saber, hasta que no te das cuenta que la lengua materna es el qom y no el español, lleva más tiempo. En el qom es más complicado saber de dónde provienen los trastornos de la adquisición del lenguaje, son niños que no hablan, y después empiezas a ver que hablan otra lengua. [...] Tenemos una manera de evaluar a la población occidental, española, conquistadora naturalmente, entonces es difícil, muy difícil no patologizar al otro (M, fonoaudióloga, 7 años en el CDST).

[...] Un problema en toda enfermedad crónica es la continuidad de los tratamientos, la mala adherencia, que nosotros decimos, a las prescripciones médicas. Para la artritis, la diabetes, la TBC, son enfermedades que si uno adhiere adecuadamente según la lógica de nuestro lado, de la biomedicina, te tiene que ir bien; pero nosotros vemos que a ellos no les va bien. [...] Para estas patologías en particular, yo te diría que siempre hay una predisposición genética, pero lo ambiental es fundamental porque ellos pasan de estar en su lugar, al estrés de lo urbano. [...] Además de la dieta ellos en su lugar de origen tenían otra dieta,

ésta es una dieta muy inflamatoria para las articulaciones. Y también lo cultural [...] pacientes con artritis reumatoidea [...] ellos primero normalizan el síntoma, creen que les duele por el laburo que ellos hacen con fuerza, hasta que registran eso, entre comillas normal, y consultan, a lo mejor pasó mucho tiempo y otra cosa es que se comparan con el de al lado o sea al de al lado le duele, a mí también me ha de doler y eso ya termina y no hacen ningún tipo de consulta. O también, esto que, la movilización constante que hacen con Chaco y Rosario hace que pierdan los tratamientos [...] Para mí las variables de lo urbano, lo cultural, la alimentación, digamos la concepción que ellos tienen de la enfermedad son variables digamos muy pesadas. Concepción de la enfermedad, [...] muchos creen que la enfermedad fue impuesta por un mal o un daño que les hizo alguien y que eso es irreversible digamos; una vez que a vos te toca tenés que padecerlo toda la vida, entonces una de las cosas que nosotros hablábamos, bueno, ese daño puede trabajarlo para que sea lo menos dañino posible. [...] Para ellos, la salud no es lo físico sino que pasa más por una cuestión espiritual, eso uno lo tiene que aprender como profesional [...] Cuando yo trabajaba en el hospital y la típica ¿vos viste que siempre llegan al hospital cuando están de última? Esa era nuestra idea y entonces cuando vos vas para atrás y ves todo lo que pasa hasta que pueda llegar al hospital, todo lo que tuvo que pasar, vos decís, hay que ir a trabajar ahí, digamos [...] porque si no siempre es de nuestro lado, tipo la cuestión de retarlos o decirles esto te pasa porque no hiciste las cosas cómo se debían, en vez de entender un poco más en profundidad el porqué. Para mí toda esta problemática se tiene que trabajar de manera interdisciplinaria porque es tan complejo

el abordaje que siempre necesitás la visión de otro (M, reumatóloga, 8 años ad honorem en el CDST).

Los continuos desplazamientos forzados de los PO desde su lugar de origen a Rosario y viceversa fueron acarreado problemáticas que se van agudizando cada vez más en los últimos años, problemáticas vinculadas a la discriminación, violencias, el consumo problemático de sustancias psicoactivas, abusos hacia las mujeres y las infancias, contextos de extrema pobreza y exclusión donde las condiciones de vida desfavorables que se vinculan directamente a la inaccesibilidad de recursos básicos para la vida como son el agua potable y la nutrición imprescindibles para la salud de las personas (M, trabajadora social- 6 años en el CDST).

5.3.3 Apreciaciones desde el CDST sobre la epidemiología local

Al procesar las entrevistas, quedó en evidencia que todas las personas del equipo del CDST coincidieron en indicar que las condiciones estructurales de vida inciden directamente en las condiciones de salud de la población de PO atendida por ellos. A modo de síntesis, se podrían enumerar de la siguiente manera: 1- falta de acceso al agua potable, 2- carencia de los servicios de saneamiento ambiental, 3- desempleo estructural intergeneracional, 4- acceso a changas mal remuneradas, 5- hacinamiento crítico y extrema precariedad en las viviendas, 6- pobreza estructural, 7- marginalidad, 8- exclusión, 9- falta de acceso a los alimentos básicos, 10- alto índice de deserción escolar, 11- repitencia y analfabetismo, 12- violencias producto del consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, 13- desarraigo, 14- discriminación.

Para clarificar lo antedicho se recupera la posición de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, creada en el año 2005, con el ímpetu de reducir las inequidades en salud. La CDSS plantea que las inequidades en salud son las diferencias sistemáticas, injustas y evitables, en la capacidad de funcionar de las personas que se dan a nivel individual o colectivo y que son resultado de la desigual distribución del poder y de los recursos a lo largo de la escala social, acumulables en el tiempo y que, además, son pasibles de ser revertidos a través del abordaje de las políticas públicas desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. La inequidad implica que las desigualdades encontradas son injustas y evitables; es decir, pueden ser prevenidas y remediadas (Cfr con Arcaya y otros 2015).

En el 2008, el Foro de Investigación en Salud de Argentina, señaló que la población indígena en nuestro país presenta un perfil epidemiológico complejo al tener una mayor vulnerabilidad y mortalidad, en comparación con el resto de la población. El mal de Chagas, tuberculosis, desnutrición infantil y otras enfermedades infecto-contagiosas evitables, conforman en entramado epidemiológico de esta población sumado a casos de discriminación y racismo en los servicios hacia las personas usuarias. Al mismo tiempo, se señalaba la falta de producción de información específica, indispensable para dar respuesta a las problemáticas sanitarias que las agobian y la carencia de pertinencia cultural de los servicios y programas sanitarios. Tampoco hay insumos para abordar problemas de salud animal (vacunas, desparasitación), ni denuncias ambientales (Cfr. con Capriati y otros 2008: 10).

Además de los determinantes sociales de la salud, el equipo del CDST refiere que se presentan enfermedades prevalentes: artritis reumatoide, tuberculosis, Chagas y dengue (estacional). Por otro lado, hay

otras enfermedades que se reiteran en el perfil epidemiológico, como son las enfermedades crónicas: diabetes tipo I y II, hipertensión, obesidad mórbida y trastornos relacionados al síndrome metabólico a edades tempranas, desnutrición, entre otras.

Para elaborar un perfil epidemiológico y/o perfiles epidemiológicos para PO se requiere establecer un sistema de información en salud certero, apuntando específicamente a enfermedades infectocontagiosas, endémicas (Chagas, Tuberculosis), crónicas (hipertensión arterial, diabetes tipo II, artritis reumatoide), entre otras.

Pareciera que la cuestión para analizar el perfil de las poblaciones pertenecientes a PO se complejiza, aún más, cuando se hace mención a problemáticas en Salud Pública que atañen a la discriminación, el desarraigo, las angustias, los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas (por ej.: el poxirán) a edades muy tempranas, los suicidios en adolescentes, las psicosis, violencias y abusos a temprana edad, trastornos en el aprendizaje y en la adquisición del lenguaje, retraso mental o trastorno del espectro autista.

Para arribar a una conceptualización de la epidemiología local de PO, además de contar con la variable étnica en los registros sanitarios, es condición contar con una epistemología sociocultural que permita construir indicadores culturalmente sensibles.

En su artículo “Ejes de discusión en la propuesta de una epidemiología sociocultural”, Haro (2011) plantea que:

En la cultura popular se reconocen síntomas y signos de padecimientos que no tienen un reconocimiento por parte de la biomedicina o la epidemiología; y que estos “síndromes de

filiación cultural”, como son llamados, no son solamente entidades nosológicas “tradicionales” y “supervivencias” del folklore sino también marcadores múltiples de situaciones de vida que conllevan sufrimiento, injusticia, discriminación, negligencia, inequidad, evitabilidad, etcétera. Por ello, es necesario considerar lo que expresa una determinada epidemiología popular (“etnoepidemiología”). [...] Hay una serie de evidencias sobre la forma en que opera lo simbólico, lo construido culturalmente, en la salud, que no debe ser soslayado por una epidemiología sociocultural (p.17).

La utilización de indicadores sociodemográficos y de salud de la epidemiología clásica para con la población perteneciente a PO genera controversias, en cuanto a la capacidad de representar, medir las razones por las cuales enferman y mueren las poblaciones originarias.

Y como se viene manifestando el cuestionamiento se complejiza incluso más cuando se trata de la discusión sobre la identificación y medición de los problemas en el campo de la salud mental. Por esta razón se considera criterioso para contemplar la dimensión cultural de los problemas de salud, utilizar instrumentos de medición e indicadores con pertinencia y sensibilidad cultural.

“La psiquiatría cultural y la psiquiatría transcultural han sido pioneras en estas discusiones. La psiquiatría cultural entiende que las nosologías psiquiátricas son categorías dependientes de los contextos histórico culturales” (Martínez Hernaez, 2006). “Estudios realizados en Argentina comparten esta concepción, denunciando la confusión de diferencias culturales con desvío o psicopatología” (Cfr. con Contini de González, 2003; Duero & Shapoff, 2009). Sin embargo, como explica Martínez Hernaez (2006):

en el complejo campo de la salud mental, la psiquiatría cultural ocupa un lugar de menor importancia en relación con la psiquiatría general más orientada al estudio de los neurotransmisores en la etiología de los trastornos mentales que a la investigación de la influencia de las transformaciones culturales en la salud mental (Martínez Hernaez, 2006).

La psiquiatría transcultural cuestiona que los manuales de diagnósticos internacionales más utilizados (DSM y el CIE 10) ignoren los principales síndromes culturales de Latinoamérica, e indica críticamente que no hay ninguna cultura que pueda valorarse como norma de referencia general para comprender valorativamente un comportamiento en culturas distintas (Cfr. con Hollweg, 2001). Igualmente, el DSM en su cuarta edición advierte a los lectores que la evaluación de los síntomas de la esquizofrenia "en situaciones culturales o socioeconómicas diferentes de las propias, debe tomar en cuenta estas diferencias culturales". Más aún, que "ideas que pueden parecer delirantes en una cultura (por ejemplo, la magia y la brujería) bien pueden ser comunes en otra. "En algunas sociedades, las alucinaciones visuales o auditivas con contenido religioso pueden ser parte normal de la experiencia religiosa (por ejemplo, el ver a la Virgen María u oír la voz de Dios)" (Uribe 2000: 346).

Un problema del campo de la salud mental que produce interrogantes para la propia comunidad y para parte del equipo del CDST es aquel que se relaciona con los suicidios principalmente de adolescentes y jóvenes. Estudiar dicha problemática en Salud Pública, desde una perspectiva de la salud mental de manera interdisciplinaria, con raigambre sociocultural y participación comunitaria es vital para conceptualizar, acompañar y abordar desde una perspectiva intercultural.

5.3.4 Epidemiología con impronta sociocultural

Aunque el sistema oficial de salud de Rosario no cuenta con un perfil epidemiológico específico de las poblaciones originarias, hay algunos estudios a nivel local, principalmente en la zona oeste de Rosario, que narran ciertas características epidemiológicas distintivas de la población adscripta al CDST perteneciente a PO. A los fines de ampliar la perspectiva, analicemos el valioso estudio sobre la Artritis Reumatoide.

El estudio cualitativo titulado “Vivir con artritis reumatoide en una población indígena qom en la Argentina” refiere que la prevalencia de la Artritis Reumatoide (AR) en la población Qom, en Argentina, ha sido la más alta reportada (2,4%), con marcada agresividad de la enfermedad, así como una importante limitación funcional, en comparación con México y Venezuela, según infiere el Grupo Latinoamericano para el Estudio de las Enfermedades Reumáticas en los Pueblos Originarios (GLADERPO) que ha realizado estudios epistemológicos, antropológicos y genéticos sobre el tema. Pasemos a detallar:

[...] Al momento del último censo, realizado en 2010, Rosario tenía más de 1.190.000 habitantes. [...] No hubo datos oficiales de la cantidad de individuos Qom establecidos en Rosario; por lo tanto, fue necesario realizar un censo poblacional y mapear los datos recolectados. [...] La muestra incluyó individuos que reunieran los siguientes criterios de inclusión: ≥ 18 años de edad, que se autoidentificaran como Qom y que tuvieran al menos seis meses de residencia en la ciudad de Rosario. La población Qom está ubicada en tres distritos: Norte (Barrio La Travesía), Noroeste (Barrio Pumitas) y Oeste (Barrio Rouillón). [...] Se identificaron los temas que se mencionan a continuación: 1) Vivir con AR: percepción del dolor, actividades diarias, tipo de trabajo realizado,

condiciones de la vivienda, relaciones familiares, utilización de la medicina tradicional. 2) Relación con el sistema de salud local: acceso al sistema de salud, relación médico-paciente, continuidad del tratamiento y disponibilidad de la medicación. [...] Además de utilizar el sistema de salud pública, se observó en la población un grupo de estrategias para tratar la enfermedad de acuerdo con sus creencias, valores y sistemas de acción, todas ellas diferentes a las correspondientes al sistema de salud. Estas estrategias se pueden agrupar en tres categorías: chamanismo (prácticas asociadas principalmente con la concepción de que la enfermedad es el resultado de un «mal»), curación religiosa en el contexto de iglesias Pentecostales nativas y farmacopea tradicional (hierbas medicinales). [...] Relación con el sistema de salud local. Relación médico-paciente. Surgen algunos desacuerdos en la relación entre los pacientes y los médicos. Los pacientes se quejan del poco tiempo que brindan para explicar las cosas, o sobre la falta de explicación. Se infiere del análisis que lo que los pacientes refieren como una «falta de explicación» es una manera de expresar la dificultad en el entendimiento de la misma, así como imposibilidad de construir una relación médico-paciente. [...] Sobre la medicación, a pesar de que el tratamiento estándar se otorga de forma gratuita, se observaron algunas dificultades en la continuidad del tratamiento. Luego de una visita de control al especialista que prescribió originalmente el tratamiento, los pacientes pueden recibir la medicación en forma mensual en el Centro de Atención Primaria (CAP) más cercano. Se identificó, durante el trabajo de campo, que muchos pacientes tenían problemas para tomar la medicación según la prescripción médica debido a la falta de conocimiento. [...] Acceso. Disponibilidad de turnos: La dificultad en el acceso a los turnos médicos tiene un

impacto negativo no solo en la salud del paciente sino también en la continuidad del tratamiento, ya que los pacientes pierden interés y abandonan el tratamiento. [...] La mayoría de las veces, los individuos qom combinan ambos sistemas de atención (tradicional y biomédico) en la búsqueda de la atención para su enfermedad (Quintana, R y otros 2020: 4/5).

“La política de salud para pueblos indígenas en El Impenetrable, provincia de Chaco” de Andrés Cuyul (2015) es otro estudio que resulta clarificador para ampliar la percepción sobre la situación de salud de los PO en Argentina, desde una matriz epidemiológica sociocultural.

En septiembre del año 2008 se presentó un informe a la Subsecretaría de Prevención de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación que daba cuenta de la situación del sistema sanitario de la provincia del Chaco en relación a los pueblos indígenas. En dicho informe se señalaron situaciones de discriminación en los servicios de salud a personas pertenecientes a pueblos indígenas evidenciados a través de los testimonios recogidos. Más allá que las autoridades nacionales de salud de ese entonces no estimaron prioritario un abordaje de las relaciones interculturales al interior del sistema de salud como parte constitutiva y reflejo de las relaciones coloniales, el informe destacaba tales situaciones presentes en el sector de la salud. En el mismo se dejaba plasmado que: 1- Los usuarios denunciaban un maltrato verbal, demoras y negación de atención hacia personas indígenas que acuden a los servicios de salud. 2- La prevalencia de ideas-fuerza discriminatorias en base a prejuicios frente al usuario indígena. Los calificativos despectivos tales como “son dejados” “no trabajan” o “son porfiados”, “no entienden” eran una constante de

parte de médicos y auxiliares de enfermería no indígenas. En este sentido el informe advertía de los problemas de comprensión sociocultural y comunicación propias del modelo de atención de salud biomédico que ignora la especificidad, historia y contexto sociocultural del paciente. 3- Se constataba además que los agentes sanitarios indígenas formados en capacitación impulsada por la Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación (2008) no eran incorporados a la atención dentro de los puestos sanitarios. Éstos eran relegados - espacial y socialmente- a la “observación no participante”, marginándolos de los procedimientos preventivos y clínicos. Dichos agentes quedaban por lo tanto cumpliendo tareas de aseo o manejo de radio en los puestos sanitarios (p.6).

Se presupone que el sistema formal de salud en Argentina, con la predominancia de la medicina alopática, produce interferencias en los procesos de atención de personas pertenecientes a PO. Hasta el momento se pueden mencionar dos dimensiones que contribuyen a producir estas interferencias: la ausencia de la variable étnica en los registros sanitarios y su consecuente imposibilidad de contar con una epidemiológica sociocultural específica.

En el caso de APS en Rosario, la ausencia información epidemiológica específica para población originaria en el CDST de Rosario, se considera que es un causal que produce interferencias en los procesos de a-s-e-c al no contemplar la pertinencia cultural. La carencia de información desagregada sobre PO se enlaza directamente con la no incorporación de la variable étnica en el registro sanitario informático de Rosario el SISR. Este estado de situación cronificado en el tiempo interfiere, repercute directamente en la calidad de la atención.

Lograr traducir en relación a las necesidades específicas de la población indígena en materia de salud, permite la adaptación de los programas a las características que diferencian a estos pueblos con respecto al resto de la población, tales como: asegurar que los servicios de salud se presten en forma social y culturalmente apropiados garantizando, por ejemplo, la asignación de recursos para las enfermedades prevalentes entre los PO, diseñar líneas programáticas específicas con inversiones para este perfil poblacional, estudios de casos clínicos basados en las medicinas tradicionales, formación de personal en salud con pertinencia cultural, entre otros.

De esta manera se explicitan las dimensiones que interfieren en las dinámicas propias de s-e-a-c para con los PO, cuando se habla de interferencias se alude a obstáculos que imposibilitan visibilizar culturalmente hablando las problemáticas distintivas que los atraviesan.

A partir de contar con una breve descripción de la epidemiología local, vivenciada desde el núcleo mismo de las prácticas sanitarias, a través de las palabras de los actores significativos del territorio, en el próximo apartado, para enriquecer el diálogo intercultural, a las voces del equipo del CDST, se le incorporan las voces de las personas autorreconocidas como descendientes de PO adscriptas al CDST. De esta manera nos adentramos en las apreciaciones sobre las concepciones de salud, los itinerarios terapéuticos, el uso de la lengua madre para continuar profundizando en las dimensiones interculturales de la salud local.

5.4 Sistemas médicos, modelos e itinerarios terapéuticos

5.4.1 Prácticas médicas tradicionales en el sistema sanitario local

La población de georreferencia del CDST está conformada por la etnia Qom en mayor proporción, mocovíes, guaraníes provenientes del Paraguay y los blancos o doqshi (en lengua qomlaqtaq), comúnmente conocidos como los criollos en la jerga barrial por los PO.

Como se sostiene en este trabajo de investigación, esta diversidad cultural repercute directamente en la conformación de la demanda en Salud Pública. En contextos pluriétnicos como los mencionados, los procesos de s-e-a-c se suceden habitualmente en el marco de un sistema de atención en el que conviven diferentes sistemas médicos y, por tanto, diferentes exponentes de la salud, con sus propios modelos explicativos.

Cada exponente de la salud dependiendo de su bagaje cultural cuenta con sus propias nociones sobre lo que es la enfermedad, sobre las representaciones de la salud y de qué manera se revierte y tratan las dolencias físicas, psíquicas y espirituales. Dependiendo de la manera de conceptualizar la e-s-a-c, se elaboran diagnósticos, tratamientos y las respectivas prácticas terapéuticas.

Este trabajo de investigación presupone que la coexistencia de distintos sistemas médicos, y sus prácticas sanitarias, interfiere de distintas maneras en los procesos de s-e-a-c. Se sostiene que en la coexistencia de un pluralismo médico se suceden procesos de complementariedad, antagonismos, conflictos, hegemonía y subordinación entre los diversos sistemas curativos.

Para profundizar y comprender la relación entre la medicina alopática que caracteriza al sistema convencional de salud vigente en Rosario y la medicina tradicional de los PO es pertinente establecer una diferenciación entre modelos y sistemas médicos.

Toda medicina se constituye en estructuras conceptuales (modelos) y estructuras organizacionales (sistemas), componentes que están fuertemente relacionados.

Los modelos médicos constituyen estructuras conceptuales cognitivo-culturales que conllevan una serie de supuestos y asunciones construidas histórica y culturalmente por un grupo social determinado. Se refieren al estatus epistemológico y ontológico de un dominio de realidad dado y, por lo tanto, determinan los marcos de referencia de las valoraciones y acciones de los individuos. Los modelos médicos definen las cualidades y propiedades de la “realidad” de las “cosas” en cuanto a su relación e interacción con lo humano. Por ende, establecen las posibilidades del conocimiento que se puede dar en torno al cuerpo y la enfermedad, así como las categorías para entender los fenómenos como la vida y la muerte. Por su parte, los sistemas médicos son estructuras organizacionales que derivan sus conceptualizaciones de un modelo médico determinado. Tienen una existencia empírica observable que se constituye en un conjunto organizado de instituciones, recursos, prácticas y procedimientos respecto de un modelo cultural dado. Determinan roles, estatus y funciones, mecanismos de reclutamiento y legitimación de sus prácticas, técnicas terapéuticas y diagnósticas, recursos materiales y tecnologías a emplear, escenarios y contextos de funcionamiento, y códigos y lenguajes

específicos. [...] El sistema médico cuenta con tecnologías (drogas, adivinación, hierbas, procedimientos médicos) y practicantes (médicos, enfermeras, brujos, curanderos, parteras etc...) los cuales están integrados en un sustrato ideológico que forma parte del repertorio cultural de una sociedad determinada (Vidal 1996: 47).

Al reconstruir las distintas vertientes de conocimientos sobre la salud y sobre quiénes son aquellas personas que detentan saberes específicos sobre la misma en el barrio Toba de zona oeste de Rosario, se pueden mencionar a grandes rasgos: por un lado el sistema convencional de salud con su institucionalidad (centros de salud y sus profesionales con una formación alopática principalmente); y, concomitantemente en la trama comunitaria, el despliegue de la medicina tradicional Qom, siendo los Piogonak Pi y/o píioGonaGa, principales exponentes de dicha medicina.

Se escucha en el contexto urbano local que el uso de remedios naturales y la cura chamánica son parte persistente de los itinerarios terapéuticos a las que recurren la comunidad Qom. El itinerario terapéutico se refiere a los patrones de conducta de las personas en los episodios de enfermedad y la búsqueda de la salud, en el cual influyen elementos como lo que se percibe como enfermedad, la eficacia y prestigio que se atribuyen a las tradiciones médicas presentes en la zona, las posibilidades de acceso económico y geográfico a los distintos sistemas médicos, los costos/beneficios percibidos por la familia y el consultante y, por último, la relación social y cultural con los agentes de salud involucrados (Cfr. con Citarella, 1995: 153).

Al salir del consultorio del CDST en las recorridas barriales, las visitas domiciliarias, las charlas con quienes viven día a día, momento a momento en el barrio, permiten reconocer el escaso conocimiento y comprensión, que

por lo general, se tiene respecto a la medicina de los pueblos nativos del Abya Yala y específicamente de la etnomedicina Qom. El sistema ancestral de la medicina con sus saberes, también tiene su propia forma de construir indicadores para la epidemiología.

5.4.2 Puntos de vista de las personas protagonistas de la salud

En este apartado se indaga sobre las apreciaciones de las personas implicadas en los procesos terapéuticos. Se ponen en diálogo los puntos de vista subyacentes en los modelos terapéuticos y los alcances de los mismos. Y de qué manera se inscriben en el sistema formal de salud las denominadas prácticas tradicionales de salud.

Para dar cuenta de las voces de las personas protagonistas se estructura esta parte del trabajo en 3 tópicos orientadores: el primero se refiere al uso de las medicinas tradicionales, los circuitos terapéuticos y los registros sanitarios; el segundo habla sobre los usos de la etnomedicina Qom y la prescripción profesional de la farmacopea nativa; en tercer lugar se hace alusión a los/as Piogonak, píioGonaGa, parteras, yuyeros/as y culto pentecostal.

5.4.2.1 Uso de medicinas tradicionales. Circuitos terapéuticos. Registros sanitarios

A continuación se exponen las apreciaciones del personal de salud respecto a la al uso de las medicinas tradicionales Qom, los circuitos terapéuticos y el registro sanitario respecto a la etnomedicina Qom. Pasemos a detallar:

No se registran los circuitos terapéuticos tradicionales en las HC, ni en el SISR. Desde que ingresé, y durante los cinco años que estuve ahí, no se registraban. No sé si anteriormente algunos

médicos registraron. Sí me acuerdo que los Qom saben el tipo de plantas (yo no recuerdo el nombre de las plantas) para parar las hemorragias ante un corte, no sé, ante una lesión, una úlcera, utilizaban hojas para curarse, asistían a las curaciones con esos elementos. Si se quemaban, las primeras curaciones las hacían ellos mismos con aceites, diferentes tipos de plantas, se veían porque estaban pegadas a las heridas. Y cuando le preguntabas qué te pusiste, te decían que usaban una planta curativa, cosas que ellos utilizaban en su ámbito cotidiano (M, enfermera, 5 años en el CDST).

Ya son muy pocos los que hacen alusión al uso de alguna medicina, pero no es en forma espontánea que lo hagan, es si se les pregunta. Si usan, lo que más usan es el quemadillo, otras de las cosas es el hecho de viajar al Chaco porque tienen algún chamán o a alguien que ellos dicen que los va a curar, pero es ante el interrogatorio, en forma espontánea muy pocas veces dicen que están haciendo alguna otra medicación. Si lo dicen y se les pregunta y ellos avalan eso, yo lo registro.” (M, médica generalista, 23 años en el CDST).

En mi experiencia hay mucho hermetismo con respecto a comentar esto de las prácticas, yo creo que por una cuestión que la medicina del blanco siempre descalificó o siempre cuestionó otro tipo de práctica médica. En la confianza, algunas pacientes me han relatado el uso de algunas hierbas para el tratamiento de algunas cuestiones como diarreas en los niños/as, o cuadros respiratorios o para hacerles envoltorios para la piel cuando tienen lesiones y todo lo demás. Apparently ellos traen muchas hierbas que no son de acá de la zona, las traen de Formosa o de

Chaco cuando viajan o se las envían sus familias ampliadas. Ellos tienen por una tradición así más verbal, dosis inclusive para niños/as respecto al peso y todo lo demás. En mi experiencia quise capacitarme con el Programa de Plantas Medicinales con plantas y hay mucha cautela con el uso de plantas en niños/as porque todo tiene un efecto tóxico y es relativo a la dosis y en los niños/as el peso es variable, como que nuestra formación en plantas es bastante reducida para pediatría, escueta; pero la gente de la comunidad que manejan plantas sabe usarlas en pediátricos. Yo, en general, no evoluciono el uso de plantas y si lo hago es sin mucho detalle, es más como una reseña. Y en un momento hice para el curso de plantas un interrogatorio más dirigido hacia pacientes que sé que usan plantas. A lo largo del tiempo uno va construyendo un vínculo y hay veces que te cuentan, o preguntando mucho terminan confesando que usan plantas y de qué manera y hasta tuve la oportunidad de anotar dosis o las maneras en que ellos usan esas plantas; pero no en el registro de la HC, fue un trabajo para presentar a un curso (M, pediatra, 6 años en el CDST).

Esponáneamente nunca me pasó que directamente una persona manifieste que usa medicinas tradicionales. [...] y algunas veces que he preguntado específicamente por algún tratamiento por una medicina tradicional, me lo han dicho, algunos después de varios años de contacto, de haber entrado en confianza, así preguntado directamente por el uso de plantas. [...] Y en un par de ocasiones así sólo diciendo que habían hecho, que estaban yendo a otro médico sin especificar quién era, ni qué hacía. Después nos fuimos enterando a través de otros mediadores, la gente de la Dirección de Pueblos Originarios, de algún cacique de la

comunidad, que nos ha dicho que alguna persona está haciendo algún tipo de tratamiento, digamos haciendo otro tipo de medicinas y nos contaban; pero no directamente el usuario. Llegamos hasta eso, el uso de algunas plantas o que alguien reconozca que estaba haciendo otro tratamiento. Pasan un primer momento de decirlo con cierta culpa o con cierta complicitad de reconocer de que estaba haciendo algo entiendo yo: que ellos prejuizgaban que no me iba a gustar, que no iba a estar de acuerdo con eso y que yo no lo iba a entender, había algo de eso. Creo que ese fue el nivel máximo de confianza y de entendimiento al que llegué después de muchos años y con muy poquitos pacientes (V, médico generalista, 6 años en el CDST).

Sí, hay gente que utiliza las medicinas tradicionales. Lo que sí, me parece, es que hay una falta de sistematización en el registro, yo particularmente desde mi experiencia nunca hice un registro en la HC, pero me parece que en la parte profesional hay una falencia en la cuestión de los registros de las medicinas tradicionales, digamos (V, enfermero, 12 años en el CDST).

Recuerdo una paciente que utilizaba como un té para hacerse unos emplastos en la piel para unas erupciones que tenía. Pero no estaba registrado en la HC, yo no lo registraba en ese momento en la HC, entendía en ese momento que no era mi campo, capaz que hubiera sido necesario; pero yo no lo hacía y lo que sí me consta es que algunos compañeros del Centro de Salud, no tenían la intención de desalentar estas prácticas, había otros que sí. Había otros que acompañaban estas prácticas o intentaban extenderlas digamos, lo que dudo es que haya sido registrado en la HC porque me parece que ahí, hay como una

matriz cultural y en la exposición y el peso de la medicina biomédica hace que no solamente que se mire con recelo estas prácticas sino que se las entienda como medio vergonzantes, pocos científicas, como digo ¿por qué incluiría en la HC que tal persona se trata con tal cosa usando mi nombre y poniendo un sello al final de la hoja, no? Me parece que ahí hay algo que le pone algunos límites a la posibilidad de hacerlo, el registro (V, psicólogo, 7 años en el CDST).

Muchas de las personas que se acercan a la consulta traen distintas estrategias que han adoptado digamos para buscar alivio, entre esas estrategias que recuerde en este momento chamanes obviamente no lo describen de esas maneras, pero sí como personas que son de la comunidad y que tienen una sapiencia digamos, atravesada por lo cultural, con poderes curativos. También me he encontrado con distintas hierbas con preparados en forma de té para distintos dolores. Y después algo sí que aparece como algo mas curativo cuando alguien no se siente muy bien es viajar al Chaco con familiares obviamente, acompañados en donde sí hemos visto que las personas vuelven, regresan a Rosario, de otra manera. Precisamente ¿qué pasa allá? Eso no lo sé, pero sí algo de la compañía, de estar con familiares y de estar en el Chaco, trae algo de curativo, de repositivo. Algunas situaciones, sobre todo lo que tiene que ver con salud mental, digamos. Puntualmente, no he registrado en la HC estos relatos, estos viajes al Chaco sí, cuando creo que tienen ahí algo de este lugar de repositivo, cuando la persona vuelve y vuelve de otra manera, eso sí lo he registrado más que nada el lugar donde viajaron, qué familiares los esperaban, quién los acompañó; pero puntualmente las otras prácticas, las otras

medicinas más propias de la cultura, eso no lo he registrado, hasta ahora (M, psiquiatra, 4 años en el CDST).

[...] Nunca jamás me dijeron que recurren a otras medicinas. Bueno, pasa lo mismo que con la lengua Qom. Yo pregunto si se habla otra lengua en casa y la primera respuesta es no; pero ¿qué pasa? lo que después voy viendo a lo largo del tiempo es que hablan Qom. No sé si pasa lo mismo en relación al uso de medicinas de su propia tradición (M, fonoaudióloga, 7 años en el CDST).

Al analizar las narrativas de las personas que desempeñan funciones sanitarias en el CDST, en relación a si conocen, escuchan o saben, sobre los posibles circuitos terapéuticos propios de las medicinas tradicionales Qom, manifiestan que saben sobre la existencia del uso de plantas medicinales, la cura chamánica y los viajes al Chaco.

Por otra parte, al consultar sobre cómo se inscriben las prácticas propias de las medicinas tradicionales en los registros del sistema de salud tanto digital y/o analógico, en la generalidad no hay registros de los procesos de atención que conciernen al uso de medicinas tradicionales. Excepcionalmente, algunas personas profesionales han registrado en algún momento alguna práctica mencionada en las consultas que les pareció significativa, dentro del proceso terapéutico o la anamnesis.

Por otro lado, se reitera significativamente en los relatos del personal de salud del CDST que las personas usuarias pertenecientes a PO no hablan de sus prácticas terapéuticas, de su etnomedicina y, en caso de hacer alusión al uso de las mismas, sólo lo hacen cuando se les pregunta en un marco de un vínculo terapéutico de confianza sostenido a lo largo de los años, nunca sucede en forma espontánea.

El personal de salud refiere que pareciera que existe una especie de desconfianza, omisión, silenciamiento, hermetismo, en relación a revelar los circuitos terapéuticos que usan habitualmente las personas usuarias pertenecientes a PO. Términos como el miedo a la sanción, o al enojo, también se hacen presente en los relatos.

5.4.2.2 Consideraciones de Pueblos Originarios sobre la prescripción de farmacopea nativa Qom.

Siguiendo con el análisis incorporemos la perspectiva de las personas usuarias del CDST pertenecientes a PO. Se les consultó sobre si además de asistir al CDST utilizaban otras medicinas propias de su comunidad y si, de ser así, lo comentaban a su médico/a. Ante estos interrogantes manifestaron lo siguiente:

Sí, me crié consumiendo plantas en el Chaco. Por eso después, cuando llegué acá, a los 6 años, a la ciudad, era todo diferente. Allá en el Chaco nosotros teníamos que sacar directamente el ibuprofeno de las plantas, cualquier cosa; pero después, al irse urbanizando un poco más el barrio, costaba conseguir un poco más estas plantas. Antes crecían, las tenías a la vista; pero últimamente escasean estas cosas y no se puede consumir mucho. Pero sí, no sabría decirte los nombres, pero en casa se usan las plantas medicinales (V, 30 años, lugar de nacimiento: Rosario-Santa Fe).

No uso medicinas tradicionales (M, 35 años, lugar de nacimiento: Rosario-Santa Fe).

En realidad, los Qom paraguayos, todos los que sean las razas Mocoí, Wichí, sí hay medicina Qom; pero todo oculto, nunca se lo

va a decir a su médico de cabecera. Hay mucha medicina casera de los Qom, Wichi, Mocoli, muchas medicinas que las conocen, y que sí los pueden sanar esos medicamentos. Y también tienen que tener la ayuda de los profesionales, cuando se le dice al médico yo tomé un yuyo y el médico se enoja y le reta, como que no está bien, que eso no tienen que hacer y como que ya están advertidos alguna gente de esos medicamentos caseros entonces ellos ocultan, no le dicen a sus médicos. Por ejemplo, para la tuberculosis hay un medicamento que es la pata de buey y también el quebracho colorado, lo toman, ese es para la pulmonía, ese tiene la medicina Qom, desde el principio lo puede curar una hoja de la pata de buey y la espina del quebracho colorado, con eso se toma y se cura la persona, pero tiene que tomar como agua varios meses hasta que se sane. Pero cuando ya es final, ya no hay cura, como la medicina profesional yo creo que al principio se le puede curar esa persona, así es lo Qom y otras razas, muchas cosas hay. Muchos conocen medicinas y acá en la ciudad no se consiguen porque no hay monte, en el campo sí, en los campos altos, montes altos, sí hay medicinas para los Tobas, para cualquier raza paraguayos, Mocoli, Wichi, todo lo que sea hasta para el criollo. Pero, ahora, mi raza, mi gente dejó de hacer eso, en Rosario se dejó de hacer eso, se dejó de tomar medicina casera por la atención en la sala porque ya encuentran la medicina acá (M, 47años, lugar de nacimiento: Roque S. Peña-Chaco).

Sí hay medicina Qom, a veces cuesta a la persona para preguntar, traer, le preguntamos, la persona tiene vergüenza. La medicina de ustedes está bien, nuestra medicina también como el piogonak pero tiene que estar conforme la persona, debe creer. El

piogonak puede ser religioso, pero no necesariamente es así. Hay pastores que son Piogonak y hay Piogonak que no practican ningún culto religioso. Lo importante es la fe de la persona, ante todo eso sucede también con la medicina blanca para nosotros. La oración es muy importante, por ejemplo en las terapias intensivas. Las creencias en la luna, las estrellas, el fuego, el aire y después de ahí cuando ingresó el hombre blanco cambió todo. La religión hizo el cambio. Pero la comunidad nunca cambia porque tienen sus dioses otros (V, 48 años, lugar de nacimiento: Villa Ángela- Chaco).

Sí hay, a veces uso las medicinas de la comunidad. Hay muchas medicinas, plantas para el hígado (yerba de la vida) es santo remedio, Paico, Cucú. Acá los remedios los traen del Chaco, en el Chaco hay cantidad porque hay un monte. ¿No conocés Pampa del Indio? Yo me conocí todo Chaco, a veces me fui a buscar miel de abeja, mistol en el quebracho, iguanas la comen la gente, tatú, pescado, anguila, yacaré también se come no tienen asco la gente, por no robar las cosas ajenas se comen, tigre jaguaeté todo se come, chajá. La víbora se come al lado de Formosa (M, 80 años, lugar de nacimiento: Pampa del Indio - Chaco).

Todos los hermanos de las comunidades siempre usaron y usan la medicina ancestral, ellos creen. Ellos vivían en el campo y los centros de salud están muy lejos y entonces ellos se tratan en sus propias casas si están enfermos dolor de cabeza, de cuerpo, embarazadas, cuando uno está en parto. Buscan los recursos de las plantas medicinales para ellos. Creo que algunas plantas se utilizan y se siguen utilizando. Yo las uso, en mi familia se sigue usando. También se cree en la parte blanca de la medicina, hay

que creer también en esa medicina. Si no creés en la plantita no vas a sanar, lo mismo pasa con la pastillas (M, 50 años, lugar de nacimiento: Colonia Aborigen lote 38- Chaco).

En las entrevistas realizadas a personas pertenecientes a PO se denota el uso de las medicinas tradicionales de forma habitual, estando presente en los circuitos cotidianos de la comunidad Qom. Nuevamente se mencionan el uso de plantas medicinales, la cura chamánica y los viajes al Chaco como parte intrínseca de los itinerarios terapéuticos. Se escucha en los relatos que la creencia, la fe en la posibilidad de sanar, es muy importante en la instancia de los tratamientos.

5.4.2.2.1 Prescripción profesional de farmacopea nativa Qom, desde la mirada indígena

Ante el uso generalizado de plantas medicinales, se pregunta si algún médico/a del CDST le ha recetado/indicado plantas medicinales para los tratamientos en estos años. La respuesta mayoritaria de las personas de PO entrevistadas fue que no, exploremos esas respuestas.

Hasta ahora nada, no, nunca nos recetaron plantas medicinales (V, 48 años, lugar de nacimiento: Villa Ángela- Chaco).

Hasta ahora nada, no nos recetan plantas medicinales. Con el tema medicinal del que estamos hablando, en el año 1999 cuando estaba la directora Olga Lifschitz en la salita y una doctora, a ellas les interesaba mucho el tema medicinal, después de eso nunca más en el CDST. Y de ahí quedó en el olvido. Y ahora de a poco está bien que se recupere, porque hay cosas que no están mal, tomar un tecito de las hierbas medicinales. Porque nuestras comunidades nadie deja todavía hasta para el mate un té, un

bebé por más que tenga una pediatra, la abuela o abuelo siempre va a controlar a su nietos/as. Las parteras también son necesarias para acompañar a las adolescentes embarazadas. La ambulancia los sábados y domingos no entra al barrio después de las 10 hs en adelante. Ese es otro problema cuando las mamás que están por tener y no pueden llegar a la maternidad porque la ambulancia no llega. Ahí las abuelas las ayudan y para eso tienen que saber cómo se hace, es bueno tener una partera en el barrio hace mucha falta. Le golpeás la puerta y te va a ir a ver pero esa persona también requiere un sustento en la mano, porque tiene que comer, todo cuesta hoy, como están las cosas. Hay muchas cosas lindas acá en el barrio para poder colaborar en el CDST y para ayudar a los médicos. Es bueno porque los médicos se alivian un poquito. No se puede todo (M, 50 años, Lugar de nacimiento: Colonia Aborigen lote 39- Chaco).

O sea, en mi atención en la salita, nunca jamás me dieron un remedio casero. O sea, en mi familia siempre tuvieron el temor, porque mirá, vos estás tomando esto y vos te vas a la sala y si vos justo te morís y culpan a la doctora por eso que vos estabas haciendo. Por eso te digo que ahora ya no existen más esos medicamentos yuyos, eso y el médico de cabecera, los criollos digo, no de nuestra raza, los médicos de la atención profesional de la sala no te permiten, directamente no. Igual que cuando nace un bebé en nuestra comunidad siempre se usó la fajera para que no se le salte el ombligo y los doctores no quieren eso, ni del hospital, ni de la sala, quieren que estén sueltos los bebés y nosotros nuestra comunidad nacen los llevamos a la casa e igual le hacemos eso, la fajita para curarle el ombligo le curamos con aceite, con el corcho, la tapa del vino, el corchito le quemamos y

le ponemos ahí, todo negro el ombliguito a los dos o tres días se cae el ombligo y se queda sequito. Y en esto de los médicos de cabecera, no quieren esto, si vos le llevás un bebé así, te retan, con el fajero todo te retan. Y lamentablemente nuestra comunidad es así, las creencias digamos, no sé de nuestros antiguos abuelos nos enseñó así a tener nuestros bebés y la médica de cabecera no. O sea nunca exigió o dice mirá comprate un yuyo en una farmacia, yo nunca me preguntaron desde que tengo 47 años o cuando tuve 15 años me hice atender y nunca me dijeron llevá y comprate un yuyo en la farmacia no, porque ellos no están en eso, los doctores de medicina nunca te van a recetar un yuyo, jamás (M, 47 años, lugar de nacimiento: Roque S Peña-Chaco).

Nunca le comenté a mi médico que utilizo plantas medicinales, no nos hablamos en ese sentido de que consume uno del otro, por ley está más naturalizado recibir ibuprofeno u otros remedios, lo establecido por salud blanca, digamos. Pero si tuviera posibilidades yo seguiría consumiendo plantas medicinales, pero como también está la posibilidad más gratuita de recibir un ibuprofeno y como la atención de la salud es la que predomina, se consume eso. Pero si en mi casa lo siguen haciendo (V, 30 años, lugar de nacimiento: Rosario-Santa Fe).

En relación al uso de plantas medicinales en las personas usuarias pertenecientes a PO se presenta como una modalidad utilizada desde tiempos ancestrales, siendo habitual su consumo hasta el presente. Se la podría ubicar como parte de la medicina doméstica o del autotratamiento; dado que muchas familias tienen conocimientos sobre los efectos y maneras de aplicar, consumir y preparar dichas plantas.

Un dato significativo es que si bien el uso de plantas medicinales es algo que utilizan habitualmente, ninguna de las personas entrevistadas se lo comenta a su médico/a de cabecera. Empieza a emerger en el relato la figura de la partera o bigosognagay (en lengua qomlaqtaq).

5.4.2.2.2 Valoración de las personas profesionales sobre la indicación de farmacopea Qom

Para continuar enriqueciendo el intercambio de miradas sobre el uso clínico de las plantas medicinales, se consultó al personal sanitario del CDST si en los tratamientos terapéuticos prescribe medicación proveniente de la farmacopea nativa. Y si sabe, si se garantiza el acceso y provisión desde el CDST o la red Pública de salud. Indaguemos en las apreciaciones:

No, no prescribo ninguno de esos medicamentos. La verdad que no sé si están en el circuito de la red (M, psiquiatra, 4 años en el CDST).

Yo no prescribo porque no sé. [...] Siempre le aconsejo de manera natural, en todo lo que tenga que ver con esto que te digo, el palo santo que ellos lo usan en muchas cosas también se hacen ungüento para poner en las articulaciones, eso es lo que más yo les puedo recomendar. [...] A mí me parece que la incorporación de las medicinas tradicionales estaría buenísima y sumaría obviamente (M, reumatóloga, 8 años ad honorem en el CDST).

Yo no utilicé plantas medicinales (M, enfermera, 5 años en el CDST).

Yo lo único que por ahí le ofrezco es el jarabe de cebolla con miel; pero no el proveer los elementos. El acceso no, no lo tienen

desde el CDST. Yo les pregunto si lo pueden hacer y cómo hacerlo (M, médica generalista, 23 años antigüedad en el CDST).

En realidad, en cuanto a pediatría, tenemos muy poca formación en cuanto a lo que es dosis, es como que nos focalizan más en la toxicidad de las plantas en pediatría que en el efecto positivo que tienen. Por lo cual la mayoría de las veces que uso un tratamiento natural en general son cosas tópicas, por fuera de la piel. Hay muchas cosas que ellos tienen, por ejemplo, hoja de palán y que incluso lo aprendí de la comunidad, algunos baños con algunas hojas que son para tratar el prurito, por ejemplo en la varicela, para tratar las quemaduras. En general lo que suelo recomendar es en el diálogo con el paciente, primero ver si tienen la disponibilidad y después está el obrador de calle Maradona que ellos tienen manzanilla y a veces la uso para las almohadillas, para los baños de relajación del bebé, a veces para el vapor, vapor con manzanilla para los chicos que tienen mucho broncoespasmo, ellos aprovisionan hojas de eucalipto medicinal y algunas cuestiones así. En general, mandarlos a comprar plantas a una farmacia no y la municipalidad según sé no nos abastece en ese sentido de ese tipo de terapéutica (M, pediatra, 6 años en el CDST).

Hubo experiencias muy, muy, puntuales. Una con la harina de algarroba, con algunas plantas que se intentó multiplicar y difundir en la comunidad, algunas para el tratamiento de la diabetes [...] Han sido muy, muy, puntuales, incluso hay algunas cuestiones que son como base, como que algunas plantas cambian la composición química cuando se las saca del lugar nativo, incluso en esos puntos entiendo que son intentos válidos de acercar su

medicina a nuestro entorno hasta ahí, hay muchas cuestiones, por lo menos desde nuestro lugar a estudiar. Hay algunas cuestiones que algunos plantean sobre las cuestiones energéticas de las plantas, que son mucho más difíciles de poder demostrar la efectividad. O el acceso a una planta que se supone tiene tal efecto, si realmente lo tienen desde lo bioquímico, que es lo que a nosotros estamos más familiarizados. Incluso en algún caso se podría llegar a estudiar, digamos, si tienen los efectos farmacológicos que tiene esa misma planta en su lugar nativo. Hay cuestiones más difíciles para nosotros de poder explorar que tienen que ver con la energía, con cómo se la utiliza, algunos rituales, entiendo yo también, de utilización que hace también al efecto (V, médico generalista, 6 años de antigüedad en el CDST).

En algún momento hemos hecho la incorporación de un tratamiento de este tipo (cataplasmas), lo que pasa es que nosotros ahí en enfermería no tenemos recursos. Digamos respecto a esto de lo que plantean de los recursos, la municipalidad no da recursos de las medicinas tradicionales. Por ejemplo, en una curación vos tenés los elementos biomédicos (ácido bórico, pervinox, gasas), si tenés alguna curación que está infectada por ahí y se necesita regenerar se usa azúcar, platsul. Pero después fuera de eso, no. Entonces también es muy difícil por ahí seguir sosteniendo un tratamiento alternativo, porque la persona tendría que conseguir los insumos, y también es muy difícil para nosotros hacer un seguimiento de esa curación, porque al no tener los elementos. Y aparte, también si bien la municipalidad o salud pública es como que trabaja en estos espacios, me parece que todavía, es como que falta un poco para poder reglamentarlo o que realmente se incorpore a la práctica. A

mí la percepción que me da es como que se hacen estos espacios, pero es como que realmente no se lo quiere terminar de incorporar, es una cuestión que se hace para hacerle un mimo a la comunidad pero a la práctica diaria no (V, enfermero, 12 años en el CDST).

Bueno, yo no prescribo medicación de ningún tipo [...] Trabajo desde el psicoanálisis y no tengo nada que ver con la medicación. Sí, estoy seguro que en el CDST ni se prescribía, ni se favorecía la prescripción de medicinas tradicionales, esto no estaba incorporado en el momento en que yo estuve trabajando. Había también como una gran dificultad en reconocer el valor del medicamento y de los médicos tradicionales. Generalmente se ponía el acento en, por ejemplo, cuando alguien llegaba posterior a una práctica con un Piogonak y algo había salido mal, entonces ahí sí se ponía la mirada; pero ese piogonak había, a lo mejor, trabajado con 100 personas y una salió mal. Cuando la medicina biomédica que usamos, nuestra medicina, falla todos los días; pero el acento, la mirada está puesta en la falla ahí donde alguien no se curó o vino con una infección de avanzada, el acento está puesto ahí, no en los otros que seguramente sí les sirvió, se curaron, los ayudó, los calmó o lo que fuese. Entonces hay como un rechazo, por lo que yo pude ver en ese momento, a las prácticas y a las medicinas tradicionales. Como diría, si alguien pasa por el curso de plantas de la municipalidad de Rosario y es un médico y prescribe un jarabe de cebolla ahí está bien; ahora si un Piogonak prescribe un jarabe, no está legitimada la práctica (V, psicólogo- 7 años en el CDST).

Al indagar en el personal de salud del CDST sobre si utilizan, y/o indican plantas provenientes de la farmacopea nativa, prima en su mayoría una respuesta negativa. Dentro de las personas que administraron o indicaron su uso, lo hicieron ante cuestiones muy puntuales agudas. Se nombraron algunas como pueden ser infusiones, quemadillos, jarabe de cebolla, algún baño de asientos con hierbas, lavados con plantas para las pieles sensibles. Para el caso de tratamientos prolongados en el tiempo, como podría ser el caso de las personas en tratamientos por enfermedades crónicas, no se mencionó el uso de plantas medicinales por parte del personal de salud entrevistado.

Otro aspecto que se considera que tiende a interferir en el uso habitual en el CDST de la farmacopea nativa en tratamientos clínicos e inclusive en las curaciones, como plantearon algunas de las personas entrevistadas, es la cuestión del acceso y distribución de los insumos requeridos para este tipo de tratamientos. En el CDST no hay disponibilidad de preparados y/o elementos provenientes de la farmacopea nativa. Este hecho, en cierta medida, contribuye a dificultar el complemento entre la medicina alopática y las medicinas tradicionales.

Desde la Secretaría de Salud Pública de Rosario no se abastece de insumos de herboristería en la farmacia del CDST para realizar preparados magistrales, jarabes, pomadas, aceites esenciales, infusiones, entre otros.

En caso de requerir de insumos de herboristería se recurre a la red comunitaria, concretamente a la huerta de “El obrador, espacio cultural” que cuenta con algunas plantas y las facilita a las personas usuarias que quieran usarlas. En alguna oportunidad se puede solicitar al programa de Plantas Medicinales y Naturales, pero no es una modalidad de acceso continuo y sostenido en el tiempo, por lo menos no lo fue durante los años 2017-2022.

5.4.2.3 Representantes de la medicina Qom: Piogonak, píioGonaGa, parteras, yuyeros/as, culto pentecostal en el barrio Toba.

Se consultó tanto a las personas usuarias pertenecientes a PO, como al personal de salud, si conocían a médicos/as tradicionales, mujeres parteras de la comunidad, u otras personas que ejerzan la medicina tradicional. Y cuáles eran sus opiniones sobre la posibilidad de incorporar a estas personas en el CDST como parte del equipo.

Las parteras existen, saben cuándo está cruzado el bebé, si está sentado, si es muy grande, cómo higienizarlo. Todavía están las parteras, saben cuándo va a nacer, y si la mamá o él bebe están mal también saben. Tienen su preparamiento que usan para el parto, los ponen en una fuente y eligen lo que tienen que usar. Recurríamos a mujeres parteras, específicamente a una mujer, ella sabía un montón. Muchas mujeres recurrirán a ella y les ayudaba. Pero ella no tenía un sostén económico para poder hacer esa actividad y en parte dejó de hacerlo. Hay Piogonak buenos y malos, depende inclusive si cobran o no. El piogonak bueno, si te cobra te va a cobrar lo que vos sientas, lo que vos me das. Si es malo, el piogonak te cobra. Para mí, tienen que incluir en el centro de salud una persona que realmente esté reconocida dentro de la comunidad, un Piogonak. A veces los médicos/as no saben lo que le pasa a la persona y el Piogonak puede ayudar a saber qué le pasa al paciente. Al igual que las parteras y las personas que trabajan con plantas medicinales, porque hay personas de la comunidad que no quieren tomar la medicación del blanco, prefieren tomar un yuyito y ya está. Hay medicamentos naturales para prevenir embarazos, u otras enfermedades, pero tiene que haber personas que conozcan sobre el tema de la

preparación de las plantas medicinales. Yo no sé mucho de las plantas medicinales, Mis padres me cuentan sobre las plantas y me dicen para qué son las plantas, [le mencionan los nombres en Qom] son para el cuerpo, la sangre, dolor de cabeza, espalda, huesos. Y entonces no sé muy bien. En la comunidad sí hay personas que trabajan con las plantas. Conozco los Piogonak que usan plantas también (M, 51 años, lugar de nacimiento: Colonia Aborigen lote 38-Chaco).

Conozco porque las han nombrado las pacientes. Estaría bueno, yo creo que es una cuestión de organización. No sé si aceptarían si es un poco al revés, ¿me entiendes? No sé si aceptarían ellos trabajar en el CDST, me parece que como que en eso son muy cuidados con su espacio, su lugar. A mí me pasó con una paciente que tenía un bebé de podálica y dijo que iba a ir de una partera a que lo versione. Yo le ofrecí si lo quería hacer acá y no, más que nada por el hecho de escuchar latidos. Es una maniobra que a veces puede producir un desprendimiento y por los cuidados, y no, ellos prefieren actuar en su lugar. A mí me parece que aporta, pero no sé, ya te digo, si ellos vendrían acá al centro de salud, me parece que cuidan mucho el tema de su lugar (M, médica generalista, 23 años en el CDST).

No conozco parteras, igual en parte está bien que estén parteras en el CDST, porque algunas mujeres necesitan de parteras... más de urgencias. Piogonak tampoco los conozco (M, 36 años, lugar de nacimiento: Rosario-Santa Fe).

Escuché de las parteras. Justamente, en el CDST son de gran importancia porque el colectivo no ingresa a determinados horarios (nocturnos-madrugada), entonces es todo un tema llamar

a la ambulancia porque un patrullero tampoco ingresa al barrio, esto genera que no reciben atención. Es así que llaman a algunas personas de la comunidad para parir en la casa. Que trabajen en el CDST podría ser... no sé, usan obviamente otro tipo de técnicas las parteras, me parece que se podrían implementar. De los médicos tradicionales conocí a una referente Piogonak que acuden a ella, que sabe un montón de las plantas, que sabe dónde ir a buscar las medicinas, dónde crecen, así que estaría bueno que se implemente en el CDST (M, enfermera, 5 años en el CDST).

Hay una viejita que acomoda a los bebés nomás, antes de nacer, creo que hay dos viejitas que las conozco, pero ellas los acomodan nomás antes que nazcan, para que pueda venir bien el bebé. [...] Las mujeres parteras sí, está bueno que trabajen en el centro de salud, porque hay mujeres profesionales del parto en nuestra comunidad toba. Sí, eso está bueno. Mi nuera tuvo en diciembre, le hicieron mal el parto porque los criollos algunos no saben sacar la placenta y ella le quedó un pedazo de placenta y eso le hizo mal, casi se me muere mi nuera acá en el hospital. Sí y una partera Qom, sí está bien, porque ellos saben cuándo tienen que sacar la placenta, lo que más importa en el parto en la mujer es la placenta, que no quede nada, que si queda eso se puede morir, matarle porque se le hace una infección y queda y te mata directamente (M, 47 años, lugar de nacimiento: Roque S. Peña-Chaco).

En relación a incorporar piogonak, parteras, yuyeros al trabajo y demás me parece que sería muy facilitador para estas situaciones donde nos encontramos con un límite y en donde por momentos

parece que estamos como hablando en distintos idiomas y no nos podemos entender y quizás justamente esto, el no entender de qué se trata es lo que presenta el mayor límite, digamos... porque el objetivo nuestro, ni más ni menos, es encontrar, intentar que la persona encuentre el alivio por el padecimiento por el cual vino a consultar, entonces sería muy interesante poder sumar y sumarnos a estas estrategias, aprender de qué se tratan y poder articular sobre todo, sin borramientos, de la medicina tradicional con la medicina occidental que pueda haber como una especie de cruzamiento que abone a esto a una llegada más facilitada de las personas y que el tratamiento sea más efectivo también sería el objetivo (M, psiquiatra, 4 años en el CDST).

Sí, conozco. Hay piogonak, yuyeros y parteras. Yo soy partera. Asistí parto. Cuando está sentado, cruzado, el ombligo de los chicos está atravesado, las mujeres tienen que ir a mi casa para que las atienda. [Dice que cobra algo de dinero para acomodar al bebé, explica la persona que auspicia de traductora. Hablan algo en lengua qomlaqtaq y prosigue: desde que le dijo Olga (Lifschitz, ex médica del CDST) que tenía que cobrar algo por ese trabajo. Olga le había dicho que ella tenía que estar en la Maternidad Martín para atender a las mujeres de la comunidad. Ahora nombra a algunas mujeres que se habían enojado con ella si aceptaba hacer eso]. La gente era odiosa, me decían cosas, no me querían, no me gusta estar mal con nadie por eso, decidí no ir. Seguí haciendo de partera en mi casa. Me dicen que yo soy Piogonak y la gente me tiene miedo. Yo no soy Piogonak [se ríe]. Yo no quiero andar mal con nadie, nunca peleé con la gente. Mi abuela me enseñó a ser partera. Mi abuela se llamaba Antonia. Así es el asunto. Podrían trabajar parteras, piogonak, ahí en el centro de

salud. [...] Los danzistas murieron todos, los danzistas no vayas a creer que son así nomás. Hace poquito murió el Piogonak allá al fondo. Unos cuantos murieron ya. Medio jodido acá la salita si vos no entendés a los paisanos (M, 80 años, Lugar de nacimiento: Colonia Aborigen –Chaco).

Mirá, yo hace mucho conocí a una señora que después falleció que iba y venía, que era partera. A piogonak no conocí a ninguno, pero creo que tiene que ver con esto como que la medicina de ellos y la nuestra, como que no se juntan. Cuando fuimos a Roque Sáenz Peña, ahí sí conocí a un piogonak y para mí está muy bueno. Es una visión como más ampliada del individuo del paciente. [...] En San Pedro, en Buenos Aires, ahí hay un centro de salud intercultural donde atienden de manera conjunta el médico y el Piogonak y ellos tienen una quinta. Trabajan mucho todas las cuestiones de las medicinas de plantas y hacen las recetas compartidas. También ese Piogonak, a veces, sirve como facilitador con algunas personas, sobretodo gente grande que a veces puede no comprender las indicaciones de los médicos. Pero sí, sí está bueno, yo creo, que para algunas cuestiones y sobre todo las patologías que trata la reumatología servirían mucho (M, reumatóloga, 8 años ad honorem en el CDST).

Las mujeres indígenas mayores, parteras más mayores, de 50 años en adelante, son las que más saben, más cumplen, tienen más respeto, ahí tenés que estar. Las mujeres embarazadas de 14 años, hay que hablarles, se dice, sobre la alimentación. Las parteras saben cuándo tiene que nacer, si está sentado, si está cruzado o pasan otras cosas. En la maternidad escuché algo sobre la placenta. Sí conocemos a mujeres parteras que no están

en comunicación con el CDST. Ser una mujer partera es un trabajo, es un don. Hay muchas mujeres parteras, hay que hablarles y registrarlas. Para mí una partera tienen que incluir en el centro de salud, para que acompañe, ver, ayudar. Médicos/as tradicionales en la salita tiene que haber. El piogonak hay malos y buenos, un Piogonak malo te va a cobrar la entrada al lugar, un piogonak bueno te va a decir que le des lo que vos sientas y no te cobra en el momento y te dice cuántos días va a trabajar con vos. Los piogonak pueden ser varones, mujeres, niños/as hay niños de 12 o 13 años que ya son Piogonak, a lo mejor los abuelos ya le dieron algo, pero tenés que cuidarle y saber las cosas que hacés...es lindo (V, 48 años, lugar de nacimiento: Villa Ángela-Chaco).

Conocer, sí. No tengo vínculo estrecho. Sé del abuelo de una paciente que yo atiendo, que es piogonak. Tiene en el acceso a su casa como un vivero donde tiene todas sus plantas medicinales y que sé que donde vive atiende pacientes. Después en cuanto a parteras/ros una de las más conocidas es una persona que ha participado en alguna reunión comunitaria. Parece que fuera un saber propio de la comunidad que está un poco más extensivo que lo que nosotros podríamos llegar a creer en la cultura más de occidente. No sé realmente si el lugar del CDST sería el mejor lugar para que ellos desarrollen su actividad, ya que necesitan otros elementos. Sé de algunas mujeres, que sé que saben el oficio de parteras por el hecho de haber vivido en Chaco y haber asistido a otras familiares de ellas. Me parece que a nuestra medicina le falta apertura para poder incluir el modo que ellos tienen de ejercer la medicina tradicional. En realidad nuestra formación nos hace ver que es un complemento y no

reemplazaría a la medicina occidental [...] Sería una mirada interesante la posibilidad de incorporar a mujeres parteras, piogonak, yuyeros; pero que nos faltaría mucha apertura de todas las personas que hacemos la salud como la conocemos, biomédica, hegemónica, alopática. Tenemos una estructura muy fuerte que romper para poder aceptar que funciona otra medicina diferente en el mismo lugar. Si bien sabemos que existen distintas ramas de la medicina y que existen medicinas más ancestrales y tal vez tienen un montón de sustento teórico; lo que sí hay es mucha hermeticidad como que ellos no comparten a veces sus tratamientos. Hay como un resguardo de ese patrimonio cultural que no lo van a compartir con el blanco tan fácil. Yo creo que esa hermeticidad que tienen ellos para con su medicina, también tal vez la tenemos nosotros para permitir que entre alguien que no sea de nuestra medicina (M, pediatra, 6 años de antigüedad en el CDST).

A parteras conocí cuando estaba en el Chaco. Cuando nos mudamos a Rosario había situaciones que no pasaban por el CDST y había dos o tres parteras. Una vive acá a la vuelta. Después, con el tiempo, la práctica se fue re perdiendo. Porque la verdad que es una práctica que no se da porque sí. Las parteras creo que son re necesarias pero en los hospitales donde realmente se necesitan. Si por ahí en el CDST tendrían que ser para las aprendices de estas parteras, para ir acompañando el proceso de la madre que viene con contracciones, o desde casa incluso que el CDST disponga de esas personas porque son necesarias. Pero ya después para la atención en cuanto al nacimiento, que también hay prácticas en cuanto al nacimiento, que también puedan llegar a estar. Sí, yo lo veo re necesario.

Pero son dos momentos para mí. No necesariamente tiene que estar la partera en el CDST pero, por ahí, si se empieza a profundizar esto, estaría copado que estén las aprendices y las parteras en los hospitales donde se reconozca su labor. Muchas mujeres terminan en cesáreas innecesariamente. El Piogonak se pone en juego, que es exactamente esa figura. El que es legítimo Piogonak no tiene que hacer rituales, los rituales son un antecedente de los males, de no poder obtener del bien del monte lo real, lo auténtico, entonces hace otras cosas. Hay veces que se te brinda el don del Piogonak de manera natural [...] el que es real te das cuenta, no anda haciendo oraciones a Dios, porque no tiene nada que ver. Su meta siempre es curarte, pero no a través de alguien, su algo, un ente, su único ente podría ser el dios de la naturaleza. Yo creo que el Piogonak tendría que ser una persona que esté bien consigo mismo, con la comunidad y con el equipo médico. No creo que esté exento de los conocimientos de la medicina actual, porque tiene mucho de la medicina actual el piogonak y también mucho de lo cultural. En cuanto a la legitimidad yo creo que todo el tiempo se discute en cuanto a la legitimidad en salud, se discute el conocimiento de lo que es la medicina blanca, amarilla, negra, etc., obviamente siempre va a ver una diferencia en todo. Pero si me preguntás a mí, sí es necesario; creo que sí es necesario que el piogonak esté. Si entramos en ese debate yo creo que sí. Si es respetando las diferencias, cualquier medicina puede ser bienvenida (V, 30 años, lugar de nacimiento: Rosario- Santa Fe).

Creo que estaría bien explicitar la posibilidad de que los pacientes consulten a piogonak, parteras, yuyeros; y me parece que, en algún punto, hay que favorecer el acercamiento o alentar el

contacto con estas personas. Pero creo que, ahí, hay una decisión proactiva de la comunidad de no querer estar en el mismo espacio físico de nosotros. Justamente es un pueblo que tiene muy claro que sobrevivió gracias a mantenerse aislado del blanco, digamos; y que ellos entienden que cada vez que se mezclaron perdieron. Y en ese punto, yo creo, que el sistema de salud nuestro no está preparado, ni entendería, incluso al interior del equipo probablemente eso generaría mucha o desconfianza, o incompreensión. Creo que lo que sí habría que hacer es un esfuerzo para que la comunidad recupere o favorecer la transmisión de esos conocimientos porque también creo que había muchas dificultades, asistimos a un par de partos que se habían hecho en domicilios por alguna partera por ejemplo [...]. Me parece que hay algo para hacer, pero no en el sentido de incorporar a nuestros servicios de salud una oferta de salud de la medicina tradicional; porque me parece que sería irrespetuoso en algún punto eso. Pero sí me parece que estaría muy bien que el Estado de alguna manera intente favorecer estos lugares, que salgan del lugar casi de clandestinidad que parece que se le hubiese destinado desde la medicina nuestra hegemónica a reconocerlos a valorarlos; pero no intentar apropiárselos (V, médico generalista, 6 años en el CDST).

Conozco, igual nunca he trabajado con parteras de la comunidad. También el tema es que el espacio de enfermería en el centro de salud toba es un lugar que tiene mucha demanda entonces es como por ahí, uno no tiene tiempo y a veces uno no se genera el tiempo para poder participar en esto. Pero me parece que sí, que sería muy interesante y productivo porque hay mucha gente que tendría una muy buena recepción en la comunidad, la

incorporación de parteras, piogonak (V, enfermero, 12 años en el CDST).

Piogonak, los conozco poco. No tuve como la comunicación fluida o en relación a sus prácticas, los conozco por verlos pasar en el ambiente o porque alguien los nombraba. Sí conozco más yuyeros/ras, personas que cultivan y que sabía que practican ese tipo de medicinas algunas de ellas. [...] Me parece que sería necesario incorporarlas a las prácticas al sistema de salud; pero también creo que no es suficiente con que vaya un piogonak y se instale en el centro de salud. O sea podría aportar quizás algo, pero si la estructura de salud y el sistema de salud no reconoce esta práctica en su valor, en su lugar de portadores de una verdad histórica de los pueblos originarios, que esté incorporado un Piogonak al centro de salud no va a cambiar nada e inclusive puede generar muchísimas tensiones, sobre todo para la persona que se va a incorporar en una estructura que no lo reconoce y que no le da el valor al conocimiento que se porta (V, psicólogo, 7 años en el CDST).

Incorporar a parteras, a piogonak, como parte del equipo, para mí estaría bien, sobre todo a mí me pasa esto: es como que nosotros estamos imponiendo todo el tiempo, nuestra imposición, la medicina hegemónica la imponemos y no tenemos resultados, esa es una realidad, no vemos resultados. Lo vemos en los pacientes con TBC, no sería momento de empezar a ver otras cuestiones, otras maneras de explicar esto que está pasando que es tan grave, porque hace veinte mil años que se está con lo mismo, se explica de una y mil maneras y asimismo sin

resultados, pero de qué forma lo explicamos, desde nuestra manera (M, fonoaudióloga, 7 años en el CDST).

Cuando vas a tener al bebé y tenés a tu abuela, mamá, te cuidan mucho y cuando nace la criatura la placenta no la tiran, la entierran. La partera, tu abuela o tu mamá, ellas saben a qué hora va a nacer la criatura, no sé cómo. [...] hay muchas cosas: yerba de la vida es para la sangre cuando se es anémico, se hierve se toma en el mate; eneldo, cola de caballo, salvia (para los nervios, dolor de estómago) no se puede tomar durante el embarazo. Si vos tomás las plantas, tenés que saber para qué. Hay piogonak malos y piogonak buenos (M, 50 años, lugar de nacimiento: Colonia Aborigen lote 39 Chaco).

5.4.2.4 Reflexiones profesionales sobre las opciones terapéuticas Qom

A partir de aprender las perspectivas de las personas que desempeñan funciones profesionales en el CDST y el de las personas usuarias de PO, se puede decir que ambas partes conocen, nombran, saben de la existencia de médicos tradicionales piogonak, píioGonaGa (mujer chamán), mujeres parteras, yuyeros/as, en el barrio. Este hecho da cuenta efectivamente de la existencia de la etnomedicina Qom.

A partir de aprender las diversas perspectivas de las personas involucradas en los procesos de s-e-a-c de en el CDST, se puede dar cuenta de la existencia de diversos itinerarios terapéuticos. A sabiendas de la existencia de la medicina tradicional Qom, la misma no se encuentra incorporada aún a la medicina oficial, cada medicina ejerce sus prácticas sanitarias escindidas una de la otra, pareciera que en superposición sin llegar a encontrar puntos de encuentros para construir un diálogo en común. Y si bien hay interpretaciones, miradas que buscan hermanar las diversas

medicinas, hasta el momento continúa cada sistema médico ensimismado en sí. Lo que se puede apreciar es que las propias personas de PO son las que eligen a qué medicina acudir y en qué momento, dependiendo de la enfermedad que los hostiga.

La persistencia de los PO de valerse de sus prácticas terapéuticas ancestrales es indiscutible, a sabiendas de que, en los últimos tiempos en los centros urbanos, el acceder a estos circuitos terapéuticos se ve dificultado por varias razones. Las personas autorreconocidas Qom refieren que en el barrio ya no hay plantas medicinales como antes. El armarse de un botiquín natural no es cosa fácil para la comunidad. Igualmente se acondicionan pequeños viveros hogareños medicinales para tal fin. El oficio de las parteras indígenas también es un saber especializado ancestral que, pareciera, se va extinguiendo. Retomaremos este punto más adelante.

Esta situación de coexistencia de sistemas e itinerarios terapéuticos sin diálogo entre sí impacta obturando directamente en los procesos de s-e-a-c. En el ejercicio del desempeño profesional, se advierten muchas situaciones en donde la persona acude a buscar atención a ambas medicinas y, al desconocerse tanto lo que plantea y orienta las personas especialistas de las medicinas tradicionales Qom y aquello que plantean las personas especialistas de la biomedicina, provoca interferencias de distintas maneras. Se pueden mencionar: la no adherencia de las personas a las indicaciones y/o tratamiento provenientes de la medicina oficial, la superposición de indicaciones y tratamientos o directamente la anulación de la indicación de alguna de las medicinas.

Aquí quisiéramos mencionar que, posiblemente, parte de las interferencias que se suceden en la constitución del vínculo terapéutico se deben a las diferencias existentes en los modelos conversacionales del

profesional sanitario y las personas usuarias Qom, lo que frecuentemente da lugar a malentendidos e incomprensiones mutuas.

Los PO, como parte de su modo y forma de vida, han desarrollado milenariamente sus propias prácticas de salud ancestrales. El Consejo Directivo de la OPS (1993) refiere que:

muchos de los sistemas de medicina indígena son complejos y extremadamente elaborados en su concepción y práctica, por lo que suelen entrar en conflicto con el sistema de salud oficial. Cualquier práctica de salud orientada desde una perspectiva intercultural que involucre a los pueblos originarios, debe necesariamente tener en cuenta la realidad de la medicina ancestral indígena, sus alcances, sus límites y su articulación con la medicina oficial.

La medicina ancestral indígena tiene una vinculación compleja y conflictiva con la medicina oficial legitimada por el Estado. Sin embargo, si bien la medicina ancestral no se considera oficial, no por ello se considera ilegítima, se trata de otro tipo de prácticas que tienen vinculación con el cuidado de la salud y que, en su mayor parte, no entran en colisión con la práctica de la medicina oficial, sino que bien pueden convivir con ella no sin interferencias, como se viene soslayando en este trabajo.

Al ahondar en los relatos de los PO se comprende que la concepción de los mismos respecto a la salud está ligada a una perspectiva holística del mundo. Se entiende entonces como el bienestar biológico, psicológico, social, ecológico y espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de ecuanimidad.

La medicina ancestral durante mucho tiempo fue no reconocida y relegada, recién ha sido revalorizada en los últimos años debido a la necesidad de buscar una articulación con la medicina oficial, no sólo respecto del ejercicio de la práctica médica, sino también en todo lo que tiene que ver con el uso de medicamentos tradicionales. La medicina ancestral indígena se define como la variedad de tratamientos y prácticas que son específicamente autóctonos del continente americano y que son practicados por los pueblos indígenas.

Para profundizar en los circuitos terapéuticos de PO indagaremos en el universo ancestral Qom y su entendimiento e interpretación de la salud y la enfermedad.

5.4.3 Cosmología de la salud latac' Qom

La naturaleza del cosmos entre los Qom se ha representado tradicionalmente bajo un esquema vertical-horizontal tripartito, esto es, organizada en tres niveles superpuestos y unidos entre sí por un eje central, con varios dominios. El eje que estructura al mundo es personificado por un árbol cuyas raíces se adentran en la profundidad hasta alcanzar la región de los muertos, es el mundo subterráneo, lo gobierna salamanca, en esta zona habitan los dueños o señores de las especies de la profundidad y de las aguas. La copa del árbol se confunde con el cielo, es el plano celeste regido por el mismísimo dios del cielo: es Qartaa'. Toda la existencia del plano celeste le pertenece, y no le importa el ser humano en sí. Es el iniciador de las palabras, las lenguas y otorga la sabiduría. El sol es regido por Qartaa' y está representado por una anciana que en la lengua qom se pronuncia: Naala', quien camina el cielo generando la luz del día a medida que aviva la tierra con su calor. Por la noche es Qagogojk (la luna) quien se parece a un hombre vigoroso y aletargado que durante la noche alumbra el mundo

montado en un burrito. Y por las mañana Qagogojk es devorada por los piogonak.

Como en todo sistema chamánico, éste supone la existencia de un universo poblado por entidades poderosas y diferentes de los humanos. Para el pueblo Qom:

Un término que parece indicar su alteridad es jaqa'a, cuya traducción podría ser "otro", "diferente". Estas son designadas con varios términos: looGot ("dueños"), y/o late'e ("madres") e Ita'a ("padres"), que gobiernan sectores definidos del universo, como el agua, el monte, el campo, la noche, el cielo, el viento, y también actividades. Asimismo, tienen dominio sobre todos los seres vivos que habitan los lugares respectivos. Se dice que estos seres por definición son salliaGanek ("ricos") y tienen poder (haloik) y que, según la moral qom, están obligados a dar poder a los humanos que, contrariamente, son definidos como choGodaq ("pobres"). El acto de donación de poder, que se corresponde con una actitud de conmiseración, lástima, e incluso en el contexto evangélico se refiere como "bendición", se expresa con el verbo hichoGoden ("me tuvo lástima", "me bendijo"). Los pi'oGonaq (fem. pi'oGonaGa), término que puede traducirse con ciertas reservas como chamán, son aquellos que reciben haloik de parte de algunos de estos seres, o por transmisión de saliva de alguien con poder. En el proceso de iniciación, que usualmente coincide con crisis vitales, la experiencia del sueño junto con otros estados semejantes es central como canal de comunicación entre los humanos y los seres poderosos. El poder chamánico se materializa en tener una serie de entidades otorgadas por estos dueños; las principales son los ItaGaiaGawa ("su compañero de

conversación”) o Itawa (“su ayudante”) y los lowanek (“su mandado”). Los primeros usualmente protegen al chamán como guardianes y viven generalmente “afuera”; los segundos están “adentro” del cuerpo del chamán, aunque entran y salen en forma muy dinámica (Wright 2010: 67).

Luego de describir una mínima parte de los rasgos generales de la cosmovisión Qom, un lugar destacado lo ocupan los aspectos vinculados a la relación del pueblo Qom con el entorno. El pueblo Qom tiene una forma de concebir y vivir en el mundo en la que, por un lado, los seres humanos no son los únicos que poseen capacidad de acción, reflexión, sentimientos y lenguaje. Por el otro, al no ser los humanos los únicos seres que piensan y sienten, el territorio no es vivido como un espacio neutro que está allí simplemente para proporcionarles recursos para la subsistencia.

El territorio es entendido por los Qom como un ámbito poblado por una diversidad de seres vivos (no sólo animales y plantas) que los no indígenas (‘blancos’) podrían denominar espíritus pero que, para el pueblo Qom, son personas o sujetos con quienes es posible entablar una relación. Esto quiere decir que, en ciertas circunstancias, personas indígenas interactúan con ellos y establecen relaciones que son similares a las que tienen con otros seres humanos. Hay una pluralidad de seres que, para ellos, pueblan el cosmos y es elemental establecer una adecuada relación con todos ellos.

Diversos estudios específicos sobre la etnomedicina Qom hacen alusión a que la cura chamánica constituye uno de los escenarios con mayor gravitación y una de las instituciones que ha concitado gran interés entre los investigadores. El chamanismo Qom, ha motivado diversos estudios, entre ellos los de Miller (1975, 1979), Wright (1984, 1988, 1992, 2005) Tola (2001), Citro (2002, 2009), Martínez (2007, 2009, 2011) y Arenas (2000, 2009).

También hay estudios que dan cuenta de la intrínseca relación que tiene la cultura Qom con la naturaleza, con el monte, con su lugar de origen, poseen una ponderable sabiduría sobre su entorno, que se hace explícito en el conocimiento de las propiedades de las plantas y los animales, así como sobre las particularidades del hábitat: Arenas (1981, 1997, 2003) Filipov (1996) Scarpa (2000) Arenas (2004) Crovetto (2014).

El chamanismo es una institución presente en todas las sociedades indígenas a lo largo del Abya Yala, como lo es para el pueblo Qom. Según Arenas (2009):

Un chamán tiene la capacidad de externar el alma de su cuerpo y a viajar a través del cosmos, transponiendo sus distintos planos. Esto ocurre durante trances, sueños o estados de estupor. Él es la persona que actúa como nexo entre su sociedad y el mundo sobrenatural. Hay que resaltar que los fines que cumplen los chamanes en el seno de sus comunidades son varios, pero su rol preponderante fue y es aún hoy, el de terapeuta. Las técnicas usadas por los chamanes son ampliamente conocidas en diversas partes del mundo. Hay muchas coincidencias con las del Chaco. Se aplican cantos, fumigaciones, soplos, succiones o fricciones, que sirven al terapeuta para introducir el alma arrebatada del enfermo, o para extraer objetos extraños del cuerpo del doliente (espinas, larvas, huesos, alimañas, etc.). [...] No obstante, como se puede ver, el chamanismo se perfila como una institución sanitaria de gran trascendencia (p.86).

Según Citro (2002), para la cultura Qom históricamente se considera que la enfermedad es producida por la acción de algún Piogonak o píioGonaGa (mujer chamán) como una forma de castigo por desobedecer los tabúes (actividades de caza o sobre las prescripciones de la mujer en

períodos menstruación, posparto y luto). Es con la incorporación de las prácticas pentecostales, relacionadas al culto del Evangelio, que de cierta manera se le agrega otra causa que genera enfermedades (por pecado cometido o por faltas en relación a las obligaciones del fiel) lo cual no deja de tener similitudes funcionales con los sistemas de tabúes y castigos.

[...] Muchos creyentes suelen remarcar, por ejemplo, que si no van al culto se sienten enfermos o sin fuerzas. En los relatos sobre la experiencia de *ntonaGak* o “gozo” que los fieles viven en los cultos, también se ponen de manifiesto las distintas relaciones existenciales que la salud-enfermedad compromete. Sintéticamente, este estado de gozo que puede alcanzarse a través de la práctica de las danzas, cantos y oraciones espontáneas intensas (con volúmenes muy fuertes y durante varias horas) implica estar “cerca” o “lleno” del poder divino y es asociado con la salud y la fortaleza. Por el contrario, cuando el gozo no es vivenciado —porque no se concurre al culto o porque las expresiones de danza, canto y oración no se manifiestan con la intensidad suficiente— esto se relaciona con la existencia de algún pecado o falta y es probable que luego sobrevenga la enfermedad o el dolor (Citro 2002: 16).

Las enfermedades de tipo agudas y crónicas, con síntomas que se manifiestan en el interior del cuerpo, que generan dolores, fiebres, espasmos, hinchazones, vómitos, contracciones, aquellas que producen debilidad, postración, melancolía, turbación psíquica, entre otras, fueron siempre tratadas por los chamanes.

Después se presentan otro tipo de molestias, dolencias (heridas, dolores superficiales, lesiones) que son tratadas por personas de la comunidad que tienen conocimientos adquiridos, sin que medie ningún rito

de iniciación formal. Aquí se podría ubicar el autotratamiento, la medicina doméstica o casera que son de las primeras instancias a las cuales acude la comunidad Qom, para dar respuesta a problemas de salud de menor gravedad. Esta modalidad de atención consiste en la utilización de remedios caseros, cauterizaciones con objetos agudos (espinas, huesos), fricciones, sangrías, fomentos, entablados de personas heridas o fracturadas.

El fin que persigue esta medicina casera u hogareña es la prevención o la cura no profesional, mediante la aplicación de nociones terapéuticas conocidas por cualquier integrante de la comunidad. Hay hogares donde tienen sus propias plantas, muchas veces son mujeres ancianas las que administran estas formas de tratamiento. La comunidad Qom culturalmente tiene sus propios saberes que circulan en las familias, sin que esto suponga el dominio de un saber especializado.

Aquí es oportuno saber que la enfermedad, según los PO del Chaco, se debe:

A los efectos de la posesión, al robo o al daño del alma, o por la intrusión de un objeto maligno dentro del cuerpo. Estos estados inducidos por ente sobrenatural, por la transgresión de diversas prohibiciones o por la acción malintencionada de un chamán o un hechicero. Para el tratamiento de los males, que se sospecha responden a estos motivos, se recurre al chamán curandero. Éste, mediante sus artes y poderes, otorgados por espíritus afines, podrá devolver la salud al paciente, o en caso de epidemias o males colectivos, a toda la comunidad (Arenas 2009: 85).

Profundizando en los itinerarios terapéuticos de la etnomedicina Qom se pueden mencionar a las iglesias indígenas locales como el espacio donde

suceden prácticas de curación propias de los cultos pentecostales respecto a las mismas se menciona que:

La curación involucra la liberación y expulsión de malos espíritus, posesiones y otros agentes mediante la imposición de manos, oraciones, danzas y cantos colectivos y rituales que suele dirigir el pastor u otro miembro experimentado de la iglesia. La gratuidad en la prestación del ritual de sanación, junto a la connotación de poder que tiene la curación atribuida a la Biblia, o al mismo Dios, constituyen algunos de los aspectos más atractivos de este espacio de sanidad. [...] Con una prédica inicialmente hostil hacia los chamanes, basada en el abandono de vicios y malas costumbres, en el seno de estas iglesias, y a la luz de las prácticas pentecostales -tales como el bautismo por el Espíritu Santo, la glosolalia o don de lenguas, la cesión de poderes, la lectura de pasajes bíblicos, el profetismo, el canto, el soplo del espíritu, las danzas, entre otros operó un fenómeno de síncretismo y resignificación de algunos elementos tradicionales del chamanismo y de la cosmología toba (Wright 1992b). En el contexto del Evangelio (así llamado por los nativos al movimiento socio religioso de carácter sincrético caracterizado por una organización propia con una estructura y liderazgo indígena), antiguos bailes como el nmi o “baile sapo” vinculados con festividades profanas, se han resignificado y transformado en verdaderas performances pentecostales (Martínez 2011: 199).

El entramado terapéutico del pueblo Qom, principalmente el poder de sus médicos/as tradicionales, presenta una riqueza inexplorada casi por las convenciones alopáticas del sistema de salud de Rosario. Veamos qué acontece para el caso de las plantas tradicionales.

5.4.3.1 Plantas medicinales en la medicina convencional alopática

Antes de continuar explorando el universo de la medicina Qom, en este punto es importante detenerse para hacer alusión a la política local de salud con respecto a incorporar el abordaje con plantas medicinales en la red de atención de Salud Pública. Se registran antecedentes desde los años 90.

En septiembre de 2008 se crea el Programa de Medicinas Tradicionales y Naturales en la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario a partir de la puesta en vigencia de la Ordenanza Municipal N° 8155 (Mayo 2007). La misma establece la creación en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, el Comité Asesor, de investigación y Consultivo de Medicinas Tradicionales y Naturales en Salud. El programa tiene como objetivo la reflexión, el debate, estudio e implementación de las Medicinas Tradicionales y Naturales en el ámbito de la Salud Pública Municipal, especialmente en los Centros de Salud de la red de Atención Primaria y en la comunidad de acuerdo con las recomendaciones de la OMS (Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002 - 2005) de la cual Argentina es país es estado miembro (Boletín oficial Consejo de Rosario-2007).

El Programa de Medicinas Tradicionales viene desarrollando cursos de introducción a la medicina ayurveda, medicina china y al conocimiento de las plantas medicinales desde la visión de los pueblos ancestrales. Se entiende a la aplicación de las medicinas tradicionales y naturales como complementaria y no alternativa, integrada en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado.

Cabe mencionar que a través de la Dirección General de Promoción y Cuidado de la Salud Colectiva se propuso un espacio de formación para trabajadores y trabajadoras de la Secretaría de Salud que aborda la dimensión del cuidado y la Salud desde las medicinas ancestrales.

El Programa de Plantas Medicinales en el año 2022 buscó rescatar y revalorizar los saberes y prácticas tradicionales y ancestrales sobre plantas medicinales. La formación y trabajo con plantas medicinales está orientado al cuidado de la Salud, para la salud y desde la salud, es decir, no se parte desde la enfermedad, sino desde los seres humanos. El ser humano, conformado por lo físico, lo psíquico, lo espiritual y lo social, su contexto, en estos planos basa su existencia y todo lo que suceda repercutirá en los mismos. El uso de las Plantas Medicinales ante determinados desequilibrios implica una acción integral para el tratamiento de muchas afecciones comunes y para la prevención y la promoción de la salud comunitaria.

Desde 1976 la OMS viene discutiendo y promoviendo el uso de las medicinas tradicionales en los distintos países, en especial a la fitoterapia como parte de los programas de APS. Se ubica a la fitomedicina con un papel fundamental para la APS. Argentina cuenta desde el año 1999 con una legislación que regula y reglamenta el uso de las plantas medicinales, en el cual se establece la definición de qué es un fitomedicamento, qué es una droga fitoterápica, cómo se registra un producto y cuáles son los controles de calidad que deben establecer las empresas elaboradoras de materia prima y los laboratorios que comercialicen estos productos.

Es a partir del primer taller continental sobre los pueblos indígenas y la salud realizado en Winnipeg, Canadá, que se pautaron los principios que instruyen a la OPS y los Estados Miembros de la OPS a trabajar con los pueblos indígenas. Estos principios son: la necesidad de un enfoque holístico a la salud; el derecho a la autodeterminación de los pueblos

indígenas; el derecho a la participación sistemática; el respeto y revitalización de las culturas indígenas, y la reciprocidad en las relaciones.

Es preciso recordar que en las convenciones sobre las terapias complementarias o alternativas, se acordó que las mismas comprenden un conjunto de conocimientos y procedimientos terapéuticos derivados de algunas culturas médicas existentes en el mundo, que han alcanzado un desarrollo científico, empleados para la promoción de la salud, la prevención y diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento y rehabilitación de los enfermos. Considerando a la persona como una unidad holística esencial constituida por cuerpo, mente y energía.

Dentro de las terapias complementarias o alternativas se ubican las terapias con medicación: las plantas medicinales y medicina herbaria, los materiales minerales, materiales animales, y el régimen alimentario y nutrición. Y las terapias sin medicación: los ejercicios tradicionales como Yoga, qigong y taiji, la acupuntura, la terapia manual.; y las terapias físicas, mentales, espirituales y de la conjunción de la mente-cuerpo.

Se recapitula sobre la creación del Comité Asesor de Investigación y Consultivo de Medicinas Tradicionales y Naturales en Salud, porque se considera que es una medida que se vincula en forma directa con la salud intercultural de los Pueblos Originarios.

5.4.3.2 Herboristería nativa Qom

Un lugar particular en la medicina Qom reviste el empleo de plantas y, en menor medida, de animales y minerales, que constituyen la vasta farmacopea natural, cuyo conocimiento y uso concierne no sólo a la comunidad en general, sino también a las personas que tienen el don de curar.

Para el pueblo Qom el carácter sagrado de los vegetales deviene de su valor alimentario, terapéutico y protector, enlazado con lo mítico. De la misma manera que los animales, los vegetales no deben ser depredados.

La farmacopea Qom se compone de un vasto número y variedad de especies y productos, las investigaciones etnobiológicas mencionan más de 260 especies, pertenecientes a 121 familias de plantas y animales. Este amplio número de medicamentos muestra constantes y continuos contactos de la etnia Qom con culturas y pueblos nativos vecinos, dotados de una riqueza herbolaria que se extiende por el Abya Yala.

Las plantas medicinales, la medicina herbaria, los materiales animales y minerales presentes en el universo Qom, se constituyen en los denominados remedios, maneras de restituir el bienestar físico, mental, espiritual y con el entorno.

La terapia basada en elementos animales tiene vigencia aún entre las personas Qom en los asentamientos urbanos, quienes se procuran estos remedios en sus lugares de origen, en los viajes. Se escuchan nombrar como remedios la grasa de carpincho para las hemorragias de boca y nariz, la grasa de tigre es protectora y se utiliza con permiso del Piogonak ante amenazas, la grasa de avestruz, la carne del carancho, entre otros.

Entre los Qom, los términos lata' y natannaxanaxat se emplean para aludir el concepto de remedio.

[...] las palabras natannaxanaxat (masc) y natannaxanaqte (fem) se utilizan para referirse a los “remedios”, “medicamentos” o, en general, a cualquier elemento que se use para curar (los sufijos -axat / aqte indican “instrumento” y la base nata significa sanar o curar). Con un sentido más amplio y diferentes significados, el

término lata' se expande y se aplica a: a) la farmacopea vegetal; b) la farmacopea animal; c) otros remedios basados en productos elaborados o sustancias industrializadas (por ej. caucho de un neumático, querosene); d) cualquier "medicina del blanco" (doqshi lata'), esto es los medicamentos provenientes del campo de la biomedicina, tales como aspirinas, antibióticos y otros que se proveen en los dispensarios, cualquiera sea su forma de aplicación; e) plantas y materiales utilizados en los momentos finales de la vida (por ej. sustancias y procedimientos empleados con fines de venganza y otras sustancias; f) remedios sociales o plantas utilizadas para propiciar la suerte en la vida amorosa, éstos últimos agrupados en algunos casos bajo la denominación de iyaxaic (Martínez 2011: 199).

Amplíemos la conceptualización:

El "remedio" es importante -ya sean los de los doqshi o las plantas tradicionales de los tobas que aún se siguen utilizando- pero, por sí solo, no hace efecto, hace falta primero restablecer el equilibrio, la "normalidad" en toda la red de relaciones existenciales. De allí, que pese a los esfuerzos por imponer su legitimidad desacreditando a los "curanderos", o, por ejemplo, prohibiendo su entrada a los hospitales, la medicina doqshi no ha logrado ser hegemónica entre los tobas y debe "convivir" con la medicina chamánica. Finalmente, es pertinente preguntarse si en las últimas dos décadas, no se ha venido socavando parte de la legitimidad de aquel modelo médico hegemónico, sobre todo en lo que hace a su biologicismo. Esto, especialmente, a partir de la difusión de terapias alternativas en las grandes ciudades, o, incluso, desde las modificaciones que algunos médicos introducen

en sus prácticas reconociendo la importancia de las dimensiones psicológicas y socioculturales de la enfermedad. Por eso, posiblemente, cada vez más los médicos urbanos recomiendan “también”, hacer “yoga” o alguna “terapia” psicológica. Tal vez hoy, por esas curiosas inversiones posmodernas, aquel sujeto racional moderno de pretensiones universalizantes, pueda considerarse como un “exotismo”, pues ahora estaría aceptando parecerse más a los otros, a los históricamente considerados “exóticos” (Citro: 2002: 16).

Se considera que una amplia proporción de las aplicaciones medicinales de la farmacopea natural Qom, tanto vegetal como animal, se aplican al tratamiento de afecciones de la piel, del aparato digestivo, la atención del ámbito gineco-obstétrico y de las enfermedades infecciosas y respiratorias.

Citemos algunas dolencias en lengua Qomlaqtaq:

Según los informantes refieren las diarreas (n’ataxanaxac), dolores abdominales (iehuet (sehuet) a’ana da’am: le duele la panza), hinchazones o empachos (datapi /datapigui/tapiaxaic: “se hincha”; “empacho”; “está empachado”), vómitos (lolaxac), falta de apetito, constipación (iisa’pe), flatulencias (nñe/nñi), pata de cabra (laiel), litiasis y afecciones de la vesícula biliar (lshi’), fiebre (l’edaxa), los vermes y lombrices intestinales, en particular los oxiuros –*Enterobius* sp.- (nashiye) y como causa y/o consecuencia de algunas de ellas: la desnutrición (pagaxaicatoc) (Martínez 2011: 337).

Parafraseando al autor ante la inquietud sobre los argumentos que definen la indicación de un determinado remedio se alude a una variedad de

criterios terapéuticos subyacentes en su empleo, como pueden ser, “criterios basados en la eficacia biológica como sabores, aromas, condiciones térmicas; y criterios basados en eficacia simbólica como asociaciones con el contenido metafórico de los remedios y la doctrina de la forma, asociación con nociones de contagio o con la manipulación del poder y la comunicación con los espíritus y dueños de las especies (Cfr. con Martínez 2011:200). Es muy difundido el uso de los remedios naturales, constituyen un aspecto elemental de la terapéutica Qom de particular relieve en la medicina casera o autotratamiento. Es notable que algunos de los procesos de salud-enfermedad sean comúnmente atendidos en forma doméstica.

Otra experiencia que forma parte de los itinerarios terapéuticos, constituyéndose como una práctica reconstitutiva de la salud, por lo menos para la comunidad Qom de Rosario, y posiblemente como parte de un acto cultural teñido de sincretismo y emergente en contextos urbanos, son los viajes a la provincia de Chaco. Es habitual escuchar que personas usuarias del CDST que están enfermas, se ausentan por un tiempo de Rosario y permanecen en su Chaco natal.

5.4.3.3 Encuentro con el monte

Pareciera que para las políticas de salud pública locales, la cuestión indígena ya se extinguió en los grandes centros urbanos, sin embargo la experiencia cotidiana con personas autoproclamadas indígenas demuestra que esto dista mucho de ser así. Hay un hecho cultural propio de la comunidad Qom de relevancia, para los procesos de s-e-a-c, y son los conocidos viajes al Chaco.

Hay un acontecimiento cultural que caracteriza a la comunidad Qom que son las migraciones interprovinciales entre Santa Fe, Chaco y Formosa, llegando inclusive al país fronterizo de Paraguay.

Semanalmente y, durante todo el año, desde zona oeste de Rosario salen colectivos cuyo destino principal es la provincia de Chaco, principalmente las zonas urbanas de Juan José Castelli y Roque Sáenz Peña, decenas de personas provenientes en sus raíces del Chaco retornan a su tierra. Las personas encargadas de organizar los viajes son los contratistas, los pasajes se reservan generalmente con bastante anticipación, teniendo en cuenta que suelen viajar varios integrantes de un mismo grupo familiar. El boleto incluye ida y vuelta.

Al preguntar sobre los motivos de los viajes semanales al Chaco, aparecen distintas razones: visitar familiares, participar de alguna festividad propia de la cultura, vacaciones, retomar el encuentro con el monte y su sabiduría, asistir a ceremonias de curaciones con chamanes, cambiar de lugar de residencia por algunos meses, buscar insumos propios del monte (barro, hojas de palmas, alimentos) para trabajar en la ciudad, la búsqueda de plantas medicinales, huir de la justicia, son múltiples las razones, cada persona y su banda tiene su relato del porqué retornan a su tierra de origen, por lo menos una vez al año.

Al escuchar a las personas de la comunidad Qom, pareciera que los viajes contribuyen a mantener, revalorizar la vitalidad del pueblo Qom, pueblo cazador y recolector en sus orígenes, sus lenguas vernáculas continúan llenas de esplendor cuando se adentran en el monte, el monte revive la cultura.

Los Qom suponen que una persona está integrada por una serie de áreas existenciales interiores y exteriores que conforman una suerte de campo que acompaña a la persona. Los elementos primordiales son “el Ik’i (“su alma-imagen”), el lpaqal (“su alma-sombra”), lapat (“su carne”), lenaGat (“su nombre”), lkwennataGa (“su pensamiento”), l’aqtakpi (“sus palabras”), y otras áreas como la huella, los fluidos corporales, entre otro. El sueño es

como la exteriorización del Ik'i cuando la persona está dormida; este elemento, que guarda la conciencia del individuo, puede trasladarse por diferentes lugares del cosmos y estas experiencias son las que después recuerda al despertarse. No hay un acuerdo acerca de si hay alguna conexión física entre el Ik'i y el cuerpo mientras aquel sale. Se cree que cuando el Ik'i no regresa por alguna razón, la persona muere. Por esta cosmovisión se cree que toda experiencia en sueños no sólo es real sino que tiene consecuencias concretas en el plano de vigilia (Cfr. con Wright 2010: 68).

Para la cultura Qom, viajar forma parte de los procesos reconstituyentes de la salud. En muchos casos, principalmente del espectro de la salud mental, forma parte de los tratamientos. Como suelen ser para distintas dolencias, parte de la terapéutica consiste en: las danzas, el canto, los rituales, las oraciones.

El equipo del CDST considera de relevancia para la Salud Pública en APS y para la epidemiología local e interprovincial considerar este hecho, por el impacto que tiene para la circulación de enfermedades endémicas, todas las semanas migran personas de la provincia de Santa Fe a Chaco, Formosa y Paraguay y viceversa.

El nomadismo de una provincia a otra, e incluso de un barrio Toba hacia otro dentro de la misma ciudad, es habitual para la comunidad Qom. Razón por la cual se valora que para la Salud Pública y su consecuente epidemiología local, esta situación se convierte en un dato que cobra relevancia o debería; dado que se produce una circulación de enfermedades infectocontagiosas, endémicas y reemergentes (Tuberculosis, Dengue, Chagas, entre otras).

Este intercambio constante interprovincial de enfermedades modifica

la epidemiología local y da como resultado casos autóctonos en forma secundaria, lo que complejiza notablemente la situación sociosanitaria y los circuitos de atención. Conocer este acontecimiento social, contribuye a producir información sobre la distribución y frecuencia de los problemas de salud con una impronta sociocultural, así como investigar las particularidades sociodemográficas y culturales propias de las poblaciones que enferman.

El 1 de agosto en el barrio se celebra el festejo de la Pachamama. Es un mes de celebraciones. Desde primera hora de la mañana, la caña con ruda está presente en cada hogar. Esta celebración congrega a familias de las comunidades indígenas para festejar durante varios días con danzas, cantos, trajes, comidas y ofrendas. Las ceremonias tienen un sincretismo propio del culto pentecostal con prácticas ancestrales. Se abren por varios días los hogares para recibir a las personas visitantes provenientes de otros barrios y provincias.

Para este trabajo de investigación dimensionar los viajes al Chaco y su impacto en la comunidad, ayuda a entender la interculturalidad como un espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina oficial y la medicina tradicional. El contacto entre dichos sistemas de salud permite el enriquecimiento de ambos y la construcción de nuevos canales de comunicación mediante la valoración y rescate de las prácticas tradicionales en el cuidado de la salud.

5.4.3.4 Bigosognagay

Abordar desde una perspectiva sociocultural la Salud Pública implica reconocer, respetar e incluir a las distintas medicinas que coexisten en las poblaciones con quienes se trabaja.

Como se viene escuchando por parte del personal de salud del CDST y de las personas usuarias pertenecientes al pueblo Qom, la existencia de bigosognagay (parteras en lengua qomlaqtaq) es parte del entramado de las personas que detentan un saber ancestral propio del sistema de medicina tradicional.

Y si bien las mujeres parteras han tenido una incuestionable importancia para la vida comunitaria de los PO, en los tiempos actuales, y producto del devenir histórico, se podría decir que es un saber específicamente ancestral tendiente a desaparecer, principalmente en los contextos urbanos.

Las mujeres parteras tienen un papel esencial desde las perspectivas del pensamiento de las epistemologías descoloniales. Como detentadoras de procesos de resignificación de saberes tradicionales, el resguardo del saber tradicional en salud como un patrimonio colectivo y la construcción epistémica de sociologías divergentes y emergentes.

Para la cultura Qom las mujeres en el momento de parir deben estar en una posición semi sentadas y tapadas, para evitar mantener las piernas abiertas, se cree que en caso de ingresar aire por el canal de parto puede afectar el nacimiento. Recién en el último pujo, la mujer se descubre y la partera es quien recibe a la criatura sobre su regazo para envolverlo rápidamente. Las vestimentas que utilizan las parteras durante el parto son las polleras largas, esto les permite cubrir a la criatura al momento de salir del canal del parto hasta cortar el cordón.

La partería Qom conserva y da valor a la placenta y al ombligo del recién nacido a través de una ceremonia propia de la tradición cultural. Cuando la criatura nace, su espíritu se encuentra en la placenta y en el ombligo, por ello el ombligo se coloca dentro de la casa o en un lugar

cercano a la misma. Este momento también se acompaña con rituales para la vida, seguridad, protección para la mujer, el recién nacido y sus familias en diversos momentos de todo el proceso.

Las mujeres representantes de la Dirección de Pueblos Originarios de la Municipalidad de Rosario en la nota titulada “El parto en clave cultural Qom: un derecho restituido” dicen que:

Fueron las mujeres quienes se toparon, sin más, con la violencia simbólica que supone la atención de la salud en un marco cultural totalmente ajeno a sus concepciones. A partir de intereses comunes entre la Maternidad Martín y la Comisión de Salud de la Dirección de Pueblos Originarios en relación a las diferentes formas culturales de transitar el parto, se realizó un ciclo de charlas con el fin de acercar a los profesionales médicos los saberes, vivencias y significaciones que adquiere el parto en la comunidad qom así como también explicar la importancia de la devolución de la placenta como práctica primordial de los cuidados del recién nacido para esta cultura. El nacimiento de un nuevo hijo siempre es motivo de celebración y alegría en las familias qom. La placenta, entendida como símbolo de protección para la nueva vida que llega al mundo, cobra relevancia en el momento en que se dio a luz a un niño. El ombligo (lcom) del niño junto a la placenta (añi lhue) tiene una función simbólica para los qom que permitirá analizar aciertos y desaciertos en esas vidas (Ana Bensi y otros 2021: 9).

La práctica ancestral de enterrar la placenta⁵ se pierde en el sistema médico alopático. En los nacimientos hospitalizados la placenta es considerada un desecho biológico. Otra ruptura cultural significativa es que el nacimiento no se realiza en acompañamiento de la bigosognagay o siguiendo las tradiciones Qom. Para la parturienta, durante las contracciones, los dolores del parto (n' quíic qaica) no los siente como tales al encontrarse en su casa, rodeada por la familia. Toda la familia indirectamente participa del ritual. Se escuchan relatos de mujeres Qom que manifiestan que el dolor lo conocieron cuando fueron a parir al hospital y no así cuando parieron en sus casas.

Karla Benítez-Escobar en su tesis “Pariendo comunidad: reflexiones en torno a la partería tradicional indígena. Construyendo interculturalidad des-colonizada” menciona que:

La discriminación que experimentan las parteras tradicionales [...] puesto que las instituciones tanto clínicas como académicas reproductoras el paradigma científico occidental no sólo ejercen un poder hegemónico que discrimina los saberes indígenas; sino que existe un sesgo racial, colonial y patriarcal que subordina la práctica sanitaria de la partería indígena. Este racismo interseccional no sólo excluye saberes relativos formas de atención al embarazo, parto y puerperio que pertenecen a la

⁵ En relación al tópico parto y restitución de la placenta, en el caso del CDST no hay registros de atención y/o de acompañamientos a mujeres gestantes con esa impronta cultural. A los fines de ampliar y revalorizar otras perspectivas sobre el parto y la conformación de los cuerpos y especialmente de las mujeres, se sugiere la lectura de los libros: “Pariremos con placer” y “La sexualidad y el funcionamiento de la dominación I y II” de la autora Casilda Rodríguez-Bustos.

cosmovisión y tradiciones de cada pueblo originario; sino que además estos saberes son criminalizados -entendido éste término como el hecho de darle un carácter de delito o un carácter persecutorio y satanizado por no apegarse a las normas y protocolos higiénicos de obstetricia moderna, pero que no por eso no posean sus propios saberes higiénicos. El desconocimiento y omisión de la práctica de la partería tradicional por parte de las instituciones clínicas educativas ha fomentado también un linchamiento moral, que en sí mismo es causal de violencia obstétrica y de exclusión de saberes; pese a que en muchas instituciones se ejerce y normaliza la violencia obstétrica al omitir el respeto a las formas tradicionales de parir, a los cuidados prenatales y en el posparto derivados de una cosmovisión sanitaria indígena que atiende a concepciones de antropología médica centradas en los padecimientos y las formas de vivir el embarazo desde su sistema de curación ancestral. En la cosmovisión indígena es muy importante contemplar los conceptos de enfermedades de frío o de calor; el parto como forma de dar vida es un proceso de calor y debe ser atendido desde sus regulaciones; y en la obstetricia moderna no sólo se ignora éste concepto, sino que se sabotean prácticas de atención; excluyendo la sensaciones de la parturienta; en el parto hospitalario se prioriza la comodidad del médico que intervendrá en el nacimiento, por ejemplo: es mejor acostar a la mujer en una camilla y amarrarla aunque a ella le cueste más trabajo porque se detienen las contracciones en el trabajo de parto (Benítez-Escobar 2020: 14).

5.5 El Pueblo que habla su propia lengua está vivo

5.5.1 Derechos lingüísticos culturales

Los derechos lingüísticos-culturales se amparan en el respeto a la diversidad cultural en el marco de los Derechos Humanos de cuarta generación.

El idioma qom o qomlaqtaq es la lengua hablada por el pueblo Qom. Esta lengua no es homogénea. Los/as autores/as que estudian la lengua qomlaqtaq hacen alusión a que existe diferencias dialectales formales, entre ellas: fonológicas y léxicas. En una misma conversación una persona hablante del idioma qomlaqtaq pronuncia una palabra de distinta manera frente a otra persona hablante del mismo idioma. La misma situación acontece para la lectoescritura.

A pesar de las distinciones dialectales que circulan entre las personas hablantes, como se puede reconstruir en los relatos de las personas entrevistadas, el pueblo Qom en una amplia mayoría conserva el uso de su lengua originaria en el ámbito familiar y comunitario. A su vez es notable el retroceso de la lengua qomlaqtaq, principalmente en las generaciones más jóvenes.

Es interesante remarcar que si bien las personas están alfabetizadas en español, el español que se habla sufre ciertas adaptaciones con la impronta de las lenguas locales. Entre los tobas la situación de diglosia y de síncrexis cultural produce modificaciones en las categorías cognitivas y en la lengua qom que la revitalizan manteniendo su funcionalidad mediante por un lado los “procedimientos intralingüísticos con innovaciones léxicas (formación de nuevos lexemas mediante nuevas combinaciones de morfemas ya existentes en el sistema lingüístico qom)”. Por otro lado, están

“la extensión semántica (ampliación del significado original que permite aplicar lexemas de la lengua qom a referentes de la cultura de contacto percibida como parcialmente análogos a los de la cultura tradicional)” y por último el “procedimiento interlingüístico (uso de préstamos del español rioplatense)” (Cfr. con Bigot 2007: 138/ 139).

Los Qom se autodenominan qom o qoml’ec, cuyo significado es gente o persona. La denominación Toba no se refiere a un grupo homogéneo desde el punto de vista cultural, lingüístico o histórico, sino que designa de este modo a una población que se organizaba históricamente en grupos formados por una o más familias extensas, denominados bandas, que se aliaban entre sí. Estos grupos sociales comparten similitudes lingüísticas y socioculturales que se identifican con un tronco común (Cfr. con Messineo 1991: 186).

Entre las razones del retroceso en la transmisión de la lengua madre qomlaqtaq de generaciones pasadas a las presentes, se pueden aludir varias razones: los resabios del trauma colectivo de las campañas exterminadoras hacia los PO, donde sobrevivir significó silenciar las lenguas vernáculas y cualquier representación de ella, las migraciones obligadas de las tierras nativas a las ciudades y el encuentro fortuito y masivo con el idioma dominante el español. Esta situación obliga, culturalmente hablando, a relegar el uso de la lengua madre en beneficio de la lengua hegemónica y progresivamente la transmisión se ve interrumpida intergeneracionalmente.

La amenaza continua de la lengua qomlaqtaq pone en peligro también el conocimiento indígena sobre su cosmología, sobre el mundo animal, mineral y natural, codificado en gran parte en la lengua vernácula. De acuerdo con Messineo (2003):

el toba es una lengua aglutinante, con ciertos rasgos polisintéticos, es decir que una palabra tiende a estar conformada por varios morfemas. El nombre presenta marcas morfológicas de poseedor, número y género. Esta lengua exhibe diferentes recursos para organizar lingüísticamente el dominio semántico como por ejemplo del mundo vegetal. Entre estos recursos, la derivación y la composición constituyen procedimientos altamente productivos y recurrentes que permiten crear nuevas palabras (p.249).

Las personas que se identifican como pertenecientes al pueblo Qom destacan que hay una relación afectiva identitaria con su lengua materna, incluso que persiste en quienes no la hablan, ya que en el plano interétnico se la valora como parte del acervo ancestral. Es la lengua patrimonial que otorga identidad comunitaria.

5.5.2 Perspectivas indígenas sobre intérpretes bilingües y señalética en español-qomlaqtaq en el centro de salud Toba

En los párrafos siguientes se exponen algunas apreciaciones recabadas mediante las entrevistas de personas autorreconocidas como pertenecientes a PO en relación al uso de la lengua materna:

Bueno, yo tengo en mi casa mi papá y mamá que tienen 72 y 78 años. Ellos hablan en qom y mocoí casi nada, hablamos en qom y los chicos ahora no hablan, pero sí entienden (M, 51 años- lugar de nacimiento: Colonia Aborigen lote 38- Chaco).

Sí, hablo las lenguas (M, 50 años, lugar de nacimiento: Colonia Aborigen lote 39 -Chaco).

Sí, hablamos la lengua materna, nuestro dialecto y nada entiendo de Castilla, más o menos. Nosotros hablamos cuando estamos solos, los demás hablan la Castilla. Acá somos Tobas y Mocovíes entreverados, no hablan el idioma ellos tienen vergüenza. Yo no tengo vergüenza de hablar mi lengua, yo soy Toba. Yo vengo de Pampa del Indio [...] (M, 80 años, lugar de nacimiento: Pampa del Indio).

Sí, yo hablo qom con la familia y a veces hablo en castellano, los niños/as están aprendiendo (V, 48 años, lugar de nacimiento: Villa Ángela- Chaco).

Sí, yo hablo el idioma y mis hijos hablan; pero ahora ya se les perdió el idioma hablan más castellano que qom; pero sí entienden. Mis hijos tienen 27 y 20 años, fueron a la escuela bilingüe (M, 47años, lugar de nacimiento Roque S. Peña- Chaco).

Mi familia habla el idioma qom fluidamente, castellano también. Yo entiendo pero no puedo hablar mucho, se debe por algo como antecedente. Lo hablan solamente, pueden llegar a leerlo con dificultad por esto del problema con la R y la D y las variaciones de la lengua y la evolución que tuvieron. Ellos son de conservar más las palabras más cerradas y las actuales por ahí no las saben leer mucho. La R y la D fue una cuestión que se discutió entre los referentes de la lengua y hubo falta de acuerdo y esto fue también porque en las distintas localidades de Chaco varían la lengua según donde se encuentren y según como se mezcle con otras comunidades cambia el acento. Por ejemplo: si yo, ahora, entiendo el castellano y quiero hablarlo pareciera ser que mi qom es castellano, es criollo por así decirlo y no es tan qom, algo así. Tiene una adaptación, un sincretismo. Se hablan ambas maneras

en Rosario el tema es que las personas más grandes pueden no llegar a entender lo que se dice cuando se habla el Qom castellanizado (V, 30 años, lugar de nacimiento: Rosario- Santa Fe).

No hablo la lengua qom, mi papá no quería que aprenda [...] mis hijos algunas palabras entienden porque van a la escuela bilingüe, pero dicen que es muy difícil... En mi casa el único que hablaba la lengua Qom era mi papá (M, 35 años, lugar de nacimiento: Rosario- Santa Fe).

Cuando se les consulta a las personas entrevistadas pertenecientes a PO: ¿qué opinan sobre la posibilidad de que personas que hablen la lengua Qom, Mocoï trabajen en el CDST como traductores/as, intérpretes? La respuesta unánime, con ímpetu alegre, es un rotundo sí. Cabe mencionar que varias de las persona entrevistadas se presentan con sus nombres indígenas. Transcribamos sus apreciaciones:

Me parece que ya era hora de que se implementen en todos los centros de salud la lengua que más se necesite digamos de atención. Porque si bien estaría copado que estén la mayoría de las lenguas, es muy raro ver traductores que realmente sean de las comunidades. Sí, por ahí, está bueno que la salud apueste ahora a los pibes que sean traductores y que en parte incorporen en la carrera que si en algún momento ellos están estudiando y son pertenecientes a PO; que se incorpore esto de la lengua que se siga sosteniendo en la formación, en la carrera. [...] aún no lo vi, pero eso beneficiaría bastante a las personas adultas mayores más que nada y contagia a otros pibes nuevos y pibas nuevas que quieran laburar de eso algún día. Te hace rescatar un poco

de que eso pueda suceder (V, 30 años, lugar de nacimiento: Rosario- Santa Fe).

Me parece bien que traductores qom que hablen la lengua trabajen en el CDST, me parece buenísimo. [...] me acuerdo que venía mucha gente del Chaco y me acuerdo que yo estaba sentada y una señora del Chaco me preguntó: ¿vos sabes lo que dice? Ellos se hablaban más en el idioma Qom que en el castellano. [...] Nosotras teníamos 13 o 14 años. Eso era lo bueno del idioma son muchas dudas (M, 35 años, lugar de nacimiento: Rosario- Santa Fe).

Sería bueno tener un traductor/ra en la sala, es importante y es importante de tener a alguien, porque hay familias y más los ancianos no entienden casi castellano, si hay un traductor en el CDST sería mejor, porque el centro de salud está el cartel que dice Toba y tiene que haber un toba en la salud. Y si tiene que haber un Toba, porque a veces yo pregunto viste yo no terminé la escuela, ni el séptimo; pero sí sé hablar el idioma y le entiendo a toda la gente, creo que no son muchos los que hablan el idioma, pero sí debería haber un Toba en el CDST en el Libertad hay uno Toba (M, 47 años, lugar de nacimiento: Roque S Peña).

Sí, para que acompañen, puedan traducir, es muy importante (V, 48 años, Lugar de nacimiento: Villa Ángela-Chaco).

Sí, es necesario que personas que hablen la lengua qom trabajen en el centro de salud toba, porque a mí no me gusta cuando la gente habla así en la castilla, se quieren hacer el agrandado la gente. Hasta a sus hijitos le enseñan la castilla y no saben el idioma. La señora tiene que enseñarle el idioma, ¿viste? Así no

pierde las costumbres. No sé lo que es ese, ¿el español? [Se le aclara que el español es la castilla]. Nosotros somos Tobas. Mi abuelo estuvo en la guerra con 100 años arriba, con los blancos, murió, se llevaron a la hermana de mi abuelo, la cazaron, se la llevaron los policías. Otras hermanas de mi abuelo se fueron al Paraguay. Mi abuela murió de vieja. Cuando ven a personas como vos, le tienen miedo porque llevan pestes (V, 80 años, lugar de nacimiento: Pampa del Indio- Chaco).

Sí, es necesario que estén en la salita, en el centro de salud, médico pi, enfermero pi (M, 51 años, lugar de nacimiento: Villa Ángela- Chaco).

Es necesario que haya personas que puedan traducir y acompañar a las personas, muchas veces no se entienden lo que dicen, nosotros queremos incorporar a la gente Piogonac en la parte médica, ellos saben, están a la par de los médicos, a la par de nosotros, estamos luchando por eso, para estar en esto, en nuestra salud (M, 51 años, lugar de nacimiento: Colonia Aborigen lote 38- Chaco).

Estas respuestas positivas también se presentan cuando se los consulta sobre la posibilidad de incorporar señalética, folletería en lengua Qom, Mocoí o Guaraní; les parece importante. Inclusive llegan a recordar en algún momento algunas campañas sobre dengue o Chagas, de hace mucho tiempo atrás.

Recuerdo no sé en qué año sobre el Dengue, falta hacer más folletos. El consentimiento firmado en lengua materna también hace falta. Estamos para ayudar en esa parte (V, 48 años, lugar de nacimiento: Villa Ángela- Chaco).

No, no hay indicaciones. La sala del Toba debería tener cartelera Qom también, porque en realidad a los aborígenes como que nunca se los ve, más los criollos. Nosotros estamos en Rosario, los Qom y hay Wichis también, es otro idioma que no tiene nada que ver con nuestro idioma es más diferente todavía y con ellos se habla en castellano nomás porque tampoco nosotros no le entendemos lo que hablan ellos, al Mocoi sí le hablamos casi medio igual, más o menos diferentes, más igual, como que igual a nuestro idioma un poquito nomás. Y el guaraní no le entendemos su idioma. Al castellano sí todos nos entienden, el castellano sí (M, 47 años, lugar de nacimiento: Roque S. Peña- Chaco).

Creo que la cartelera tiene que venir acompañada de educación inicial en cuanto a comprender textos en Qom, primeramente para los más pibes que son los que deberían entender eso y para los más grandes creo que se complicaría un poco más allá de que haya cartelera o no, por ahí si los dibujos pueden llegar a ayudar, no creo que sirva de mucho si no hay traductores, porque no creo que lo llegaran a entender. Sí creo necesario que haya carteles y textos en Qom (V, 30 años, lugar de nacimiento: Rosario- Santa Fe).

En las narrativas se escucha decir que las familias Qom siguen siendo bilingües, son hablantes de su lengua vernácula y del español. El español es el idioma hablado por todos los PO. Igualmente existe una considerable pérdida lingüística, cultural e identitaria, a las que se le agregan un sinnúmero de problemáticas en áreas como salud, derechos civiles y territoriales, seguridad, trabajo y educación.

Las lenguas originarias, perseguidas durante la colonización, y luego invisibilizadas en aras de la integración nacional, bajo el enfoque de la

interculturalidad cobran protagonismo al ser parte del necesario entramado reivindicatorio de los Derechos Humanos de los PO. Para acceder al derecho a la salud se debe incluir el derecho al uso de la lengua vernácula. Se sobreentiende que la comprensión de la lengua es fundamental para acercarse a la cosmogonía de las personas usuarias de PO de los sistemas de salud y a la medicina tradicional que acceden a la par de la medicina occidental.

El escuchar atentamente a las personas usuarias indígenas del CDST invita a diversificar y cualificar el equipo de trabajo con personal culturalmente competente. Esto podría significar personal de salud bilingüe Qomlaqtaq-español para representar y fomentar una comunicación respetuosa y eficaz de acuerdo con las identidad Qom, que son las principales personas usuarias. Promover desde el CDST actitudes de respeto, tolerancia y diálogo, atendiendo que el conocimiento alopático no es el único. La verdad es plural y relativa.

Para reducir dentro del campo de lo posible, no sin contradicciones las interferencias u obstáculos para co-crear lógicas institucionales en salud pública en sintonía con las pautas de respeto, tolerancia, diálogo, participación e inclusión real, respecto de aquello que se presenta y es distinto, es interesante hablar de servicios de salud culturalmente competentes. Comenzar a nombrar, localizar, detectar y transformar los impedimentos culturales presentes en los engranajes del sistema, tanto en los espacios físicos, como simbólicos, es una manera de empezar con prácticas en salud culturalmente inclusivas.

5.5.3 Intérpretes bilingües y señalética español-qomlaqtaq.

Opiniones del personal de salud

Al dialogar con el personal de salud del CDST sobre si considera pertinente la incorporación de una persona en el equipo de salud que pueda auspiciar de traductor/a, intérprete de la lengua qom, mocoí o guaraní, las apreciaciones se diversifican.

Sí, sí, sí más que nada por la relación, digamos, con la población. Que se sientan justamente acompañados, porque generalmente el personal de salud cambia todo el tiempo y ellos tampoco se sienten identificados con el personal de salud. Quizá con una persona que hable la misma lengua puedan sentirse más cómodos en cuanto a sus tratamientos y ellos tienen miedo a decir lo que están pasando, a poder hablar, hasta que empiezan a sentir confianza. En mi caso yo sentía que ellos se identificaban conmigo, no sé si quizás por el color de piel, quizás la forma de hablar, la paciencia, no sé... Por eso sería importante alguien que entienda la lengua, que hable la misma lengua, sería fundamental (M, Enfermera, 5 años en el CDST).

No sé si es necesario porque en realidad según mi experiencia no quedan grupos que no hablen castellano, que no se puedan entender desde nuestra lengua, por ahí estaría bueno de que se pueda incorporar algún traductor; pero me parece que no es una cuestión necesaria o algo que vaya a cambiar a determinar la variable de atención que tienen uno en el diario (V, enfermero, 12 años de antigüedad en el CDST).

Me parece que sí estaría bueno el hecho de la incorporación de alguien que maneje la lengua. A veces la dificultad está en

personas que pertenecen al barrio y que a la vez están dentro de la estructura laboral del CDST porque eso genera a veces algunas barreras en el acceso. Por eso está bueno que haya un cupo desde la municipalidad para personas pertenecientes a PO y que manejen el lenguaje (M, pediatra, 6 años en el CDST).

Sí, para mí es fundamental eso. Creo que la incorporación de algún representante, no sé si decirlo así, pero es la clave del éxito. Es muy importante porque para mí es el que hace el vínculo. Vos podés tener las ganas, vos podés tener mucho conocimiento pero necesitás de alguien que te ancle y que la gente también te empiece a tomar confianza, porque si no es muy difícil (M, reumatóloga, 8 años en el CDST ad honorem).

Sí, sería necesario en algunos casos puntuales que no son muy frecuentes, pero son importantes, de personas que llegan solas, que llegan sin ningún mediador; porque generalmente la mayoría de las veces llegan con un mediador y esta persona puede hacer no sólo de intérprete sino también de nexo con el sistema. Creo que lo de la lengua en algunos casos puntuales hubiera sido necesario y sí en todo diría, sería necesario no tanto para interpretar la lengua sino para interpretar la visión y para poder hacer más efectiva nuestra práctica, nuestros diagnósticos, nuestros tratamientos, que un montón de veces no dan resultados no por una cuestión idiomática sola, muchas veces necesitamos que alguien nos ayude a entender el problema y proponer soluciones que sean efectivas digamos (V, médico generalista, 6 años de antigüedad en el CDST).

Absolutamente, porque sobre todo en el trabajo que hacemos los psicólogos, pensar que muchísimas personas tienen que traducir

lo que les pasa, lo que sienten, de su lengua materna al español ya es una desfiguración enorme con lo que el trabajo y la intervención se altera muchísimo, si bien es muy difícil por supuesto aprender un idioma a los fines de trabajar con una comunidad. De algún modo de aproximación como un traductor, sería necesario, lo óptimo sería que en algún momento haya psicólogos de la comunidad que puedan atender en su idioma y escuchar en el idioma originario". (V, psicólogo, 7 años en el CDST).

Sí, sí sería muy valioso porque nos encontramos por ahí con situaciones en donde necesitamos quizás de otro, si no es la misma persona que se acerca por una problemática de salud y que quizás puede hablar el idioma castellano a veces se necesita de otro para armar una estrategia y ese otro esa otra quizás, no maneja el idioma castellano y ahí nos hemos encontrado con muchas dificultades. Se me vienen así, varias situaciones que hemos tenido digamos esa dificultad y sí hubiese sido muy valioso en ese momento contar con algún referente, con algún traductor, que nos pudiera como acompañar, a incluso no sólo a hacer la traducción fría del idioma. Sino también poder pensar más en clave cultural esa situación en particular (M, psiquiatra, 4 años en el CDST).

Hoy: no. O sea, por el transcurrir de los años, cuando yo empecé acá, se necesitaba porque había muchas personas que consultaban y no entendían a la lengua y venían con un traductor o sino lo citábamos a la próxima consulta con un traductor. Hoy por hoy, yo todo los pacientes que veo saben, no tienen dificultad

para entender. Así que hoy no (M, médica generalista, 23 años en el CDST).

Sí tendría que haber un traductor/ra, en realidad considero que todos deberíamos estar formados, nosotros, con esta lengua, porque si no es imposición, puedo indicar la supremacía de una lengua sobre otra, es complejo. Es una gran falencia que tenemos nosotros y que nunca lo demandamos por lo menos en una reunión de equipo en la que yo estuve, no. Nosotros deberíamos tener una formación básica, pero deberíamos estar formados. No se puede respetar lo que no se conoce. Si nosotros no sabemos de qué estamos hablando, es complicado. Yo, particularmente, algunas palabras sé porque he preguntado acá a las personas que son abiertas para transmitir esta lengua. También tiene ese otro aspecto una lengua que esta comunidad oculta, niega y si pueden no lo dicen, no como una mentira, sino por inferioridad porque creen que esa lengua acá no sirve o muestra que están en condiciones inferiores (M, fonoaudióloga, 7 años en el CDST).

A partir del despeje de las entrevistas con personal de salud del CDST se puede ver que hay profesionales que consideran oportuna la incorporación de la figura de una persona alfabetizada en la lengua mayoritaria de procedencia indígena en el CDST, que es la lengua qomlaqtaq o qom.

Como contraparte, se presenta una proporción del personal de salud que no considera adecuada, en la actualidad, incorporar la figura de una persona que auspicie de traductor/ra de la lengua originaria qomlaqtaq. Se presupone que todas las personas comprenden el español.

Concomitantemente algunas personas del equipo de salud consideran que la incorporación de una persona de etnia Qom con formación bilingüe (qomlaqtaq-español), no sólo es pertinente para interpretar o traducir sino para que pueda integrarse en los proyectos terapéuticos. En estas apreciaciones se reconoce a la interculturalidad como una dinámica procedimental que requiere de horizontalidad, aceptación, respeto, inclusión, equidad, reciprocidad y solidaridad. Significa también comprender que hay una relación de intercambio, a partir de la cual cada una de las partes involucradas puede construir algo nuevo que no hubiera podido hacer de manera independiente.

Además de dialogar sobre la posibilidad de incluir en el equipo de salud del CDST a personas intérpretes bilingües en lenguas qomlaqtaq-español; también se consultó sobre las percepciones que tiene el personal de salud del CDST en cuestiones referidas a la inclusión de señalización, cartelería, folletería y consentimiento informado en lenguas originarias.

Me parece que es una forma de seguir teniéndola viva, y no sólo lo hablado sino también lo escrito. Nosotros participamos con las antropólogas arrancamos haciendo folletos digitales que eran sobre la artritis. Nosotros trabajamos ese folleto también bilingüe, hicimos uno sobre la artritis, otro sobre discapacidad y lo último que hicimos ahora fue en relación al covid19, también hablado con un video donde alguien hablaba y también con la escritura. Para mí es enriquecedor tanto como para nosotros, como para ellos (M, reumatóloga, 8 años ad honorem en le CDST).

Y sí, puede ser útil, es un poco como te decía, yo creo que la gente joven, no sé si entiende la lengua qom; hay muchos que no saben. Cuando uno interroga si saben hablar, si saben leer en qom y te dicen que no; pero bueno para las personas más

antiguas de la comunidad estaría bueno, quedan pocos de los que vinieron de Chaco, ya prácticamente son todos nacidos acá en Rosario (M, médica generalista, 23 años en el CDST).

Sí, todas las señalizaciones dentro del CDST. Todo sí, un consentimiento informado, las prácticas médicas mismas, probar utilizar la lengua de cada uno. Totalmente (M, fonoaudióloga, 7 años en el CDST).

Realmente en el grupo de pacientes que me toca atender que es paciente pediátrico, generalmente con madres que son jóvenes, yo creo que prácticamente el 100 por 100 manejan la lengua castellana, conozco a personas que vienen de Chaco que tienen más edad y que no manejan la lengua española y que tal vez en ese caso sería de utilidad. O más bien lo que es gráficos más que las palabras escritas, porque es una lengua que tiene una transmisión más verbal, que escrita, me parece que tal vez el hecho de que haya más que cartelería o algún grafico que represente cada área del CDST, que se esquematice o grafique, no desde la palabra sino desde el significado mismo. Y sí, me parece que tal vez hay una población que se beneficie con la cartelería en lenguaje nativo (M, pediatra, 5 años en el CDST).

Sí, pero depende con qué comunidad. Por ejemplo, entiendo que para la comunidad Qom con tener un cartel que diga mesa de entrada no alcanza. Porque así ellos puedan leer ese cartel, probablemente, si no hay nadie que los invite, los reciba, los salude, no se dirijan a pedir lo que necesitan directamente, por eso creo que los carteles están bien, más como un símbolo de respeto y de valoración de las otras culturas, incluso para nosotros mismos, los criollos, para tenerlos más presente; pero

sería más como un símbolo que por algo que sea efectivo. Por esto creo, al igual que el intérprete, más que alguien o una cuestión idiomática, se necesita de una persona que haga de puente ahí entre la institución o lo que la institución ofrece, creo que si no hay nadie que los invite, los reciba, los salude, les pregunte: ¿qué es lo que necesitan?, muchos no van a ir a pedirlo así haya un cartel en qom (V, médico generalista, 6 años en el CDST).

Y mirá, creo que lo mismo que estaba diciendo antes con el traductor, me parece que estaría bueno como para darle tal vez un sentido de pertenencia al CDST con los PO, no me parece que sea una cuestión relevante. Creo que, la mayoría, un gran porcentaje de la población habla castellano, entiende castellano; me parece que no marcaría la diferencia de hacer una señalética en esto (V, enfermero, 12 años en el CDST).

Me parece que sería útil sobre todo a nivel de reconocimiento de la diferencia. Esto de hacer lugar a la diversidad, no creo que sea solo una cuestión de comunicación, como que alguien no vaya a entender dónde está el baño porque esté escrito en castellano y no en idioma de las comunidades, porque están tan metidos en la sociedad occidental en la que vivimos que seguramente van a entender dónde está el baño. La diferencia está en cómo reconocemos la diferencia del otro y le damos importancia, le damos relevancia a eso y me parece que sería fundamental [...] debería ser así, como cuando uno llega a un aeropuerto y está escrito en tu idioma por donde es la salida, por donde es la entrada, cosas mínimas de reconocimiento de que hay una diferencia y que esa diferencia es aceptada y respetada; entonces

me parece que iría, que le sumaría a otro montón de cosas que son necesarias para incluir y para reconocer la diferencia, reconocer la diferencia cultural, respetarla y generar otro tipo de lazo con las personas de la comunidad, modificando eso que sobrevive permanentemente que es esto de la imposición del mundo occidental a las comunidades nativas (V, psicólogo, 7 años de antigüedad en el CDST).

Sí, claro totalmente, primero porque todo lo que es señalización digamos de los lugares, por ejemplo, de los espacios del CDST, bueno eso mientras más claro estén mejor. Y, segundo, que cualquier consentimiento que se le hace firmar a una persona, la otra persona tiene que estar totalmente, aclarado segura de lo que está firmando, entonces sí puede ser en el lenguaje que la persona maneje, sería óptimo (M, psiquiatra, 4 años de antigüedad en los CDST).

Al aprehender las perspectivas y argumentos de las personas que desempeñan funciones en el CDST, ante la posibilidad de que personas hablantes de la lengua qomlaqtaq integren el espacio laboral, hay personas profesionales que avalan e incluso incentivan la posibilidad de diversificar el equipo de trabajo mediante la incorporación de personal que pueda auspiciar de intérpretes bilingües (español-qomlaqtaq). Otras voces por el contrario sostienen que no es oportuna la incorporación de personal bilingüe, dado que no produce un impacto significativo en las prácticas sanitarias, ni el vínculo terapéutico.

En relación a la consulta respecto a que el CDST cuente con señalética en lenguas originarias, en sí todas las personas están de acuerdo pero las razones varían de unos otros. Para algunas personas integrantes del equipo es un requerimiento de esencial importancia valerse de la

traducción y señalética en lenguas originarias. Inclusive mencionan sobre la posibilidad de que el consentimiento informado y las prácticas sanitarias estén traducidos del español a la lengua vernácula. En cambio, para otras no tendría un impacto de importancia en la dinámica institucional.

5.5.4 Profundizando en el derecho a la salud intercultural, como punto de partida, para el diálogo

La Ley N° 24.071 promueve el respeto por las culturas, las formas de vida, las tradiciones y el derecho consuetudinario de los PO. También define los principios rectores que deben guiar las políticas interculturales en salud. El Artículo 25 establece que:

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.

Inevitablemente es preciso recordar que la salud es un derecho humano universal, el cual puede verse vulnerado en los casos en los que las personas que desempeñan funciones en la Salud Pública y las personas usuarias no comparten un mismo origen étnico y cultural y presentan un desconocimiento mutuo de sus idiosincrasias, lo cual posiblemente provoca en la instancia del vínculo terapéutico sentimientos de frustración y desconfianza, acompañados de la aplicación de estereotipos y prejuicios y del consecuente surgimiento de malentendidos e incomprensiones.

De ahí que haya una diferencia entre reconocer la existencia de los pueblos indígenas por el sólo hecho de poder identificarlos y vislumbrar que su reclamo está orientado hacia otro tipo de reconocimiento: como pueblos preexistentes que han sufrido la conquista y el avasallamiento de sus territorios y que son portadores de una forma de vida diferente que resulta discriminada o ignorada en sus derechos.

El pedido histórico de servicios de salud acordes a su cosmogonía, en parte es un reclamo por el reconocimiento. Un reconocimiento que no se da entre pares iguales, sino en el marco de una relación de poder, ya que quienes exigen reconocimiento (los PO) deben hacerlo desde una posición minoritaria (y no sólo en números) con respecto a la mayoría social que compone la sociedad en la que viven. Son los otros, el resto de la sociedad, quienes tienen el poder de dar reconocimiento o negar al otro (PO). Cuando efectivamente se reconoce a ese otro (desde la sociedad toda), se supone una concesión que no está exenta de condiciones: los reconocemos desde nuestra cultura y nuestro modo y forma de vida y pretendemos a cambio, como contrapartida, cierto tipo de asimilación de sus costumbres a las nuestras.

La lengua no es sólo el instrumento de la comunicación, sino que implica en sí la posibilidad de categorizar, interpretar y significar la

existencia de los sistemas de la cultura y, a su vez, nombrar a la realidad mediante ciertas operaciones discursivas. Operaciones del discurso que traman una red de significaciones construidas en un determinado territorio social y cultural y en un peculiar tiempo histórico. Varios autores (Güizzetti, 1954, 1956; 1960; Hachén y Fernández, 1999; Armatto, 2005; Bigot, 2007), provenientes de estudios de la etnolingüística, analizan la función simbólica expresiva y comunicativa de las lenguas.

Retomando el estudio de Stival (2018), es oportuno recuperar el siguiente extracto que hace referencia a las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos Qom de la ciudad de Rosario:

Los profesionales de los servicios de salud que atienden en este contexto intercultural atribuyen así rasgos particulares a sus pacientes qom. Uno de ellos es “la distinta concepción del tiempo”. Como mencioné anteriormente, la noción de los “tiempos tobas” a la que apelan los profesionales y el personal de salud no resulta novedosa. Sin embargo, es justamente la vigencia que posee como principal clave explicativa de los desencuentros con los pacientes qom la que motiva la presente problematización. Así, los pacientes qom se presentan como parcos, poco demandantes, inexpresivos, lentos, no entienden las indicaciones, no responden, hay que explicarles cinco veces, no respetan acuerdos con relación a turnos y tratamientos, etc. El análisis de los usos de este diacrítico -que viene a diferenciar a los pacientes qom del resto de los pacientes- abrió un amplio abanico de asociaciones de “los tiempos tobas” en relación con las distintas instancias de la atención desde la asignación de turnos, las consultas tardías, la modalidad de espera de la atención, hasta la anamnesis, el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas. Esta

caracterización expresa una visión homogeneizadora sobre la organización socio-cultural del pueblo qom en Rosario. Se hace referencia a “los” pacientes tobas, “la” comunidad toba, “los” indígenas, sin distinguir matices ni diferencias y heterogeneidades al interior de estos conjuntos sociales. Así, por ejemplo, se habla de “los tobas”, sin reparar en las diferencias (Stival 2018: 95).

Las notables diferencias lingüísticas, a nivel idiomático como en relación con los modelos conversacionales, sumadas a las diferencias culturales genera habitualmente que las personas trabajadoras de la salud no puedan comunicarse adecuadamente con las personas usuarias y viceversa, pareciera que no hay una comprensión posible.

Asimismo este acontecimiento no es visualizado como una problemática específica de salud intercultural para la política de salud local en APS y que como tal requiere de un abordaje específico.

Los contactos lingüístico-culturales se dan entre grupos humanos que interactúan en determinados contextos de poder. La desigualdad de poder genera, en los grupos subalternizados, determinadas prácticas lingüísticas (bilingüismo, diglosia) diversos procesos de síncretismo cultural, y distintas modalidades de reacción al mundo dominante, entre ellas estrategias de resistencia étnica y consecuentemente particulares procesos identitarios. [...] La capacidad de la lengua de significar la cultura, las prácticas sociales, la cosmovisión de un grupo (función de significar) y el carácter social (colectivo) de la práctica lingüística (función comunicativa de la lengua) confieren a la lengua un rol destacable en los procesos identitarios. El concepto de comunicación lingüística implica intercambio de ideas, informaciones, expresión de sentimientos etc. entre personas, en

base a una lengua (sistema de signos) parcialmente compartida, y también a un conocimiento parcialmente compartido del contexto sociocultural (es decir de las convenciones que prevalecen en una comunidad, pautas culturales, creencias, etc.) Cada lengua es parte de una cultura, y tiene a su vez la capacidad de significarla en su totalidad, mediatizando -en función de la relación lengua-categorías cognitivas- la percepción de la realidad (Bigot 2007: 51/52).

Cabe precisar que el vínculo terapéutico con mutua aceptación se establece cuando tanto el personal de salud como la persona usuaria perteneciente a PO comprenden el contenido de las recomendaciones transmitidas en la consulta, ambas partes tienen la opción de expresar dudas, pensamientos, preguntas relacionadas con la atención, a su vez la duración del diálogo es suficiente para que las personas que participan puedan escucharse.

Muchas veces el lenguaje utilizado por el personal de la biomedicina es uno de los aspectos cruciales que puede interferir en la comunicación intercultural, al dificultar la relación así como la empatía y confianza con las personas usuarias. La ausencia del manejo de un vocabulario local básico por parte del personal institucional, además de que muchas veces se da escasa información a la persona indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, tales como la vacunación, las inyecciones, la extracción de sangre, los exámenes, entre otros, sumado a que las personas indígenas no hacen alusión, casi llegando a negar el uso de medicinas tradicionales, son factores que pueden contribuir a distanciar a las personas del proceso terapéutico.

Las relaciones interculturales como las sanitarias se caracterizan por ser asimétricas y son por tanto relaciones de poder, situación que puede

contribuir al desencuentro. La interculturalidad requiere ciertas condiciones de igualdad en los intercambios, que posibiliten diálogo, mutuo entendimiento y aprendizaje a partir de racionalidades, tradiciones y valores entre distintos. Es sabido que la salud se caracteriza por tener un carácter normativo y prescriptivo. Al momento de constituir el vínculo terapéutico, la comunicación sanitaria puede vigorizar asimetrías si sólo el personal de salud se reconoce como poseedor de conocimiento legítimo y científico, obturando, interfiriendo de esta forma, la posibilidad del diálogo cultural y la complementariedad de medicinas.

5.6 Tejiendo historias descoloniales

5.6.1 Interculturalidad en Trabajo Social

Históricamente los PO del Abya Yala luchan por su derecho a vivir según sus formas de vida y creencias ancestrales, esto incluye las reparaciones territoriales, económicas y políticas y el reclamo por ser tratados equitativamente.

Desde el campo de la Salud Pública se puede apreciar que la condición étnico-racial es una causa reconocida de desigualdades e inequidades en el campo de la salud, especialmente señalado por los desarrollos de la epidemiología social, la epidemiología sociocultural y los determinantes sociales de la salud.

En contextos pluriétnicos el abordaje desde el trabajo social en salud pública presenta características distintivas. Como se viene mencionando en el transcurso de este trabajo de investigación la pertenencia étnica, las lenguas maternas, las medicinas tradicionales, las plantas medicinales, las mujeres parteras, entre otras, se constituyen en parte del entramado sanitario local.

A los fines de graficar algunas dimensiones de los abordajes en salud desde el trabajo social con impronta intercultural, recuperamos dos experiencias de abordaje.

5.6.1.2 Primer relato: El bisabuelo es un Piogonak

Es una mañana habitual de trabajo, mañana de miércoles en el CDST, la sala de espera está sobre habitada, suena el teléfono y piden hablar con una médica en particular. El llamado proviene de un efector de tercer nivel de complejidad que atiende la población infantil en Rosario. En la comunicación se escucha decir a la médica que conoce a la familia, agregando que es una familia tradicional del barrio y que pertenece a la comunidad Qom. Confirma que se atienden en el centro de salud y que ella, efectivamente es su médica de referencia. Del otro lado del teléfono, informan que una niña de 8 meses está en estado muy crítico en la unidad de cuidados intensivos pediátrica por una miocardiopatía dilatada de origen desconocido y presenta muy pocas expectativas de mejoría clínica, según el equipo médico tratante actual.

Tras colgar el teléfono, intercambiamos algunas palabras con la médica. Siempre se dialoga sobre situaciones que van a estar requiriendo colaboración terapéutica interdisciplinaria. La médica menciona que el bisabuelo de la niña es un Piogonak de la comunidad. Y dice que según el bisabuelo de la niña, la vacuna le provocó este cuadro orgánico, poniéndose muy molesto con la medicina blanca. Cada quien continua en sus labores, pasa el día.

Entrada la tarde del día siguiente aproximadamente a las 16:00 hs, suena el teléfono y un integrante de la unidad de cuidados intensivos pediátrica, relata que según el equipo médico la niña comenzó a mejorar notablemente y está en condiciones de pasar a sala de cuidados intermedios

en internación. En estas pocas horas el cuadro clínico evolucionó muy favorablemente, alguien al pasar refiere algo de un milagro.

La familia no tiene celular, se requiere realizar una visita domiciliaria para comunicar lo acontecido. Con asombro salimos del centro de salud, en esta ocasión no hubo un detenimiento en nada, sólo queríamos llegar al domicilio de la familia.

Golpeamos las manos, en el patio delantero de la casa perteneciente a las construcciones del barrio más viejas, hay un vivero con varias plantas aromáticas y medicinales. Canta un gallo. Se asoma un señor, mira detenidamente y avanza hacia nosotras. Es una persona mayor, silenciosa en el movimiento, está vestido con pulóver azul y pantalón vaquero. Se detiene en la entrada, saluda y pregunta a quién buscan. Nos presentamos y le comentamos el motivo de la visita.

Cuando termina de escuchar, esta persona se aproxima un poco más hacia nosotras y se presenta como el bisabuelo de la niña, dice: que es un sanador de la comunidad, que lo visitan de varias provincias y que con sus manos cuando ingresó a la tardecita del día de ayer a ver a su bisnieta a la terapia, le había retirado del corazón los bichos oscuros que se lo estaban cubriendo. Con una seriedad increíble se despide, agradece la visita y menciona que pronto avisa a su nieto de la noticia para que salga en lo inmediato camino al hospital.

Volvemos caminando tranquilamente sin hablar, las zanjas, el bullicio de los perros, los niños/as jugando en las calles y las esquinas con fogones con su torta asada, producen una inmensa alegría y algo de la sonrisa silenciosa se presenta en mis ojos. Estoy contenta y asombrada.

Mientras termino el relato, recuerdo que han pasado varios años, de esa visita domiciliar. La niña, su mamá, su papá y reciente hermanita siguen sosteniendo consultas con su médica y con trabajo social. Fue a partir de ese primer encuentro con la familia que se inicia un vínculo terapéutico que persiste hasta el presente. Clínicamente la niña evoluciona favorablemente y sin complicación alguna, la médica tratante presupone que la niña continua recibiendo tratamientos propios de las etnomedicina Qom.

Recuperamos esta trayectoria de atención porque a lo largo de estos años otras situaciones se presentan de manera similar. Las personas enfermas se recuperan, casi milagrosamente de enfermedades diagnosticadas por la medicina alopática de gravedad irreversible. En el caso anterior la familia accedió a recibir asistencia médica y adherir a un tratamiento, hay casos donde las familias no acceden directamente a un tratamiento farmacológico propuesto por la biomedicina.

Ante casos donde se detectan personas enfermas con riesgo de vida y que se valen de las medicinas tradicionales para interpretar, tratar y curarse, el acompañamiento desde trabajo social se centra en continuar visitando a las familias, con su previo consentimiento. Estar en contacto con las familias permite profundizar el mutuo entendimiento. En más de una oportunidad en el diálogo con las familias, las mismas si bien escuchan igualmente comunican que no están dispuestos a realizar el tratamiento que la medicina del CDST propone. Replican que ellos tienen sus propias medicinas, entre ellas nombran las cadenas de oración, aluden a la fe y a creer en otras fuentes propias de sanación.

En varias oportunidades al transcurrir el tiempo y volver a visitar a las familias, las mismas continúan con su posición primigenia de utilizar su propia medicina. En varias ocasiones se detecta que el cuadro clínico se ha

revertido, este desenlace clínico se presenta en varios casos. Se podría decir que queda en una cuestión enigmática para el sistema convencional de salud alopático lo que sucedió. En los casos donde se evalúa que la situación no evoluciona favorablemente se propone nuevamente que se acerque al CDST.

5.6.1.3 Segundo relato: Juana disputa su territorio

Desde hacía varios meses, no veía por el barrio a Juana. De repente se presenta en el centro de salud, de forma espontánea como lo suele hacer ella. Dice que quiere hablar conmigo, inevitablemente al saludarla le expreso que hace mucho que no la veo, y que me sorprende verla. Le pregunto: ¿Cómo estás? Me mira sosteniendo el silencio. La hago entrar al consultorio.

Juana es una mujer que pertenece a la etnia Qom, no habla fluido en español, habla lento y suele permanecer mucho tiempo en silencio durante los momentos que compartimos juntas. Me llevó mucho tiempo saber que Juana habla el idioma qomlaqtaq principalmente. En realidad, fue mediante el encuentro fortuito con otra persona indígena, que conoce a Juana, haciendo una visita domiciliaria, lo que me permitió saber que Juana habla en la comunidad y con sus hijos/as el idioma qomlaqtaq.

En la entrevista Juana me cuenta que su hijo Bastian está internado en un hospital de alta complejidad de la ciudad de Rosario, debió someterse a una nefrectomía de su riñón izquierdo, de urgencia.

Al leer la historia clínica individual de Bastian, se ubica una larga trayectoria de atención e intervenciones vinculadas a medidas de protección integrales durante su infancia. Bastian es uno de los muchos niños del barrio que desde temprana edad, 8 o 9 años, ingresa en los circuitos de calle. Para

los niños del Barrio Toba escaparse colándose en el colectivo urbano para arribar al centro de la ciudad de Rosario era y es parte de sus picardías.

La situación se fue agravando notablemente con el correr de los años, para Bastian al igual que sus congéneres, al circuito de calle se le agrega el consumo diario de poxirán. Fugazmente Bastian queda subsumido en el mundo del halar la bolsita de poxi y todo lo que ello lleva implícito tanto para Bastian como para todo su entorno más cercano, tanto en su dimensión psíquica, física y espiritual.

Juana menciona que cerca de fin de año viajó al Chaco porque el padre de dos de sus hijos había fallecido y permaneció un tiempo en la zona rural de esa provincia. Su retorno a la ciudad se debió a un llamado que realiza su hija mayor, quien le dice que su casa había sido tomada por personas vinculadas al ambiente del delito, a la venta de drogas ilegales. De forma inmediata Juana retorna a Rosario.

La vivienda de Juana y sus hijos/as le fue adjudicada al grupo familiar por el Servicio Público de la Vivienda a causa del estado de salud de su hija menor. Según le contaron sus hijos y vecinos/as, personas armadas ingresaron a la vivienda familiar por la noche, sacaron a sus hijos mayores a la calle, tiraron todas las pertenencias de la familia a la calle y las prendieron fuego. Juana refiere que fue a hacer la respectiva denuncia y hasta el momento no hubo respuesta por parte de la justicia y ya han pasado varios meses.

Juana pide ayuda, quiere recuperar su casa, está dispuesta y decidida a recuperar su hogar. Cabe mencionar que desde que sucedió este hecho, Juana y sus hijos/as viven en una casilla de chapa, sin puerta, con piso de tierra y un baño que se comparte con su vecina que, solidariamente, los alojó.

Juana solicita con insistencia acompañamiento para recobrar su vivienda. Inmediatamente se empieza a trabajar para tal fin. En el transcurso de los días se reconstruye el estado de situación legal del expediente ingresado al sistema judicial, se solicita al Servicio Público de la Vivienda copia de la adjudicación de la vivienda familiar y concomitantemente se establece comunicación con el equipo tratante de Bastian para saber sobre su cuadro clínico.

Ante los requerimientos de cuidados de Bastian a partir de la reciente cirugía, sumado a la adjudicación de la vivienda por parte del Estado al grupo familiar por la situación de salud de la niña menor del grupo familiar, se presenta informe social a Asistencia a la Víctima.

El acompañamiento del caso requirió de reiteradas visitas domiciliarias, entrevistas con Juana y el equipo técnico de la justicia, el trabajo social del CDST auspició como intérprete entre Juana y la Justicia. Si bien se habían sostenido entrevistas anteriormente, no se había logrado comprender lo que Juana expresaba. Por esta razón, y con el consentimiento de Juana, se la acompañó durante las entrevistas interviniendo cuando fue pertinente para clarificar dudas y a su vez toda la información se registró por escrito, para evitar que Juana deba presentarse en persona en futuras instancias de careo oral.

La vivienda efectivamente fue restituida al grupo familiar, sentando un precedente en la justicia por restituirse una vivienda del Estado que había sido ocupada por personas vinculadas a la venta de drogas ilegales.

Actualmente Juana y sus hijos/as viven en su casa. Hubo momentos donde personas armadas se presentaban en el domicilio de Juana, amenazando, increpando y Juana permaneció estoica ante las amenazas. Su convicción desde el primer momento en que asistió al CDST fue

recuperar su casa. Se la escuchaba decir reiteradamente que bajo ninguna circunstancia se iba a retirar de su domicilio.

Esta modalidad de abordaje denota las complejidades que constituyen el campo de intervención desde trabajo Social, en APS con PO, donde las problemáticas que se desprenden de la consideración de la cuestión intercultural, trascienden el campo de la salud pública hasta alcanzar la intersectorial de la cuestión.

En esta experiencia de abordaje también se pone de manifiesto claramente la situación sociolingüística del barrio Qom de zona oeste, que se puede caracterizar como “diglósica”, al decir de Bigot. Es decir hay una mayoría de población de PO bilingüe, con deficiente competencia en español, lo que dificulta la comunicación en instancias oficiales formales como pueden ser los organismos del Estado, municipales, provinciales, el registro civil, centros territoriales de denuncias, la justicia, búsqueda de empleos, hospitales, entre otros.

La cercanía y el hecho de recorrer lo que las teorías de época denominan “el territorio”, desde la perspectiva de quien describe la comunidad, a lo largo de estos años como personal de salud matricial del CDST, me permite comprender algunas idiosincrasias propias de la cultura Qom. En lengua Qomlaqtaq, la comunidad Qom me llama “Lavogo”.

5.6.2 Trabajo Social en clave de diálogo intercultural

Al desempeñar funciones como Trabajadora Social en el CDST y trabajar diariamente con personas provenientes de la cultura Qom, considero fundamental contar con información concreta sobre conceptos concernientes al cuerpo y su funcionamiento, la discapacidad, la salud mental, la

nomenclatura de las dolencias, los especialistas en curaciones, las ideas sobre la enfermedad, la vida y la muerte; sobre las maneras de diagnosticar, tratar y curar, los productos medicinales, sobre la alimentación, las dietas o la higiene, entre otros datos de suma relevancia para la atención intercultural en Salud Pública. Este desconocimiento interfiere notablemente en la calidad de la atención.

La dinámica de atención en el CDST deja entrever que el equipo de salud y las personas usuarias pertenecientes a PO, hablan idiomas distintos en muchas oportunidades y a su vez manejan visiones del mundo a menudo contrapuestas. La mayoría de las veces no hay posibilidad para construir puntos de contacto intercultural, no porque no esté la intención de hacerlo, sino porque no se presentan las condiciones estructurales para que esto suceda.

En la dinámica cotidiana de atención centrada principalmente en el componente asistencial, curativa y medicamentosa de la salud, muchas de las prácticas tradicionales y populares son desestimadas o no incluidas, en las dinámicas institucionales de los servicios de salud. Se puede apreciar que el sistema de salud en APS se rige en su generalidad por la supremacía del paradigma científico racional, que se refleja en el CDST en la ausencia de personas especializadas que apliquen prácticas curativas propias del sistema tradicional de salud Qom.

Desde Trabajo Social se continúa insistiendo y revalorizando la importancia de diversificar el equipo de trabajo del CDST con personas que representen las minorías indígenas. Se supone que la incorporación en el CDST de personas que se autorreconozcan descendientes de PO y que puedan funcionar como portavoces de su cultura e idioma, contribuiría a generar condiciones proclives a una mayor complementariedad terapéutica.

Desde el ejercicio profesional propio del TS, se busca incorporar en las prácticas diarias las perspectivas de los PO, siguiendo esta línea es pertinente mencionar que desde TS se ha contribuido a instalar una línea de acción en el CDST que permite garantizar que personas provenientes de PO realicen acompañamientos como asistentes personalizados/as, para personas con discapacidad que pertenecen a PO. Esta articulación se realiza con una instancia de gestión provincial y la persona recibe una retribución económica por su trabajo. Si bien no es personal permanente del equipo del CDST, permite construir directrices de trabajo en clave intercultural.

La búsqueda del diálogo intercultural es una decisión de gestión en salud que implica el consentimiento de los equipos de trabajo, requiere de la asignación de recursos humanos idóneos para tal fin, instancias de formación y acuerdos interculturales, priorizar y destinar tiempo de trabajo a la elaboración y diseño de acciones y propuestas desde el mismo territorio.

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo, afianzar medidas de afirmación de los derechos de los grupos minoritarios, como es el caso de los PO, implica la participación de los mismos. Siendo así, se considera que el ASPO es una figura legal estratégica con el potencial para trabajar la cuestión del dialogo cultural. Es un recurso humano que podría representar en parte el universo cultural Qom, en el sistema convencional alopático de salud, al ser un personal idóneo bilingüe (español-Qomlaqtaq). El CDST en su organigrama no cuenta con personal de salud ASPO.

Otra modalidad estratégica para diversificar el equipo de trabajo es la incorporación de personal en salud con formación terciaria y/o universitaria provenientes de PO .Cabe mencionar que en el transcurso de los años 2017-2022 hubo personal de salud (enfermera) proveniente de la etnia Kolla desempeñando funciones en el CDST. Esta decisión si bien por

un lado reivindica el cupo laboral para personas pertenecientes a PO en la Secretaría de Salud Pública de Rosario, por otro lado, no es un recurso con pertinencia cultural para el CDST. En sí no es portavoz de las idiosincrasias de la cultura Qom. Se continúa solicitando la incorporación de enfermeros/as de procedencia Qom.

Al historizar sobre antecedentes de participación indígena en las políticas de salud en el CDST, hay registros de que se han realizado distintos encuentros con referentes de la comunidad y parte del equipo de salud, la Dirección de Pueblos Originarios y el Programa de Plantas Medicinales, inclusive con la Universidad Nacional de Rosario u alguna otra institución del barrio. Cabe mencionar que la última propuesta fue en el año 2018 y TS participó activamente en la misma.

La característica común de estas propuestas a lo largo de los años es que son acciones de tipo voluntarias, ad honorem y de corta duración en el tiempo; y cuando hubo un reconocimiento económico fue focalizado y puntual en el marco de un programa social tipo subsidiario o proveniente de la investigación académica. Esta modalidad de trabajo si bien busca una impronta intercultural, no ha logrado aún instituir medidas persistentes en el tiempo. La precariedad en el diseño, la planificación e implementación de propuestas interculturales en salud y el no contar con financiamiento, generan interferencias que impiden institucionalizar cambios duraderos y permanentes en la lógica del sistema convencional alopático vigente en el CDST y su cultura organizacional.

Desde el TS se considera que propiciar entornos en la cultura institucional humanamente proclives a la comprensión de la etnomedicina Qom, del sentido comunitario de la existencia, la aplicación de estrategias y fórmulas de complementariedad terapéutica y la inclusión de términos en

lengua local, es una manera de ir diseñando políticas sociales interculturales en Salud Pública.

La población indígena históricamente ocupa lugares de estigmatización, de marginación y pobreza. Evitar este desencuentro entre culturas, en particular en APS, requiere de la una gestión en salud con pertinencia y sensibilidad cultural capaz de adecuar la atención en salud a las referencias culturales de las personas usuarias.

Para reducir en parte las interferencias en los circuitos de atención y en el vínculo terapéutico en sí, que se desprenden en parte del hecho de hablar distintos idiomas, otra apuesta posible es incursionar por el campo de la formación profesional con competencia cultural.

Dentro del sistema convencional de salud alopática se programan algunas medidas tendientes a promocionar e implementar el uso de las medicinas tradicionales de los PO, como es el caso del abordaje terapéutico con plantas medicinales. Aun así, prima la tendencia a la biomedicina en la política de APS en Rosario.

6. CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo de investigación se puede entrever que las situaciones enmarcadas en los procesos de atención en contextos pluriétnicos en salud pública, efectivamente nos desafían al contacto con la alteridad, la otredad, la diversidad, con personas cuya pertenencia cultural, identitaria, interpela las prácticas instituidas en salud pública, evidenciando notables límites en las propuestas de los modelos de atención y de cuidado hegemónicos validados por el pensamiento racional científico occidental.

A continuación se plasman, desde la perspectiva del Trabajo Social, algunas ideas que se constituyen en reflexiones finales de este trabajo de investigación, para repensar interdisciplinariamente e intersectorialmente, la salud en contextos interculturales.

La decisión de realizar un estudio etnográfico que recupera las voces de las personas protagonistas fue una decisión metodológica por la que se optó dada la contribución que este tipo de estudio puede realizar al momento de abordar problemáticas en salud pública con PO, históricamente silenciados por el etnocidio.

Recuperar y sistematizar las voces de quienes cotidianamente intervienen en los procesos terapéuticos, como lo son el personal de salud del CDST y las personas usuarias pertenecientes a la etnia Qom, posibilitó documentar lo no documentado desde la experiencia del campo en estudio.

Como quedó en evidencia a lo largo de esta investigación la variable étnica no está incluida en el registro sanitario del SISR, generándose una ausencia de datos específicos referidos a las poblaciones originarias y sus procesos de s-e-a-c. Considerando que la interculturalidad está directamente relacionada con la identidad y los procesos de autorreconocimiento, la no

contemplación de la identidad étnica es una dimensión que indica que hay interferencias para proyectar un sistema de salud socioculturalmente inclusivo.

La ausencia de información epidemiológica desagregada para PO en el CDST genera notables interferencias en los procesos de s-e-a-c al no lograr traducir las características distintivas de este grupo poblacional. El no contar con un perfil socioepidemiológico local sobre PO, indica la escasa pertinencia cultural en las políticas locales de salud y cierta preeminencia del sistema alopático de salud.

Se registró que la población perteneciente a PO adscripta al CDST utiliza tanto el sistema de medicinas tradicional Qom como, así también, la medicina convencional alopática. Como se fue desarrollando a lo largo de este trabajo cada sistema médico tiene su fuente de legitimidad, para la medicina alopática la certificación es otorgada desde el Estado bajo un código legal y deriva de la convención nacional en lo concerniente a la formación y profesionalización de sus prácticas. Para la medicina tradicional la certificación está dada de manera ritual bajo una enseñanza del tipo maestro/a- aprendiz y es la comunidad quien legitima las capacidades del aprendiz a partir de la prueba cotidiana de su don de sanador/a.

Al consultar sobre el sistema de salud tradicional y sus itinerarios terapéuticos, la mayoría del personal de salud del CDST sabe de la existencia de personas representantes de la medicina tradicional yuyeros/as, bigosognagay (mujeres parteras), Piogonak, Pi ioGonaGa y los cultos religiosos pentecostales nativos. Asimismo, estas personas no participan, ni están reconocidos en la dinámica institucional del CDST. Su acción se sitúa en los circuitos de salud propios de la comunidad Qom. En el cotidiano no hay instancias de diálogo intercultural e intercambios de haceres y saberes entre las personas representantes de ambas medicinas.

Se considera que la coexistencia de la etnomedicina Qom y la medicina convencional alopática, sin puntos de encuentro, conexión y reconocimiento mutuos, es un aspecto que interfiere al momento de sostener políticas en APS con pertinencia cultural e indica que persiste una predominancia de la medicina convencional alopática, en el sistema formal de salud.

Otro nudo problemático que podría indicar interferencias en los procesos de s-e-a-c con pertinencia cultural es que en la cultura organizacional del CDST no está presente la lengua qomlaqtaq. Durante los años 2017-2022, el organigrama del CDST no contó con personas pertenecientes a la etnia Qom que pudieran auspiciar de intérpretes, traductores bilingües qomlaqtaq-español; por lo tanto los derechos de las minorías étnicas al reconocimiento de sus derechos culturales no estuvieron garantizados. Como así tampoco hay señalética, ni protocolos bilingüe qomlaqtaq-español. Podría existir el consentimiento informado del paciente traducido en forma bilingüe, dado que se requiere asiduamente para realizar prácticas sanitarias.

Por lo mencionado anteriormente pareciera existir un punto vital para el análisis y es que, en los lineamientos de gestión de APS, no se reconoce de hecho como derecho constituido para los PO, el acceso a una atención acorde a su propia cosmogonía. Como se menciona en la hipótesis de esta investigación, parte de las interferencias que se presentan en los procesos terapéuticos de la población perteneciente a PO del CDST se deben a las tensiones entre el paradigma de la medicina convencional alopática y las medicinas tradicionales, en un sector de la política de APS de la salud municipal.

Particularmente, desde el Trabajo Social resulta fundamental incorporar la dimensión cultural de la salud para el abordaje de las

discapacidades, la salud mental, las cuestiones vinculadas a las infancias y sus cuidados, la salud reproductiva y no reproductiva de las mujeres, la educación sexual integral, la violencia de género, las violencias urbanas, el consumo problemático de sustancias psicoactivas principalmente en varones y adolescentes, las discriminaciones, el tratamiento de las enfermedades crónicas, entre otras.

Luego del recorrido realizado se proponen algunas posibles líneas de trabajo a contemplar para garantizar y ampliar el acceso a la salud intercultural de los PO adscriptos al CDST.

Es preciso incorporar un enfoque intercultural bilingüe qomlaqtaq-español, de forma tal que el grupo étnico Qom esté representado en la dinámica institucional de CDST. Se puede pensar en la incorporación de personal al CDST provenientes de la etnia Qom alfabetizados en la lengua qomlaqtaq. Estas personas podrían ejercer funciones como administrativo/a, como acompañante convivenciales en la sala de espera del CDTS, como acompañantes personalizados/as o terapéuticos/as, como intérpretes, traductores para el equipo de salud, entre otras funciones.

La posibilidad de que el CDST cuente con personas que hablen la lengua vernácula es un accionar de gestión concreto tendiente a aminorar la diferencia cultural e idiomática existente en la dinámica institucional del CDST.

Un desafío de mayor envergadura es proponer una capacitación intercultural y bilingüe cuyo foco central sea la labor con los representantes de la etnomedicina Qom: Piogonak, Pio GonaGa, mujeres parteras, yuyeros, pastores habida cuenta que forman parte de los circuitos terapéuticos legitimados por la comunidad Qom.

Diseñar un plan con participación pública comunitaria, como lo establece el derecho de los PO a la Consulta Previa Libre e Informada (CPLI), para integrar a representantes de las medicinas tradicional Qom en la APS, requiere entre otras cuestiones jerarquizar esta tarea a través de la creación de cargos institucionales remunerados. Cabe preguntar si tal vez se podría reactualizar la figura del ASPO. En tal sentido esta propuesta invita a que se establezcan relaciones de poder más en igualdad de condiciones y simétricas en su vinculación y en los diálogos que se entablan entre el personal de salud con su medicina alopática y las personas que representan la medicina tradicional con su saber local, aunque sobre todo, requiere de una decisión del Estado para sostener y subsidiar este tipo de proyectos, cargos y roles en el tiempo.

Plantear estrategias de abordajes que partan del reconocimiento étnico y cultural en Salud Pública podría ser un mecanismo posible para construir participativamente protocolos interculturales de atención de la salud. Estos protocolos en primera instancia deberían ser trabajados con la participación indígena mediante la CPLI. Algunas aristas para dialogar podrían partir de pensar como se establece el vínculo con la persona usuaria perteneciente a PO y el CDST y viceversa, la anamnesis, el examen físico, las indicaciones terapéuticas, la entrega de remedios, las derivaciones, seguimiento y control, las terminologías anatómicas, entre otras. Por ejemplo ante el uso tan difundido de plantas medicinales, se requeriría afianzar propuestas de capacitación para el personal de salud con participación comunitaria que permitan plantear formulaciones terapéuticas mixtas que armonicen las prescripciones comerciales con algunos de las especies que conforman la farmacopea natural Qom.

Se supone que los problemas de salud requieren de una mirada sociocultural que prestigie y otorgue dignidad y reconocimiento social y

laboral a las diferentes personas que representan las medicinas tradicionales posibilitando desde la labor y el rol del Estado respuestas sanitarias apropiadas.

De esta manera quedan planteadas algunas reflexiones referidas a la salud intercultural en el CDST.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Abecasis L. (2007) “Intercambio sociocultural en una institución de salud”. Tesina de grado Trabajo Social. UNR.
- Alarcón, A. Vidal, A. Neira R. (2003). “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”, en Revista médica Chile.
- Alexander, J. (2016). “Trauma cultural, moralidad y solidaridad La construcción social del Holocausto y otros asesinatos en masa.”, en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales | Universidad Nacional Autónoma de México Nueva Época, Año LXI, núm. 228 || pp. 191-210 | ISSN-0185-1918
- Ameigeiras, A. y Jure, E. (comps.) (2006) *Diversidad cultural e interculturalidad*. Prometeo, Buenos Aires.
- Arenas, P. 2009. Los estudios sobre medicina y farmacopea vernácula en el Gran Chaco. Rojasiá 8: 81-100.
- Ariza, G., Fleitas, M., Staffolani, C, Ybáñez, B., De Altube, R., Bauer, G., Scaglia, E., Rosa, M. y Sauro, M. (2012) “Interculturalidad y salud en Barrio Toba Oeste (Rosario)”, en Cátedra de Medicina y Sociedad, Facultad de Ciencias Médicas de la UNR Rosario. Dirigido por Pedro Mouratian Documentos temáticos Inadi: Derecho a la Salud sin Discriminación 1ª ed. - Buenos Aires: Inst. Nac. contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo - INADI, 2012. - 48 p.; 30 x 22 cm. ISBN 978-987-1629-20-6
- Barriguete, J; Reartes, D; Venegas, R; Moro, M; Enrique, E; Lerín, S (2003) “La salud mental en contextos interculturales: contenidos para la capacitación del personal de salud”, en Ponencia presentada en el IV Congreso Virtual de Psiquiatría. Valencia, España.

-Báscolo, E y Yavich, N (2010). “Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina”, en Rev. Salud pública. 12 (1): 89-104.

- Bengoa, J (2000) *La emergencia indígena en América Latina*. Fondo de Cultura Económica, Santiago de Chile.

_ Bensi, A, Morales, O, Pérez, R y Valdata, M (2021). El parto en clave intercultural qom: un derecho restituido. Dirección de Pueblos Originarios de la Municipalidad de Rosario. En DeLiberarNos Revista digital de la Comisión de Feminismos y Disidencias del Concejo Municipal de Rosario.

- Bergagna, A, Carrizo, K y Sacchi, M (2012). “La dimensión intercultural en salud. Experiencia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, Argentina”, en revista_ isees nº 11, julio - diciembre 2012, 123-134.

- Berrio Palomo, L (2019). “La partería tradicional en México un campo en disputa. Respuestas colectivas de mujeres indígenas” en la partería tradicional en la prevención de la violencia obstétrica y en su defensa como un derecho cultural. CNDH. México.

- Bigot, M., Rodríguez, G y Vázquez, H (1992) *Los asentamientos tobas en la ciudad de Rosario*.

- Bigot, M (2007) *Los aborígenes “qom” en Rosario. Contacto lingüísticocultural, bilingüismo, diglosia y vitalidad etnolingüística en grupos aborígenes “qom” (tobas) asentados en Rosario*– ISBN 978-950-673-607-1 - Rosario, Argentina -UNR Editora.

- Bensi, A, Valdata, M y Chumpitaz, A (2020) “Trayectorias antropológicas y trabajo en salud: diálogos, intersecciones y desafíos”, en Actas de las Segundas Jornadas de la red de Antropología y Salud de Argentina redASA /

Compilado por Adelaida Colángelo [et al.]. - 1a ed. -Susana Ortale; María E. Epele. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Breilh, J (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Editorial: Lugar.

- Boccara, G (2007) “Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile” en Chungara, Revista de Antropología Chilena, 39 (2), diciembre: 185-207.

- Boletín Oficial Municipal electrónico municipalidad de rosario (2015) “Agente Sanitario para los Pueblos Originarios (ASPO). Creación. Decreto 986” · Nº 528.

- Boletín Oficial Electrónico municipalidad de Rosario (2007). Comité Asesor, de investigación y Consultivo de Medicinas Tradicionales y Naturales de la Salud. Ordenanza Municipal Nº 8155.

- Borell, C. y Artazcoz, L (2008) “Las políticas para disminuir las desigualdades en salud”, en Políticas de Salud y Salud Pública de Barcelona.

- Campos, G (1996-1997). “La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada”.

- Cantore, A. (2014). “Antropología y la desnaturalización del sistema de salud: sobre la concepción de enfermedad de comunidades Mbyá en Misiones”, en Letra, 1, diciembre: 142-163

- Carballada, A. (2018) “La negación de lo Otro como violencia. Pensamiento de colonial y cuestión social”, en: Hermida, Meschini (2018)

Trabajo Social y Descolonialidad: epistemologías insurgentes para la intervención social. Mar del Plata: Eudem. Págs. 63-74

- Capriati, A., Anciola, J., Pastor, A., Abriata, G., Barbieri, E., Olmos, M., Centurión, E., Salera, C., Cuyul, A., Kochen, S. (2008) "Foro de Investigación en Salud de Argentina". Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en Argentina Situación de salud, intervenciones y líneas de investigación para la toma de decisiones en salud con pueblos indígenas en Argentina.

- Castel, R (1995). La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salario. Editorial: Paidós.

- Castro, R. (2019). *Teoría social y salud*. Editorial: Lugar, Universidad Nacional Autónoma de México.

- Carrasco, M. y Briones, C. (1996) *La tierra que nos quitaron. Reclamos indígenas en Argentina*. Buenos Aires, Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas (IWGIA)-Lhaka Honhat. Documento en español N° 18.

- Carrasco, M., Sterpin, L. y Weinberg M. "Entre la cooperación y la asistencia: un análisis de la incidencia del apoyo económico internacional en el movimiento indígena en Argentina", en Avá. Revista de Antropología. 2008; (12):9-25.[fecha de Consulta 24 de febrero de 2024]. ISSN: 1515-2413. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169013839001>

- Chamorro, A. y Tocornal, C. (2005) "Prácticas de salud en la comunidad del Salar de Atacama: hacia una etnografía médica contemporánea" en Estudios Atacameños N° 30, pp. 117-134. San Pedro de Atacama, Chile.

- Censabella, M. (2002). Descripción funcional de un corpus en lengua toba (familia Guaycurú, Argentina). Sistema fonológico, clases sintácticas y

derivación. Aspectos de sincronía dinámica. Tesis de Doctorado, Universidad Nacional de Córdoba.

- Censabella, M. (2000) *Las lenguas indígenas de la Argentina. Una mirada actual*. Buenos Aires: EUDEBA.

- Citarela, L. (1995). *Medicinas y culturas en la Araucanía*. Editorial Sudamericana, Santiago.

- Citro, S. (2002) "Multiplicidad y resignificaciones en el shamanismo qom", en *El Arte del tratamiento* (Número bilingüe: "Medicina Tradicional de las Américas") VIII (4): 101-112. Revista del Colegio Médico de la Universidad Jagiellónski. Cracovia, 2002.

- Citro, S. (2009) "Ancianos los cuerpos del poder" cap. VI.

- Citro S., Cuañeri E., Diarte R., García A., Gómez A, González R., Greco L., Ortiz G., Ortiz P, Ortiz R, Quiroga A, Salomón I, y Torres Agüero S. (2016). *Memorias, músicas, danzas y juegos de los Qom de Formosa*. 1a ed Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires.

- Convenio N° 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Año: 1989. - Constitución Nacional Argentina. Reforma 1994.

-Corbetta S. y Rosas C. (2017). "Hábitat urbano e indígenas migrantes. El caso de los qom en la ciudad de Rosario, Argentina." En *Población y Sociedad*, ISSN-L 0328 3445, Vol. 24 (1), pp. 5-33.

- Comelles, J.M. (2003) “Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina”, en Cuadernos del Instituto Catalán de Antropología, Nº 19. Barcelona

- Cuyul, A. (2015). “La política de salud para pueblos indígenas en “El Impenetrable”, provincia de Chaco (Argentina)”, en Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina. Silvia Hirsch, Mariana Lorenzetti, y Oscar Daniel Salomón (eds.) Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires: 45-70.

- Cuyul, A., Rovetto M. y Specogna M. (2011). “Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas”, en Revista Argentina de Salud Pública, 2 (7), junio: 12-18.

- Guadalupe Elsa, Conde Rodríguez y Sofía Román compilación (2019). La Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural. En Comisión Nacional de los Derechos Humanos Periférico Sur 3469.

- Estrella, P. (2016). “Salud pública en territorio mapuche. Tensiones y articulaciones entre saberes y prácticas de salud en la comunidad de Payla Menuko”, en Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad. Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti (eds), UNSaM edita, Buenos Aires: 91-114.

- Estrella, E. (2012). Consecuencias epidemiológicas de la conquista de América, en <https://elkunumi-guarani.blogspot.com/2009/06/la-influenza-el-sarampion-la-viruela.html>

- Fleury S. (2010). “¿Qué protección social para cuál democracia? Dilemas de inclusión social en América Latina, Medicina Social, volumen 5, número 1,

Montevideo.

Disponible

en

<http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/406>

- Fernández Juárez, G. (coord.) (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Abya-Yala. Quito-Ecuador.
- Foucault, Michael (1999). *Estrategias de poder*. Editorial Paidós.
- Gordillo, G. y Hirsch, S. (2011) *Movilizaciones indígenas e identidades en disputa en Argentina*. Ed. La Crujía. Buenos Aires.
- Guber, R (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad* - Bogotá: Grupo Editorial, Norma. 146p.; 18 cm- -(Enciclopedia latinoamericana de sociocultura y comunicación) ISBN 958-04-6154-6 Etnología 2. Antropología social – Investigaciones I. Tít. II. Serie 305.8 cd 20 ed.
- Hachen, R (2006) *Lengua, Cultura y Pensamiento, Identidad En Abordaje Etnolingüístico de la lengua Qom (Toba)*. Editorial Último Recurso, Rosario.
- Haro, A. (2011). “Ejes de discusión en la propuesta de una epidemiología sociocultural”, en *Epidemiología sociocultural, un diálogo en torno a sus sentidos, métodos y alcances*, Haro A. (Coordinador). Buenos Aires.
- Hermida, M. E, (2018). “Derechos, neoliberalismo y Trabajo Social. Por una reconceptualización descolonial del enfoque de derechos en la intervención profesional”, en Conferencia presentada en el XXIX Congreso Nacional de Trabajo Social. La dimensión ético-política en el ejercicio profesional: la revisión de las prácticas en la actual coyuntura. FAAPSS (Federación Argentina de Asociaciones Profesionales de Servicio Social). Ciudad de Santa Fe.

- Hermida, M. (2017). "Contribuciones desde una epistemología plebeya al Trabajo Social frente a la restauración neoliberal", en RevIISE | Vol. 9, Núm. 9, Año 2017 págs. 127-145 file:///C:/Users/Usuario/Downloads/132-536-1-PB.pdf

- Hecht, A. (2015). "Diálogos entre los usos lúdicos que los niños toba/qom hacen del lenguaje y las propuestas de educación intercultural bilingüe", en Revista Lúdicamente, Vol. 4, N°8, Año 2015 octubre, Buenos Aires (ISSN 2250-723x).

- Hill, J. H., y Mannheim, B. (1992). Lenguaje y visión del mundo, en Revista Annual de Antropología 21, 381–406. <http://www.jstor.org/stable/2155993>.

- Hirsch, S. (2015). "Salud pública y mujeres indígenas del noroeste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención a la salud reproductiva", en Salud indígena: políticas comparadas en América Latina, Esther Jean Langdon y Marina Cardoso (orgs), Florianopolis, Editorial de la Universidad Federal de Santa Catarina: 169-192

- Hirsch, S., Dell Arcipriete, S. Cebolla, M. y Orlando, F. (2015). "Los itinerarios terapéuticos y la importancia de las terapias con medicamentos industriales en comunidades Pilagá, Qom, Guaraní y Mbya Guaraní de Argentina", en Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina. Silvia Hirsch, Mariana Lorenzetti, y Oscar Daniel Salomón (eds.) Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires: 333-378.

- Hirsch, S y Serrudo, A (2010) *La educación intercultural bilingüe en Argentina. Identidades, lenguas y protagonistas*. Ed Noveduc.

- INDEC. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) 2004-2005 - Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

_ Jung C. (1934) "Sobre los arquetipos del inconsciente colectivo", en Arquetipos e Inconsciente colectivo. Paidós, Buenos Aires, 215.

-Karsz , S. (2011) "¿Pensar la ética?", en Revista Los Trabajos y los Días. UNLP. Año 03 Número 02. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/31532>

- Klein, H. (1978). *Una gramática de la lengua toba: morfología verbal y nominal*. Montevideo: Universidad de la República. (Ed. en inglés 1974).

- Huanacuni Mamani, F. (2006). *Buen Vivir / Vivir Bien Filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas*. Autor: Coordinadora Andina de Organizaciones Indígenas – CAOI Coordinador General: Miguel Palacín Quispe. Lajo, Javier. «Qhapaq Kuna... más allá de la civilización», Editorial Grano de Arena, 2002; Cusco, Perú. Lajo, Javier. "Qhapaq ñan : la ruta inka de sabiduría." https://digitalrepository.unm.edu/abya_yala/358

- Leavy, P. (2016). "Entre el privilegio y la vulnerabilidad. Reflexiones antropológicas en torno a salud pública, derechos especiales y relaciones interétnicas en una comunidad ava-guaraní de salta", en Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad, Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti (eds.) UNSaM edita, Buenos Aires: 141-162.

- Lerín, S. (2005). "Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social", en Ponencia presentada en I Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, Argentina.

- Lorenzetti, M. (2008). "Relaciones interétnicas y construcción de "lo saludable" desde las intervenciones de Atención Primaria de la Salud", en actas Quintas Jornadas de Investigación en Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Sección Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

- Lorenzetti, M. (2010). *Salud intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas*. Tesis doctoral, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

- Lorenzetti, M (2013). "Experiencias de sufrimiento, memorias y salud en las comunidades wichí de Tartagal "en Cuadernos de Antropología Social N° 38, ISSN 0327-3776.

- Lorenzetti M. (2017). "Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina", en N 11 Revista de Estudios Marítimos y sociales.

- Maceira, M (2011). "El estado argentino y los pueblos originarios. El respeto por la propiedad comunitaria", en Revista Electrónica del Instituto de Investigaciones "Ambrosio L. Gioja" V, Número Especial 312-322.

- Mattioli, L. (2019). "El buen vivir y el ordenamiento territorial. Una transición socio-ecológica en construcción", [en línea] Fecha de consulta: dd-mm-aa. En: ACE: Architecture, City and Environment = Arquitectura, Ciudad y Entorno, 13 (39): 37-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.5821/ace.13.39.5357> ISSN: 1886-4805.

- Martínez, G. y Cúneo P. (2009). "Las denominaciones vernáculas y el conocimiento toba del entorno vegetal", en Revista de Dialectología y Tradiciones Populares, vol. LXIV, n.o 2, pp. 149-168, ISSN: 0034-7981, eISSN: 1988-8457, doi: 10.3989/rdtp.2009.010

- Martínez, G. (2010). "Los remedios naturales en la prevención y cuidado de la salud oral de los tobas del Chaco Central (Argentina)", en Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas, vol. 9, núm. 2, pp. 109-122 Universidad de Santiago de Chile Santiago, Chile.
- Martínez, G. (2011). "Pluralismo médico y etnomedicina entre los Tobas (Qom) del Río Bermejito (Chaco, Argentina). Desafíos y aportes para una gestión intercultural de la salud en el impenetrable chaqueño." En Revista Del Museo De Antropología, 4(1), 195-210. <https://doi.org/10.31048/1852.4826.v4.n1.5491>
- Menéndez, E. (1992). "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en: Campos, R. (comp.). La antropología médica en México. Instituto Mora-Universidad Autónoma Metropolitana: México.
- Menéndez, E. y Di Pardo, B. (1998). "Violencias y alcohol. Las cotidianidades de las pequeñas muertes.", en Relaciones. Estudios de historia y sociedad, 74, primavera, vol. XIX, El Colegio de Michoacán: México.
- Menéndez E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia de Salud Colectiva [online]. 2003, vol.8, n.1, pp.185-207. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232003000100014&script=sci_abstract&tlng=es
- Messineo, M. (1991). Variantes dialectales del complejo lingüístico toba. Hacia una nueva carta étnica del Gran Chaco II. Las Lomitas, Formosa: Centro del Hombre Antiguo Chaqueño.

- Messineo, C. (2003). "Lengua toba (guaycurú). Aspectos gramaticales y discursivos", en Estudios Lincom en Lingüística Nativa 48. Alemania: Ed. Académica Lincom Europa.

- Messineo, C. y Cúneo P. (2007). "Derivación, composición y clasificación nominal. Recursos lingüísticos comunes a la nomenclatura de plantas y animales en dos lenguas indígenas del Chaco: toba y maká", en Actas de la III Conferencia sobre Lenguas Indígenas de América Latina, [www.ailla.utexas.org.Austin](http://www.ailla.utexas.org/Austin): Universidad de Texas.

- Mira Caballos, E. (2009) *"Conquista y destrucción de las Indias"*. Sevilla, Muñoz Moya editor.

- Mies, M y Shiva, V (2013) *Ecofeminismos. Teoría, críticas y perspectivas*. Ed. icaria antrazyt.

- Morales, O. Neraqte (lectura y escritura) y Ruperta Pérez, Yaltebay (2019). "Maternidad y Diversidad Cultural: embarazo, parto y cuidados del bebé y la mamá en la Comunidad Qom", en Comisión de Salud de Pueblos Originarios Rosario.

- Moura-Pontes AL, Garnelo L. (2014) "La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil", en Salud Publica Mex 2014;56:386-392.

- Naporichi L. (2021) en <https://lawadv.org.uk/es/10-mujeres-indigenas-que-resisten-desde-america-latina/>

- Novaro, G. (2006). "Educación Intercultural en Argentina: potencialidades y riesgos", en Cuadernos Interculturales, 4 (7), julio-diciembre: 49-60.

. Olivé, L. (2004). *El bien, el mal y la razón: facetas de la ciencia y de la tecnología*, Paidós. México.

- OMS (2019) “Parteras tradicionales” en declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF” disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38859> (rubro Publicaciones electrónicas). Fecha de consulta: 01 de noviembre de 2019.

- Otero, H (2011). “El concepto de población en el sistema estadístico de Argentina, 1869-2001”, en *Estatística e Sociedade*, Porto Alegre, p.07-25 | seer.ufrgs.br/estatisticaesociedade.

-Orzuza, S. M. (2013). “Problemas de salud de niñas y niños indígenas. Mejorar sus condiciones de vida para garantizar el derecho a la salud”, en *Revista Direito Em Debate*, 22(40), 91–117. <https://doi.org/10.21527/2176-6622.2013.40.91-117>

- Orzuza, S. M. (2016). “Desafíos pendientes para la construcción de información epidemiológica sobre salud/salud mental en pueblos originarios en Argentina”. stella.m.orzuza@gmail.com CONICET, Argentina.

- Perdiguero, E. (2006). “Una reflexión sobre el pluralismo médico”, en Fernández Juárez, G. (coord.). *Salud e interculturalidad en América Latina*. Universidad Miguel Hernández, España. Cap.3,pp.33-50.[http://www.unigiessen.de/fbz/fb11/institute/histor/mitarbeiter/downloads/mk/Knipper M_2006_MedInterc](http://www.unigiessen.de/fbz/fb11/institute/histor/mitarbeiter/downloads/mk/Knipper_M_2006_MedInterc)

- Quintana R, et al. (2020). “Vivir con artritis reumatoide en una población indígena qom en la Argentina”. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2020.04.016>

- Rajmil D.; Lifschitz O. (2010). "Representaciones sociales y estrategias en el cuidado de la salud respecto a la tuberculosis en la población del área de influencia del CS Toba Rosario, Argentina", en Vector Salud Mental. Rosario.

- Rozas Pagaza, M. (2015) "Reinscribir la relación de la intervención profesional en trabajo social, la cuestión social y las políticas sociales," en Tendencias y Retos: Iss. 1, Article 7.

- Sabatella, M (2011). *Procesos de subjetivación política. Reflexiones a partir de un proyecto de medicina mapuche en Los Toldos*. 1 ed. Universidad Nacional de Rio Negro-CONICET.

- Salaverry, O. (2010). "Simposio: Interculturalidad en salud", en Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica.

- Stavenhagen, R. (2010). *Los pueblos originarios: el debate necesario*. compilado por Norma Fernández. - 1a ed. - Buenos Aires: CTA Ediciones: CLACSO: Instituto de Estudios y Formación de la CTA.

- Stival, M. (2018). *Pueblos originarios, procesos de atención y salud intercultural Un estudio antropológico de las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos qom del barrio Los Pumitas de la ciudad de Rosario*. Tesis de Doctorado Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Antropología.

- SY, A. Y REMORINI, C. (2008). "Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión", en VI Jornadas Nacionales de Investigación social sobre la Infancia, la adolescencia, la Convención Internacional de Derechos del Niño y las Prácticas sociales "Oportunidades", 18 al 20 de Septiembre, Universidad del Sur, Bahía Blanca.

- TRINCHERO, H. (2009). "Pueblos originarios y políticas de reconocimiento en Argentina", en Papeles de Trabajo N°18. Rosario, Argentina: Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural.

- Tola, Florencia (2007). "Manifestaciones de un cuerpo múltiple: Un acercamiento al cuerpo y la persona a partir de los Tobas (QOM) del Chaco argentino", en: Runa. N° 26. Pp. 289-317. Avá N°16

- Tola, Florencia (2004) "Yo no estoy solo (solamente) en mi cuerpo". Cuerpo y multiplicidades entre los Toba del Chaco argentino". Tesis de Doctorado. Universidad de Buenos Aires-Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales.

- Valdata, M. (2011) "Un breve ensayo sobre el canto y sus representaciones entre los qom". Compilado por Juan Mauricio Renold, Editorial Ciccus, Buenos Aires ISBN 978-987-1599-62-2

- Vargas, A. (2020) *Ritos y ceremonias andinas en torno a la muerte en el noroeste argentino*. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos, 2020.

- Vazquez, B. (2021) "Construcción etnopolítica de la etnicidad entre Mapuches y Qom". Papeles de Trabajo N° 42 - ISSN 1852-4508 Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural 162

- Vega, R. (2017) I(nter)dentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. Salud Colectiva [online]. 2017, v. 13, n. 3 pp.489-505. Disponible en: <<https://doi.org/10.18294/sc.2017.1114>>. ISSN 1851-8265

- Vega, A., Macchi, J., Gallo, A. y Velázquez, G. (2007) "*Representaciones del territorio argentino a partir del primer censo nacional.*", en *Población y*

bienestar en la Argentina del primero al segundo Centenario. Una historia social del siglo XX. Buenos Aires: Editorial EDHASA, tomo 1.

- VIDAL, A. (1996) “¿Límites teóricos o sociopolíticos para una interculturalidad en salud?” *Actas del II Congreso Chileno de Antropología*, T I: 381-387. Valdivia

-Walsh, C. (2010) “Interculturalidad crítica y educación intercultural”, en *Construyendo interculturalidad crítica*, Viaña, Jorge; Luis Tapia y Catherine Walsh (eds.) Instituto Internacional de Integración, Convenio Andrés Bello, La Paz: 75-96

- Wright, P. (1992). “La política de la muerte. Discurso shamánico y evangélico de los Toba (Argentina)”. En: Langdon, Jean y Cipolletti, María S. (eds.) *La Muerte y el Más Allá en las Culturas Indígenas Latinoamericanas*. Quito: Abya-Yala. Pp.15-36.

- Wright, P. (2007) “Fronteras del corazón shamánico. Azares y dilemas Qom”, en *Avá N 16*, Diciembre 2009.