

APORTES AL DEBATE SOBRE LOS PROCESOS DE ATENCIÓN DE LAS POBLACIONES QOM (TOBA) EN CONTEXTOS URBANOS

MATÍAS STIVAL

Esc. Antropología, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario.
Programa Antropología y Salud. Fac. Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
matiasstival@yahoo.com.ar

INTRODUCCIÓN

Con la intención de aportar a los debates sobre las condiciones de acceso a los servicios de salud de los pueblos originarios de nuestro país, en este artículo presentamos una reflexión en torno de los procesos de atención de las poblaciones qom (toba) en un contexto urbano como el de la ciudad de Rosario.

Las consideraciones que compartimos surgen de una investigación antropológica cuyo objetivo general es describir y analizar los procesos de atención de la población qom en Rosario y su relación con los servicios públicos de salud de esa ciudad. Desde un enfoque etnográfico se aborda este campo relacional a partir de, por un lado, las trayectorias de atención de las familias/grupos domésticos qom de un asentamiento indígena -que incluyen la utilización de distintos recursos terapéuticos-, y por otro, de las relaciones, las prácticas y los sentidos puestos en juego por los profesionales y personal del centro de salud barrial en la atención de dicha población.

MIGRACIÓN HACIA ROSARIO Y EL ASENTAMIENTO LOS PUMITAS

Los qom históricamente habitaron la parte central y meridional de la región geográfica conocida como Gran Chaco, que incluye en nuestro país el norte de la provincia de Santa Fe, parte de la provincia de Salta y las provincias de Chaco y Formosa. El pueblo *Qom*, junto al Mocoví, Pilagá y Abipón se ubica dentro de la gran familia lingüística Guaycurú (Terán 2003).

La migración de las primeras familias qom a la ciudad de Rosario comenzó a finales de los años sesenta en el marco de la descomposición sistemática de las economías regionales, las variaciones anuales en la cosecha de algodón, el aumento de la competencia de braceros criollos procedentes de provincias vecinas en la zona algodonera (Garbulski, 1993). La persistente destrucción de sus modos de reproducción económicos, sociales y culturales produjo constantes migraciones del campo hacia la periferia de las ciudades. Estas migraciones, periódicas y limitadas, cobraron una agudeza inusual a partir de 1982, cuando la provincia de Chaco fue afectada por inundaciones sin precedentes. Así, los años 1983 y 1984 son clave en el aumento de la presencia de pueblos indígenas en la ciudad, debido a las mencionadas inundaciones, al sistemático avance de los latifundios y la expansión de la frontera agraria. Esto hizo que los expulsasen de la poca tierra de que disponían y forzó a una importante cantidad de familias qom a migrar en búsqueda de mejor vida (Garbulski, 1993). Esta situación, ya crítica, se deterioró en el transcurso de la

década de los noventa y principios de 2000, como consecuencia de la profundización del proceso de desmonte con el objetivo de impulsar el cultivo de soja.

Una característica destacada de estos procesos es el recurso a redes sociales de contención, principalmente de parentesco. En términos generales, la lógica de los asentamientos responde a un sistema de lealtades y de parentesco que sigue una misma pauta: cuando un indígena se instala en uno de los asentamientos y consigue, mediante changas u otros trabajos, dinero suficiente para traer a parte de su familia, o funda otra, un pariente o amigo reside en su casa hasta que logra construirse una vivienda precaria para recibir a su propia familia. Este ciclo se reproduce de un modo más o menos semejante (Vázquez, 2000). La organización familiar es la de la familia extensa: tres, a veces cuatro generaciones, viven en el mismo terreno.

La ciudad de Rosario, receptora de distintas poblaciones migrantes, se caracteriza por un contexto urbano segmentado y desigual con altos niveles de desempleo y empobrecimiento de los grupos que, no obstante y según el contexto socioeconómico y político, migraron con inciertas posibilidades de ocupación. Estos procesos configuran toda una serie de heterogeneidades al interior de la ciudad, que permiten contextualizar la presencia qom en la ciudad (Achilli, 2000; Cardini, 2011).

No existen cifras desagregadas sobre la población qom en Rosario. No obstante, los referentes de las organizaciones indígenas señalan un total de entre 25.000 y 30.000 personas, mayoritariamente del pueblo qom¹, que se localizan principalmente en tres grandes asentamientos de la ciudad². Estos son: el Barrio Municipal Toba (también llamado Roullión); Travesía y J.J.Paso (aquí incluimos al barrio Industrial y los Andes) y Los Pumitas.

El barrio donde se realizó el presente trabajo es -de los asentamientos indígenas de Rosario- el de formación más reciente. Ubicamos los primeros años de los 90' como período en que se constituye como tal. En este asentamiento, que no está urbanizado, viven aproximadamente 400 familias qom en condiciones de pobreza extrema. El Servicio Público de la Vivienda de la Municipalidad de Rosario define a esta zona como no apta para asentamientos habitacionales debido a que son terrenos considerados inundables. A medida que se ingresa a Los Pumitas, la simetría de sus calles principales se va desdibujando y comienzan a aflorar diversos e irregulares pasillos y cortadas. En términos generales, las viviendas del asentamiento son precarias y se evidencia un alto grado de hacinamiento.

Esta población tiene notorias dificultades para acceder a los servicios básicos: las conexiones de luz eléctrica son precarias, la recolección de residuos se realiza en forma irregular dando lugar a la conformación de micro-basurales. Durante los meses de verano resulta habitual la falta de suministro de agua durante el día. El asentamiento no cuenta con sistema cloacal, las viviendas sólo cuentan con letrinas. En cuanto a sus condiciones actuales de trabajo, la mayoría de estas poblaciones no cuenta con trabajo estable, desempeñándose en el sector informal³. La mayoría de las familias cuentan con integrantes bilingües (lengua qom y castellano).

¹ En menor medida del pueblo Mocoví, pero también a otros pueblos originarios. Estamos a la espera de los datos oficiales desagregados por localidad del Censo 2010.

² Existen otros sectores de la ciudad donde se localizan algunas familias qom, como por ejemplo Villa Banana, no obstante constituyen agrupamientos de unos pocos grupos domésticos.

³ Los varones realizan principalmente trabajos vinculados a la construcción, changas, cirujeo (reciclaje de basura, sobre todo con la venta de cartones y papel). Algunas pocas mujeres trabajan como empleadas

A su vez, el asentamiento está configurado por una trama de organizaciones indígenas, centros comunitarios, cooperativas de trabajo e iglesias (católica y pentecostales indígenas), que cuentan con diversas experiencias, intereses, modalidades e intensidades de trabajo en el territorio. Por razones de espacio no describiré esta constelación organizacional. No obstante, quisiera subrayar la ausencia de dependencias estatales dentro de los límites del barrio. Para acceder a cualquiera de las instituciones públicas (escuela, centro de salud, comisaría, instituciones de Promoción Social, etc.) se requiere salir del asentamiento. A pesar de la distancia existente entre este barrio y el centro de salud -entre 10 y 15 cuadras según los distintos sectores- dicho efector constituye una de las pocas “caras visibles” del Estado en el lugar.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN ROSARIO

El centro de salud al que asiste la mayoría de las familias qom del barrio recién caracterizado depende de la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud Pública (SSP) de la Municipalidad de Rosario. Esta dirección propone un abordaje de atención primaria de la salud principalmente a partir de las siguientes directrices: la ‘universalidad’ en el acceso a la salud; la ‘equidad’ -concebida como igual utilización de servicios a igual necesidad-; la ‘programación participativa’ -construcción colectiva del conocimiento epidemiológico- y la ‘clínica ampliada’, entendida como prácticas contextualizadas de acción en salud según la realidad social y cultural. Se propone así asegurar la integralidad y la continuidad en el abordaje de los problemas y la responsabilización de los equipos terapéuticos en el proceso de atención incluso en las referencias a otros niveles (Trabajar en APS, 2003).

Para ello, la herramienta propuesta por la SSP es la ‘adscripción’ de la población a equipos de referencia con apoyo de un equipo matricial⁴: “cada equipo de referencia de los centros municipales asume en relación con su población adscripta la responsabilidad por el cuidado de la salud, y actúa como su agente en la red de servicios, a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales” (Proyecto de Adscripción, 2004:1).

La SSP ha impulsado la construcción de una amplia red de centros de atención primaria de salud (52 municipales) en los distintos barrios de la ciudad⁵. El centro de atención primaria de la salud es concebido como eje del sistema y el sistema es concebido como red.

EL CENTRO DE SALUD

El centro de atención primaria de la salud al que recurre la población qom mencionada abarca un área de influencia de 45.000 habitantes aproximadamente y cuenta con un total de 8.500 Historias Familiares. Este servicio recibe la demanda de atención de

domésticas, otras se sustentan a través del mendiguelo en el centro de la ciudad junto a sus niños/as. La venta de artesanías (en cerámica y cestería) también es otro medio de ingreso monetario en algunas familias. Cabe destacar que desde comienzos del año 2010, la Asignación Universal por Hijo ha representado un ingreso importante en la economía doméstica de las familias.

⁴ Los equipos de referencia suelen estar conformados por un clínico, o pediatra, o generalista y un enfermero. El resto de los profesionales (psicólogos, trabajador social, odontólogo, tocoginecólogo, etc.) operan desde una organización/apoyo denominado matricial.

⁵ A su vez, existen alrededor de 35 centros de salud provinciales. En los últimos años, provincia y municipio han iniciado los primeros intentos de coordinar la operatividad de sus sistemas.

diferentes poblaciones (criollas, paraguayas, qom, etc.) lo que configura un escenario asistencial de diversidad cultural, caracterizado por modalidades heterogéneas de demanda. Para mediados de 2010, el centro de salud contaba con un equipo conformado por 28 personas. Está abierto de lunes a viernes de 7 a 19. La atención es gratuita, al igual que la entrega de medicamentos realizada en la farmacia. Hemos registrado que se atiende a toda la población que demanda incluso cuando no cuentan con documento nacional de identidad.

AUSENCIA DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS ESPECÍFICOS DE LA POBLACIÓN QOM

No existen datos epidemiológicos específicos de la población qom difundidos por la SSP de la municipalidad de Rosario, en parte debido a que los registros utilizados en los servicios de salud municipales no distinguen pertenencia o identidad étnica. Esta ausencia de datos desagregados no es una particularidad local debido a que, como señalan Cuyul y otros (2010), la incorporación de la variable étnica constituye un desafío pendiente para gran parte de los sistemas de información en salud. Si bien está invisibilizada en las estadísticas, en ciertos informes elaborados por los equipos de salud de la Dirección municipal de Atención Primaria se afirma que la población qom mencionada se considera como la de “mayor criticidad y, por tanto, con particulares riesgos de enfermar y morir” (El modelo..., 2005).

ANTECEDENTES

TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN DE FAMILIAS/GRUPOS DOMÉSTICOS QOM EN ROSARIO

En nuestro abordaje antropológico de los padeceres, los saberes y las formas de atención que componen el escenario local hemos otorgado prioridad descriptiva y analítica a las trayectorias de atención de los grupos domésticos/familias qom. Utilizamos el concepto de “trayectorias de atención” para dar cuenta de los circuitos e itinerarios variados a través de los cuales las personas y grupos, en un contexto y en un momento determinado de sus vidas, articulan, interpretan, otorgan sentidos y procuran resolver los problemas de enfermedad, a partir no sólo de los servicios médicos de salud sino también el conjunto de sus interacciones y actividades cotidianas (Margulies y otros, 2006).

Optamos por abordar las trayectorias de atención de los “grupos domésticos”, porque éstos constituyen la unidad en la que se producen la mayor frecuencia y recurrencia de los padecimientos y de enfermedades. En los grupos domésticos se toman las decisiones respecto de qué hacer con la enfermedad, se inicia la “carrera del enfermo”, es decir, “se da el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención” (Menéndez, 1992:4). A partir de los mismos se organizan y/o se articulan las principales redes sociales respecto del proceso salud/enfermedad/atención y, al mismo tiempo, relacionan el uso de servicios de salud pertenecientes a diferentes sistemas de salud (Menéndez, 1992).

A lo largo de nuestro trabajo de campo, las trayectorias de atención constituyeron las vías de acceso al abanico de las “categorías asistibles” y permitieron descentrar el papel totalizador que se suele asignar al sistema de salud, para contextualizar su papel en el marco de otras posibilidades que la población ha venido utilizando y utiliza para mejorar y conservar su salud y para enfrentarse a la enfermedad y a la muerte (Perdiguero, 2006).

En otro trabajo (Stival, 2010) abordé los diferentes itinerarios terapéuticos y formas de atención desplegados por los grupos domésticos qom. Específicamente presenté los modos en que son utilizados, en forma simultánea o sucesiva, los distintos recursos

terapéuticos en un contexto barrial caracterizado por el “pluralismo médico” (Menéndez, 2006). Me refiero a:

- la atención del curador “tradicional” qom (denominado *piogonaq*);
- los recursos terapéuticos religiosos (principalmente los vinculados a los cultos de las iglesias pentecostales indígenas locales);
- las prácticas de autoatención (donde incluimos la farmacopea qom);
- la utilización de los servicios biomédicos.

RESULTADOS

A continuación presento breves apuntes sobre ciertas características que surgen de la descripción y análisis de las trayectorias de atención de las familias qom en un contexto urbano como el de Rosario, para luego exponer algunas consideraciones que surgen de mi trabajo etnográfico junto al equipo de salud donde se atienden estas poblaciones.

En las trayectorias de atención de los grupos domésticos qom se articulan distintos recursos terapéuticos (curadores qom-*piogonaq*, cultos evangélicos indígenas, farmacopea qom) tanto **complementaria** como **subordinadamente** en relación con la biomedicina, en función de su eficacia diferencial en los distintos contextos de resolución de los padecimientos.

Desde un enfoque etnográfico -que privilegió la observación de los contextos en los que emergen los padecimientos y en donde se intentan resolver- nos aproximamos a lo “**situacional**” de ciertas elecciones en la atención de sus padecimientos. Con esto queremos subrayar que a un padecimiento no le correspondió mecánicamente la utilización de un determinado recurso/curador, sino que la elección de cada recurso respondió a las posibilidades de resolución que brindaba el contexto/la situación en ese momento determinado. A su vez, la eficacia técnica asignada a los mismos fue valorada en función de dichas posibilidades, las condiciones de acceso a cada recurso terapéutico, así como también a lo que se denomina “estrategias de aguante” (Menéndez, 2002) ante ciertos padecimientos.

Otra característica que quisiera subrayar es la notoria **heterogeneidad** que se evidencia al interior de la comunidad qom en el uso de los distintos recursos terapéuticos. Por ejemplo se hace evidente la necesidad de distinguir los grupos domésticos qom en función de las distintas oleadas migratorias (momento y lugar de la migración⁶), e incluso al interior de las propias familias debido a que en estos procesos intervienen distinciones generacionales y de género.

A su vez, otro punto a destacar es que la descripción y el análisis de las trayectorias de atención de estos grupos nos posibilitaron reconocer que la **trama de recursos** presentes en el escenario local se extiende a las redes sociales establecidas con otros barrios indígenas de Rosario e incluso con la región de Chaco. Específicamente, me refiero a la existencia de una dinámica comunitaria que a mi entender es clave para comprender los procesos de atención de estas poblaciones: existe un ‘ir y venir’ permanente entre la ciudad de Rosario y sus lugares de origen que está incorporado a la cotidianeidad de estos conjuntos. Hemos

⁶ No establecen la misma relación con los servicios de salud las familias que llegaron a Rosario en los últimos años que las que lo hicieron hace tres décadas, y del mismo modo se pueden vislumbrar diferencias en dichas relaciones a partir de los lugares de origen de las mismas: grupos domésticos que provienen de ciudades como Roque Sáenz Peña o Resistencia, y familias que migraron de pequeños poblados o parajes ubicados –por ejemplo- al norte de Castelli.

podido registrar el modo en que diversas familias qom que viven en Rosario se apoyan y utilizan estas redes de parentesco ante determinados conflictos y padecimientos⁷ (Stival, 2008).

Las siguientes consideraciones surgen de mi trabajo junto al equipo de salud donde se atienden estas poblaciones. Uno de los aspectos que se evidencia en la mayoría de los profesionales y personal de salud es un notorio desconocimiento del universo de significados y sentidos otorgados por las poblaciones qom al proceso salud-enfermedad-atención (s/e/a). Si bien existen unos pocos profesionales que cuentan con cierto entendimiento sobre la utilización de los distintos recursos terapéuticos por parte de los usuarios qom, es interesante señalar que estos conocimientos fueron adquiridos a partir de búsquedas, motivaciones e iniciativas personales por fuera de los dispositivos/espacios institucionales.

La otra cuestión que quisiera destacar es el consenso expresado por los profesionales y personal que atienden en este contexto de diversidad étnica sobre la existencia de ciertas ‘particularidades’ de los pacientes qom a partir de las cuales se establecen diferenciaciones con respecto a los otros pacientes. En estas interpretaciones intervienen nociones y valoraciones sobre comportamientos y ‘modos de ser’ que impregnan los procesos de atención y las relaciones que se establecen en los servicios de salud. Así, se los caracterizó como “parcos”, “poco demandantes”, “inexpresivos”, “no entienden las indicaciones”, “callados”, “hay que explicarles 5 veces”, “son lentos”, “tienen otros tiempos”, “no respetan acuerdos con relación a turnos programados”.

En las caracterizaciones realizadas por los profesionales de salud se expresa de un modo mayoritario 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 heterogeneidades al interior de estos conjuntos sociales. Así, por ejemplo, se habla de “los tobas”, sin reparar en las diferencias de género, cuando resulta evidente -como señala el estudio de Vignoni⁸ (2010) y mi descripción de las trayectorias de atención de distintas familias qom- que quienes recurren al centro de salud son mayoritaria y (casi) exclusivamente mujeres/madres con sus niños/as. También se habla de “los pacientes” perdiendo de vista las distancias intergeneracionales dentro de un mismo grupo doméstico entre un anciano monolingüe qom, su hija con la que migró del Espinillo (Chaco) en los 90’ y su nieta qom de 17 años nacida y socializada en instituciones rosarinas⁹.

A su vez, se evidencia que los modos diversos de clasificar/valorar a los pacientes

⁷ Los motivos que hemos relevado son: problemas de jóvenes con el uso de drogas; conflictos con la ley; niños/as víctimas de violaciones; conflictos con otros integrantes de la comunidad qom; situaciones de “no hallarse” en Rosario; visita a familiares; padecimientos que requieren consulta a *piogonaq* de Chaco o Formosa; trabajos en la cosecha; búsqueda de materia prima-artesanías; participación de festejos en lugares de origen. También podríamos incorporar un conjunto de motivos a partir de los cuales los familiares residentes en Chaco se trasladan a Rosario.

⁸ Este trabajo analiza la demanda de atención de población migrante durante el mes de mayo de 2009 y permite graficar la utilización diferencial que realizan las mujeres y los hombres migrantes del centro de salud. Evidencia una relación de 4 a 1 a favor de las mujeres en la población mayor de 15 años, y al distinguir en el grupo de entre 15 y 30 años, este diferencial se profundiza al punto de que se observa una ausencia casi total de la población de hombres en dicha franja etaria.

⁹ La única distinción que mencionaron dos profesionales del equipo estuvo vinculada a los distintos contextos de origen de los procesos migratorios (urbano-rural).

qom son el resultado del trabajo histórico de fijación de estas personas a un conjunto de atributos y características sociales, culturales y morales. Así, insistimos, puede hablarse de “los” tobas, “la” comunidad, “los” indígenas. A esto podemos denominarlo **estereotipación**. Los estereotipos “reducen la complejidad de las experiencias sociales a algunos rasgos determinados, contribuyen a esencializar y cristalizar distintos tipos de experiencias y con frecuencia reflejan más el desconocimiento y la incertidumbre que la capacidad de identificar o reconocer a los sujetos implicados” (Margulies y otros, 2010:153).

Nuestra propuesta consiste en otorgar prioridad analítica a las trayectorias de atención de los grupos domésticos qom y la utilización simultánea de los distintos recursos terapéuticos a los que recurren en la actualidad, para desde allí recuperar semejanzas y diferencias, y analizar particularidades a partir de situarlas en las múltiples interacciones, transacciones y reapropiaciones que se establecen en el campo de las relaciones interétnicas. Así como también en las distintas asimetrías, desigualdades y subestimaciones que han anclado históricamente y siguen anclando en la ‘diversidad cultural’ (Briones, 2007) tal como es vivenciada en los servicios de salud.

NECESIDADES Y PERSPECTIVAS:

Con la intención de aportar a los debates sobre las condiciones de acceso a una atención oportuna y eficaz del pueblo originario qom en un contexto urbano como el de la ciudad de Rosario, presento a continuación las siguientes reflexiones:

a) La visión sustentada en una idea de hábitos culturales homogéneos y ‘modos de ser’ más o menos coherentes, se encontraría enraizada en la existencia de una ‘esencia cultural qom’ deshistorizada. “La comunidad toba” suele ser más heterogénea y contradictoria de lo que a veces imaginamos o queremos reconocer. Algo similar sucede con conceptos que frecuentemente se aplican para designar a la totalidad de un pueblo o de una cultura: las llamadas cosmovisiones, costumbres, tradiciones, identidades (Núñez, 2011). En definitiva, la premisa de la homogeneidad cultural obstaculiza un abordaje de lo cambiante y dinámico de los procesos socioculturales de las poblaciones qom de Rosario, así como también de la complejidad y las contradicciones de las relaciones al interior de la misma, y entre esta población indígena y las instituciones estatales en general y las sanitarias en particular.

Como mencionamos, los procesos de atención médica de la población qom se encuentran atravesados por procesos de estereotipación cuyos efectos se expresan en la esencialización y al mismo tiempo reducción de la complejidad de las experiencias sociales de estos sujetos. Por este motivo, consideramos de vital importancia desplegar un proceso que apunte a desandar estas construcciones estereotipadas de los pacientes qom. Para ello destacamos la necesidad de:

- incluir una perspectiva que tenga en cuenta las **relaciones intergeneracionales** de estas poblaciones en torno a los procesos de s/e/a. Las diferencias intergeneracional en los grupos qom que viven en la ciudad de Rosario constituyen una vía privilegiada para entender en modo en que se articulan los procesos migratorios, inter e intraétnicos, de urbanización y de escolarización (Belaúnde y otros, 2007).

- introducir la **perspectiva de género**, entendido desde un enfoque relacional, así como también, la **dinámicas migratorias** (distinguiendo el “momento y lugar de la migración”).

- inscribir las particularidades históricas, sociales y culturales de los pueblos originarios en las **condiciones de vida** que ocasionan deterioro, enfermedad y muerte. Destacamos esto porque vemos con preocupación el modo en que ciertas acciones del sector salud exaltan la dimensión cultural de los pueblos originarios sin abordar los orígenes sociales y económicos de la susceptibilidad de enfermar, padecer y morir. En este sentido, nuestra propuesta consiste en comprender las decisiones y priorizaciones que realizan los qom en sus procesos de atención, el marco de sus condiciones de vida, en sus dinámicas comunitarias y en las encrucijadas cotidianas vivenciadas en estos contextos de pobreza.

b) Resulta indispensable que los equipos de los centros de salud tengan conocimiento del universo de significados y sentidos otorgados por las poblaciones qom al proceso salud-enfermedad-atención. En este sentido, consideramos que toda propuesta de salud dirigida a pueblos originarios, debe partir y contener a las representaciones y las prácticas sociales, las definiciones locales, su modo de problematizar, definir y establecer cursos de acción, considerándolos desde una perspectiva histórica y política (Grimberg, 1998). La aproximación a este universo de significados y sentidos que circulan en el contexto local en donde se configura el “pluralismo médico” (que deberá lograrse a partir de un trabajo que incluya por ejemplo disciplinas como antropología o sociología, e incluso referentes de las comunidades) permitirá una atención más eficaz y oportuna, así como también, la construcción de estrategias de prevención y promoción de la salud que estén acordes a las particularidades socioculturales de estas poblaciones¹⁰.

c) Un núcleo sobre el que considero imperioso reflexionar refiere a la tan mentada “participación” de las poblaciones indígenas en las acciones de salud. Advirtiéndolo que no es una particularidad de las actividades dirigidas a los pueblos originarios, las menciones sobre la ‘participación’ son tan frecuentes que resultan infaltables en este tipo de debates, apareciendo incluso como un valor en sí mismo. Ante la necesidad de problematizar este concepto que se utiliza -a nuestro entender- de un modo naturalizado, hacemos propias las preguntas que formula Spinelli: ¿participación social para qué? ¿qué se entiende por participar? ¿la participación es un medio o un fin? ¿Para qué sirve? ¿Para quién sirve? ¿Qué se produce? ¿Qué se reproduce? (Menéndez y Spinelli, 2006). En esta dirección nos permitimos seguir preguntando: ¿quiénes definen cuáles son los problemas prioritarios? ¿quiénes definen los objetivos y el diseño de las estrategias? ¿quiénes diseñan y administran los presupuestos de estos espacios? ¿quiénes tienen el control de los mecanismos de decisión?

Los interrogantes apuntan a reflexionar sobre las reglas de juego del ámbito de interacción, intentando poner el énfasis en el modo en que se distribuye el poder administrativo, técnico y político de este tipo de actividades. Como plantea Muller (1979) la “participación” no puede sólo significar compartir deberes, sino también el poder de decisión y control. Puesto que este poder no será obtenido sin lucha, el concepto de participación obliga al análisis de las relaciones de poder.

¹⁰ El conocimiento del universo de sentidos y prácticas en torno a los procesos s/e/a de estos conjuntos sociales permitirá, por ejemplo, identificar *procesos y dinámicas comunitarias de protección*, (entendiendo a los mismos como los soportes, las redes, y las estrategias que posibilitan afrontar, resistir o modificar las condiciones de precariedad) que deberán ser fortalecidos y potenciados desde las acciones sanitarias.

d) Por último, como señalamos en otro trabajo (Stival, 2014) resulta necesario problematizar ciertas premisas, supuestos y vacíos que operan en el discurso de los equipos de salud, enfatizando la necesidad de incorporar una perspectiva relacional que ponga en juego y desnaturalice las nociones, las lógicas y tiempos organizacionales de los propios servicios de salud. Se trata de abordar la discusión sobre los “desencuentros” entre estas poblaciones y los efectores de salud poniendo en debate las propias modalidades de organización de la gestión/atención institucionales.

Destacamos esto debido a que consideramos que las interpretaciones profesionales en torno de los pacientes qom (y sus procesos de atención) se realizan en un ‘vacío relacional’ que silencia/invisibiliza el funcionamiento de la propia institución de salud y la falta de cumplimiento de sus objetivos programáticos en atención primaria.

A MODO DE CIERRE

Nuestra intención fue compartir algunos apuntes y ciertos desafíos que visualizamos a partir de nuestra experiencia junto al pueblo qom de Rosario al momento de debatir los procesos de atención de la salud de los pueblos originarios en contextos urbanos. Ciertamente las cuestiones recién señaladas no agotan los aspectos sobre los que creemos necesario reflexionar, así como tampoco resultan del todo novedosas para las reflexiones antropológicas. No obstante, es justamente su persistencia la que nos motiva a ponerlas en juego para el debate en esta presentación.

Desde nuestra perspectiva, el análisis del punto de vista de profesionales y personal de salud sobre los “pacientes tobas”, nos permite entrever el modo en que se organizan las interacciones entre sujetos y grupos diferentes en un mismo proceso de atención. En otras palabras, nos aproxima al modo en que se configuran las relaciones conflictivas entre un Nosotros/profesionales y personal de salud y un Otro/paciente qom en el marco de un contexto interétnico de atención de la salud.

Al igual que los profesionales de los centros de salud, yo también observé a muchos pacientes qom sentados pasiva y silenciosamente en la sala de espera, así como también innumerables *desencuentros* en la interacción médico-paciente qom. Sin negar estas situaciones ni las especificidades culturales, lo que propone el presente trabajo es analizar críticamente las argumentaciones/explicaciones que se formulan a partir de estos hechos, con la intención de re-situar la discusión sobre “los pacientes indígenas”, inscribiendo sus *particularidades* en el complejo entramado de relaciones históricas, políticas, sociales y económicas, así como también, en las dinámicas comunitarias que configuran la vida cotidiana de los pacientes qom en la ciudad de Rosario.

En este marco, señalamos que mientras no se incluya en los debates sobre los “pacientes tobas” el modo en que están organizados los tiempos, los dispositivos y las expectativas de la institución de salud, será el Otro-qom el que concluya siendo el responsable de su no adecuación/no adaptación al funcionamiento establecido por el servicio, será el Otro el que no cumple con las expectativas de la asistencia, será el Otro un “lento” en la institución. Más que ordenar/explicar los desencuentros a partir de quienes no cumplen con nuestras expectativas, quizás el desafío sea debatir el modo en que se organizan y estructuran los propios servicios de salud para *dar lugar* a las modalidades diferenciales de demanda por parte de las diversas poblaciones en los contextos locales de atención.

Referencias bibliográficas

- Achilli, E. (2000) "Escuela y Ciudad. Contextos y lógica de fragmentación sociocultural". En Achilli E. *Escuela y Ciudad, exploraciones de la vida urbana*. Centro de estudios antropológicos urbanos, UNR Editora, Rosario.
- Belaunde, L; U. Macedo y Mccallum, C. (2007) "Socorrendo a mulher e aparando o menino: 'resguardo quebrado', uma inserção etnográfica no universo das mulheres e das parteiras indígenas Tupinambá (Ilhéus/Itabuna-BA)", ponencia, *VII Reunión de Antropología de MERCOSUR*, Porto Alegre, 24 al 26 de julio.
- Briones, C. (2007) "La puesta en valor de la diversidad cultural: implicancias y efectos" en *Revista Educación y Pedagogía*, vol. XIX, n° 48.
- Cardini, L. (2010) "*Qom lonaqtac*-El trabajo de los tobas", Procesos de producción y comercialización de artesanías de los grupos Tobas *Qom* en la ciudad de Rosario. Tesis doctoral. Marzo. UNR.
- Cuyul, A; Rovetto, M; Specogna, M. (2010) "Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentina" en *Revista Argentina de Salud Pública*, vol. 2 n° 7, junio. Buenos Aires.
- Fernández, F. y Stival, M. (2011) "Políticas, sentidos y vulnerabilidad sociocultural asociados al VIH-Sida en las poblaciones *qom* de Rosario, Argentina". En *DESACATOS, Revista de Antropología Social*. Número 35: pp 29-40. Ed. CIESAS, Distrito Federal, México.
- Garbulski, E. (1993) "Cuestión étnica -Cuestión social. Las fronteras contemporáneas de los grupos toba (*qom*) en Rosario en el umbral del siglo XXI". En *Revista Andes. Antropología e Historia*, n°6, Ed GOFICA, Salta.
- Grimberg, M. (1998) "VIH/SIDA y proceso salud-enfermedad-atención: Construcción social y relaciones de hegemonía". Seminario - taller de capacitación de formadores. LUSIDA, Buenos Aires.
- Margulies, S.; Barber, N. y Recoder, L. (2006). "Vih-Sida y 'adherencia' al tratamiento. Enfoques y perspectivas". *Antípodas, Revista de Antropología y Arqueología*, Bogotá, Colombia, n° 3.
- Margulies S.; Stival M.; Name, J. (2010) "Condiciones de Vulnerabilidad al VIH/Sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales/gay, bisexuales y trans en la Argentina". Informe Final, Componente I: Personal de servicios de Salud Público. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.
- Menéndez, E. (1992) "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo", *Cuadernos Médico Sociales*, n° 59.
- Menéndez, E. (2002) *La parte negada de la cultura*. Ed. Prohistoria. 2da edición. Rosario
- Menéndez, E. (2006) "Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas". En Fernández Juárez G., *Salud e interculturalidad en América Latina*, Tomo I, Ed. Abya-Ayala, Quito, Ecuador.
- Menéndez, E. Y H. Spinelli (2006) *Participación Social ¿Para qué?* Editorial Lugar. Buenos Aires. Argentina.
- Núñez, G. (2011) "Apuntes para una interculturalidad queer". Ponencia presentada en las "Jornadas Internacionales sobre Educación e Interculturalidad en las Américas", Universidad Veracruzana Intercultural, Xalapa, Veracruz, México, del 28 al 30 de noviembre de 2011.

- Muller, F. (1979) *Participación popular en programas de atención sanitaria primaria en América Latina*. Edición de Universidad de Antioquia. Colombia.
- Stival, M. (2008) “El problema VIH-Sida en las poblaciones tobas (qom) de Rosario” en *Revista de la Escuela de Antropología*, Vol. 14. Facultad de Humanidades y Artes. UNR.
- Stival, M. (2010) “La Salud Intercultural como un concepto disputado: aportes de un estudio antropológico al debate actual sobre los procesos de atención de los pueblos originarios”. En *Congreso de países del MERCOSUR en políticas públicas para bioética y derechos humanos. Derecho a la Salud*. Organizado por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y por Bio&Sur Asociación de Bioética y Derechos Humanos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2, 3 y 4 de diciembre.
- Stival, M. (2014) “Tiempo, procesos de atención y pacientes qom (toba): una problematización de la perspectiva de los profesionales y personal de salud” en *Salud pública y Pueblos Indígenas en la Argentina*. Coeditora Silvia Hirsch. En prensa.
- Terán, B. (2003) *La ergología Toba y sus contenidos culturales. Proyecciones míticas y shamánicas*. Ediciones Juglaria. Venado Tuerto
- Perdiguero, E. (2006) Una reflexión sobre el pluralismo médico. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, coordinado por G. Fernández Juárez, pp. 33-49. Ediciones Abya-Yala.
- Vázquez, H. (2000) *Procesos identitarios y exclusión social. La cuestión indígena en la Argentina*. Ed. Biblos, Bs As.
- Vignoni, F. (2010) “Condiciones de vida, problemas de salud, y perspectiva del equipo de salud respecto de la población migrante que accede a un Centro de Salud de la ciudad de Rosario, en el marco de la Atención Primaria Integral”. Informe académico final presentado ante la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.

Fuentes

- “Trabajar en APS” (2003). Documento elaborado por la Dirección de Atención Primaria de la Secretaría de Salud de la municipalidad de Rosario.
- “Proyecto Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia” (2004). Documento elaborado por la Dirección General de Servicios de salud, Secretaría de Salud Pública de Rosario.
- “El modelo de adscripción en el Centro de Salud ‘Juana Azurduy’” (2005). Proyecto de investigación evaluativa desarrollado por el equipo de salud del centro de salud con apoyatura técnica del área de Investigación en Salud.