

# 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

Autor:

Stival, Matías

Tutor:

Margulies, Susana

2018

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Doctor de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Antropología

Posgrado



FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

---

## **TESIS DE DOCTORADO**

**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

Matías Stival

**Directora y Consejera de Estudios:** Susana Margulies

**Codirectora:** María Laura Recoder

Marzo de 2018

# Contenido

<b>Agradecimientos</b> .....	5
<b>Introducción</b>	
Planteo del problema .....	7
La elección del tema y posibles aportes .....	8
Objetivos.....	11
Organización de la tesis .....	12
<b>Capítulo 1. Puntos de partida</b>	
Antecedentes.....	14
Antecedentes en Rosario.....	18
Pueblos indígenas y sector salud .....	19
Decisiones teórico-metodológicas.....	21
Nuestro enfoque etnográfico .....	26
Mi entrada al campo.....	30
Técnicas etnográficas .....	35
<b>Capítulo 2. Los Qom en Rosario</b>	
La migración a la ciudad .....	39
Los Qom en Rosario .....	42
“Los Pumitas” .....	44
La trama institucional .....	51
<b>Capítulo 3. “El Juana”</b>	
La red de Salud Pública Municipal.....	59
El centro de salud “Juana Azurduy” .....	63
1. Historia y organización del centro de salud .....	63
La historia.....	63
Los profesionales .....	65
La organización de la atención .....	68
Derivaciones y los circuitos de atención .....	71
2. La demanda de la población qom y su visibilidad .....	75

Los pacientes qom en la visión del personal de salud .....	80
3. “Los tiempos tobas” .....	83
Las consultas tardías .....	83
Una espera paciente .....	85
El <i>tiempo toba</i> en las consultas .....	87
Paradojas interculturales .....	90
Aportes críticos sobre la noción del “tiempo toba” .....	95
<b>Trayectorias de atención de los grupos domésticos qom .....</b>	<b>101</b>
<b>Capítulo 4. Los Maidana</b>	
Los Maidana .....	102
Los partos de Ana .....	103
Ana y sus dolores .....	105
La atención de Yamila: distintas causas, distintos recursos .....	110
La muerte de Ramón .....	113
Los Piogonaq .....	115
La violencia familiar: Yanina .....	118
Darío. Violencias, alcohol y drogas, y el regreso a Chaco .....	120
Florencia: debates en torno del “tramite de discapacidad” .....	128
A modo de síntesis .....	134
<b>Capítulo 5. Los Quiroga</b>	
Ricardo Quiroga .....	136
Culto y acción terapéutica .....	138
De oraciones y “malos pensamientos” .....	144
Los medicamentos .....	146
“ <i>El doctor Esteban</i> ” .....	148
La gestión de la pensión .....	152
Denominaciones .....	153
El 1º de mayo en Sáenz Peña .....	156
El hospital en Sáenz Peña .....	160
Discusiones sobre los piogonaq .....	161

<i>“Una contra”</i> .....	165
Fermín Quiroga .....	167
De sanaciones y fundaciones .....	167
A modo de síntesis.....	174
<b>Capítulo 6. Los Romero</b>	
La niñez de Rosana .....	176
El arribo a Rosario .....	178
Los hijos .....	180
Restricciones y prácticas tabuadas .....	182
Creer y no creer: daños y piogonaq .....	185
La violencia en la familia .....	187
<i>Los hijos “bolsita”</i> .....	192
Marcos .....	196
El bolsear .....	199
Hip Hop .....	206
La comisión de salud.....	209
A modo de síntesis.....	214
<b>Capítulo 7. Integración de las trayectorias de atención qom</b> .....	216
Un contexto asistencial caracterizado por el “pluralismo médico” .....	218
Los piogonaq .....	221
El culto como espacio terapéutico .....	222
Los servicios biomédicos .....	223
Familias, redes y los procesos de autoatención .....	224
El “ir y venir” a Chaco.....	224
Plantas medicinales y fármacos .....	226
“Procesos protectores” .....	228
<b>Conclusiones</b> .....	231
<b>Bibliografía</b> .....	241

## Agradecimientos

A Melina, mi *compañera de vida*, por el apoyo incondicional de siempre.

A Facundo y a Joaquín, por ayudarme a redescubrir el mundo.

A Susana Margulies, porque esta tesis no hubiera sido posible sin su estímulo y dedicación permanente. Susana fue mucho más que una directora de tesis, fue quien me enseñó con pasión, paciencia y generosidad el oficio de antropólogo, demostrándome que el compromiso y la rigurosidad van de la mano...

A Laura Recoder, por enriquecer mi formación con su mirada lúcida, pragmática y sincera.

A las familias qom del barrio Los Pumitas, por su generosidad, por ayudarme a distinguir lo importante de lo banal y por enseñarme a escuchar el silencio...

A los trabajadores de atención primaria de Rosario comprometidos con la defensa de la salud pública.

A mis *compañeros de alma* Mariano Darigo y Fabiana Fernández, por la complicidad de siempre.

A mi querida familia, a los que están cerca y a los que están un poco más lejos, porque sin comprender del todo los *quehaceres* del antropólogo de la familia me apoyaron siempre desde el afecto y la confianza. Y especialmente a mi mamá por enseñarme el valor de la persistencia...

A Guadalupe García, por sus valiosos aportes desde la inteligencia, la risa y el compañerismo.

A Julia Name, entrañable y generosa compañera que me acompañó desde los inicios del doctorado.

A Gisela Gagliolo, Nélica Barber, Alejandra Roca, Claudia Teodori y Alicia Cattaneo porque cada una desde su lugar y experiencia enriqueció mi formación y este proceso de investigación.

A todo el equipo del Programa de Antropología y Salud de la Facultad de Filosofía y Letras, por hacer sentir a este "extranjero" como en casa, y por demostrar cotidianamente que en este *mundillo académico* es posible el trabajo colectivo.

A los colegas y profesores de la Escuela de Antropología de Rosario quienes -cada uno a su modo- contribuyeron al desarrollo de esta investigación.

A Marina Llobet, Leandro Druetta, Licia Lili, Julia Puzzolo y Elida Moreyra compañerxs del CEAS con quienes iniciamos recientemente la aventura de apostar por un espacio colectivo de Antropología y Salud en Rosario.

Por último, no quisiera dejar de agradecer -más en un contexto adverso como el actual- al CONICET la posibilidad de acceder a una beca doctoral que fue determinante en mi continuidad en los ámbitos académicos.

## Introducción

*“Uno siempre escribe desde algún lugar, desde alguna circunstancia social y contra alguna interpretación de ese lugar. Salvo para los que creen equivocadamente, aunque hoy no sean pocos, que el conocimiento de lo social puede ser una ciencia aséptica uno siempre está, conscientemente o no (y mejor que lo esté conscientemente) en algún debate, en alguna lucha de ideas”*  
(Guillermo O’Donnell, discurso publicado en *Disonancias*)

### Planteo del problema

Diversos estudios coinciden en señalar que los pueblos originarios de Latinoamérica presentan los niveles más extremos y generalizados de pobreza y sufren las peores condiciones y consecuencias en términos de salud-enfermedad-atención (OPS-OMS, 1997; CEPAL 2007). La relación entre los servicios de salud públicos y las poblaciones indígenas es reconocida como un tema relevante por los organismos internacionales rectores en salud que han operado fuertemente en Latinoamérica en los últimos 30 años. Estos organismos plantean la necesidad de indagar sobre las causas de la desigualdad en salud entre los pueblos indígenas y el resto de la población (OPS-OMS, 1998).

En Argentina, durante los siglos XIX y XX, los pueblos originarios padecieron numerosos cambios en su estructura social, económica y política, entre los cuales el deterioro de su ambiente y sus condiciones de vida contribuyeron a acrecentar sus migraciones a centros urbanos (Trincheró, 2000).

Los qom (o toba) 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 proceso de migración de las familias qom hacia Rosario se remonta a finales de la década de los sesenta. A partir de entonces, la crisis estructural de las economías regionales, la tecnificación de las cosechas y las inundaciones, originaron una creciente desocupación y un lento deterioro de las condiciones de vida de estas poblaciones. Esto generó los primeros movimientos de traslado, que se intensificaron a mediados de los 80’ y principios de los 90’ y que dieron lugar a la constitución de los primeros asentamientos en la ciudad (Garbulsky, 1993).



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. En este contexto se desenvuelven los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (de ahora en más s/e/a/c) de los grupos qom que viven en Rosario.

No existen datos epidemiológicos específicos que den cuenta de las condiciones de salud de estas poblaciones, en parte debido a que los registros utilizados en los servicios de salud de la Secretaría de Salud Pública de Rosario no distinguen pertenencia étnica. Si bien esta población está invisibilizada en las estadísticas, en ciertos informes elaborados por los equipos de salud de la Dirección Municipal de Atención Primaria se ha señalado que la población del asentamiento denominado “Los Pumitas” -la cual está conformada mayoritariamente por población indígena- se considera como la de *“mayor criticidad y, por tanto, con particulares riesgos de enfermar y morir”* (El modelo..., 2005).

### **La elección del tema y posibles aportes**

La elección del tema de la presente tesis doctoral fue producto de un conjunto de intereses, argumentos y motivaciones que se fueron enlazando a partir de ciertos puntos centrales que vislumbramos en la tesis de grado de la Licenciatura de Antropología de la Universidad Nacional de Rosario, de ciertos diálogos mantenidos con referentes qom y del acompañamiento de sus procesos organizativos, así como también a partir de intercambios con los equipos de salud que trabajan en los servicios donde asisten pacientes indígenas.

Las inequidades y desigualdades de las que son objeto las poblaciones indígenas de nuestro país y el impacto que nos causara una mirada desde adentro de las condiciones efectivas de la demanda de atención médica y los problemas de la accesibilidad a la atención oportuna y de buena calidad, motivaron mi interés por conocer las características de los procesos de atención de la salud de las poblaciones qom de Rosario. Se vincula, además, con mi participación en distintas experiencias impulsadas por los servicios de salud de la Secretaría de Salud Pública de Rosario

desde el año 2004 a partir de la cual pude reconocer el vacío existente con relación al debate y las propuestas sobre la incorporación de una perspectiva intercultural.

Una de las preguntas que surgió en el proceso de selección del tema/problema fue: ¿por qué investigar un tema clásico o tan trabajado en la antropología médica? La respuesta fue que si bien no constituye un tema “novedoso”, el interés es fruto – precisamente- de la vigencia que tiene este problema histórico en la actualidad. En este sentido, considero que la actualidad del problema de las condiciones de salud de los pueblos originarios es proporcional a su permanencia en la lista de los problemas sociales no resueltos en nuestro país.

Otra elección fue la de focalizar la descripción y el análisis de estos procesos en un contexto urbano como el de la ciudad de Rosario. Las investigaciones antropológicas sobre los procesos s/e/a/c de los pueblos indígenas de Latinoamérica se han centrado mayoritariamente en comunidades situadas en pequeñas localidades o contextos rurales. En una época caracterizada por intensos procesos migratorios hacia las ciudades, que van al compás de los cambios productivos, de las dinámicas de los nichos laborales y las estrategias de subsistencia (en Argentina el 92% de la población vive en ciudades según datos del censo nacional 2010), decidimos abocarnos al modo en que estos procesos se despliegan en poblaciones indígenas que viven –al igual que la mayoría de la población argentina- en contextos urbanos.

La salud intercultural (o interculturalidad en salud) es además un campo de disputas teóricas con visiones contrastantes sobre el modo de construir el problema de la salud de los pueblos originarios: mientras ciertas posiciones están más interesadas en nociones naturalizadas y exotizantes de la diferencia cultural, otras posiciones, por el contrario, se caracterizan por analizar el modo en que esas particularidades culturales se configuran en el marco de procesos sociales, políticos e históricos.

Entre las primeras posturas podemos entrever, como plantea Gordillo (2006), la delimitación del “casillero indígena” como espacio bien delimitado e inevitablemente distinto a lo “no indígena” que ha permeado buena parte de la antropología: “mientras antiguas nociones de salvajismo eran gradualmente abandonadas, la mirada taxonómica que coloca a estas poblaciones en un espacio

acotado definido por la separación ontológica fue reproducida en nuevos contextos” (2006:14). En su análisis de la historia de cierta etnografía del Gran Chaco, este autor desarrolla las premisas y postulados de esa antropología así como también la herencia que nos ha dejado: “la imagen de los indígenas del Gran Chaco como portadores de una alteridad radical está hoy presente, con diferentes matices, en los medios de comunicación y en el discurso y práctica de algunos organismos gubernamentales (...) esta escuela contribuyó a reproducir la imagen de que los indígenas son personas de las que nos separaría, como diría Bórmida, un abismo cultural” (Gordillo, 2006: 275).

Mi experiencia en el acompañamiento de las familias y organizaciones qom me hizo crítico de estas nociones. En este sentido, la presente tesis intenta desandar ese “casillero indígena” y la imagen del abismo cultural, entendiendo las especificidades culturales de las poblaciones qom en torno del proceso s/e/a/c como emergentes de intrincadas experiencias sociales y condiciones de vida.

Destacamos esta perspectiva debido a que vemos con preocupación el modo en que ciertas propuestas asistenciales dirigidas a los pueblos originarios “exaltan” la dimensión cultural sin abordar las condiciones de vida que generan deterioro, enfermedad y muerte, lo cual tiende a opacar las condiciones de pobreza y las relaciones de desigualdad en las que se inscribe el problema. De este modo, y en este contexto, estas acciones asistenciales parecerían ser una respuesta “correcta”, pero que sin embargo dejan intactos los orígenes sociales y económicos de la susceptibilidad de enfermar y morir (Barnett y Whiteside, 2002).

En esta investigación me propongo **aportar**, desde un enfoque etnográfico, al conocimiento de las prácticas, experiencias y relaciones en los contextos cotidianos de demanda y resolución de los problemas de salud de las poblaciones qom en la ciudad de Rosario. Entiendo que dicho conocimiento puede constituir un insumo que contribuya a profundizar la comprensión de la complejidad de las trayectorias y experiencias de atención de los usuarios qom, así como también aportar a la reflexión sobre el ejercicio cotidiano de los equipos de salud y al debate en torno de los procesos de atención, prevención y promoción de la salud en dicha población. A su vez, considero que podrá ser un aporte a los debates actuales en torno de la llamada salud intercultural aplicada a los pueblos originarios en contexto urbanos.

## Objetivos

Las preguntas iniciales que orientaron el proceso de investigación fueron las siguientes:

¿Cómo son las prácticas y experiencias de demanda y resolución de los problemas de salud en los contextos cotidianos de vida de las poblaciones qom del asentamiento Los Pumitas (Rosario)? ¿Cómo son sus relaciones con el centro de salud al que concurren con mayor frecuencia?

A partir de las mismas, el **objetivo general** de la investigación fue describir y analizar desde un enfoque etnográfico las trayectorias terapéuticas y los procesos de atención de la población qom (toba) del asentamiento Los Pumitas de la ciudad de Rosario y su relación con los servicios de salud, en particular el centro de atención primaria municipal de dicho barrio.

Los **objetivos específicos** fueron los siguientes:

1. Describir y analizar las condiciones de salud y los procesos de atención de los grupos domésticos qom del barrio Los Pumitas, atendiendo a:
  - los saberes, las prácticas terapéuticas y las modalidades de auto-atención
  - las modalidades de uso de los distintos recursos terapéuticos.
  - la experiencia de la atención en el centro de atención primaria de la salud municipal, y las construcciones de sentido asociadas a estos procesos.
2. Describir y analizar las historias y las trayectorias terapéuticas de grupos domésticos qom del barrio Los Pumitas y el desarrollo de redes y soportes sociales en los procesos terapéuticos.
3. Describir y analizar las relaciones, las prácticas y los sentidos y significados puestos en juego por los profesionales y personal de salud del centro de atención primaria de salud barrial “Juana Azurduy” en la atención de la población qom.

En el marco de nuestras preguntas de investigación, y a partir de la construcción teórico-metodológica que presentamos en el capítulo 1, propusimos las siguientes hipótesis de investigación.

1. En las trayectorias de atención de los grupos domésticos indígenas se articulan

distintos recursos terapéuticos (curadores, cultos, etnobotánica) tanto complementaria como subordinadamente en relación con la biomedicina, en función de su eficacia diferencial en los distintos contextos de resolución de los padecimientos.

2. Las condiciones de salud y los procesos de atención de los grupos domésticos toba están modelados por procesos de desigualdad que atraviesan las relaciones interétnicas y en particular por los procesos migratorios y las condiciones de vulnerabilidad diferencial y precariedad en la vida cotidiana.

### **Organización de la tesis**

La tesis presenta una progresiva inmersión en los procesos de atención de la salud de la población qom, describiendo y analizando la perspectiva de distintos actores, poniendo de relieve diferentes problemas, procesos y dinámicas que intervienen en dichos procesos de atención. En este marco, la tesis se organiza en los siguientes siete capítulos.

En el **capítulo 1** desarrollo -a modo de “puntos de partida”- el estado de la cuestión, defino el marco conceptual, justifico el enfoque metodológico así como también explicito una serie de decisiones teórico-metodológicas adoptadas en el marco de la estrategia etnográfica, fundamentando ciertas características particulares de mi ingreso “al campo”.

En el **capítulo 2** describo los procesos de migración de las familias qom desde la región del Gran Chaco a la ciudad de Rosario. Contextualizo la presencia qom en los asentamientos de Rosario, focalizando la descripción en el barrio “Los Pumitas” - donde realicé el trabajo de campo-, las particularidades de su formación, la trama institucional que lo configura y las características de las condiciones de vida de las familias qom en dicho barrio.

En el **capítulo 3** historizo y desarrollo las directrices principales del sistema de salud municipal de Rosario, las características de la estrategia de atención primaria implementada por el municipio, para luego describir el funcionamiento del centro de salud al que recurre la población qom de Los Pumitas. Presento el equipo de salud, describiendo sus modalidades y prácticas de atención y los sentidos y significados

puestos en juego en la atención de la población qom. Analizo, a su vez, ciertas particularidades asignadas por el equipo de salud a dicha población.

En los **capítulos 4, 5 y 6** presento la descripción etnográfica de las trayectorias de atención de tres grupos domésticos qom. Estos capítulos permiten aproximarnos al universo de padecimientos, modos de problematizar, interpretar y establecer circuitos e itinerarios a través de los cuales procuran resolver los problemas de enfermedad, a partir de una trama de relaciones que incluye no sólo los servicios de salud sino también el conjunto de sus interacciones y actividades cotidianas. A lo largo de los tres capítulos muestro tanto las condiciones que impactan negativamente en los sujetos así como también los soportes, las redes, las estrategias que posibilitan afrontar, resistir o modificar las condiciones de precariedad en que se encuentran inmersas.

En cada uno de estos tres capítulos describo etnográficamente las trayectorias de atención de un grupo doméstico qom (la familia Maidana, Quiroga y Romero respectivamente), focalizando en las distintas respuestas, en los diversos recursos terapéuticos a los que acuden y en las diferentes problemáticas que los atraviesan en su vida cotidiana.

En el **capítulo 7** sintetizo y analizo ciertos nudos centrales que emergieron del estudio de las trayectorias de atención qom. El abordaje utilizado me permite descentrar el rol totalizador que se suele asignar al sistema de salud para contextualizar su papel en el marco de otras posibilidades que la población utiliza para mejorar y conservar su salud y para enfrentar el dolor, la enfermedad y la muerte.

En las **conclusiones** integro los desarrollos parciales de cada capítulo con vistas a la comprensión del proceso de atención de la población qom en un contexto urbano como el de la ciudad de Rosario y planteo una serie de desafíos en el campo de la salud intercultural sobre los que considero necesario reflexionar.

# Capítulo I

## Puntos de partida

### Antecedentes

La producción antropológica sobre la salud de los pueblos indígenas y su relación con los sistemas de salud públicos se vincula con los inicios mismos de la antropología médica como campo sub-disciplinar de la antropología social. Las bases temáticas, metodológicas y teóricas dominantes en la antropología médica de Latinoamérica se constituyeron entre 1940 y 1950. Estas investigaciones se realizaron preferentemente en pequeñas comunidades rurales donde predominaba un campesinado de extracción indígena (Menéndez, 1990). Las temáticas dominantes de esta producción antropológica estuvieron focalizadas en el área denominada como “medicina tradicional”, en particular en temas como la eficacia simbólica y empírica de los diferentes métodos diagnósticos y técnicas terapéuticas, en la nosología y etiología “tradicionales”, en la clasificación de enfermedades y en el rol de los curadores y especialistas, además de las denominadas “barreras culturales” en el acceso al sistema público de salud. Una referencia fundamental en el campo de la salud de los pueblos indígenas son los trabajos de Aguirre Beltrán (1980). Si bien su experiencia de trabajo se concentró principalmente en pueblos indígenas de México y Centroamérica, sus planteos y propuestas vinculadas a la relación entre el sistema biomédico y los sistemas de salud tradicionales lograron una importante difusión en las antropologías latinoamericanas y a su vez, impactaron en una notable visibilización de la antropología médica en el campo de las respuestas sanitarias.

Los trabajos de Menéndez (1981, 1985, 1990, 1992) forjaron un armazón teórico en torno del estudio de los procesos s/e/a que marcaron una inflexión en el desarrollo de la antropología médica de Latinoamérica. En particular su perspectiva teórica orientada al estudio de las relaciones de hegemonía-subalternidad y el conjunto de transacciones que intervienen en “los procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos sociales” para resolver sus problemas de enfermedad (Menéndez, 1990:86). En este marco, el autor ha propuesto los conceptos

de Modelo Médico Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado y Modelo de Auto-atención (Menéndez, 2003).

Desde mediados de los 90' hasta la actualidad se ha producido en Latinoamérica una gran cantidad de estudios cuya preocupación principal refiere a la aplicación de enfoques interculturales en los procesos de atención de los servicios de salud (Lerín, 2005; Haro y Martínez, 2015)<sup>1</sup>.

Al inicio de mi proceso de investigación, el concepto de “interculturalidad” no estaba presente en mi proyecto. Esto se debía principalmente a que no vislumbraba su utilidad en la profundización de la problemática, articulando dimensiones o incorporando nuevos elementos para el análisis. “Interculturalidad” se me presentaba más bien como una noción “políticamente correcta” incorporada en el uso habitual entre distintos actores del campo. En la actualización bibliográfica, encontré que el concepto atravesaba discusiones y debates de diversa índole, en ocasiones sin una definición precisa. Encontré asimismo que el mismo resultaba central en los estudios antropológicos, en los discursos de las organizaciones de los pueblos originarios y en ciertas estrategias implementadas desde el sector salud apelando muchas veces a argumentos tan simplistas como seductores. Cabe aclarar que si bien en la mayor parte de los países de Latinoamérica los debates sobre la salud de los pueblos indígenas y su relación con el sistema de salud se dieron principalmente bajo la denominación de “salud intercultural”, en el caso de Brasil se abordó a través de la formulación de la noción de “atención diferenciada” (Langdon y Cardoso, 2015).

Como sugiere la profusa compilación de trabajos realizada por Fernández Juárez (2004, 2006), las reflexiones en torno de la “salud intercultural” expresan una multiplicidad de interpretaciones, propuestas y posicionamientos -muchos de ellos antagónicos- respecto de lo que significaría un enfoque intercultural aplicado al campo de la salud, dando cuenta del poco consenso existente sobre el tema y dejando abierto el interrogante sobre la utilidad de este concepto para abordar la

---

<sup>1</sup> Dentro de este amplio abanico temático, destacamos los trabajos que buscan describir y analizar la figura del “Agente Sanitario Indígena” (ver por ejemplo Moura-Pontes y Garnelo 2014 y Pereira Novo, 2010 para Brasil; Lorenzetti 2013 para Argentina); y la incorporación de la llamada “variable étnica” en los registros de información de los sistemas de salud (Cuyul, Rovetto y Specogna, 2010; CEPAL/OPS 2013); entre otros.



problemática. En este sentido acordamos con el planteo de Langdon (2010) quien señala que en el centro de las discusiones se encuentra en disputa la mismísima noción de *cultura* y sus implicancias para abordar los procesos s/e/a/c de los pueblos originarios.

Dentro de la amplia gama de abordajes de la problemática se pueden distinguir a grandes rasgos dos líneas básicas. La primera recupera gran parte de las concepciones desarrolladas entre las décadas de 1930 y 1950 por las escuelas antropológicas norteamericanas que son las primeras en estudiar los procesos s/e/a en términos culturales. Esta línea parte de la base de que los sujetos pertenecientes a culturas diferentes desarrollan representaciones y prácticas distintas entre sí que reducen la posibilidad de una relación complementaria. Entiende por lo tanto las relaciones interculturales en términos de dificultades en la comunicación cultural que deben modificarse para posibilitar una mejor interrelación en los procesos de atención (Menéndez, 2006). La clave estaría puesta en que la especificidad cultural, referida casi exclusivamente a los aspectos simbólicos, es el núcleo de las diferencias (Perdiguero, 2006). En este sentido, se asume que la diversidad cultural afecta negativamente a la relación médico-paciente y se configura como principal obstáculo en los procesos de atención.

La segunda línea también reconoce la significación de la dimensión simbólica y de los “aspectos etnicistas” de los procesos s/e/a de los pueblos originarios, pero necesariamente articulados con la dimensión económico/política, de tal manera que la situación de pobreza y de desigualdad social constituyen parte central de las relaciones que establecen estas poblaciones con los servicios biomédicos. Por lo tanto, se asume que reducir los conflictos en los procesos de atención de los pueblos originarios casi exclusivamente a sus aspectos culturales expresa objetivos de asimilación e integración y tiende a excluir o por lo menos opacar los procesos socioeconómicos que dificultan o directamente impiden establecer relaciones “realmente respetuosas” y simétricas entre los pacientes indígenas y los servicios de salud (Menéndez, 2006).

En este sentido se puede mencionar aquellos trabajos basados en el concepto de *etnogubernamentalidad* (Boccaro 2007; Cuyul, 2008) orientados a indagar en la

construcción política de la salud intercultural desde un enfoque biopolítico. A partir del análisis de experiencias desarrolladas en Chile con el pueblo mapuche –en un contexto marcado por concepciones neoliberales- se sostiene que el modo en que se implementan las políticas interculturales en salud implican un modo de “gestión de la alteridad” y “un recorte del cuerpo social en clave étnica”, una suerte de neo-indigenismo de Estado. El mismo expresaría “una nueva ingeniería social que toma sentido dentro de un nuevo diagrama de saber/poder o de una gubernamentalidad de nuevo tipo (que llaman *etnogubernamentalidad*) que tiende a producir nuevos sujetos étnicos colectivos e individuales a través de una doble dinámica de etnicización y de responsabilización” (Boccaro, 2007). Este autor señala que las propuestas que primaron en Chile, “al invisibilizar las condiciones socioeconómicas de vida que generan las diferencia cultural y al desvincular las producciones culturales indígenas de los mecanismos de sujeción, dominación y explotación a los que estos grupos se encuentran sometidos, tienden a generar las bases para la etnicización del llamado ‘conflicto cultural’”(2007:187). A su vez esta perspectiva destaca que el campo de la Salud Intercultural es -como cualquier otro campo social- un espacio “contestado y tensionado”. En este sentido la emergencia de la Salud Intercultural, se relaciona con las nuevas disputas de significaciones y clasificaciones en torno de los mismísimos términos de Salud y Cultura (Boccaro, 2007).

Tomando como base ciertas premisas que se ubican en la segunda línea mencionada, nuestra investigación se inscribe en la tradición de estudios socio-antropológicos sobre los procesos de s/e/a/c que priorizan el análisis de las dimensiones del poder en el campo de estudios de la antropología médica (Taussig, 1980; Farmer, 2001). Recupera para ello la propuesta de Menéndez (1997) de analizar los procesos de poder y micro-poder y las relaciones de hegemonía/subalternidad a través del estudio de los modos históricamente construidos de dar respuesta, significar y atender la enfermedad, la vida y la muerte.

Asimismo, plantea una perspectiva política que cuestiona la visión instrumentalista y verticalista sobre leyes, normas, recomendaciones, instituciones estatales y tecnologías de gobierno (García y Margulies, 2007), para dar cuenta de los modos en que las políticas, al impregnar todas las áreas de la vida y modelar la

manera en que los sujetos se construyen a sí mismos, configuran y al mismo tiempo son configurados por los procesos que se despliegan en los espacios singulares (Shore, 2010). Así, se propone abordar los cambiantes estilos y sistemas de gobierno y el modo en que éstos reconfiguran las relaciones entre lo individual y lo colectivo (Shore y Wright, 1994).

### **Antecedentes en Rosario**

En los últimos años se han realizado distintos estudios sobre la situación de salud de la población qom de Rosario. Según un estudio poblacional realizado en el 2012 (Fernández y otros, 2014) el 87,9% de la población qom encuestada (N: 2154) era usuaria del sistema público de salud, de la cual 85,04% declaró asistir a algún centro de salud (de administración municipal o provincial). El estudio realizado por Rajmil y Lifzschitz (2010) en el barrio Roullión identificó diferencias culturales que según las autoras funcionan como “barreras de acceso” al sistema de salud. Específicamente ponen el énfasis en las diferencias lingüísticas (personas que no hablan castellano) y en la importante demanda a los médicos tradicionales. A su vez, destacan el entendimiento qom de la enfermedad como daño (algo externo que irrumpe en el cuerpo) que es traído por los “blancos” y señalan que las intervenciones médicas pueden ser percibidas como invasivas (se mencionan sueros, inyecciones, medicamentos). Para el caso del barrio Los Pumitas, otro trabajo (Abt, Azcona, Carames, 2004) también pone el foco de análisis en las barreras de acceso de la población qom al primer nivel de atención, enfatizando la presencia de “barreras culturales” que impiden dicho acceso. Carracedo (2005), a su vez, indaga sobre la accesibilidad de la población qom a un hospital de mediana complejidad, centrándose en las relaciones que se establecen entre estos usuarios y el equipo de salud, una vez ingresados a dicho efector.

El Grupo Latinoamericano de Enfermedades Reumáticas de Pueblos Originarios (GLAERPO) señala, a partir de los resultados de una investigación realizada en Rosario, la existencia de dificultades en la continuidad de la atención de este grupo de enfermedades y el acceso a medicación, las demoras en los diagnósticos así como también la coexistencia de diversas formas de comprender este tipo de

padecimientos (Fernández y otros, 2014). Otros temas que fueron abordados en investigaciones antropológicas fueron la práctica profesional de odontólogos y la atención de la población qom (Azcona, 2007) y el problema VIH-Sida en estas comunidades (Stival, 2008; Fernández y Stival 2011; Stival 2015).

Por último, quisiéramos destacar la investigación realizada por Stella Orzuza (2013) en la cual analiza la situación de salud de niñas y niños qom a partir de los registros de consulta diaria de un centro de salud (barrio Roullión). En su análisis concluye que las principales enfermedades identificadas en dichos registros repiten el perfil de morbilidad de la infancia en situación de pobreza, siendo las mismas prevenibles y evitables.

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 (hospitales) (Carracedo, 2005; Stival, 2010).

Se señala así las condiciones de utilización diferencial de los servicios de salud públicos entre los conjuntos qom y el resto de la población de la ciudad de Rosario, problemática que está en la base de esta investigación.

### **Pueblos indígenas y sector salud**

Durante las décadas de 1980 y 1990, se conformaron en los países del cono sur de América Latina políticas públicas, programas e instituciones estatales dirigidos a la población indígena al compás de los procesos de democratización y las reformas constitucionales (Langdon y Cardoso, 2015).

La relación del Estado argentino y los pueblos originarios ha estado históricamente marcada por procesos de violencia, invisibilización y discriminación que lentamente -y con matices- en las últimas tres décadas han comenzado a ser revertidos en el marco de la democratización (post dictadura cívico-militar), cambios legislativos y las movilizaciones de los pueblos indígenas (Gordillo y Hirsch, 2011)<sup>2</sup>.

En este marco, las políticas sanitarias han visualizado a los pueblos originarios como grupos “vulnerables” o en “situación de riesgo”. Frente a “situaciones de emergencia” como la epidemia de cólera de 1992, los brotes de dengue, las inundaciones, el aumento de la mortalidad infantil por desnutrición en 2007, se generaron programas asistenciales que, como plantea Hirsch, lograron paliar algunas de sus consecuencias pero no contemplaron una visión a largo plazo que planteara la inclusión social y económica de los pueblos indígenas ni una visión intercultural en salud (2015).

Desde el año 2000 se han implementado desde el Ministerio de Salud Nacional dos programas dirigidos específicamente a pueblos indígenas:

- 1- ANAHÍ (Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Pueblos Indígenas).
- 2- Programa Nacional Médicos Comunitarios (que contaba con un componente dirigido a pueblos originarios)

El Programa ANAHÍ surgió en el año 2000 y tuvo como objetivo principal mejorar la calidad de atención médica, las condiciones de acceso a los servicios de salud y desarrollar acciones de prevención y participación comunitarias y capacitación de agentes sanitarios indígenas. Fue un programa de formación y capacitación de agentes sanitarios indígenas quienes, integrados en los equipos de atención primaria locales, debían desempeñarse como “facilitadores interculturales” y trabajar como nexo entre

---

<sup>2</sup> No obstante, considero que en nuestro país estos procesos de democratización actualmente se encuentran seriamente amenazados por las políticas gubernamentales impulsadas por el estado nacional. A modo de ejemplo se puede mencionar el evidente “vaciamiento” del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), así como también los discursos fuertemente estigmatizadores de distintos funcionarios nacionales dirigidos a los pueblos originarios (ver Lenton, 2017).

el sistema de salud formal y las comunidades indígenas. El programa se implementó principalmente en las provincias del norte argentino (Lorenzetti, 2007).

El Subprograma “Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios” fue creado en 2005 –en el marco del Programa Médicos Comunitarios- y tuvo una duración menor a los dos años. Con este programa se buscó capacitar profesionales de distintos campos disciplinarios en “salud comunitaria e intercultural” a través de un “posgrado en servicio” en APS.

Ambos programas apelaron a la necesidad de la implementación de un enfoque intercultural en salud, así como también en la incorporación de agentes sanitarios indígenas. No tuvieron coordinación entre sí, tampoco con los programas locales de salud y han tenido un desarrollo desigual según las provincias. A su vez, debido a la falta de continuidad, fue limitada su operatividad en las comunidades (Hirsch, 2015)<sup>3</sup>.

En nuestro caso, no existió ninguna coordinación con el sistema de salud local (donde se atiende mayoritariamente la población rosarina al igual que los qom) y por tanto estos programas no tuvieron presencia alguna en los centros de salud municipales ni anclajes territoriales (tampoco en el asentamiento Los Pumitas). Esta descoordinación se explica –en parte- por las características del sistema de salud argentino: fragmentación, descentralización, superposición de sistemas y programas (nación, provincia y municipio). Cabe aclarar, a su vez, que desde el sistema municipal no se ha implementado ningún programa o política de salud específica dirigida a la población originaria.

### **Decisiones teórico-metodológicas**

Partimos del supuesto teórico de considerar la salud y la enfermedad como momentos de un mismo proceso histórico-social, cuestionando las nociones de salud y enfermedad como polos o estados individuales en oposición, para comprenderlas como expresiones de un proceso más amplio. Para ello proponemos el concepto de ***proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados***, en tanto refiere a una estructura

---

<sup>3</sup> En este sentido, las acciones implementadas en el marco de los programas sanitarios dirigidos a las poblaciones indígenas se caracterizaron por ser discontinuas, fragmentadas y asistemáticas. Para un análisis en profundidad de la implementación de estos programas, ver Lorenzetti, 2010.

necesaria para la producción y reproducción social que se expresa en modos de atender, significar y dar sentido a la vida, la enfermedad y la muerte históricamente variables y emergentes de las condiciones de vida en una sociedad dada (Menéndez, 1994).

Así también, este concepto remite a una trama densa de saberes, significados, prácticas y experiencias que excede el patrimonio exclusivo de la medicina y que constituye una *construcción social* en la que se articulan procesos económico-sociales, políticos e ideológicos en el contexto de relaciones de hegemonía y subalternidad (Grimberg, 1997; Margulies y otros, 2003). En este sentido, el concepto proceso de salud- enfermedad-atención-cuidados expresa y sintetiza procesos de transformación históricos en los que cambian las condiciones de la enfermedad, las formas de atención y los sistemas de significados atribuidos (Menéndez, 1990).

En el abordaje de los procesos de atención de los grupos domésticos qom, utilizamos un *enfoque relacional*. Este enfoque centra su descripción y análisis en los procesos relacionales ya que si bien tomamos en cuenta las características “propias” de cada una de las partes, se pone especial énfasis en el abordaje del sistema de relaciones construidas, que constituyen una realidad diferente del análisis aislado de cada una de las partes. Desde esta perspectiva “tanto el saber popular como el médico no pueden ser entendidos si no están relacionados con el campo en el que interactúan” (Menéndez, 1994:74). A su vez, como plantea este autor, es en la aplicación de un enfoque relacional que incorpore la palabra, las experiencias y los proyectos de los actores significativos y a la vez incluya no sólo el análisis sino la perspectiva del investigador, que podremos desarrollar un antropología relacional (Menéndez, 2010).

Abordamos las *etnicidades* como resultado de las relaciones interétnicas inscriptas en el proceso de formación de la nación y la estatalidad (y de las relaciones de producción que en el interior de sus fronteras se van desplegando). Ello implica considerar “tanto la ubicación de cada ‘grupo’ en la estructura social como así también las adscripciones e identificaciones políticas e ideológicas productivas cuyo objeto es la reproducción de dicha estructura social” (Trincheró, 2000:31).

A lo largo de este trabajo utilizo indistintamente los términos “pueblos originarios”, “indígena”, “aborigen”. Sin desconocer las diferentes trayectorias/tradiciones de cada denominación y con un fin estrictamente pragmático empleamos dichos términos como sinónimos<sup>4</sup>. No obstante, no quisiera dejar de subrayar una característica transversal a la construcción de los mismos que refiere a la relación colonial como producto de los procesos de conquista y colonización de América<sup>5</sup>.

En nuestro abordaje del espacio relacional pacientes qom-servicio de salud, priorizamos la recuperación y el análisis de las historias y **trayectorias de atención** de los grupos domésticos qom 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, Barber y Recoder, 2006).

La descripción y el análisis de las trayectorias terapéuticas nos permitió abordar los procesos de atención en un contexto más amplio que la sola relación médico o institución-usuario indígena, “abriendo lo más posible el abanico de las categorías asistibles” (Comelles, 2006), en tanto vías de acceso a lo que algunos autores denominan “pluralismo médico” (Menéndez, 2006), “pluralismo asistencial” (Perdiguero, 2006), o “intermedicalidad” (Fóller, 2004). En el abordaje de las relaciones que articulan los procesos de atención de los grupos qom con los servicios

---

<sup>4</sup> En la interacción cotidiana en el trabajo de campo estos términos también aparecieron de un modo indistinto. Sin embargo, pudimos vislumbrar ciertas asociaciones que se repetían con mayor frecuencia, por ejemplo la denominación “pueblo originario” primó en el discurso de los referentes y autoridades de las organizaciones; las referencias a “indígena” surgieron predominantemente en menciones a la dimensión jurídica nacional e internacional, así como también, en el discurso de los equipos de salud. En el caso del término “aborigen”, muchas familias qom de Rosario –al igual en que en Chaco- se refieren a sí mismas con ese término.

<sup>5</sup> Como han señalado distintos autores, la utilización por parte de las administraciones coloniales del término genérico de “indio” para referirse a distintos pueblos, diversas identidades y culturas fue inseparable de la legitimación de los procesos coloniales y de la construcción de un sujeto europeo civilizado. Bonfil Batalla, en un clásico trabajo, plantea que “la categoría de indio, en efecto, es una categoría supra-étnica que no denota ningún contenido específico de los grupos que abarca, sino una particular relación entre ellos y otros sectores del sistema social global del que los indios forman parte. La categoría de indio denota la condición de colonizado y hace referencia necesaria a la relación colonial” (1971:110).



de salud consideramos clave descentrar del papel totalizador que suele asignarse al sistema de salud y a los servicios sanitarios formales -en nuestro caso el centro de salud donde se atienden-, para contextualizar su papel en el marco de otras posibilidades terapéuticas 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).

De este modo, a partir de un abordaje etnográfico de las actividades cotidianas de los grupos domésticos qom relevamos las modalidades de uso de los distintos recursos terapéuticos que utilizan las familias qom en la trama de recursos presentes en el escenario local como también en las redes sociales establecidas con los otros barrios indígenas e incluso con la región de Chaco.

¿Por qué centrarnos en los **grupos domésticos**? Hemos optado por abordar los recursos terapéuticos y las trayectorias de atención de los grupos domésticos ya que éstos constituyen la unidad en la que se producen con la mayor frecuencia y recurrencia los padecimientos y las 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 y tal vez de curación” (Menéndez, 1992: 4). A partir de los grupos domésticos se organizan y/o se articulan las principales redes sociales respecto del proceso s/e/a/c y, al mismo tiempo, se ponen en relación los diversos servicios e instituciones de salud (Menéndez, 1992). En estos procesos intervienen tanto distinciones generacionales como de género (Stival, 2008) que serán contempladas en la presente investigación.

Recuperamos para nuestro trabajo los aportes de Goody como una referencia central. El autor afirma que la expresión grupo doméstico es un término genérico que engloba tres tipos principales de unidades: unidad de residencia, unidad reproductiva y unidad económica (que abarca procesos de producción y consumo) (Goody, 1972). Como plantean Balazote y Radovich (1992) en su recorrido por las diferentes conceptualizaciones sobre el grupo doméstico, la distinción analítica entre grupo de residencia, unidad de producción y unidad de consumo es una constante en la bibliografía referida al tema. Siguiendo a estos autores, el grupo doméstico “adquiere

importancia no sólo porque garantiza el proceso productivo sino también porque regula el proceso reproductivo, sea porque en su seno se produce la transmisión de normas, valores, conocimientos técnicos, etc. o porque dentro de su estructura se efectúa la reproducción biológica” (1992:28). En nuestro trabajo entendemos por grupo doméstico al conjunto de personas que ocupan una vivienda realizando en común todas las tareas de producción necesarias para su supervivencia y consumiendo juntas el producto de sus trabajos. Se encuentra gobernado por una serie de normas e interacciones relacionadas con las distintas fases del ciclo de la vida personal y familiar. Abarca incluso a las personas estando ausentes que tienen derecho a regresar al grupo. Pueden estar formados por personas con lazos parentales o sin ellos (Proyecto Problemas de salud y enfermedad..., 2017). Destacamos la “no exclusividad” de lazos consanguíneos debido a que –por ejemplo en nuestro contexto particular- existen ciertas denominaciones (como por ejemplo la del “tío/a” o abuelo/a”) que son construidas a partir de vínculos afectivos, de afinidad y respeto e incluso de prolongada vecindad (por fuera de vínculos biológicos).

En nuestro abordaje de los padeceres, las experiencias y los saberes de los conjuntos sociales que componen el escenario local, proponemos el concepto de **proceso de atención biomédica** para aludir a modos históricamente específicos de “institucionalización” de la atención de la enfermedad y la muerte como parte de procesos más globales de control, normatización y disciplinamiento social. Este concepto delimita un campo jurídico, político, cultural y profesional y en él la racionalidad médico-técnica aparece atravesada por procesos de formación técnico-profesional, por objetivos y dinámicas político-institucionales y por procesos ideológicos-culturales que se inscriben en prácticas sociales y marcos normativos-valorativos más amplios (Menéndez y Di Pardo, 1996).

Los servicios de salud requieren para su producción y reproducción de la **construcción del paciente-usuario** que se efectúa mediante la naturalización de sus padecimientos, separándolos de sus situaciones biográficas e interactivas, ajena a sus modos y condiciones de vida. Se constituye así “una lógica institucional que se presenta como centrada en dispositivos, estructuras y normativas de los servicios de salud y frente a la cual los conjuntos sociales se configuran como sujetos que

consumen, se adaptan o se desvían de las pautas establecidas” (Margulies y otros, 2003:12).

Para integrar analíticamente el problema estructural de la desigualdad y el poder y la experiencia de los sujetos, retomamos la propuesta Bibeau (1992) de analizar los procesos de vulnerabilidad diferencial a partir tanto de los **procesos de fragilización**, esto es, el conjunto de relaciones y condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de vida que “impactan negativamente a sujetos y grupos” como de los **procesos de protección social**, “los soportes, las redes, las estrategias que posibilitan afrontar, resistir o modificar las condiciones de precariedad” (Grimberg 2003). Esto implica que las condiciones y relaciones de desigualdad se tornan realidad física y social en las experiencias de sufrimiento, enfermedad, daño, padecimiento y muerte de los afectados (Margulies, Barber y Recoder, 2006) pero, al mismo tiempo que se imponen sobre los individuos, abren la posibilidad a la construcción de elementos protectores y de apoyo (Bibeau 1992).

### **Nuestro enfoque etnográfico**

Nuestro punto de partida es un supuesto básico de la perspectiva antropológica que plantea la necesidad de recuperar los saberes, los sentidos, la experiencia histórica y las prácticas cotidianas de los conjuntos sociales. Entendemos que la etnografía como forma de acercamiento a la realidad, posibilita entramar los aspectos socio-estructurales con los procesos y relaciones vividos y significados por los sujetos (Achilli, 2002).

Siguiendo a Peirano (2006) destacamos el diálogo entre el par inseparable teoría y etnografía. La teoría se enmaraña en la conversión de los eventos que observamos y en los que participamos en “datos etnográficos”, es en ese movimiento que las propuestas conceptuales se sofistican y refinan. Y lo que está en juego aquí, sigue la autora, es la determinación del mejor ángulo para la construcción de los datos, ángulo que implica un posicionamiento teórico y también político (2006). Desde esta perspectiva, el potencial analítico y conceptual de la investigación antropológica se alcanza sólo en el *feedback* entre teoría y etnografía, en el cual la primera agudiza y enfoca a la segunda mientras que la etnografía cimienta a la teoría en la riqueza de la

vida social (Snow y Morril, 2003). De este modo, la teoría se presenta como un repertorio de posibilidades analíticas antes que como un programa interpretativo (García, 2014).

Así, la práctica etnográfica excede el trabajo de campo, abarcando todo el proceso descriptivo y analítico de construcción de conocimiento a partir de ese trabajo. Es entonces a partir de “documentar lo no documentado” (Rockwell, 1980) que pueden construirse descripciones cada vez más analíticas y conceptualizadas y es también en este proceso donde, partiendo del análisis de lo que Paul Farmer (1994) llama “lo etnográficamente visible”, se nos presenta el desafío de construir teórica y conceptualmente una serie de relaciones que trascienden el campo de visión del observador participante.

Una pregunta que atravesó el proceso etnográfico fue *¿cómo entender lo local?* y más específicamente: *¿cómo dar cuenta de lo general a partir de la delimitación espacial-temporal de nuestro estudio?* Siguiendo los planteos de Menéndez, entendemos que “lo local en términos relacionales implica que debemos reconocer que la realidad, aun la más macro social, sólo puede ser pensada y, sobre todo, practicada por los sujetos y grupos desde lo local, dado que es allí donde los sujetos viven/trabajan/esperan/comprenden los procesos. Esta propuesta abarca tanto situaciones étnicas como situaciones de clase social” (Menéndez, 2010:151).

El enfoque etnográfico utilizado no intenta producir un tipo de conocimiento *totalizante* que oficie a modo de *síntesis completa*. Sin embargo, al “*conferir a todas las historias que escuchamos el mismo valor*” (Wacquant, 2006), al surgir de un encuentro entre diferentes puntos de vista incluido el del investigador, “la etnografía se constituye en un medio de sumo valor para captar la complejidad de la vida social y los enrevesados modos en que se funden lo micro y lo macro” (García, 2014:21). De este modo, el asentamiento Los Pumitas se constituyó en un espacio social a partir del cual reflexionar sobre procesos y dimensiones que lo trascendían.

El **universo de análisis** de la investigación es el campo relacional pobladores qom del asentamiento Los Pumitas de la ciudad de Rosario y los servicios e instituciones de atención de la salud. En el marco de los objetivos específicos 1 y 2, nuestra **unidad de análisis** fueron los grupos domésticos qom del asentamiento Los

Pumitas, centrándonos en la singularidad de sus trayectorias terapéuticas y prácticas sociales cotidianas.

En función de poder expresar la heterogeneidad al interior de los conjuntos qom de Los Pumitas, la selección de los grupos domésticos se realizó contemplando el lugar de procedencia de su migración (rural/urbano) y el momento del ciclo de la unidad doméstica.

A su vez, realizamos un permanente esfuerzo por dar lugar a las voces y prácticas de los distintos integrantes de los grupos domésticos con la intención de comprender la dimensión generacional y de género al interior de los mismos. Numerosos trabajos etnográficos han constatado que es la mujer, principalmente la que cumple el rol de madre/esposa en el grupo doméstico, la encargada de realizar la mayoría de las actividades del procesos s/e/a/c (Menéndez, 1992), sin embargo, advertimos el riesgo o “la tentación” de trasladar mecánicamente las explicaciones que la madre/esposa asigna a los procesos s/e/a/c a las explicaciones que el resto de los integrantes del grupo otorga a dichos eventos. En nuestro trabajo, la necesidad de problematizar esta “homologación de explicaciones”, o mejor dicho, la preocupación por expresar la heterogeneidad al interior del grupo doméstico, se puso de manifiesto a partir de, por ejemplo, los procesos vivenciados por los niños/jóvenes de las familias qom vinculados al uso problemático<sup>6</sup> de alcohol y drogas (los llamados “pibes bolsita”). El abordaje “directo” con ellos (no mediatizado por otro integrante) nos permitió entrever otras explicaciones, asignación de causas, posibles respuestas y redes sociales que no habían sido expresadas por la madre/esposa del grupo doméstico, como también comprender más acabadamente las condiciones sociales de las mismas. Ha de señalarse sin embargo que nuestro acercamiento a tales experiencias juveniles tuvo un sesgo de género, centrado en la voz de los varones con quienes fue posible desarrollar relaciones de confianza.

Asimismo, el seguimiento de las trayectorias de atención no se restringió a Los Pumitas. Sabemos que uno de los rasgos que caracteriza al abordaje etnográfico es que nos conduce hacia lugares imprevistos en un comienzo. En este sentido, el

---

<sup>6</sup> Señalo el carácter “problemático” para diferenciarlo de otras modalidades como, por ejemplo, el llamado “uso recreativo” de drogas.

acompañamiento de las trayectorias de atención implicó en muchas ocasiones la salida del espacio barrial debido a que ciertos itinerarios nos llevaron a otros asentamientos indígenas de la ciudad e incluso a localidades de Chaco.

Otro elemento a señalar es que en la selección de los grupos domésticos desistí de incluir a la familia del principal referente qom de Los Pumitas (quien además de ser la máxima autoridad comunitaria fue elegido por las organizaciones indígenas de Santa Fe para tener un cargo de representación provincial). Con esta familia construí un vínculo profundo, compartí vivencias y momentos que trascendieron la relación enmarcada en el proceso de investigación, relación que no quise poner a jugar en mi descripción etnográfica de las trayectorias de atención. Esta decisión no se debe a consideraciones teórico-metodológicas sino estrictamente afectivo-personales. El vínculo de amistad construido y las vivencias que van desde momentos tan gratificantes como inesperados, me impulsaron a no inscribir estas relaciones en “situaciones etnográficas” para la presente tesis. Sin dudas mi relación con esta familia y las experiencias que se desplegaron a partir de la misma enriquecieron mi mirada, el proceso de investigación y mi perspectiva sobre la problemática abordada, no obstante, ninguna de las trayectorias de atención que describimos pertenece a este grupo.

En el marco del objetivo específico (3), se seleccionó el centro de salud municipal debido a que es el que mayoritariamente utiliza la población qom de Los Pumitas y el que cuenta con mayor “visibilidad”. Dado que abordamos el espacio relacional usuarios-servicio de salud, la **unidad de análisis** fue el proceso de atención médica articulado a las trayectorias de los pacientes. Las **unidades de estudio** fueron los actores del proceso de atención médico-social, es decir los conjuntos profesionales y los usuarios qom.

Con la intención de poder expresar la heterogeneidad de perspectivas al interior del equipo del centro de salud se entrevistó a profesionales de distintas especialidades médicas, trabajadora social, odontóloga, fonoaudióloga, psicóloga, personal administrativo y de farmacia.

Asimismo, entrevisté a dos médicos generalistas que si bien en ese momento no trabajaban en dicho servicio son importantes interlocutores debido a su larga experiencia –de aproximadamente 10 años- en la atención de poblaciones qom.

Por último, se relevaron también fuentes documentales de diversa procedencia: informes y proyectos de la Secretaría de Salud Pública de Rosario y documentos de organizaciones indígenas.

### **Mi entrada al campo**

Como sostiene Rockwell (1987), siempre se opta por cierta “entrada” que marca la experiencia de campo, debido a que en ningún caso esa entrada es neutral sino que las decisiones que se toman al respecto contribuyen a modelar la experiencia de campo y los modos de acceso a la información.

Mis primeros pasos por el barrio Los Pumitas se produjeron a principios del 2004 como consecuencia de haber sido invitado a formar parte -como estudiante de antropología- de un proyecto denominado *La problemática del VIH-SIDA en poblaciones migrantes étnicas en contexto de pobreza urbana de la ciudad de Rosario*, implementado por el Programa Municipal de Sida de Rosario (Promusida).

El Promusida no contaba en ese momento -ni cuenta hoy- con datos sobre la situación de la epidemia en estas poblaciones. La idea de iniciar un proceso de trabajo que abordara la problemática surgió del coordinador del Promusida y de un estudiante de antropología que trabajaba en dicho organismo y al mismo tiempo era docente en la Escuela Bilingüe “Cacique Taigoyé” del barrio denominado “Travesía”. Ellos, tras registrarse los primeros casos de Sida entre los qom de nuestra ciudad, evaluaron que las actividades de prevención “no llegaban” a estas comunidades; basándose además en documentos y conclusiones de encuentros internacionales en los que se advertía sobre el avance de la epidemia en pueblos indígenas de otras regiones, específicamente en Australia, Centroamérica y el África subsahariana, plantearon la necesidad de “adelantarse” al problema que, advertían, podía ocurrir también en nuestro país.

La demanda inicial del Programa Municipal de Sida era que elaboráramos “mensajes preventivos con pertinencia cultural dirigidos a la comunidad toba”. En este

sentido, mi experiencia pre-profesional y mi inclusión en este proceso de trabajo nos remite a un planteo que realiza Frankenberg (1994) en el que señala que los antropólogos somos invitados a participar de la problemática del VIH-Sida principalmente a partir de nuestra “relación” con el concepto de *cultura*. De este modo, la creencia que sostiene que la cultura necesita ser comprendida como requisito para el cambio y así poder prevenir la infección, promovió la participación de los antropólogos -en tanto expertos de la cultura- en la problemática en la cual se les preguntó “cómo ayudar a prevenir” (Frankenberg,1994).

Partiendo de esa demanda inicial, nuestra contrapropuesta fue que el diseño de estrategias preventivas se construyera de un modo colectivo junto a las organizaciones qom. En este marco se elaboró un proyecto que tuvo como objetivo construir estrategias de prevención con relación al VIH-Sida junto a las poblaciones qom de Rosario, el cual obtuvo financiamiento del “Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria”.

Se trabajó en los tres grandes asentamientos indígenas de la ciudad<sup>7</sup>, realizando talleres (que se denominaron “de construcción de conocimiento”), entrevistas en profundidad a referentes claves y diversas actividades comunitarias, las cuales se desarrollaron articuladamente con ciertos espacios organizativos en cada uno de los respectivos barrios. Mi participación se focalizó en Los Pumitas junto a la organización indígena más relevante por ese entonces llamada Nam Qom.

Dicha experiencia concluyó a fines de 2006, transitando por diversas etapas y grados de intensidad. Una vez concluido el proyecto, continué yendo a Los Pumitas. Las motivaciones fueron tan diversas como imprecisas, pero indudablemente estuvieron vinculadas a ciertos lazos afectivos construidos con algunas familias qom y a la demanda que me hicieran los referentes de la organización Nam Qom para que los acompañara en la elaboración de proyectos sociales para luego pedir financiación a distintos estamentos gubernamentales.

Paralelamente, durante mi formación de grado en la Escuela de Antropología (UNR), pude ir accediendo a lecturas de la producción realizada por el Programa de

---

<sup>7</sup> “Barrio Municipal Toba”, “Travesía y J.J. Paso” y “Los Pumitas”.



Antropología y Salud de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Dicho interés me llevó a acercarme a este equipo a fines de 2006, con la idea de poder formarme como antropólogo en el marco de su propuesta teórico metodológica.

De la voluntad de recuperar buena parte de mi propia trayectoria pre-profesional, de la posibilidad de reflexionar críticamente de lo que fue la primera experiencia en el país que abordó la problemática del VIH-Sida en pueblos originarios, y de mi aproximación a la perspectiva teórica propuesta por ese equipo, surgió entonces mi interés por trabajar en mi tesis de grado “El problema VIH-Sida en las poblaciones tobas de Rosario”, tesis que fue concluida a principios de 2008 y difundida a través de artículos académicos (Stival, 2008; 2011).

Ese mismo año comencé mis estudios doctorales. Pude iniciar y realizar el doctorado en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA gracias a la obtención de una beca doctoral otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Cabe destacar que la posibilidad que me brindó acceder a esta beca fue determinante en mi continuidad en los ámbitos académicos. Desde entonces y hasta la actualidad vengo acompañando procesos organizativos de la propia comunidad qom, apoyando desde una “asesoría técnica” proyectos e iniciativas expresados por distintas organizaciones indígenas, espacios comunitarios, e incluso iglesias locales.

En este acompañamiento –que ya no se restringe al barrio Los Pumitas sino que incluye organizaciones de otros asentamientos- se conjugan relaciones afectivas, compromisos ideológicos, y la certeza sobre la imposibilidad de la neutralidad del investigador.

En relación a este último punto, el proceso de investigación implicó, en la práctica, el desafío de poner en tensión el equilibrio (posible) y necesario entre “compromiso y distanciamiento” (Elías, 1983). Aquí retomamos los planteos de Achilli (2000) cuando sostiene que la experiencia intersubjetiva impone involucrarnos como “investigadores” en una experiencia de extrañamiento y familiarización dentro de una dinámica de mutuas tipificaciones, de acercamientos, de distancias que nos van modificando como sujetos. Esta dimensión teórico-metodológica y ética resulta crucial

a la hora del análisis interpretativo y en la contextualización del proceso de investigación (2000).

En el momento de mayor intensidad de mi trabajo de campo para la presente tesis, este acompañamiento se plasmó en mi participación en un espacio de alfabetización para adultos durante el 2010 y parte del 2012 que se desarrolló en el centro comunitario Qadhuoqté y en la iglesia Cuadrangular. Tanto el surgimiento de este espacio como mi participación–en carácter de alfabetizador- resultan ilustrativos del modo en que acompañé los procesos organizativos locales.

En el desarrollo de las actividades de la organización Qadhuoqté (al igual que en la mayoría de las organizaciones indígenas de Rosario) existe una importante participación de mujeres qom que resulta clave para el sostenimiento de las acciones implementadas cotidianamente. Sin embargo, esta participación se reducía a “roles secundarios”; las mujeres no llegaban a ocupar espacios centrales en la toma de decisiones o cargos de representación institucional (por ejemplo en los consejos o comisiones locales). Al problematizar esta situación junto al referente de la organización, se abrió un escenario en que se cruzaron procesos histórico-culturales y en especial de desigualdad de género. Se visualizó entonces que uno de los principales obstáculos –subrayado por las mismas mujeres– para acceder a estos espacios era la “falta de conocimiento” sobre cuestiones vinculadas a la gestión institucional, a herramientas organizacionales y jurídicas.

De esa problematización nació la propuesta de crear un espacio de formación para mujeres qom en gestión institucional. El proyecto se denominó, “De colaboradoras a protagonistas: espacio de formación de mujeres qom en gestión y herramientas organizacionales y derechos humanos” y se abordaran cuestiones tan sencillas como necesarias: desde cómo confeccionar una acta de reuniones, elaborar notas para presentaren oficinas estatales, diseñar proyectos, hasta instancias de capacitación en Derechos Humanos (legislación vigente; derechos indígenas; convenios internacionales; derechos de las mujeres; etc.) En este marco emergió un fuerte impedimento: una gran cantidad de mujeres qom –sobre todo las mujeres adultas- no sabían leer ni escribir. Por lo tanto, ante esta situación se decidió partir desde “un escalón más abajo” pero seguramente más fundamental, el de crear un

espacio de alfabetización dirigido a las mujeres qom, aunque por supuesto no se restringía a ellas ya que también participaron varones adultos.

Al mismo tiempo, debido a que ciertas familias qom –principalmente ubicadas “en el fondo” del barrio- no se vinculaban a la organización Qadhuoqté, decidí junto al pastor de la iglesia Cuadrangular construir otro espacio de alfabetización en dicha institución la cual tenía mayor presencia y relación con esas familias.

Lograr alfabetizar a diez adultos qom durante todo ese proceso no sólo me permitió vivir una experiencia conmovedora sino también me permitió una presencia continuada en el barrio durante muchos meses, durante muchos días.

Quisiera aclarar que ninguna de las personas y familias que participaron de este espacio de alfabetización fueron incluidas en mi descripción de las trayectorias de atención, es decir ninguno de los grupos domésticos seleccionados en los capítulos 4, 5 y 6 asistió a este espacio. Mi participación en este espacio de alfabetización me permitió no sólo “sentirme útil” sino también insertarme en la vida barrial, a partir de un “estar en el barrio” frecuente y habitual que me permitió participar de las dinámicas comunitarias, de charlas informales, de los chismes, de los chistes, y de toda una serie de acontecimientos vinculados a los procesos s/e/a/c.

Mi recorrido previo a la realización de la presente investigación y a las relaciones construidas a lo largo de los años con distintas familias del barrio Los Pumitas facilitaron la entrada “a terreno” y la realización de las actividades programadas. A su vez, me permitieron tener una relación con mis interlocutores no mediatizada/intermediada por los referentes comunitarios, políticos, religiosos, o incluso por miembros del equipo del centro de salud.

Por otro lado, este recorrido o conocimiento previo, incidió en el modo en que la investigación fue presentada a las organizaciones y las familias. Esto es, lejos de un encuentro inicial, de presentación personal (quién soy, qué hago y de dónde vengo), las actividades se centraron en explicitar el nuevo marco de mi presencia (los nuevos objetivos, mi nuevo rol y marco institucional, las nuevas actividades, etc.). En este sentido, la presentación de la investigación ante las autoridades comunitarias consistió principalmente en una redefinición de mi presencia en el barrio. Paralelamente los lineamientos y objetivos de la investigación fueron presentados al

equipo del centro de salud. En ambas presentaciones se garantizó el anonimato de los participantes.

### **Técnicas etnográficas**

Consideramos a las técnicas etnográficas como herramientas o instrumentos flexibles que se van construyendo en el devenir de un proceso metodológico, atendiendo a lo que “sucede” durante el trabajo de campo. En el marco de este proceso metodológico y contemplando los condicionamientos del contexto –potencialidades tanto como limitaciones- la estrategia etnográfica contempló la utilización combinada de técnicas, específicamente, observación participante y entrevistas (en profundidad y semi-estructuradas). No obstante, el énfasis puesto en cada técnica fue notoriamente dispar debido a que la principal técnica utilizada fue la observación participante. Esta centralidad de la observación participante obedeció a distintos condicionantes y a decisiones vinculadas con diferentes dimensiones del proceso de investigación.

Una de estas dimensiones se vincula a una pregunta metodológica que me inquietó durante todo el trabajo de campo, que refiere a ¿cómo registrar la dinámica (la vida) de un barrio? Las trayectorias de atención de las familias qom, o mejor dicho, los modos en que surgen y se resuelven los eventos de salud, enfermedad y atención y cuidado, se conjugan en el devenir comunitario que difícilmente se pueda comprender desde la realización de entrevistas, por más abiertas y flexibles que éstas sean. Por lo tanto el tan mentado “estar ahí” etnográfico -observando prácticas, rutinas, conflictos y dinámicas cotidianas- se tornaba un aspecto central e indispensable del trabajo de campo.

La observación participante es una de las técnicas centrales de la antropología. Según Guber, la observación participante “consiste en dos actividades principales: la observación sistemática y controlada de todo lo que acontece en torno al investigador -no importando si se participa o no en las actividades- y participar, tomando parte en las actividades que realizan los miembros de la población en estudio” (Guber, 1991:1975). Acordamos con esta autora cuando sostiene que dicotomizar entre “observar” y “participar” es “caer bajo un influjo positivista que sitúa al rol del investigador como neutral y no valorativo” (en Achilli, 2002:5). Sobre este punto

Willis plantea que “el hecho de insistir en la pasividad del investigador participante se basa en la creencia de que todo sujeto de investigación es realmente un objeto” (Willis, 1980:7).

Siguiendo a Rockwell, entiendo el proceso de observación como “selectivo”: “el investigador siempre selecciona en función de categorías previas - sociales y teóricas - sobre la realidad a la que se aproxima. La tendencia normal es eliminar de la vista todo aquello que supone irrelevante. Por ello es importante en la tradición etnográfica insistir en la consigna de ‘observar todo’, aunque de hecho sea imposible” (1980:42).

Sabemos lo importante que es asegurar la textualidad de lo dicho, a partir de poder grabar o tomar nota durante la observación. Durante mi trabajo de campo hubo momentos donde tomar nota no resultaba posible o aconsejable. En función de este obstáculo, y con el propósito de captar esa textualidad tuve que recurrir, como plantea Rockwell, a “largos períodos dedicados a reconstruir de memoria la interacción inmediatamente después de que ocurre”. Según la autora, esto posibilita el “entrenamiento de procesos mentales, el uso de recursos personales, para escuchar y luego recordar lo dicho” lo cual abre a agudizar esta capacidad en el transcurso del tiempo (Rockwell, 2009:09).

Ha de señalarse asimismo alguna cuestión en torno del uso del grabador de sonido. “La aparición del grabador” en manos de universitarios (y más aun de antropólogos) en las interacciones con los vecinos qom de Los Pumitas podría ser el foco de un análisis en sí mismo, que incluso podría llevarnos a interpelar la trayectoria de la propia antropología (al menos de ciertas corrientes teóricas) y sus modos de relacionarse con sus “informantes”<sup>8</sup> en general y con los pueblos indígenas en particular.

Las referencias de distintos integrantes de la comunidad qom sobre el grabador (como emblema de la presencia del antropólogo) fueron frecuentes y estuvieron cargadas de valoraciones negativas: “cuando aparecen con el grabador nosotros ya desconfiamos”, “sabemos que nos quieren sacar nuestras palabras y hacer libros, y después no vuelven nunca más”.

---

<sup>8</sup> En este trabajo acordamos con la crítica que formula Cardoso de Oliveira (2004) a la noción de “informante” para lo proponer la de “interlocutor”.

Decidí entonces utilizar el grabador en situaciones específicas, y principalmente cuando mi interlocutor me conocía desde hacía bastante tiempo, sabía de mis intereses, y cuando ya existía cierto vínculo de confianza. Cuando estas condiciones no se daban, recurría al registro escrito o a la reconstrucción a posteriori.

En este marco, la técnica de la observación participante pudo ser desplegada con su mayor intensidad en el registro de la vida cotidiana y el desarrollo de las trayectorias de atención de las familias qom (es decir principalmente en función de los objetivos específicos 1 y 2). Complementariamente realicé entrevistas en profundidad como se comentó anteriormente.

Las entrevistas en profundidad fueron efectuadas utilizando una guía de pautas abierta e intentando reducir al mínimo la participación del entrevistador, permitiendo así a los entrevistados asociar temas y problemas y dar coherencia libremente a sus relatos. El empleo de esta técnica garantizó la obtención de datos ricos y profundos sobre los sentidos y significaciones asignados a las trayectorias terapéuticas, los procesos de atención y otras dimensiones de la vida cotidiana. La duración de las entrevistas dependió de la disposición de los entrevistados.

En el caso del objetivo específico 3, la técnica etnográfica mayoritariamente utilizada fue la entrevista en sus dos modalidades (en profundidad y semi-estructuradas). Realicé entrevistas semi estructuradas a 14 integrantes del equipo del centro de salud. Como ya planteamos, con la intención de poder expresar la heterogeneidad de perspectivas al interior del equipo de salud, entrevistamos a trabajadores de distintas especialidades médicas, psicóloga, trabajadora social y administrativos. Adicionalmente realicé *observación participante* en las actividades del centro de salud vinculadas con la temática de investigación. Ello incluyó el registro sistemático y detallado de los discursos espontáneos, así como también de las interacciones y prácticas. En este punto la observación participante resultó una estrategia clave para poder identificar un conjunto de intervenciones vinculadas a dar respuesta a la atención que en los relatos sobre las prácticas profesionales quedaban ocultas. Previamente comuniqué al equipo de salud los objetivos de la investigación y solicité su consentimiento para la observación.

En definitiva, la profundización del enfoque etnográfico requirió de una menor estructuración de las actividades de trabajo de campo vinculadas al seguimiento de las trayectorias de atención qom (objetivos específicos 1 y 2) en comparación con las técnicas etnográficas implementadas en el centro de salud (objetivo específico 3).

En lo referido al procesamiento y análisis del material el primer paso lo constituyó la desgrabación y edición de las entrevistas como textos, la organización y sistematización de los mismos y de los registros de observación<sup>9</sup>, y la definición preliminar de las categorías de descripción y análisis.

---

<sup>9</sup> Los entendemos los registros etnográficos como los documentos en el que se inscriben tanto las distintas manifestaciones observacionales -verbales y no verbales- de una situación, evento o acontecimiento como del contexto de la observación y/o entrevista. Con el propósito de mantener el anonimato de quienes participaron en esta investigación utilizaré nombres ficticios.

## Capítulo II

### Los Qom en Rosario

*El hombre es tierra que anda  
Atahualpa Yupanqui*

#### **La migración a la ciudad**

Los qom (o toba) 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).

En Argentina, durante los siglos XIX y XX, los pueblos originarios padecieron numerosos cambios en su estructura social, económica y política, entre los cuales el deterioro de su medio ambiente y los cambios en sus modos de vida locales contribuyeron a acrecentar sus migraciones a los centros urbanos (Trincherro, 2000).

La migración de las primeras familias qom a la ciudad de Rosario comenzó a finales de los años sesenta (Griva y Stroppa, 1983). Esta migración se produjo en el marco de la descomposición sistemática de las economías regionales, las variaciones anuales en la cosecha de algodón, el aumento de la competencia de braceros criollos procedentes de provincias vecinas en la zona algodonera, la progresiva urbanización de familias qom en ciudades de Chaco, la crisis en la viabilidad de las colonias aborígenes por los bajos rendimientos de las cosechas (Garbulsky, 1993), así como también la tecnificación de las mismas:

*(...) me eligieron delegado de la empresa y como no tiraba bien con los patrones, ahí me echaron. Después trabajé en la carpida, cortaba quebracho y vinieron las máquinas y ahí nos quedamos sin trabajo y nos vinimos para acá, y ahí quedamos. (Paulino, anciano qom residente en Rosario)*

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 intensidad mayor a partir de 1982, cuando la provincia de Chaco fue afectada por inundaciones sin precedentes.

Hasta esos años, como ha señalado Garbulsky, la presencia de los qom en la ciudad “fue un elemento inadvertido para la mayoría de la población rosarina, educada en las creencias de la desindianización y del hecho admitido por todos de que en la provincia no había indios: los que se encontraban iban y venían de sus lugares naturales (Chaco), etc. La percepción de la población comienza a variar desde 1983” (1993:10). 1983 y 1984 fueron años clave en el aumento de la presencia de pueblos indígenas en la ciudad, a causa de las mencionadas inundaciones, al sistemático avance de los latifundios y la expansión de la frontera agraria. La expulsión de la poca tierra de que disponían forzó a una importante cantidad de familias qom a migrar a Rosario -entre otras ciudades- en búsqueda de mejor vida.

Esta situación, ya crítica, se deterioró en el transcurso de la década de 1990 con el impacto de las políticas neoliberales impulsadas por el gobierno menemista, el estallido de la crisis político-institucional del país a principios de 2000, y la profundización del proceso de desmonte con el objetivo de impulsar el cultivo de soja en los años siguientes.

Las transformaciones que se generaron en la ciudad a partir de las modificaciones de las relaciones socioeconómicas vinculadas con los cambios en las políticas y modelos económicos capitalistas de libre mercado, configuraron todo un conjunto de situaciones que profundizaron la pobreza estructural, con el aumento del desempleo y las situaciones de “exclusión” de crecientes poblaciones. Como señala Achilli (2000), se dieron dos procesos en relación con estas transformaciones: por un lado las modificaciones en el mundo del trabajo con los cambios en las relaciones socioeconómicas y por otro, las modificaciones económicas, socioculturales y demográficas signadas por las diferenciaciones entre provincias y regiones que provocaron migraciones desde espacios “expulsores” hacia espacios “receptores”. Ambos procesos impactaron en la configuración de diversidades y desigualdades en la ciudad (2000).

El proceso migratorio implicó traslados de grupos domésticos completos y en ocasiones éste se produjo en su variante “escalonada” (Radovich, 2004), donde un integrante en edad productiva comienza el proceso de migración para luego sumar a los demás miembros del grupo. Esta variante generalmente se inicia en un contexto rural como, por ejemplo, algún paraje, continúa en pequeñas localidades, para luego desplazarse a grandes y lejanos centros urbanos como Rosario (Cardini 2010). Una característica destacada de estos procesos es el papel que juegan las distintas redes, principalmente de parentesco. En términos generales, como señala Vázquez (2000), la lógica de los asentamientos en Rosario respondió a un sistema de lealtades y de parentesco y a una misma pauta: cuando un indígena se instalaba en uno de los asentamientos y conseguía -mediante changas u otros trabajos- dinero suficiente para traer parte de su familia, o fundaba otra, primero residía en la casa de un pariente o conocido hasta que lograba construirse una vivienda precaria para recibir a su propia familia. Este ciclo se reprodujo de un modo más o menos semejante a lo largo del tiempo. La organización familiar es la de la familia extensa: dos, a veces tres generaciones, viven en la misma vivienda. Como explicaba Florencio, otro anciano qom del barrio Los Pumitas de Rosario:

*(...) los tobas siempre se van juntos, y si no se van juntos después se encuentran, parecen los patos, los patos no se entreveran con otras aves, parece que es como un espíritu de ave también. Se preguntan uno a otro de allá ¿cómo estás?, ¿cómo vivís?, ¿conseguiste trabajo? Se van contando, acá hay escuela, mejor para los chicos, acá mejor en Rosario de los que están afuera, acá mejor para el trabajo, para comer, hay gente que nos ayuda, así como ustedes, como el gobierno y ya nos quedamos.*

El medio de transporte mayoritariamente utilizado por los qom que migraron a Rosario fue el “tren carguero” durante la década de 1980. En las últimas décadas la modalidad de transporte mayoritariamente utilizada entre las regiones de origen y Rosario fueron los ómnibus de los llamados “contratistas”. Estos servicios salen directamente desde los barrios indígenas, los choferes de los mismos -en el caso de

Los Pumitas- son vecinos del asentamiento y el costo de los pasajes es notoriamente más económico, como más adelante describiremos.



Fuente del mapa: elaboración propia sobre mapa extractado de Google Maps.

Los lugares de origen son principalmente: Roque Sáenz Peña, Las Palmas, Machagai, Quitilipi, Pampa del Indio, Castelli, Tres Isletas, Colonia Aborigen, Quebrada, Villa Berteth, Nueva Pompeya, El Mojo, Manantial, Miraflores, y distintos parajes al norte de Villa Bermejito (como el paraje El Colchón).

### **Los qom en Rosario**

Así, las migraciones internas estuvieron estrechamente vinculadas al crecimiento desigual de las diversas regiones del país, imbricadas con las políticas de ajuste y transformación del aparato productivo (Achilli, 2000). En los últimos 30 años la ciudad de Rosario ha sido receptora de distintas poblaciones migrantes de la provincia de Chaco, y específicamente de familias qom. Rosario se caracteriza por un contexto urbano segmentado y desigual con altos niveles de desempleo y

empobrecimiento. Estos procesos han configurado un conjunto de heterogeneidades al interior de la ciudad, que permiten contextualizar la presencia qom (Cardini 2010).

Las primeras familias qom que llegaron a Rosario se asentaron en el barrio Empalme Graneros (Distrito Norte y Noroeste), específicamente en el asentamiento que en la década de 1980 se denominó “Las Moras”.

En abril de 1986, a partir de la gran inundación que se produjo en Empalme Graneros, se generó en este barrio un movimiento llamado: “Nunca Más Inundaciones” (UN.MA.IN) que desbordó la Asociación Vecinal, la incluyó y generó participación de diversos sectores del barrio. Como señaló Garbulsky, este movimiento, hegemonizado por los sectores medios, no abarcó en su desarrollo a los sectores villeros, entre los que se encontraba la población qom. El UNMAIN significó un grupo de presión importante hacia el municipio y la provincia, promoviendo la erradicación del núcleo migratorio qom que se había instalado en una zona conflictiva, a saber, en el área en la que se programaba la realización de obras cloacales. Ya en 1984, las autoridades municipales habían pretendido enviar a estos grupos instalados en Empalme de vuelta a Chaco. A mediados de 1986, aparecieron pintadas en los barrios adyacentes que decían “HAGA PATRIA, MATE A UN TOBA”, y luego, carteles firmados por el UNMAIN titulados “Por qué erradicar la comunidad Toba” (Garbulsky, 1993).

A fines de los años 80, la municipalidad de Rosario implementó a través del Servicio Público de la Vivienda el proyecto “Relocalización de la Comunidad Toba del barrio Empalme Graneros”. El proyecto implicó la construcción de un nuevo barrio en terrenos municipales ubicados en el Distrito Oeste -en el límite de la ciudad- denominado “Barrio Toba Municipal”, también conocido como “Barrio Roullión” o “el barrio de la Vivienda”<sup>10</sup>. En 1991 se terminaron de construir 352 viviendas, en las cuales fueron relocalizadas alrededor de 320 familias qom, de las 800 que se calculaba residían en Rosario en ese momento.

Según datos arrojados por el INDEC a partir del Censo Nacional 2010, en la provincia de Santa Fe viven 48.265 personas que se auto-reconocen como

---

<sup>10</sup> Son 22 hectáreas delimitadas por las Av. Provincias Unidas y Av. Circunvalación, calle 1819, calle Felipe Moré y calle 1917.

pertenecientes a un pueblo originario o descendiente directo de los mismos. Debido a que esta información no se encuentra desagregada por ciudad, no existen cifras específicas sobre la población qom en la ciudad de Rosario.

Ciertos relevamientos realizados por la municipalidad indican la existencia de 6.000 personas que se reconocen como pertenecientes a un pueblo originario. No obstante, los referentes de las organizaciones indígenas cuestionan dicha cifra y estiman un total de entre 20.000 y 25.000 personas, mayoritariamente del pueblo qomy en menor medida del pueblo mocoví<sup>11</sup>, que se localizan mayoritariamente en tres grandes asentamientos<sup>12</sup>ubicados en el llamado cinturón de pobreza de la ciudad y son denominados:

- “Roullión” (aquí incluimos el llamado barrio Municipal Toba, sectores de Tacuarita, La Cava, Cariñito, Nam Qom, La Lagunita, entre otros);
- “Travesía y J. J. Paso” (aquí incluimos “Barrio Industrial”, “El Piso” y “Los Andes”) y
- “Los Pumitas”.

Estos tres asentamientos se distribuyen en distintas áreas de la ciudad (los distritos oeste, norte y noroeste, respectivamente<sup>13</sup>), sin embargo es importante subrayar que muchas familias extensas qom están distribuidas en los tres asentamientos, de modo tal que mantienen una movilidad permanente entre los mismos. Cabe destacar que en la actualidad existe una e incluso dos generaciones del pueblo qom que han nacido y se han criado en la ciudad de Rosario.

### **“Los Pumitas”**

De los asentamientos indígenas de Rosario, “Los Pumitas” es el de formación más reciente, habiéndose iniciado su construcción en los primeros años de la década de 1990. “Los Pumitas” es la denominación que se utiliza para identificar un asentamiento irregular ubicado en el barrio Empalme Graneros en el distrito noroeste

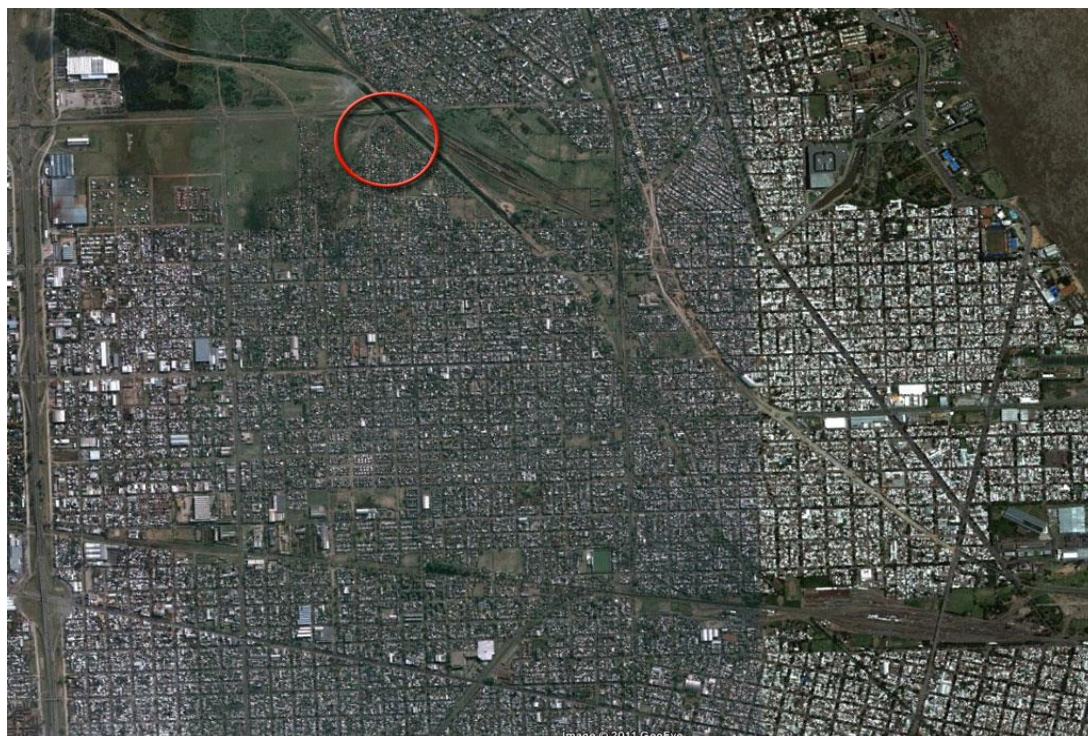
---

<sup>11</sup> En mucha menor proporción viven en Rosario familias pertenecientes a otros pueblos originarios como el kolla, mapuche, guaraní, wichí, entre otros.

<sup>12</sup> Existen otros sectores de la ciudad donde se localizan algunas familias qom, como por ejemplo Villa Banana, entre otras.

<sup>13</sup> En el marco de una política de descentralización, la Municipalidad de Rosario ha dividido la ciudad en 6 Centros Distritales.

de la ciudad de Rosario. Denominación que surge de la vinculación con el nombre del club “Los Pumas” constituido como una referencia del mismo. Si bien se podría establecer los límites de Los Pumitas en función de un triángulo conformado por calles Garzón (al oeste), Génova (al sur) y el arroyo Ludueña (norte-este), puede decirse que los límites del barrio no están claramente establecidos, sino que más bien se redefinen en función de la dinámica que van adoptando los grupos domésticos qom en su distribución en el territorio<sup>14</sup>.



Fuente del mapa: elaboración propia sobre plano extractado de Google Maps.

En este asentamiento, que no está urbanizado, viven aproximadamente 350 familias qom en condiciones de pobreza extrema. Todo el emplazamiento se asienta sobre tierras de dominio público y privado. El Servicio Público de la Vivienda de la Municipalidad de Rosario define a esta zona como no apta para asentamientos

---

<sup>14</sup> Como ejemplo se puede mencionar el modo en que redefinió la extensión del asentamiento a partir de las nuevas “tomas” de un terreno ubicado detrás el club “Los Pumas” junto al arroyo, que históricamente se encontró deshabitado y utilizado como basural. Las tomas fueron producidas por familias del mismo asentamiento en el año 2010.

habitacionales debido a que son terrenos considerados inundables<sup>15</sup>. 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 la formación del asentamiento -como también en la distribución de las viviendas en el territorio- se evidencia una lógica que está sustentada en la trama de relaciones de solidaridad y parentesco. A su vez, existe una notoria movilidad en lo que refiere a mudanzas y traslados de grupos domésticos, la cual no se limita a Los Pumitas sino que también incluye a los restantes asentamientos indígenas de la ciudad de Rosario. La mayoría de las familias qom del barrio, antes de instalarse definitivamente en Los Pumitas vivió -por períodos breves- en los otros asentamientos indígenas de la ciudad. Las nuevas construcciones de viviendas se realizan dentro del terreno familiar, al compás de las nuevas uniones y parejas de los jóvenes.

La mayoría de las calles son de tierra -hay sectores que ni siquiera tienen el llamado “mejorado” o “alisado”- y también existen pasillos (algunos de los cuales cuentan con una “pasarela de cemento”) que en una importante cantidad de viviendas constituyen la única vía de acceso a las mismas. Tanto los pasillos como determinadas calles suelen anegarse con las lluvias impidiendo la circulación por las mismas.

En términos generales, las viviendas del asentamiento son precarias y se evidencia un alto grado de hacinamiento. Son habitadas por muchos integrantes abarcando todas las franjas etarias. Los materiales de construcción utilizados son de variadas combinaciones, pero en su mayoría se trata de construcciones poco sólidas (bloques, chapa, madera e incluso nylon) que en ocasiones tienen piso de tierra. Casi la totalidad de las viviendas cuenta con un patio de tierra o terreno en donde las familias realizan gran parte de las actividades domésticas cotidianas. En estos patios es habitual observar alguna mesa y sillas o elementos que pueden cumplir dichas

---

<sup>15</sup> Como mencionamos, uno de los límites del barrio es el arroyo Ludueña. Por motivo de las grandes lluvias que se produjeron en abril de 2007, este arroyo estuvo a punto de desbordarse, lo que generó la evacuación de todas las familias del barrio. En los años posteriores, se realizaron obras de infraestructura en el cauce del arroyo. No obstante, aún no se efectuaron los estudios oficiales para establecer la situación de dicho terreno en relación con su inundabilidad.



funciones. Las viviendas presentan amplias zanjas en sus frentes para el desagüe. Estas zanjas contienen aguas servidas y basura.

Resulta frecuente observar animales (principalmente perros) bebiendo de estas zanjas. La mayoría de los perros callejeros e incluso los domésticos están visiblemente enfermos, con sarna, parásitos o garrapatas.

Dentro de esta caracterización general se pueden identificar ciertos matices dentro del asentamiento. Mientras que un sector se encuentra un poco más estructurado, con algunas casas de material, mejorado de calles y familias que llevan asentadas mucho tiempo allí, “en el fondo” del barrio la infraestructura es mucho más precaria, con niveles de vulnerabilidad que se van incrementando por la construcción de casas en los bordes del arroyo Ludueña. En esa zona el asentamiento pierde el patrón de ordenamiento territorial y las calles y las manzanas no están definidas.

El barrio cuenta con una plaza ubicada en el centro del asentamiento, junto al “Playón Deportivo”<sup>16</sup>. Tiene varios bancos de cemento deteriorados y juegos para niños dañados. Éste es el lugar por donde circulan niños y adolescentes (principalmente varones) en todo horario. Es evidente la falta de mantenimiento de la plaza. El estado actual de este espacio destinado para la recreación de los niños limita notoriamente las posibilidades de juego.

Por la noche, “la placita” es el lugar de encuentro más habitual de adolescentes y jóvenes. Al no contar con una buena iluminación, al anochecer no se logra identificar -mirando desde lejos- quiénes se encuentran allí. Otro lugar de encuentro nocturno de los jóvenes son “*las esquinas de los pasillos*” y ciertos negocios y kioscos que venden diversas bebidas. En menor medida, algunos jóvenes qom de Los Pumitas concurren a los otros barrios indígenas. Durante los fines de semana el barrio mayoritariamente elegido es el de “Travesía y J. J. Paso” por proximidad y porque es concebido como con mayor movimiento nocturno a diferencia de Los Pumitas que es descrito como “*más tranquilo*”.

La población que vive en Los Pumitas tiene notorias dificultades para acceder a los **servicios básicos**: se observa un deficiente y deteriorado alumbrado público en

---

<sup>16</sup> Consisten en playones construidos por la Municipalidad que cuentan con aros de básquet y arcos de fútbol.



las calles del barrio, las conexiones eléctricas domiciliarias son precarias y se registran frecuentes cortes de luz tanto en los meses de invierno como de verano.

La recolección de residuos se realiza en forma irregular, los camiones acceden en forma parcial, dando lugar a la conformación de micro-basurales en varios sectores del barrio. Incluso en los sectores donde existen grandes contenedores se suelen generar grandes cúmulos de basura alrededor de los mismos. En ocasiones, algunos vecinos acostumbran prender fuego a estos micro-basurales con el objetivo de reducir su tamaño.

Con respecto a la provisión de agua potable, existen conexiones irregulares a partir de prolongaciones de mangueras hacia el interior de cada casilla. Durante los meses de verano resulta habitual la falta de suministro durante el día en los sectores “del fondo” del barrio. En esos períodos las familias acumulan agua en baldes o distintos recipientes que se dejan al aire libre en los patios de las viviendas. Debido a que una de las actividades domésticas que realizan diariamente las mujeres es el lavado de la ropa a mano, la falta de agua o la disminución del suministro implica que esta actividad -que requiere acopiar y trasladar gran cantidad de baldes o tarros de agua- insume la mayor parte del tiempo de sus tareas domésticas.

El asentamiento no cuenta con sistema cloacal, las viviendas sólo cuentan con letrinas. La eliminación de excretas es en pozos negros, muchos de ellos hoyos o excavaciones en la tierra que muchas veces no son viables para desagotar. La mayoría de las viviendas tiene la letrina ubicada en el fondo de su terreno, a varios metros de la casilla.

Tampoco se cuenta con sistema de red de gas natural. La calefacción se realiza con estufas eléctricas y mayoritariamente mediante “braseros”. Si bien ciertos grupos domésticos cocinan con hornos adaptados a garrafas, la mayoría -al no poder acceder a las mismas debido a su alto costo- cocinan y calientan el agua en los braseros. Las comidas de olla (guisos de fideos o arroz, pucheros, etc.) constituyen el menú principal. En la mayoría de las casas se cocina generalmente una vez al día. De lunes a viernes, los niños desayunan (o meriendan) y almuerzan en el comedor de la escuela según la franja horaria a la que asisten.

En invierno, la necesidad de utilizar agua caliente para bañarse implica incorporar en la rutina cotidiana familiar una actividad adicional. Dada la ausencia de red de gas y la dificultad para comprar garrafas, algún integrante de la familia se dirige con un carrito fuera del barrio en búsqueda de “leña” o “maderitas” con las cuales se enciende el fuego que calentará el agua en ollas de unos cinco litros, con la que finalmente se bañarán.

Los **ingresos económicos** de las familias qom son variables. En cuanto a condiciones de trabajo, la mayoría de estas poblaciones no cuenta con trabajo estable, desempeñándose en el “sector informal”. Los varones principalmente realizan trabajos vinculados a la construcción o changas. En los últimos años algunos varones comenzaron a participar de asociaciones cooperativas contratadas por la municipalidad para realizar tareas vinculadas a servicios públicos (zanjeo, mantenimiento, etc.) Algunas pocas mujeres trabajan como empleadas domésticas, otras se sustentan a través del *mendiguelo*, venta o pedido ambulatorio en el centro de la ciudad junto a sus niños. Algunos niños o jóvenes obtienen dinero como “abre puertas” en paradas de taxis en la zona céntrica. La venta de artesanías (en cerámica y cestería) es otro medio de ingreso monetario en algunas familias.

También es significativa la actividad de cirujeo (reciclaje de basura, sobre todo con la venta de cartones y papel). La irregularidad de dichos ingresos no sólo se debe a las diferencias en lo obtenido cada día en las “recorridas”, sino también al precio que en ese momento se pague en la “compra-venta” del material cirujeado. Pudimos captar la importancia de esta variable a partir de nuestro trabajo en el verano de 2010. Al preguntar a José (ver trayectoria familiar en el capítulo 4) el motivo por el cual el carro aún tenía en su interior el material “cirujeado” -algo poco frecuente para esa hora de la tarde-, me respondió que el valor del precio del papel y del cartón era tan bajo que preferían conservarlos por unos días para ver si su valor subía “*al menos alquito*”. El cartón que se pagaba hacía unos meses \$1 por kilo, por esos días se pagaba \$0,15. En este período el grupo doméstico estaba obteniendo por lo “cirujeado” en una jornada aproximadamente \$10, mientras que en meses anteriores habían promediado \$40. Esta caída de ingresos afectó a numerosas familias de Los Pumitas ya que la

mayoría de los grupos domésticos cuenta con algún miembro que realiza este tipo de actividad.

También es preciso destacar una modalidad de intercambio no monetario que se produce entre los grupos domésticos que residen en Rosario y sus familiares de Chaco. Este intercambio es variado, pero una modalidad habitual consiste en el envío de bultos de ropa hacia Chaco y el retorno de artesanías o materia prima para realizar cestos -hoja de palma- e incluso ciertas hierbas medicinales (como ampliaremos en el capítulo 4).

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

Con respecto al **transporte público**, dos líneas de colectivo (110 y 129) pasan a 500 metros del asentamiento. Sin embargo, debido a que ambos recorridos coinciden en gran parte de sus trayectos, las posibilidades de movilizarse a distintos sectores de la ciudad desde el barrio se reducen considerablemente. En este sentido, es la línea 110 la que utiliza la mayor parte de la comunidad principalmente porque en su recorrido une los tres asentamientos indígenas y el centro de la ciudad.

Con respecto al transporte entre Rosario y la provincia de Chaco (principalmente las ciudades de Roque Sáenz Peña y J.J. Castelli), la mayoría de las familias se trasladan en los colectivos de los llamados "*contratistas*". Estos colectivos salen directamente de los barrios y suelen costar un poco más de la mitad del precio de los pasajes de los colectivos "*de la Terminal*", lo que facilita que se desplacen varios integrantes de una familia. Para acceder a los mismos uno se debe anotar previamente en listas. En Los Pumitas, el que conduce uno de los colectivos es un conocido vecino de una familia qom y es en su domicilio donde debe efectuarse la reserva. Los contratistas suelen establecer la fecha de retorno de los colectivos en los cuatro días, una semana o 10 días posteriores por lo cual es necesario también asegurar el pasaje de regreso. Estos recorridos hacia y desde la provincia de Chaco se efectúan durante todo el año.

Como ampliaremos en los capítulos abocados a las trayectorias de atención qom (cap. 4, 5 y 6), es interesante señalar que dentro del barrio Los Pumitas no existe

ninguna farmacia y que la más cercana se encuentra a unas 15 cuadras de distancia exceptuando la farmacia del centro de salud barrial. De este modo, la mayoría de las familias qom accede a ciertos medicamentos de venta libre en kioscos o despensas del barrio.

Con respecto al uso de la lengua qom (qom' lactac) resulta frecuente escuchar que -en comparación con los otros barrios indígenas de Rosario- en "Los Pumitas" es "*donde más se habla la idioma*". Un anciano de la comunidad que había vivido en los tres asentamientos, solía repetir que en este asentamiento es donde más se escucha a los niños hablar la lengua qom.

### **La trama institucional**

El barrio Los Pumitas presenta una compleja y dinámica trama institucional que incluye organizaciones indígenas, centros comunitarios, cooperativas de trabajo e iglesias (católica y pentecostales), que tienen historias, intereses, modalidades e intensidades de trabajo diversos en el territorio. Ha de subrayarse en este punto la ausencia de dependencias estatales dentro de los límites del barrio.

Para acceder a cualquiera de las instituciones públicas (escuela bilingüe, centro de salud más cercano, comisaría, instituciones de la Secretaría de Desarrollo Social, etc.) se requiere salir de Los Pumitas. A pesar de la distancia existente entre Los Pumitas y el centro de salud -entre 10 y 15 cuadras según los distintos sectores del asentamiento- dicho efector constituye una de las pocas "caras visibles" del Estado en el lugar, motivo por el cual sus servicios -principal aunque no únicamente el de trabajo social- reciben una amplia variedad de demandas y denuncias, muchas de las cuales exceden, como veremos más adelante, la órbita de un centro de atención primaria de la salud.

Con respecto a las instituciones educativas, la mayoría de los niños del asentamiento concurre a la escuela bilingüe<sup>1344</sup> "*Cacique Taigoyé*"<sup>17</sup> ubicada a unas 15 cuadras de Los Pumitas. Esta escuela cuenta dentro de su plantel docente con "maestros idóneos" de la comunidad y con un Consejo de Ancianos. En las

---

<sup>17</sup> La otra escuela bilingüe de Rosario es la 1333 "*DagalaicQuitagac*" (Nueva Esperanza) ubicada en el barrio Municipal Toba, la cual fue inaugurada en 1993.

instalaciones de esta escuela funciona por la noche una escuela para adultos. A su vez, una gran cantidad de niños de Los Pumitas asiste a otros establecimientos escolares, principalmente la escuela Pellegrini, donde mayoritariamente concurren criollos. Un importante número de niños qom escolarizados de Rosario son beneficiarios de la beca que otorga el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI). El cobro de estas becas siempre fue muy irregular, motivo por el cual periódicamente surgen quejas y reclamos por parte de los padres.

Las relaciones que establecen las poblaciones qom con el sistema educativo no serán analizadas en este trabajo. Sin embargo, no podemos dejar de mencionar un dato que apunta a caracterizar sus condiciones de vulnerabilidad: según fuentes del INDEC-ECPI<sup>18</sup> (2005) la tasa de analfabetismo para la población indígena de nuestro país es de 8,35%, mientras que para el resto de la población total es de 2,6%. Si bien algunos trabajos señalan que dicha tasa está subestimada para el caso de los pueblos originarios sosteniendo que supera el 9% (Del Río, 2007), la diferencia detectada es muy significativa, evidenciando la desigualdad en la que se encuentran los pueblos originarios frente al sistema educativo nacional y las dificultades del Estado para garantizar el derecho a la educación formal.

La mayoría de los adultos qom de Los Pumitas poseen estudios primarios incompletos. A partir de mi participación en espacios de alfabetización pude apreciar la existencia de un patrón de repitencia escolar -que culmina con la deserción en los primeros grados- y que se reproducía en las distintas historias familiares. En las diferentes historias familiares el ciclo de repitencia combinaba los mismos elementos: cuando eran niños -en Chaco- comenzaban la escuela cada año con entusiasmo pero luego se veían obligados a interrumpir su asistencia para participar en la cosecha de algodón junto a su familia. Luego de un par de meses y una vez terminada la cosecha se reincorporaban a la escuela hasta diciembre, pero debido a la gran cantidad de inasistencias no lograban “pasar” de grado.

Este ciclo de repitencia se reitera hasta que la diferencia de edad con sus compañeros criollos es tan grande que les da “*vergüenza*” continuar asistiendo.

---

<sup>18</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censo - Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas.

Algunos recuerdan también ciertas prácticas discriminatorias por parte de los niños “blancos” asistentes al mismo curso: *“nos decían ‘indios sucios’ o ‘crotos’ porque no teníamos ropa, y pedían que no teníamos que ir a esa escuela”*.

Entre las organizaciones del barrio se destaca la institución religiosa “María Madre de la Esperanza”. Esta institución católica es la más antigua del barrio y está ubicada en el centro del asentamiento y posee un predio de grandes dimensiones, toda una manzana, la cual está alambrada. Allí se realizan actividades de evangelización y acciones de asistencia social: alimentación y donación de ropa, apoyo escolar, y en ciertos períodos atención médica brindada por médicos voluntarios o residentes de una universidad católica privada.

La institución está a cargo de la monja María Jordán, una referente que tuvo notoria influencia en la organización de las familias qom principalmente durante la década de 1990. Durante esos años “la monjita” -como suelen llamarla- se situó como portavoz de la comunidad e instaló su institución con el propósito de canalizar la asistencia social que llegaba al barrio (recursos estatales tanto como donaciones privadas). Esta figura de portavoz de la comunidad qom (una frase característica que solía repetir en los reportajes era *“mis queridos tobitas”*) fue puesta crecientemente en discusión e interpelada por las organizaciones qom que se conformaron a principios del 2000. Desde entonces, tanto ella como la institución han ido perdiendo legitimidad y actualmente mantiene una relación tensa con las organizaciones indígenas -principalmente con la Qadhouqté- y con la mayoría de los grupos domésticos qom del barrio. Distintos referentes critican sus prácticas paternalistas y clientelares e intentan desarticular su rol de “mediadora” de los recursos que llegan al barrio. Si bien su desprestigio dentro del barrio es creciente, “la monjita” aún cuenta con cierto reconocimiento social en los medios de comunicación y en ciertos sectores medios y altos de la sociedad rosarina.

Entre los años 2003 y 2006 el centro comunitario Nam Qom tuvo un intenso proceso organizativo, a partir del cual se constituyó como un espacio comunitario importante para una gran cantidad de familias qom de Los Pumitas. Esta organización inició sus actividades a fines del año 2002 y estuvo integrada mayoritariamente por familias qom. Algunos de sus integrantes habían participado en la institución religiosa

María Madre de la Esperanza, pero a partir del malestar y enojo causados por su referente, decidieron crear un espacio comunitario propio.

El primer paso de la organización fue conformar una comisión directiva, como relató uno de sus integrantes: *“nos fuimos animando, sin saber mucho cómo era, fuimos armando la comisión y los cargos, fuimos hablando qué es lo que podemos hacer. La idea era hacer como hace la monja, pedir para que le donen cosas a la comunidad, pero después dijimos que nosotros no tenemos que pedir, sino que tenemos que hacer cosas por el barrio”*. La primera actividad fue un “taller de costura” en el marco del “Plan Jefes y Jefas de Hogar”<sup>19</sup>. Con el correr de los meses, a partir de un subsidio de la Municipalidad, lograron construir un pequeño salón comunitario ubicado en una de las calles principales del asentamiento que fue inaugurado el 8 de enero de 2003. La organización se estructuró en diferentes áreas de trabajo: Tierra, Educación, Salud y un espacio de actividades lúdicas dirigidas a los niños de la comunidad qom.

Los conflictos y las diferencias entre las familias involucradas llevaron a su disolución en 2006. No obstante, el Nam Qom resultó a mi entender un interesante proceso organizativo, que contribuyó a que algunas personas de la comunidad adquirieran experiencia en la gestión institucional y en la identificación de interlocutores de los distintos estamentos del Estado –principalmente municipales– para canalizar sus demandas.

A fines de 2005, paralelamente al declinar del Nam Qom, surgió la organización Qadhuoqté (que en castellano podría traducirse como “base” o “cimiento”) que desde entonces constituye el espacio comunitario qom más importante del barrio Los Pumitas y una de las organizaciones qom con mayor relevancia de Rosario (incluso de Santa Fe).

Desde su fundación tuvo un notable desarrollo organizativo, a partir del cual se constituyó como el epicentro de las distintas actividades comunitarias dirigidas a la población qom del asentamiento. Cuenta con una importante participación de personas de la comunidad. El local donde funciona se encuentra frente “al predio de la

---

<sup>19</sup> El “Plan Jefes y Jefas de Hogar” consistía en el pago de una ayuda económica no remunerativa a cambio de una serie de contraprestaciones que debían realizar los “beneficiarios” en una organización o institución pública. Este plan fue creado el 4 de abril del 2002 a través del decreto 565/02 y reglamentado por el Ministerio de Trabajo de la Nación.

monja”. Se observa que su construcción, ubicada en una visible esquina del barrio, cuenta con murales tan coloridos como alusivos a reivindicaciones indígenas.

En ella se realizan distintas actividades lúdicas (talleres de música, murga, taller de radio); asistenciales (“copa de leche”); educativas (alfabetización para adultos, apoyo escolar para niños, “alfabetización digital”); laborales (capacitación en oficios). El centro comunitario posee una biblioteca y ocho computadoras, desde las que se puede acceder a internet desde el año 2010<sup>20</sup>. El Qadhuoqté es la única organización del barrio que ofrece gratuitamente esas computadoras con acceso a internet a cualquier integrante de la comunidad. Recordemos que el acceso a internet es un requisito necesario para realizar ciertas gestiones como, por ejemplo, tramitar un turno en la ANSES.

Esta organización es la que lleva adelante el reclamo por la adjudicación comunitaria de las tierras del asentamiento. Este reclamo constituye la principal demanda de la organización al estado provincial. En el 2012 logró que la Autoridad Federal de Servicios de Comunicación Audiovisual -AFSCA- la autorizara a “instalar y poner en funcionamiento un servicio de radiodifusión sonora” -bajo el carácter de radio indígena- asignándole un lugar en el dial de frecuencia modulada.

Su presidente<sup>21</sup> es el principal referente político del barrio Los Pumitas. En el 2012 fue elegido por 16 organizaciones indígenas de la provincia de Santa Fe<sup>22</sup> para integrar el Consejo de Participación Indígena (CPI) dependiente del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI). Su participación en el CPI-INAI no le ha impedido manejarse con relativa autonomía en las internas políticas entre los distintos partidos gobernantes (municipalidad-provincia-nación). Justamente dicha autonomía le está permitiendo mantener vínculos con diferentes sectores en pugna de los distintos niveles del Estado. Posteriormente en el año 2015 fue elegido por las organizaciones

---

<sup>20</sup> A partir del vínculo con la ONG “Nodo Tau” se logró instalar en el techo del salón comunitario una pequeña antena a través de la cual se accede a señal Wi-Fi.

<sup>21</sup> Cada tres años las familias que integran la organización elijen al presidente y a la Comisión Directiva. El actual presidente fue reelecto repetidamente desde la fundación de la institución.

<sup>22</sup> Estas 16 organizaciones están inscriptas en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RENACI). En Santa Fe existe otro Registro de carácter provincial llamado RECA (Registro de Comunidades Aborígenes) que nuclea a 24 organizaciones indígenas bajo la órbita del Instituto Provincial de Aborígenes Santafesinos (IPAS) que funciona en el marco del Ministerio de Desarrollo Social de Santa Fe. La organización Qadhuoqté está reconocida en ambos registros.



qom de Santa Fe para integrar el Consejo del Instituto Provincial de Aborígenes (IPAS)<sup>23</sup>.

Otra organización del asentamiento es el Centro Comunitario “Cacique Taigoyé”, el cual responde a la organización política Corriente Clasista y Combativa (CCC). Este centro comunitario, que actúa de manera orgánica con centros comunitarios de otros barrios indígenas y no indígenas que responden a la CCC, organiza los piquetes sobre la avenida Circunvalación o “acampes” en el centro de la ciudad frente a dependencias gubernamentales como principal metodología de presión. Debido a que sus reclamos apuntan principalmente a obtener bienes asistenciales, la participación en estas actividades implica para las familias el ingreso de mercadería, insumos escolares, etc. Muchas familias de Los Pumitas participan de dichos piquetes pero su asistencia siempre ha sido mayormente fluctuante. En conversaciones sobre sus experiencias en los mismos, muchos expresan críticas al accionar de la CCC, críticas que van acompañadas de expresiones de resignación: *“no queda otra, no nos gusta ir pero al menos conseguimos colchones o chapas”*.

Tanto el Qadhuoqté como el Centro Comunitario “Cacique Taigoyé” (CCC) han conformado en los últimos años cooperativas de trabajo que suelen ser contratadas por la municipalidad de Rosario para realizar tareas vinculadas a servicios públicos (zanjeo, mantenimiento, etc.).

En el barrio Los Pumitas existen dos iglesias evangélicas indígenas de origen pentecostal a las cuales asiste una importante cantidad de familias qom: La Unida (IEU) y La Cuadrangular (IC). Las iglesias pentecostales indígenas<sup>24</sup> tienen una notable

---

<sup>23</sup> La provincia de Santa Fe puso en real funcionamiento en el año 2009 el Instituto Provincial de Aborígenes Santafecinos, según ley N° 11078, conformado por 6 consejeros electos por Asamblea de Comunidades Aborígenes de Santa Fe y se avanzó con la creación del Registro Especial de Comunidades Aborígenes (RECA), reconociendo a las comunidades como Personas Jurídicas de Derecho Público. Entre sus objetivos, IPAS, incorpora la perspectiva aborígen en el proceso de planificación estratégica provincial, relaciona a las comunidades aborígenes con las diferentes áreas del gobierno provincial, los gobiernos locales, OSC, garantizando el cumplimiento de lo establecido en la Ley Provincial N° 11.078.

<sup>24</sup> Los orígenes de las iglesias evangélicas indígenas del Gran Chaco se rastrean hacia comienzos de 1930 a partir del encuentro de algunos grupos qom con misioneros evangélicos, y en la década de 1940 con los pentecostales especialmente. La difusión del pentecostalismo entre los aborígenes de Chaco y Formosa tuvo como principal impulsor al predicador norteamericano John Lagar, quien en 1941 fundó la misión Go Ye, logrando una gran repercusión entre los indígenas de la región. Como sostiene Miller (1979: 85), la influencia de Lagar "fue sin duda de enorme significación", tanto en la conversión y bautismo como especialmente en el entrenamiento doctrinal y jurídico de varios de los futuros líderes

relevancia en los procesos comunitarios del pueblo qom en contextos urbanos como los Pumitas. Constituyen instituciones clave de la vida social del barrio, permeando toda una serie de ámbitos que exceden estrictamente “lo religioso”. La iglesia es un espacio de reunión, que promueve encuentros frecuentes y una intensa interacción entre vecinos, y en donde se canalizan problemas familiares, laborales, de salud, y se dialoga sobre el barrio. En este contexto, “*ser evangelio*” no implica simplemente asistir asiduamente al “culto”, sino más bien configura toda una serie de relaciones y prácticas vinculadas a la vida social. “*Ser evangelio*” afecta la vida como un todo debido a que, además de señalar la filiación a una iglesia evangélica determinada, es una categoría nativa que manifiesta múltiples facetas, indicando un status existencial que implica hacer propias ciertas normas morales (Wright, 2008). Estas normas morales incluyen la incorporación de una serie de prohibiciones como por ejemplo las de fumar o tomar bebidas alcohólicas. Prohibiciones que apuntan al alejamiento de los llamados “*vicios*”.

Las infraestructuras de la Iglesia Unida y de la Cuadrangular son -exceptuando el predio de la institución católica “María Madre de la Esperanza”- las construcciones techadas de mayor dimensión del barrio Los Pumitas. Los amplios salones, de paredes de ladrillo y techo de chapa, fueron construidos por las mismas familias vinculadas a dichas iglesias evangélicas.

La organización de ambas es similar a la de las iglesias pentecostales “blancas”. Los pastores son los referentes máximos de las iglesias locales y conforman cierto

---

del *evangelio* y fundadores de la IEU (Citro y Ceriani Cernadas, 2002). A su vez, el auge del pentecostalismo en el Gran Chaco estuvo fuertemente influido por las acciones desarrolladas en la segunda mitad de la década de 1940 por las figuras de Luciano (pilagá) y la de Pedro Martínez (qom), cuyas prédicas se extendieron por las provincias de Formosa y Chaco respectivamente, y sus mensajes combinaron elementos de la mitología tradicional y del ideario cristiano. El accionar de ambos ha influido de un modo notable en la expansión y penetración del evangelismo pentecostal entre las poblaciones aborígenes chaqueñas. Se han producido numerosos debates en torno de las figuras de Luciano y Martínez, así como también de los movimientos religiosos que encabezaron. Mientras que algunos autores pusieron el énfasis en las características intrínsecas y en ciertos atributos esenciales con menor atención a las circunstancias históricas en las que emergieron, otros trabajos como el de Gordillo (2006) enfatizan la necesidad de analizar su accionar -al igual que las prácticas shamánicas- en el marco de los contextos histórico-políticos en los que se desarrollan pues -según este autor- son justamente las experiencias colectivas de confrontación las que moldean dichos fenómenos sociales (2006). Asimismo, mientras que algunos acuerdan con la caracterización de estos movimientos como milenaristas (Cordeu y Siffredi, 1971; Bartolomé 1972), otros sugieren otras denominaciones tales como “re-vitalistas” (Miller, 1979).

esquema de liderazgo socio-religioso. Liderazgos que disponen de prestigio y legitimidad en términos comunitarios, y que requieren en su ejercicio de la adquisición de atributos tales como una fluida oratoria y escritura en castellano, así como de la capacidad de generar consensos y de administrar competentemente los bienes de la iglesia local.

Los pastores de ambas iglesias son indígenas y viven en una vivienda lindante o cercana a la edificación de la iglesia. Dichos liderazgos no están exentos de conflictos y disputas. En el caso de la IEU de Los Pumitas, durante mi trabajo de campo, la comisión directiva despidió a quien oficiaba de pastor a causa de alegados desmanejos en la administración del dinero de la iglesia.

Las iglesias pentecostales promueven una activa participación de los creyentes en su experiencia de la religiosidad, participación que se plasma en el canto, la danza, la oración y en *“dar testimonio”*. Los cultos se realizan los fines de semana -viernes, sábado y domingo- por la tarde- noche. Generalmente comienzan a las 19hs, no obstante este horario puede ser modificado según el período del año.

Por último, cabe señalar una característica de la dinámica del asentamiento en general y de las organizaciones qom en particular que pude registrar en el transcurso de mi trabajo de campo, a saber, la llegada constante de estudiantes universitarios de distintas facultades de la Universidad de Rosario (principalmente de Medicina, de Psicología y de Humanidades y Artes), agrupados en cátedras y proyectos de extensión, también de integrantes de organizaciones políticas u ONGs, todos ellos con propuestas de intervención en los centros comunitarios indígenas (primero en el Nam Qom y luego en el Qadhuoqté). También fue una constante en el devenir de estos proyectos que comenzaran en los meses de abril-mayo y se interrumpieran en octubre-noviembre. A pesar de proponerse proyectos de mediano y largo plazo, la mayoría no lograba continuar al año siguiente y sus integrantes no regresaban al barrio para dar las explicaciones al respecto. Este ciclo de inicio-abandono de “proyectos de intervención” para el barrio no se detenía: continuaba cada año con la presentación de nuevos estudiantes y grupos que llegaban con nuevas propuestas.

## Capítulo III

### “El Juana”

#### La red de Salud Pública Municipal

Rosario es la ciudad más poblada de la provincia de Santa Fe. Actualmente alberga un poco más de un millón de habitantes y se estima que el 40% de la población no cuenta con otra cobertura de salud más que los servicios públicos.

El sub-sistema de salud pública de Rosario provee servicios de salud a través de una red de servicios co-financiada y gerenciada por el gobierno municipal y el provincial. El municipio tiene a su cargo 52 centros de salud, siete hospitales, un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (el CEMAR es un efector que corresponde al segundo nivel de complejidad dentro del sistema de salud público) y un instituto de rehabilitación (ILAR). En la actualidad la red de servicios provincial en Rosario consta de cuatro hospitales y 36 centros de salud (CS). En los últimos años, provincia y municipio se registran intentos incipientes de coordinar la operatividad de ambos sistemas.

El centro de salud al que asiste la mayoría de las familias qom del barrio Los Pumitas depende de la Dirección de Centros de Salud de la Secretaria de Salud Pública (SSP) de la Municipalidad de Rosario. En cuanto a sus lineamientos normativos, esta dirección propone un abordaje de atención primaria de la salud principalmente a partir de tres directrices: *equidad*, concebida como “igual utilización de servicios a igual necesidad”, *programación participativa* -definida como “construcción colectiva del conocimiento epidemiológico” y *clínica ampliada*, entendida como “prácticas contextualizadas de acción en salud según la realidad social y cultural” (Trabajar en APS, 2003). 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. La estrategia de atención primaria es concebida como eje del sistema y el sistema es concebido como red.

Esta política de atención primaria de la salud (APS) entendida como estrategia organizadora del sistema por parte de la SSP se inició alrededor del año 1990. En su

estudio sobre el desarrollo de la APS en Rosario, Báscolo y Yavich (2010) distinguen momentos entre 1990 y 2008.

En la primera etapa (1989- 1995) –coincidente con el primer gobierno del Partido Socialista- se creó la Dirección Municipal de APS. La creación de dicha Dirección -que contaba con una asignación presupuestaria propia- inició un proceso de transformación del modelo imperante hasta ese momento caracterizado como “hospitalocéntrico”, en el que el primer nivel estaba constituido por “centros periféricos” o “dispensarios” dependientes formal y administrativamente de los hospitales. Pese a que en ese momento la Secretaría de Salud Pública aún no concebía a la APS como la estrategia organizadora del sistema, en ese período se comenzó a robustecer efectivamente el primer nivel de atención mediante la construcción de centros de salud. A su vez, en este período se incorporaron médicos residentes de distintas especialidades a los CS, lo cual permitió ampliar el horario de atención, así como también facilitó la relación con profesionales de los hospitales (otrora compañeros de residencia y/o ex compañeros de trabajo). Paralelamente se crearon diversas instancias de formación (residencia de Medicina General y Familiar, cursos de posgrado del Instituto Lazarte de la Universidad Nacional de Rosario, programas de capacitación permanente en servicio) que acompañaron y apuntalaron estos procesos (Báscolo y Yavich, 2010). Hacia 1995 había ya casi 30 centros de salud municipales en Rosario.

El caso del Instituto Lazarte es emblemático porque en su historia -y rol institucional- sintetiza ciertas particularidades que destacan a la ciudad de Rosario (y las producciones que emergen de la misma) dentro del sanitarismo argentino. Este instituto firma en el año 1992 un Convenio interinstitucional de Cooperación Técnica entre la Universidad Nacional de Rosario, la Municipalidad, el Centro de Estudios Sanitarios y Sociales de Rosario (CESS) y la Fundación Oswaldo Cruz (Escuela Nacional de Salud Pública, Brasil), con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS/OMS). El Lazarte contiene así en su devenir al CESS, institución fundada en 1974 que durante muchos años editó los *Cuadernos Médico Sociales*, una de las publicaciones más significativas del sanitarismo latinoamericano (Báscolo y Yavich, 2010).

Un segundo momento señalado por los referidos autores (1995-2000) se caracterizó por un fortalecimiento de la capacidad de gestión presupuestaria y administrativa de la Dirección de APS. En un contexto de aumento general del gasto municipal en salud, crecieron los recursos asignados al primer nivel de atención. Se amplió el personal de salud asignado a los CS y los programas nacionales, provinciales y municipales que antes se ejecutaban en los hospitales se trasladaron allí.

En este período se modificó la estructura funcional y operativa de la Dirección de APS, organizada a partir de entonces en coordinaciones por distrito<sup>25</sup>. A su vez, se crearon los llamados “Colegiados de gestión” y se convocó a todos los trabajadores de los CS a participar en los mismos en forma voluntaria. Según Báscolo y Yavich, esa participación “implicaba aceptar ciertos principios o axiomas básicos e indiscutibles - participación comunitaria, participación de los trabajadores de salud en la gestión, acceso universal y equitativo, salud como derecho, planificación descentralizada y trabajo profesional con autonomía y responsabilidad. Estos principios eran explicitados y legitimados en los colegiados y servían de paraguas para la discusión de líneas de gestión que transformarían el modelo de gestión y atención del primer nivel de atención” (2010:96).

Un efecto resultante de estos espacios fue el desarrollo del llamado “movimiento de APS” integrado por personal de los CS, principalmente médicos generalistas, trabajadores sociales y psicólogos. En este contexto además se propició el desarrollo de la participación comunitaria a través del vínculo entre los equipos de salud y las organizaciones barriales. El compromiso y la participación de los distintos CS en los colegiados fue dispar, y las innovaciones generadas a partir del mismo se fueron llevando a la práctica en forma desigual (según el nivel de motivación, las capacidades, las posibilidades y dinámica interna de cada equipo).

La etapa 2000-2004 estuvo signada por la profunda crisis socioeconómica, institucional y política que atravesó la Argentina entre el 2001 y el 2003. Durante este período el “movimiento de APS” amplió su capacidad de organización y se consolidó un discurso homogéneo en oposición al de otros actores del sistema que defendían

---

<sup>25</sup> En su política de descentralización, la Municipalidad de Rosario dividió la ciudad en seis Centros Distritales.

una visión más tradicional de la atención. Al mismo tiempo creció su poder e influencia en el sistema de salud, que se vio reflejado en el mantenimiento de la asignación de recursos al primer nivel de atención en el marco de un contexto económico recesivo y una fuerte crisis fiscal.

A su vez, los vínculos construidos entre los CS y las organizaciones comunitarias se vieron favorecidos por la afluencia de nuevos “beneficiarios” (principalmente mujeres) de planes sociales que llegaban a los efectores solicitando realizar su contraprestación laboral en ese medio<sup>26</sup>. En términos generales esta demanda era promovida por los propios equipos de los CS con la intención de mejorar los lazos con la comunidad (Báscolo y Yavich, 2010).

Una innovación –quizás la más relevante- en cuanto al modelo de atención estuvo dada en este período por la introducción del régimen denominado de *adscripción*. La *adscripción* supone el establecimiento de un vínculo entre determinados pacientes con un equipo de salud que se hacía responsable de su salud: “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 Adscripción..., 2004:1). Estos equipos de salud contaban, a su vez, con el apoyo de un equipo matricial<sup>27</sup>. El desafío que conllevaba la adscripción era la coordinación del proceso de atención. En la práctica, la adscripción se introdujo en forma gradual y de modos particulares según cada equipo de salud.

La última etapa (2004-2008) señalada por estos autores se caracterizó por la fragmentación política del “movimiento de APS”. Por un lado, surgieron disputas internas en torno de la toma de decisiones en el movimiento y los modos de entender el funcionamiento de la AP en Rosario. Por otra parte, en un contexto de un incipiente brote inflacionario y la postergación de la remuneración de los trabajadores en la agenda de gobierno municipal, los trabajadores de los centros de salud iniciaron una

---

<sup>26</sup> Por ejemplo el “Plan Jefes y jefas de Hogar”.

<sup>27</sup> Los equipos de referencia suelen estar conformados por un clínico, o pediatra, o generalista, un enfermero y otras profesiones (psicólogos, trabajador social, etc.) según los casos. El resto de los profesionales operaban desde una organización/apoyo matricial.

serie de reclamos salariales que desembocaron en un largo proceso de conflictividad gremial que llegó a su máximo nivel entre 2006 y 2007<sup>28</sup>. Ante los prolongados períodos de paros gremiales y la complejidad y carga de trabajo clínico intra-muros, los equipos de salud tendieron a concentrar su accionar puertas adentro de los CS, debilitándose el papel de la participación comunitaria.

Luego de esos años caracterizados por un alto nivel de conflictividad y disputas entre niveles de atención, la situación tendió a estabilizarse a fines de 2007. Al momento de iniciar mi trabajo de campo, Rosario contaba con una importante red de CS organizados bajo la Dirección de Centros de Salud con un rol protagónico en la gestión de la Secretaría de Salud Pública municipal.

## **El centro de salud “Juana Azurduy”**

### **1. Historia y organización del centro de salud**

#### La historia

El centro de salud al que recurre la población de Los Pumitas está ubicado en el barrio Empalme Granero en el Distrito Noroeste de la ciudad. Abarca un área de influencia de 45.000 habitantes aproximadamente y tiene en sus archivos un total de 8.500 historias familiares.

“El Juana” recibe la demanda de atención de diferentes poblaciones (criollas, paraguayas, qom, etc.) lo que configura un escenario asistencial de diversidad cultural, caracterizado por modalidades heterogéneas de demanda. Dentro de esta gran área de influencia, se pueden distinguir -siguiendo un informe realizado por el propio equipo de salud (El modelo..., 2005) -tres micro áreas basadas en una caracterización diferencial de los rasgos socioeconómicos y estructurales del barrio. Una de las mismas es el asentamiento denominado Los Pumitas, el cual está conformado mayoritariamente por población indígena perteneciente al pueblo qom. Este

---

<sup>28</sup> Estos conflictos gremiales desembocaron en la renuncia de la Secretaria de Salud el 4 de mayo de 2007.



asentamiento es considerado -en el informe citado- como el de “mayor criticidad y, por tanto, con particulares riesgos de enfermar y morir”.

La construcción de un nuevo edificio (600 metros más alejado del barrio Los Pumitas que el anterior) y luego el traslado del centro de salud en abril de 2010 ha modificado sustancialmente las condiciones de infraestructura del servicio de salud: de un predio alquilado -identificado históricamente con una heladería barrial- pasó a funcionar en un inmueble propio y adecuado, cuya estructura edilicia fue diseñada y construida para tal fin. En la actualidad, el centro cuenta con seis consultorios, un salón de usos múltiples, sala de espera, baños públicos, enfermería, un sector donde funciona la farmacia y otro en donde se encuentra la administración. Con las nuevas instalaciones se incorporó el servicio de odontología, que no existía antes. El traslado al nuevo edificio produjo -en función de su nueva ubicación- un aumento de la demanda de atención debido a la ampliación del área de influencia.

Para mediados del año 2010, el centro de salud contaba con 28 personas de distintas profesiones y especialidades: 3 enfermeras, 3 administrativas, 9 médicos (1 pediatra, 1 toco-ginecólogo, 2 clínicos, y 5 médicos generalistas), 2 psicólogas, 1 fonoaudióloga, 5 residentes de medicina general y familiar, 2 encargadas de la limpieza, 2 pasantes de farmacia y 1 trabajadora social (quien se desempeñaba a su vez como la directora del CS).

Desde 2002 a la fecha, los cargos directivos en el CS fueron ejercidos por médicos generalistas, psicólogos y trabajadores sociales. Este rasgo no resulta azaroso debido a que esos colectivos profesionales (especialidad profesional en el caso de los médicos generalistas) fueron los que estuvieron mayormente comprometidos en el movimiento de APS.

Durante el período de mayor auge del movimiento de APS (2000-20004) y de promoción de la participación comunitaria, el equipo del Juana creó un dispositivo llamado “Posta Sanitaria” que consistió en un espacio de atención que funcionaba en una organización comunitaria del barrio Los Pumitas. Este espacio fue una estrategia para aumentar la captación de personas de esa área “que no llegaban” al centro de salud. En el caso de detectar algún problema que no podía resolverse allí, se le daba a la persona un turno para ser atendida en el CS. Esto generó en su momento una mayor

afluencia a la institución<sup>29</sup>. Al momento de nuestro trabajo de campo, el movimiento de APS había perdido vigor y su dinámica se había encauzado en los canales institucionales habituales de la Secretaría de Salud. La Posta Sanitaria había dejado de funcionar y los vínculos con las organizaciones barriales sólo eran sostenidos por dos integrantes del equipo –la directora del CS (trabajadora social) y un médico generalista- quienes justamente habían participado activamente de aquel movimiento.

### Los profesionales

*“Nos fuimos haciendo a golpes”*

La mayoría del personal del CS que trabajaba en este contexto de diversidad cultural no contaba con experiencia o capacitación previa en atención de pacientes indígenas<sup>30</sup>. Dos profesionales con antigüedad en el Juana señalaron que su “proceso de aprendizaje” en la interacción con la población qom lo habían realizado a partir de la tarea cotidiana:

*(...) por más que vos le pongas buena voluntad cuesta, no sé, yo cuando llegué acá no tenía ni idea de lo que era trabajar con un toba y nadie te lo enseña, a mí me costó, a todo el equipo le costó mucho, y en realidad lo fuimos haciendo a golpes (4, M, médica clínica).<sup>31</sup>*

*(...) todo lo que aprendimos lo aprendimos artesanalmente, para mí se trabaja así y vas viendo a prueba y error, arrancamos de cero y no podés arrancar de cero, debe haber una forma de trabajar con esta población, y hasta cómo aprender, saber por qué cosas preocuparse y por qué cosas no, qué cosas aprender, yo creo que eso es central... no se puede arrancar de cero todo el tiempo (14, M, trabajadora social).*

---

<sup>29</sup> Según mis interlocutores, se decidió levantar la Posta cuando se valoró que se había logrado el objetivo planteado.

<sup>30</sup> Sólo una profesional había realizado una rotación con pueblos originarios del noroeste argentino.

<sup>31</sup> Identificaremos las citas textuales del siguiente modo: (número de orden de la entrevista; mujer/varón; profesión/especialidad o función).

Una parte significativa del equipo manifestó interés en la formación en el trabajo con poblaciones originarias y por “*aprender el idioma*”, “*conocer cómo viven*”, “*sus cuestiones culturales*” o “*aprender a trabajar con los aborígenes*”. Sin embargo, pudimos registrar variaciones en ese interés. Por ejemplo, el aprendizaje de la lengua qom despertaba interés entre los residentes de medicina general cuando ingresaban al equipo del CS. Comenzaban con el registro de ciertas palabras en qom que les eran “dictadas” por algún integrante de la comunidad pero, al poco tiempo, la motivación se desvanecía principalmente por las dificultades que implicaba dicho aprendizaje. Esta secuencia solía repetirse periódicamente con el ingreso de nuevos residentes, quienes volvían a intentar aprender la lengua qom<sup>32</sup>. La reiteración de este ciclo fue reconocida por los propios médicos generalistas que llevaban unos años atendiendo en el Juana:

*(...) cada uno que llega los primeros tres meses quiere aprender a hablar qom [se sonríe] y después me recordaba a mí haciendo eso, y pensaba en Carlita [médica] contándome lo mismo. Y te dura tres meses, cuando ves que eso no va y que va por otro lado entonces dejás, y todos sus primeros tiempos lo invierten en tratar de aprender eso digamos, en preocuparse cómo hacer, ‘¿hacemos un curso?’, ‘¿con quién?’ [se ríe] ese tipo de cuestiones se van repitiendo sistemáticamente [risas] en ese tipo de cosas me parece que la secretaría [de Salud Pública] no tiene una política definida (10, M, médica generalista)*

*“Los limados”*

Al igual que en otros centros de salud, el equipo del Juana atravesó cambios en la jefatura, sufrió traslados, registró incorporaciones, jubilaciones y renunciadas. En este marco y en este equipo, registramos una característica que identificamos como una constante: los profesionales -que visualizamos- con “mayor compromiso”, dedicación, que intentaron construir dispositivos comunitarios y se mostraron muy movilizados por las problemáticas de la población de su área de referencia, terminaron yéndose

---

<sup>32</sup> Las dificultades para aprender el idioma de forma autodidacta también fueron vivenciadas por mí. Más allá de manejar frases de cortesía vinculadas a instancias de presentación, agradecimiento, despedida y de saber “palabras-llave” para destrabar desentendimientos lingüísticos, nunca logré “manejar” el idioma.

del efector (por distintos motivos) con sentimientos como: “saturación”, “fastidio”, “desánimo” y/o un “profundo cansancio”. De hecho, luego de dejar el Juana sólo unos pocos continuaron en un servicio de atención primaria y la mayoría lo hizo en efectores de otro nivel o en cargos vinculados a la gestión.

El siguiente fragmento está extractado de una entrevista a un médico generalista que unos días después dejó de trabajar en el centro de salud:

*(...) **mucha gente queda limada**, yo te digo en serio, yo no tengo mucha tela más en el Juana, todo el tiempo es una contradicción de decir la armamos tanto, la relación con la gente, lo que conocés, lo que podés aportar, pero vos te das cuenta que estás tan limado que termina no siendo productivo lo que hacés, por lo menos con la sensación así de agobio permanente que no te deja mucha tela... tiene que ver con la inequidad al interior del centro, tiene que ver con el tipo de problemas, con las cuestiones del barrio y demás... porque el sueldo está bárbaro, el nuevo lugar está fantástico, tenés aire acondicionado, tenés calefacción, es cómodo para la gente, tiene que ver con otra cosa [silencio] yo creo que el hecho de que la población necesite por sus características que el centro sea tan abierto y tan flexible en su funcionamiento, y ahí la flexibilidad la pone cada uno, cada uno pone la flexibilidad, y llega un momento que es tan flexible que vos no te podés armar el trabajo, no te podés estructurar vos tu trabajo, tenés un despelote todo el tiempo, es una sensación de quilombo, quilombo todo el tiempo y no podés parar la pelota, que para mí eso es lo que desgasta, eso y un montón de situaciones donde vos la venías remando, donde más o menos la encaminás y tenés que lidiar con esto otro de tener que estar pensando y haciendo el ejercicio en cómo le tenés que escribir al especialista para que no le genere un circuito al pedo a la persona y no le complique más (12, V, médico generalista).*

El mismo profesional avanzó luego:

*(...) ese desgaste hace que resuelvas lo del momento, por lo menos para mí, hace que resuelvas lo del momento, hace que vos sólo resuelvas la consulta y ¡ya está! y ¡listo! Tenés que tener mucha cabeza para priorizar con quién podés hacer una cosa y con quién no, que en realidad también lo vas haciendo y decís ‘con esta*

*persona tengo que parar la pelota y aprovechar la consulta, con este otro da lo mismo', porque tenés que resolver esto y va por otro lado, pero... pero todo el tiempo haciendo ese acomodamiento y siempre en esa vorágine.*

Ese “estar limado”, ese desgaste se asocia en estos extractos a dos cuestiones. Por un lado, a un tipo de ejercicio profesional marcado por la alta demanda, la “flexibilidad en el funcionamiento” de la institución y las dificultades para “estructurar el trabajo” haciendo referencia tanto a la complejidad de las intervenciones como a la variabilidad en la administración de los turnos, entre la “demanda espontánea” y los “turnos programados”. Por el otro, a las condiciones de vida de la población del barrio.

A lo largo de nuestro trabajo en el centro de salud se nos habló largamente del desgaste del trabajo asociado a la carga de trabajo y al desánimo suscitado por la atención de una población en condiciones de gran precariedad:

*(...) yo siento que laburar en un lugar como éste es desgastante, es terrible, muchas veces estás en los límites, muchas veces te sentís impotente, creo que eso es lo que más desgasta, la impotencia ¿no?, que vos podés a lo mejor en salud hacer lo mejor, darle el mejor tratamiento, un paciente con cáncer puede llegar a tener las quimioterapias que necesita, la atención que necesita pero vos ves que vuelve al barrio, a vivir sobre la tierra, sobre la mugre, sin poder comer, con dificultades para el transporte, para poder acceder a todo eso, eso te genera mucha impotencia (4, M, médica clínica)*

### La organización de la atención

El centro de salud está abierto de lunes a viernes de 7 a 19hs. En ciertos horarios resulta notoria la gran cantidad de personas que recurren a él, principalmente en el transcurso de la mañana y en determinadas horas de la tarde. Es en esos momentos donde cobran sentido palabras como “desborde”, “vorágine”, “caos”, “quilombo”: se nos dijo, por ejemplo, “esto es Camboya todos los días”. En una ocasión registramos que un médico realizó 60 consultas en una jornada de trabajo en período invernal.

A diferencia de otras instituciones municipales -dependientes de la Secretaría de Promoción Social- que exigían Documento Nacional de Identidad, durante nuestro trabajo no registramos obstáculos para acceder a la atención cuando los pacientes no contaban con el mismo. De hecho, observamos que desde el servicio de trabajo social la falta de DNI solía ser una “oportunidad de captación” de pacientes que vivían en condiciones de vulnerabilidad social.

Los horarios y días de atención de cada profesional están visibles en la entrada. La atención es gratuita. Se puede acceder a través de la llamada “demanda espontánea” o mediante un turno programado. Para la demanda espontánea, los pacientes recurren en primer lugar a la administración del servicio o directamente se dirigen a la puerta del consultorio de su médico de referencia. En función de mis observaciones, estas variaciones responden a su conocimiento previo sobre el funcionamiento del servicio. Mientras que los pacientes que cuentan con un médico de referencia -y conocen sus días y horarios de atención- recurren directamente a ellos, las personas que no cuentan con experiencia previa de atención en el servicio se dirigen a la administración, y desde allí se las conduce a enfermería o a un consultorio médico según la situación que presenten. En la enfermería, en función de la patología que presente, se decide si se resuelve allí la atención o si es derivado a un consultorio médico<sup>33</sup>.

Es importante señalar que no existe en el CS un sistema de turnos homogéneo para todos los profesionales. Cada médico organiza sus turnos programados y establece “el margen” que destina a la atención por demanda espontánea en función de las características de los pacientes que tiene a cargo y de su especialidad médica.

La entrega de medicamentos es gratuita y se realiza en la farmacia. En el circuito de atención propuesto por el CS, los pacientes luego de haber recibido atención (ya sea por demanda espontánea o por turno programado) y en los casos en que se les prescribe un medicamento, se dirigen a la farmacia para retirarlo. Hemos registrado que esto ocurre así habitualmente. No obstante, observamos que existen situaciones en las que los usuarios ingresan al CS y se dirigen directamente a la

---

<sup>33</sup> En la enfermería se cuenta eventualmente y si es necesario con una reevaluación por otro profesional del equipo (psicología, medicina, trabajo social).

farmacia para solicitar un determinado medicamento. Bajo esta modalidad se inscribe principalmente el pedido de analgésicos (paracetamol, ibuprofeno, diclofenac). Estas situaciones son habituales, como lo reconoce el personal de farmacia:

*(...) a veces sí, es una constante que la gente venga directamente acá, pero siempre se trata de no darle la respuesta más urgente que es el medicamento, por ahí siempre lo vas a negociar, o tratar siempre de que sea una situación particular y de que traten de respetar el sistema, de que la enfermera es la que primero lo ve y lo deriva, que el médico es el que prescribe (...) te traen la tirita vacía, ahí generalmente ya sabés qué estaba tomando, el problema es cuando no saben qué están tomando ni nada, porque los otros te tiraban la tirita vacía y te decían 'para la presión' o de 'la diabetes' (2, V, farmacéutico)*

En el marco de este tipo de demanda, la condición de “venta libre” de los medicamentos requeridos generaba un dilema en la instancia de la dispensa. Como se evidencia en el siguiente fragmento, en determinadas ocasiones se suministra los medicamentos demandados aun cuando los usuarios no han pasado previamente por una consulta médica:

*(...) te voy a decir, me hago cargo, les he dado paracetamol y diclofenac, les daba lo que me parecía, 4 paracetamol o 5 diclofenac, depende la dolencia, por un tema de que el que tiene plata también puede ir a una farmacia y comprarla, ¿sí? O sea, ¿quién no tiene \$1,90 para comprarse un paracetamol? Además es un medicamento de venta libre, que no hace falta receta, entonces depende la dolencia si le das, antibióticos no, o casos muuuy puntuales, que por ahí me han dicho 'mirá, me tomé 16 amoxidal, y lo tengo que terminar', entonces les decía 'terminalo por favor', por ahí yo prefiero comerme el riesgo, de que termine el tratamiento y no de que no lo tome, ¿sí?(...)no es lo ideal que yo me fije en la historia clínica para darle un medicamento, me fije el problema que tiene, no es lo ideal, lo ideal es que lo recete el médico, yo en ese caso tomo un riesgo llamémosle extra, para resolver una situación, que por ahí a veces, generalmente da resultados, pero puede haber un 5 por ciento que no sea correcto... (...) es como todo, o sea, desde lo que nos enseñan en la facultad eso está mal (...)porque lo que*

*tengo que hacer yo es recibir la receta del médico, tengo que interpretar, entregar, indicar, y en las situaciones que te cuento yo no tenía la receta del médico, y yo tomo como receta la historia clínica, que es el único papel válido que tengo, que no está tan mal pero no es lo ideal... o sea, yo creo que es como te digo, en el trabajar así puedes resolver más de lo que podés fallar, pero podés fallar (...) lo aconsejable es no arriesgar... es la actitud que uno toma por ahí, yo prefiero por mi forma de ser arriesgar (2, V, farmacéutico).*

Como en otros centros de salud municipales, aquí se realizan tratamientos por tuberculosis bajo la modalidad denominada “supervisada”, la cual implica que el paciente asista al efector y tome la medicación frente a un integrante del equipo de salud. Luego de 20 días -o un mes-, tras evaluar si surgen efectos adversos, “*la tolerancia a la medicación*” y “*el cumplimiento*”, se suele flexibilizar esta modalidad y se entrega la medicación de tres o cuatro y hacia el final de los tratamientos puede retirarse una vez por semana. A los pacientes que no concurren a retirar, se los va a buscar a su domicilio. Estas visitas las realizan -generalmente- las enfermeras.

Con respecto a las “derivaciones” de los pacientes, los integrantes del equipo de salud plantearon en términos mayoritarios que existen problemas en la coordinación con los otros niveles de atención, que influyen y dificultan los circuitos de atención. Hemos observado que resultan frecuentes situaciones problemáticas que emergieron en los procesos de referencia y contra- referencia a servicios de mayor complejidad. Cabe señalar que estas dificultades no constituyen una particularidad de los procesos de atención de los pacientes qom sino que se generan en las derivaciones “*de la población en general*”:

*(...) pero igual no pasa solamente con los tobos, pasa en general, pasa con un montón de gente que tiene dificultades para entender que a veces que los procesos se hacen largos y complicados (3, M, residente medicina general)*

### Derivaciones y los circuitos de atención



Como mencionamos, las dificultades en los procesos de referencia y contra-referencia a servicios de otros niveles de atención no afectan solamente a los usuarios qom. No obstante, un médico señaló:

*(...) es un desastre en términos generales, un desastre porque es mucha mayor la distancia que hay en el lugar de consulta con la gente en general y con la gente de la comunidad toba más todavía, se los toma como bicho raro para verlos, y a lo mejor arrancan de cero con cuestiones que no tienen nada que ver con el motivo por el que vos lo estás mandando, solo con la intención de estudiarlo (...) si tenés que mandarlo al HECA [Hospital de Emergencias Clemente Álvarez] es otro quilombo, muchas veces me ha pasado que vos los mandás por una cosa y termina en otra totalmente diferente, lo mandás por un motivo para que lo vea un especialista y como nadie lo entiende termina en la guardia, le hacen todo un laboratorio, una placa para ver que no lo tienen que internar y me lo mandan de vuelta, así, con todo eso pero sin ver el especialista, '¿y usted no le dijo?', 'sí, yo le dije que iba al especialista, le mostré el papel que usted me dio', pero bueno eso pasa (12, V, médico generalista).*

Este profesional destacó de este modo las dificultades pero a continuación marcó al mismo tiempo que “ser toba” puede también “abrir las puertas” habilitando mayor consistencia en los procesos de referencia institucionales, montada paradójicamente en preconcepciones sobre las demandas de estos pacientes:

*(...) al toba se le complica más pero también tiene una cuestión que facilita, que es muy loco, que eso me pasó un montón de veces, en un proceso de atención de una persona que no sea toba y que no sea extremadamente pobre, te preguntan todas las cuestiones, tenés que justificar el por qué, desde lo más clínico y demás... y cuando vos le decís 'mirá, tengo una persona de la comunidad toba', te dicen '¡ah! bueno, dale', todos lo que hasta el momento eran errores previos, todo lo que te falta, todo eso pasó a segundo plano, porque es culpa del toba, que es toba, porque el toba no le pone voluntad, sí, aparece eso atrás de las derivaciones, al decirles que es toba te abre las puertas digamos, van y resuelven, te lo mandan de vuelta... que también es muy loco eso, es como que entra en otro canal.*

Ante las frecuentes dificultades en los procesos de referencia y frente a la sospecha de que la mayoría de sus pacientes qom no completarían las derivaciones, una respuesta habitual fue la de “intentar resolver lo más posible” y “hacerse cargo” de prácticas y decisiones que “le corresponderían al segundo nivel”:

*A: (...) lo que me cuesta mucho son las derivaciones a un especialista, yo trato de manejarme más preguntando al especialista qué hacer con estos casos, este... lo mismo con el tema del Chagas, a lo mejor trato de resolverlo yo, qué sé yo, pedirle una placa y un electro que eso sí a lo mejor lo van a hacer, y no derivarlo a un especialista cardiólogo*

*Matías: pero cae más responsabilidad sobre vos, ¿por qué lo haces?*

*A: porque dudo de que vayan, de que lleguen, porque van al cardiólogo y el cardiólogo le revisa el electro y revisa todo, tatata, qué sé yo, es una atención más despersonalizada, prefiero hacerlo yo a eso... a lo mejor está dentro del protocolo que lo tiene que revisar el cardiólogo una vez al año, pero prefiero hacerlo yo, y lo del reumatólogo, prefiero yo llamar por teléfono al reumatólogo y explicarle cuáles son los síntomas del paciente, contarle cómo está la placa, cómo vino el laboratorio y que me diga si conviene hacerle tal tratamiento o no, y evitarme ese paso... porque mi temor es que vayan, no se sientan bien acogidos, y que no quieran volver más y tampoco quieran volver conmigo... sobretodo con el toba, en este tema de la derivación tratamos de ser un poco más acompañantes(10, M, médica generalista).*

*(...) a no ser de que sea una cuestión así como de extrema necesidad o que necesite un estudio o alguna cosa, trato de no derivarlos digamos, prefiero hacer las interconsultas yo si me quedo con alguna duda o algo, voy viendo qué se puede pedir como para que si tiene que ir que llegue una vez y con todo resuelto (12, V, médico generalista).*

*(...) y sí, hay que buscarle el modo, si no es necesario que el especialista haga un examen físico y bueno lo puedo resolver yo yendo al CEMAR y planteando un caso y trayéndome la respuesta yo, por ahí no es necesario y me dice que le haga tal y*

*tal laboratorio, entonces vos venís se lo das a hacer y le evitaste un viaje al centro, entonces hago la interconsulta directamente yo (4, M, médica clínica).*

*(...) hay pacientes que se complican, entonces se trata de resolver la mayor cantidad de cosas acá, se trata hasta lo último, pero hay cosas que no podés (11, M, odontóloga).*

Asimismo, en los casos en que efectivamente debían derivar, los profesionales tendían a hacerlo hacia efectores “más amigables”:

*(...) en el hospital Alberdi en general es más acogedor, y hay contactos telefónicos, a veces visitas, después recibís al paciente con una buena nota de derivación, es más fácil, tratamos de derivar ahí. Con la maternidad Martin no hay problema, las mujeres tienen instalado que van a parir ahí... en cambio se complica, es más difícil es si termina yendo al [hospital] Baigorria o al HECA, donde es más perdida la cosa entonces trato de no mandarlos (10, M, médica generalista).*

*(...) en el CEMAR hay otra flexibilidad porque en algunos servicios tenemos relación, o esperan, hay armada otra cosa, si los derivás a los otros te comprás un quilombo (13, M, médica clínica).*

Los profesionales con más años de trabajo en el centro de salud cuentan con una red informal de referentes o facilitadores dentro de los servicios de mayor complejidad que favorecen los procesos de referencia y contra-referencia:

*F: tengo algunos referentes, digamos de todo lo que está dando vueltas es como que fui filtrando gente digamos, que sé que los puedo llamar antes de derivar, que sé que si lo mando van a resolver y va a volver el paciente*

*Matías: fuiste filtrando*

*F: sí, siempre en estos lugares vas chocando hasta encontrar a uno que te vaya a habilitar digamos, por ejemplo una cardióloga, encontramos una que es la que va a Distrito y que no hay drama entonces vos lo que mandas ella resuelve y te mandó todo escrito y te dice ‘controlalo vos y mandamelo el año que viene cuando lo veas mal’, entonces eso ya está... después está la parte de oftalmología*

*en el CEMAR, no el médico sino la enfermera que está con el médico que es 10 puntos, y llama al centro de salud, hace las gestiones en el CEMAR ella, consigue la medicación, te programa los turnos para los pre-quirúrgicos y que lo vea el cardiólogo todo para el mismo día (12, M, médica generalista).*

De este modo, algunos profesionales han construido una red informal con personal de otros servicios que se despliega y activa principalmente a partir de la anticipación de posibles inconvenientes en los procesos de referencia de ciertos pacientes, entre ellos los usuarios qom.

## **2. La demanda de la población qom y su visibilidad**

No existen datos epidemiológicos específicos de la población qom difundidos por la SSP de Rosario, en parte debido a que los registros utilizados en los servicios de salud no distinguen pertenencia o identidad étnica. Si bien la situación sanitaria de las poblaciones qom está invisibilizada en las estadísticas, en ciertos informes elaborados por los equipos de salud de la Dirección Municipal de Atención Primaria se afirma – como ya hemos señalado- que la población del asentamiento Los Pumitas se considera como la de “mayor criticidad y, por tanto, con particulares riesgos de enfermar y morir” (El modelo..., 2005).

La mayor parte de las consultas corresponde a mujeres/madres con sus niños y niñas:

*(...) la gran mayoría de las consultas se las llevan los chicos, en realidad atendés al chico, y tratás de abordar la cuestión de planificación familiar de la madre, y ahí después como que queda una relación pero no es tanta la continuidad, los que tienen continuidad en los procesos son los chicos (4, M, médica clínica)*

Al respecto, una médica generalista caracterizó las variaciones en la demanda a medida que los niños crecen:

*(...) fundamentalmente los traen los primeros 4 ó 5 meses, después ya es como que se relajan... y no vuelven, eso sí lo veo mucho... y en los chicos grandes están viniendo ahora por el subsidio universal por hijo, por escuela, pero no tienen esta*

*sistematicidad de traerlo una vez al año para el control cuando son más grandes, estoy diciendo niños de 2, 3 a 10 años, es como que no... y eso que se machaca... me da la sensación de que los ven bien, no se enferman '¿y para qué lo vamos a llevar al médico?'* (10, M, médica generalista)

En el caso de los adultos varones qom se expresó de un modo consensuado que resulta muy poco habitual su presencia en el centro de salud y que asisten principalmente por urgencias o patologías muy avanzadas.

En las entrevistas realizadas a integrantes del personal de salud del centro éstos coincidieron en señalar que los **principales motivos de consulta** de los qom no diferían sustancialmente de los del resto de la población. Estos eran: el control de crecimiento y desarrollo de niños, embarazos y patologías vinculadas “a cuestiones estacionales”, entre las que se destacaron las enfermedades respiratorias (broncoespasmos, bronquitis, virosis) en el invierno y las lesiones en la piel durante el verano. También fueron mencionadas -en menor medida- consultas vinculadas a la demanda de métodos anticonceptivos y por patologías tales como Mal de Chagas y tuberculosis.

Varios profesionales señalaron que tanto la tuberculosis como el Mal de chagas “ya están instalados” en la comunidad qom: “las conocen”, “saben de qué se trata, por experiencia propia o por la de algún familiar”. Si bien identifican que se presentan más casos en la comunidad qom, sostienen que las dificultades que surgen en los tratamientos no suelen diferir de las del resto de la población. Es en torno de los padecimientos crónicos que los profesionales identificaron las mayores dificultades asociadas, por un lado, a cambios en el modo de alimentarse y, por el otro, al uso prolongado de fármacos cuyos efectos resultan difíciles de captar.

*(...) eso es todo un tema, el tema de la alimentación, sí, es como una de las situaciones más complejas, por la costumbre de cómo es la dieta básicamente (...) es más difícil la adherencia ahí, o sea, uno le puede decir que no coma con sal, cuando hay una olla común y se cocina para toda la familia o para varias familias ¿qué le vas a decir que no cocine con sal? O decirle que no coma un guiso porque es diabético [se ríe] entonces se complica mucho el tema de las enfermedades crónicas... yo creo que lo entienden a los tumbos, con lo que uno*

*dice y con lo que van sufriendo, yo creo que es más con lo que van sufriendo (13, M, médica clínica).*

*(...) los tobas le desconfían (a los medicamentos) (...) si ven más el efecto confían, por ejemplo en los antibióticos, como ven el efecto más rápido, confían en el antibiótico, pero lo que es crónico es un problema (...) pero en las hipertensiones por ahí como no son síntomas que se ven, en general, como no son síntomas que se ven no se asocia con que sirva y le desconfían (13, M, médica clínica)*

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

*(...) a veces entienden el español pero no lo hablan, y el interlocutor puede ser el marido o un pariente... nosotros, en este equipo es como que está bastante aceptado el tema de hablar con la comunidad, la cuestión de la lengua no es una barrera (4, M, médica clínica).*

*(...) alguien que no habla castilla viene con un traductor, yo creo que no es una barrera, casi todos son bilingües o hablan español, así que no, no hay problemas para entender (1, M, administrativa).*

En mi acompañamiento de las trayectorias de atención de los grupos domésticos registré que efectivamente las pacientes qom (con dificultades en la comprensión de “*la castilla*”<sup>34</sup>, así como también quienes comprendiéndola prefieren por distintos motivos ser acompañados) recurren a un allegado -preferentemente con vínculos familiares- para acudir a la atención. De todos modos, considero que la *superación* de ciertos desencuentros lingüísticos a través de una *triangulación discursiva* con el acompañante, no implica que ésta sea una problemática resuelta, principalmente debido a que, por un lado, desde la perspectiva de los pacientes qom se presenta como un obstáculo para garantizar una atención adecuada, eficiente y oportuna, y por otro, se menoscaba la importancia -e implicancias- de la relación lengua-cultura-pensamiento<sup>35</sup>.

Con respecto a la utilización de otros recursos terapéuticos (yuyos caseros, piogonaq, etc.) sólo una médica de todas las personas entrevistadas señaló que las pacientes qom solían referirle si “*estaban tomando algún yuyo*”. Hizo referencia, principalmente, a ciertas adolescentes qom que “*toman los yuyos que le da la madre para cuidarse*” [anticoncepción], las cuales al tener “*cierta desconfianza*” sobre la eficacia de dicha práctica demandaban otro tipo de métodos anticonceptivos.

El resto del personal entrevistado reconoció que en las conversaciones con sus pacientes qom no surgen comentarios sobre la utilización de otros recursos terapéuticos:

*(...) conmigo no tienen la confianza como para revelarme eso, no me hablan de eso, son muy reservados sobre esas cosas (4, M, médica clínica).*

---

<sup>34</sup> Modo frecuente que utilizan para denominar el castellano.

<sup>35</sup> Esta relación ha sido ampliamente trabajada por la antropología en general y la etnolingüística en particular. La lengua ocupa un papel privilegiado en los procesos identitarios por su capacidad de simbolizar, interpretar, construir y comunicar no sólo las demás expresiones culturales sino el entramado de la dinámica social. En este sentido, se puede afirmar que toda instancia discursiva implica un “hablar el mundo” (Charaudeau, 1988). Rodolfo Hachén, advirtiendo sobre la importancia que en nuestra vida adquiere el manejo del código lingüístico para relacionarnos, expresarnos, comunicarnos, señala: “todo individuo adviene a un mundo y se funda como sujeto a partir de esta capacidad y de su inscripción en un grupo social determinado. Estas formas de ‘decirnos’, de presentarnos ante los demás, de constituirnos en los otros de los otros, van trazando la trama de nuestra identidad y nuestra historia, identidad que se afirma en la diferencia e historia que se construye por un entrecruzamiento de voces que luchan por ser reconocidas en un acto permanente de narración (Hachén, 2006: 23).

*(...) no, la verdad es que no surgen, por lo menos nunca nadie me vino a hacer una referencia a un piogonaq, es todo un mundo desconocido para mí (1, M, administrativa).*

*(...) no sé si van antes al médico de ellos, la verdad es que no lo pregunto, no tengo la costumbre... yo no lo pregunto, bah, por una cuestión de respeto, no sé si me lo contestarían (10, M, médica generalista).*

Como ya señalamos, los registros del sistema de salud en Rosario no distinguen pertenencia o identidad étnica. Sin embargo, al indagar específicamente sobre el **registro de la identidad indígena** de los usuarios en la confección cotidiana de informes e historias clínicas, se evidenciaron distintos criterios entre los integrantes de los equipos de salud. Muchos reconocieron no registrar dicha identidad en ningún documento del servicio:

*(...) no, no, no, en una época habíamos pensado unas planillas diarias de atención, ponerle una marquita para ver cuánta población teníamos, pero después no, no quedó... (4, M, médica clínica)*

Otros, a su vez, registraban la identidad indígena en la historia clínica aplicando lo que podríamos llamar una lógica “deductiva” a partir de diferentes criterios: por los rasgos fenotípicos, por el domicilio, por la procedencia, por datos filiatorios. En algunos casos la modalidad de registro combinaba distintos criterios: “los datos de filiación y dónde nació, y ahí en general está, procedencia, si vivió en otro lugar” (5, M, residente medicina general)

Una médica señaló que no lo anotaba en la historia clínica, sino en un “listado aparte”:

*(...) en la historia clínica no, lo tengo yo en mi listado que tengo aparte (...) es una cuestión personal mía, anoto al lado, yo pongo el número de la historia clínica, el nombre del paciente, y el motivo por qué lo atiendo y cito toba, para contabilizar, para tenerlos contabilizados (10, M, médica generalista)*



En ninguno de los casos el registro se basó en el principio de auto-identificación y auto-reconocimiento de las personas como recomiendan la OPS y la Organización de Naciones Unidas (ONU). Más bien se fundaron en preconcepciones o deducciones del personal de los equipos de salud sobre quién pertenecía o no a un pueblo originario.

La ausencia de un registro sanitario que permita distinguir la identidad indígena de los usuarios no es una particularidad local debido a que, como señalan Cuyul, Rovetto y Specogna (2010), la incorporación de la llamada “variable étnica” constituye un desafío pendiente para gran parte de los sistemas de información en salud. Lo que resulta evidente es que esta ausencia representa un fuerte obstáculo en la visualización de su situación sanitaria, así como también en el abordaje de las brechas existentes en salud entre estos conjuntos sociales y el resto de las poblaciones.

#### Los pacientes qom en la visión del personal de salud

Aun cuando en términos generales los motivos de demanda no varían respecto del resto de la población, los profesionales de los servicios de salud que atienden en este contexto intercultural atribuyeron de un modo consensuado ciertos rasgos particulares a los pacientes qom que sintetizamos a continuación.

Una característica refiere a sus **maneras de expresarse o hablar en la consulta**. En este sentido, son frecuentes las afirmaciones como “son parcos”, “no hablan”, “son inexpresivos”, “te dicen a todo que sí con la cabeza”, “no expresan cuáles son los síntomas”:

*(...) la diferencia más importante es que generalmente vienen muy callados (...) al indígena le tenés que sacar con tirabuzón las cosas... con respecto a los medicamentos te llevaban las pastillitas callados y hacían lo que querían, esa es la posta! [risas] te llevan las pastillas, te dicen a todo que sí y se van (2, V, farmacéutico)*

*(...) diferencias en el modo en cómo anuncian los síntomas, no enuncian todas las cuestiones que sienten digamos, a lo mejor tiene un motivo de consulta principal y*

*después todas las otras cuestiones vos las tenés que ir preguntando y las vas despejando... te expresan uno y después los otros tenés que ir preguntando para ir armando la cuestión en general vos siempre hacés lo mismo cuando viene una consulta, eh, vas descartando por 'sí' o por 'no' digamos, pero tenés que tener mucho cuidado, esto de preguntar 'si tuvo' o de alguna forma porque si no rápidamente te responden a todo que sí... (12, V, médico generalista).*

*(...) es difícil, no hablan mucho, ellos pueden localizar un poco geográficamente 'me duele la cabeza', 'me duele la panza', pero después hay que remar un montón para sacar qué de estos lugares, si tienen diarrea, el sistema urinario, hay que hacer preguntas muy dirigidas, para ellos con localizar el dolor ya está [se ríe](4, M, médica clínica).*

La **pasividad en las consultas** es otro rasgo mencionado y -se afirmó- requiere un trato o “*postura más activa*” en el “*interrogatorio*” y en las indicaciones terapéuticas. Ello implica muchas veces recurrir a preguntas dirigidas:

*(...) hay que inducir, como preguntar induciendo todo el tiempo, porque es muy raro que salga espontáneamente de ellos (13, M, médica clínica)*

*(...) es un ejercicio todos los días... porque además en la formación te dicen que no tenés que inducir a la respuesta del paciente, sin embargo si acá no preguntás, y a veces con preguntas de 'sí o no', que en realidad no se debería hacer pero que no te queda otra para saber exactamente qué es (3, M, residente med. general)*

*(...) te tiran un síntoma en general, 'no come', a lo mejor le tomás la temperatura y está volando de fiebre, eso sí se da mucho sobre todo con los chiquitos, el 'no come' o el 'está mal', 'está decaído', y bueno vos lo revisás y tiene un broncoespasmo, y le preguntás '¿notás que está agitado?', 'sí' te responde, '¿tiene tos?', 'sí, sí' te responde, claro, vos le empezás a preguntar en base a lo que vas viendo y a lo que vas revisando, y a casi todo te responden 'sí', está bien que es bastante dirigido porque es uno o dos síntomas lo que te tiran (10, M, médica generalista).*

*(...) vos les preguntás '¿qué te anda pasando?' y ellos se quedan sin contestar (...) tenés que hacerles preguntas, tenés que esperar las respuestas y tenés que estar fino para entender la respuesta que te dan ellos (2, V, farmacéutico)*

Al mismo tiempo, según los profesionales, los pacientes qom presentarían un **menor nivel de conflictividad** que los “criollos”<sup>36</sup> en las interacciones: “ellos no van a patear la puerta como otros” (8, M, psicóloga). En palabras de una médica generalista:

*(...) el criollo se te enoja más, a lo mejor el criollo te manda a la puta que te parió, y en ellos es muy raro, yo no he tenido discusiones con pacientes tobas, y mirá que me han tenido que esperar (12, V, médico generalista)*

Algunos profesionales señalaron también que los pacientes qom mantienen un vínculo de mayor “fidelidad” con su médico de referencia:

*Matías: ¿van a otros centros de salud?*

*F: los criollos sí son de ir, hacer toda la recorrida por los otros centros de salud, pero los tobas no, los tobas tienen a **su** médico [enfatisa la palabra “su”], vienen a buscar a su médico, mantienen un vínculo más fuerte, más fiel con su médico, si vienen por algo grave se pueden atender con otros pero si no es urgente, se van y vuelven cuando vuelve su médico (8, M, psicóloga).*

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

---

<sup>36</sup> Se suele denominar “criollos” al no-indígena que viven en las mismas condiciones que éstos. Frecuentemente vecinos de las familias qom, y mayoritariamente migrantes internos aunque no exclusivamente. No es una “figura” que se pueda definir con facilidad debido a la flexibilidad con la que se utiliza.

### 3. “Los tiempos tobas”

Tanto en las entrevistas como en las conversaciones informales que mantuve con los profesionales y el personal del servicio de salud, “los tiempos tobas” emergieron como una suerte de *lugar común* para dar cuenta de innumerables y variados desencuentros en los procesos de atención de los grupos qom. Lugar común al cual se apeló rápidamente para argumentar la causa, el motivo e incluso la justificación de los *malos entendidos* que emergen en las interacciones.

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

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

#### Las consultas tardías

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

En el marco de la demanda espontánea y asociado a la noción de “los tiempos tobas”, se señaló que las consultas de los pacientes qom suelen ser “**tardías**”:

*(...) en población toba, la mayoría que viene es gente que ya viene hecha mierda, pero mal, te digo, o sea, gente que viene con fiebre a lo mejor de seis días, mal ¿me entendés? o lesiones en piel muy avanzadas (9, M, enfermera).*

*(...) en general la comunidad toba, si vamos a comparar, veo como que llegan más tarde o no sé si estarán en peores condiciones en contacto con contaminantes, con la basura, pero en general las lesiones que tienen los pacientes de la comunidad toba en piel siempre son peores que en los criollos, es increíble, úlceras en los pies, en los chicos, lesiones con mucha pus (10, M, médica generalista).*

*(...) nunca es el primer día que empiezan los síntomas, a lo mejor si son cuestiones agudas tanto en chicos como en grandes pueden venir el segundo, tercer, cuarto día que ya viene con eso (12, M, médica generalista).*

En el siguiente extracto se afirma esta particularidad y se argumenta a través de la diferenciación y contraste con respecto a los pacientes denominados criollos:

*(...) es que generalmente llegaban cuando los síntomas eran graves, que por ahí el criollo apenas lo ve se va atender. Las consultas de los aborígenes son muy tardías (9, M, enfermera).*

Como ya hemos señalado, no existe en el centro de salud un sistema de turnos homogéneo, sino que cada profesional programa los suyos y establece *el margen* que destina a la atención por demanda espontánea.

En relación con las consultas por demanda programada, una primera referencia que surgió refiere a que generalmente **“no llegan al horario acordado”**:

*(...) le decís ‘venite mañana a las 7 de la mañana ‘ y te caen a las 12 del mediodía, y vos decís ¡tampoco entiende la hora! [risas] Es jodido, y tienen esto siempre, vos los citás a una hora y vienen a cualquiera (13, M, médica clínica).*

A su vez, se planteó una distinción entre las citas realizadas para el día siguiente -a las cuales suelen concurrir- y las citas propuestas para las semanas siguientes: “*si le*

*digo 'vení mañana' al otro día está, eso pasa siempre... pero si le decís 'vení la semana que viene o tal día', ¡no vienen! y horarios tampoco, ¡obvio!* (10, M, médica generalista).

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

*(...) ellos tienen un reloj biológico diferente, porque yo cuando les pregunto por los horarios de los turnos, les doy opciones en la medida de las posibilidades porque a veces no tengo, siempre me buscan los turnos cerca del mediodía, como que no pueden empezar la mañana como nosotros desde temprano (...) tienen un reloj biológico distinto y además tienen un tiempo distinto a nosotros, en todo sentido, porque a veces, muy rara vez llegan a horario, porque como ellos tienen una forma diferente de moverse, las cosas importantes son las importantes, son la naturaleza, el encuentro con el hijo, el escucharse, el mirarse sin hablar* (6, M, fonoaudióloga).

### Una espera paciente

Otra particularidad asociada al “tiempo toba” refiere a las condiciones de la **espera para la atención**. Se mencionó que muchos pacientes qom suelen quedar sentados largos períodos de tiempo cercanos a la puerta del consultorio en donde esperan ser atendidos aunque sin dar aviso al médico de su presencia allí<sup>37</sup>:

*(...) hay pacientes que están sentados en sala de espera y si alguien no le pregunta pueden estar toda la mañana y no sabés para qué están* (1, M, administrativa).

*(...) son capaces de esperarte cinco horas, y no demandarte nada (...) son capaces de esperar porque si vos no les preguntás a lo mejor vos estás saliendo del consultorio y los ves y le preguntás '¿y vos?', y te dicen 'yo la estoy esperando, doctora...' y ¡vos no lo podés creer!* (7, V, residente Medicina General).

---

<sup>37</sup> Esta característica es incluso señalada en un trabajo elaborado por un profesional del mismo centro de salud (ver Vignoni, 2010).

*(...) si hay un toba sentado en la sala de espera y vos pasás y lo ves y pasás a las tres horas y sigue estando ahí y yo sé que me tengo que acercarlo a preguntarle qué hace esperando, a quién está esperando, qué hace acá (9, M, enfermera)*

*“Se quedan callados”, “se quedan parados y te miran”, “están sentaditos ahí y no te dicen nada”, este modo de permanecer en la sala de espera se explicó en términos de “la diferente percepción del tiempo que tienen los tobas” (13, M, médica clínica), “tienen otro tiempo, otro tiempo y otro modo” (8, M, psicóloga). Su reconocimiento conduce a los profesionales a estar *atentos* a estas situaciones, incorporando en sus rutinas *un alerta particular* cuando identifican a un paciente qom que está esperando hace mucho tiempo. Sólo tres profesionales señalaron ciertos matices con respecto a esta modalidad de espera distinguiendo entre los migrantes qom recientemente llegados a la ciudad y los residentes en Rosario de larga data: “*algunos ya están como más, más despiertos en eso porque, si no, saben que los pasan por arriba*”. En palabras de un médico generalista:*

*(...) cuando yo entré al centro de salud lo que me decían era ‘fijate en la sala de espera si hay alguien de la comunidad sentado, preguntale qué tiene porque no te va a decir’, y ahora eso lo ves con los que recién llegaron, el resto no, vienen te buscan, según los distintos mecanismos que vos tengas te buscan (10, M, médica generalista).*

Sigue así una noción de *paciencia qom* que, en tanto rasgo particular, se construye también desde una lógica de contraste con respecto a los comportamientos atribuidos a los criollos. En efecto, la oposición en términos de sentido entre *paciencia toba* y *apriete criollo* parece atravesar una parte de la dinámica cotidiana de disputa en torno de los tiempos de la atención en el centro de salud:

*(...) los que más te aprietan y te apuran para el trabajo no son los tobas. Entonces vos también estás todo el tiempo con esa doble dimensión, es decir, estás lidiando con el que te está apurando que se quiere ir y te está apurando y que lo atiendan ya, y tenés al toba sentado ahí que tenés que hacerte tiempo para preguntarle*

*cosas que a lo mejor no te las va a decir directamente, y el otro que te quiere tirar la puerta* (4, M, médica clínica).

Una cuestión que surge de estas interpretaciones y que profundizaremos más adelante, es la notoria ausencia de una problematización por parte de los profesionales sobre las modalidades que adquiere la demanda de sus pacientes qom. La “*pasividad*” y la “*paciencia*” aparecen como rasgos cristalizados, sin anclaje histórico y enraizados en un “*modo de ser qom*” que se construye sin nexos contextuales que permitan visualizar, por ejemplo, las maneras en que aún operan mecanismos y procesos que han moldeado históricamente las relaciones interétnicas y la memoria social qom en el acceso a las instituciones estatales de nuestro país. En este sentido, es preciso comprender que los procesos históricos son llevados *a flor de piel*, en una *memoria social* entendida “antes que como una ‘representación’ [del pasado], como una práctica que contribuye a formar campos políticos, a internalizar y a reformular discursos hegemónicos y a dar forma a la textura de configuraciones espaciales” y temporales (Gordillo, 2006:15).

#### El tiempo toba en las consultas

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

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

*(...) con ellos hay que tomarse el tiempo necesario, o sea uno sabe que no va a ser una consulta que se va a resolver en cinco minutos, ni que va a ser expeditiva tan rápido, hay que tomarse el tiempo, preguntar, volver a preguntar, preguntar de otra manera* (4, M, médica clínica).



*(...) requiere más tiempo porque es más complejo o a lo mejor hace mucho que no viene (12, V, médico generalista).*

Este requerimiento diferencial de los pacientes qom se asoció a la necesidad de dedicar más tiempo para realizar el diagnóstico, para la comunicación, así como también para las indicaciones de los tratamientos. En palabras de una odontóloga<sup>38</sup> y una médica respectivamente:

*(...) más que nada la cuestión con el tiempo en la consulta, el tiempo del poder comunicarte del '¿qué te pasa?', otros vienen y te dicen que lo está matando la muela de arriba, pero ellos [pacientes qom] es como que el dolor... tenés que estar preguntando más '¿en ésta [pieza dental]? ¿O en éste?'" (11, M, odontóloga).*

*(...) la mayoría te dice 'sí, sí' y no sabés lo que piensan, lo mismo con la medicación, cuando le indicás una medicación también dicen 'sí, sí' pero no sabés si entendieron (5, M, residente Medicina General)*

Asimismo se planteó la necesidad de "**hablar más despacio**" o de ser más detallados en las explicaciones, en ocasiones, a partir de la sospecha de que los pacientes qom no entienden las indicaciones:

*(...) después es el tiempo en la consulta. Muchas veces yo me quedaba con la sensación de que si yo iba muy rápido era como que yo era una aplanadora en la consulta, era como que se iban y no habían entendido nada [se ríe] yo había resuelto lo que a mí me parecía pero ellos no... te decían sí, sí, sí, pero no entendieron nada (10, M, médica generalista).*

En este sentido, el requerimiento de mayor tiempo en las consultas se inscribió en la incertidumbre, sospecha o supuesto de los profesionales en torno de aparentes

---

<sup>38</sup> Debido a que en el transcurso de mi trabajo de campo el centro de salud que atiende mayoritariamente a las familias qom del barrio Los Pumitas no contaba con asistencia odontológica, decidí entrevistar a una odontóloga de otro centro de salud municipal cercano, al cual suelen ser derivados los pacientes qom de dicho barrio.

dificultades de los pacientes qom para comprender las preguntas e indicaciones sobre el tratamiento que debía seguirse.

A la par de estos señalamientos se expresó de un modo unánime la “*falta de tiempo*” para la atención. Dicha falta fue adjudicada principalmente al desborde cotidiano producido por la gran demanda de consultas que tienen en el servicio. Desde farmacia se expresó:

*Siempre tenés que tener tiempo, eso es fundamental, si tenés una cola de 10 personas generalmente no lo hacés [dedicar el tiempo que requieren] (...) se hace lo mejor que se puede y según el tiempo, si tenés 20 personas que te están diciendo cosas desde atrás de la cola le hacés el papelito rápido y ¡listo! (...) Si no tenés tiempo, ¡se los tirás por la cabeza!* (2, V, farmacéutico).

Una empleada administrativa nos señaló:

*(...) vos le decís [a un médico] que hay una paciente que ante esta situación tiene que ser visto ahora y el médico vio 40 pacientes en el día, y él está en todo su derecho a no querer ver a nadie más ¿no? y te queda a vos ahí adelante ¿y qué mierda hacés con esa persona?... es jodido (...) porque si él que no quiere atenderlo también está en su derecho, es un trabajador sobre-exigido, y la otra [la paciente qom] es una persona que está fuera de todo*

*F: la mayoría de las situaciones ponele ‘graves’ se resuelve, el tema es que se te escapan las otras*

*Matías: ¿cómo que se te escapan?*

*F: y en el hecho de que en la vorágine cotidiana si viene alguien a preguntar algo, no es grave y vos estás desbordada resolviendo y le decís ‘vení mañana’ y...y al otro día no viene (1, M, administrativa).*

Como ya señalamos, en ciertos horarios resulta notoria la gran cantidad de personas que recurren al centro de salud, principalmente en el transcurso de la mañana y en determinadas horas de la tarde. En este marco, *la falta de tiempo* se constituye en un rasgo estructural de la acción institucional a partir de “la constitución de una economía del tiempo uno de cuyos rasgos es el ‘débito temporal’

en desmedro de la consulta clínica” (Margulies, 2010:222). Dicha situación repercute asimismo en las tareas de prevención y promoción de la salud limitando “la salida al barrio”: “*nos pasa que con la demanda que hay no te da tiempo ni para salir al baño, y menos a terreno*” (12, V, médico generalista).

Estas condiciones van a contramano de una de las directrices que se propone para el trabajo en atención primaria de la salud, como es la *clínica ampliada*, la cual implica -como ya se mencionó- prácticas contextualizadas e integrales que requieren el conocimiento de la realidad social y cultural de los pacientes.

#### Paradojas interculturales: entre el discurso universalista y las prácticas diferenciales

Al indagar sobre la necesidad de implementar ciertas estrategias o políticas diferenciales en salud para la población qom, las respuestas espontáneas predominantes de los integrantes del equipo fueron negativas, principalmente sostenidas con argumentos de tipo “universalistas”, tales como “*tendrían que ser buenas políticas para todos*”, “*no tiene que haber diferencias*”; “*por ahí parece como discriminatorio*”. La idea que subyacía radicaba en que la implementación de algún dispositivo o política “diferencial” o “cuestión particular” iba en desmedro del principio del derecho universal a la salud.

No obstante, un análisis más amplio y enfocado en las prácticas mostró que los discursos universalistas se combinaban con prácticas de tipo particularista (Margulies, Stival y Name, 2010). De este modo, luego de expresar su negativa o mostrarse dubitativos sobre la necesidad de estrategias diferenciales, los entrevistados efectuaron aseveraciones sobre las características particulares que presentan los pacientes qom, así como también de los requerimientos singulares de esta población.

En este sentido, hemos registrado una serie de prácticas que implicaron un trato diferencial por parte del personal de salud hacia los usuarios qom. Entre las mismas destacamos:

- Se selecciona y define cierto efector al cual referenciar (estudios) para facilitar el acceso:

*(...) lo que intentamos es facilitarles, por ejemplo la ecografía para toda la población la pedimos en el Alberdi, en el HECA y en el CEMAR (...) pero con los pacientes de la comunidad [toba] tratamos de mandarlos directo al CEMAR porque sino se tienen que ir a la terminal de ómnibus, después caminar hasta allá, es como que se manejan mejor con el circuito del CEMAR, porque ya saben que se toman un colectivo acá [en la esquina] y es directo, no tienen que dar tantas vueltas (1, M, administrativa).*

- Se incorpora en las consultas una alerta particular en el seguimiento familiar:

*(...) yo con ellos [usuarios qom] siempre trato de aprovechar, ya que está [en el consultorio], revisar la historia clínica y ver qué pata falta en esa familia ¿no? Por ejemplo viene una mamá con un nene, y lo trae porque está enfermo, aprovecho y reviso la historia clínica, eso lo hago con un toba, no lo hago con el resto, y entonces ‘¡ah! mirá al otro nene le faltaron las vacunas, no lo trajiste, traémelo mañana’ (10, M, médica generalista).*

- Se dedica más tiempo en las consultas y se permiten incorporar ciertas “excepciones”:

*(...) te tomás más tiempo porque si no te queda la duda de cuando se va si entendió, en cuando al tiempo sí le dedicas más, incluso uno trata de solucionarle por ejemplo si está cerrada la farmacia uno igual trata de darle el medicamento porque no sabes si después va a volver... (11, M, odontóloga)*

- El siguiente fragmento describe el modo en se asocia el pertenecer a la comunidad qom y sufrir de tuberculosis en las instancias de derivación a otros servicios de mayor complejidad.

*F: en la sala del hospital X, está la cuestión ‘del toba’, está el estigma de la tuberculosis en las salas, en todas las salas donde vos lo quieras internar, hay una cuestión de que tenés que asegurarles que no tiene tuberculosis... de entrada cuando vos lo derivás por teléfono le tenés que juramentar que no tiene tuberculosis, de que ya está estudiado*

*Matías: ¿y con otros pacientes no pasa eso?*

*F: no, con otros pacientes no pasa, con otros pacientes según quién esté de guardia a veces te pueden llegar a preguntar, si lo estás mandando por una neumonía o por un paro respiratorio te pueden preguntar '¿hay posibilidades de que tenga tuberculosis?' pero queda ahí... en cambio si vos le decís que es un paciente de la comunidad toba y blablabla y aunque sea por otro motivo de consulta, saltan al toque las preguntas '¿tiene tuberculosis? ¿tuvo tuberculosis? ¿hay alguien de la familia que tiene tuberculosis?' [risas] (12, V, médico generalista).*

En el mismo sentido una residente de medicina general también mencionó la existencia de dicha asociación en los servicios de mayor complejidad a partir de su experiencia en una rotación por dicho efector:

*(...) hay un montón de prejuicios, a mí me tocó vivir que por el hecho de que sea toba una tos es igual a tuberculosis, a diferencia de cualquier otra persona... eh, con los tobas es automático la sospecha de tuberculosis, más que en cualquier otra persona (3, M, residente Medicina General)*

A su vez, la existencia de la asociación toba/tuberculosis, implicó -como señala el siguiente fragmento de entrevista- la incorporación de ciertas prácticas diferenciales a la hora de las derivaciones:

*F: y después en función de eso, aprendés muchas cosas en cómo derivarlo, qué escribir en las notas de referencia*

*Matías: ¿cómo es eso?*

*F: a lo mejor yo antes detallaba todas la cuestiones, y después vas aprendiendo qué partecita le interesa a cada especialista, pero a todo el mundo le interesa que no tenga tuberculosis, o sea digamos que vos arrancás diciendo que el paciente es así y así y que fue estudiado para la tuberculosis, que dio negativo, o que hizo el tratamiento en tal año y ahora está en controles, y eso te despeja esa posibilidad porque muchas veces también desde la buena leche, desde una mezcla media rara de estigma y buena leche ¿no? se preguntan '¿ché pero no tendrá tuberculosis? ¿y*

*si lo mandamos al neumónologo?’ y le arman todo un circuito paralelo innecesario, porque surge la frase ‘ya que está acá por qué no aprovechamos’*

*Matías: es una mezcla interesante*

*F: claro, porque tenés de todo, hay de todo, tenés buena leche, tenés la cuestión de ya tenerlo encasillado, otro que quiere aprovechar la situación porque sabe que va a volver con la preocupación, pero vos sabés que al tipo lo van a dejar internado cuatro o cinco días más al pedo y no lo necesitaría (12, V, médico generalista).*

Otra residente recordó una situación vivida en el marco de sus prácticas pre-profesionales en las cuales el pertenecer a la comunidad toba se mencionaba como un factor de riesgo:

*(...) una vez me ha tocado por ejemplo en el pase de sala cuando hablás del motivo de consulta dicen ‘es toba’, en el motivo de consulta lo dicen, como si fuera un factor de riesgo, tiene más importancia que el nombre, es toba, seguramente el nombre no lo saben... lo primero que te dicen es, ‘¿paciente con antecedente?’, ‘no, es un paciente toba’, y después sigue el resto... es como que dicen ‘paciente extraterrestre’ (5, M, residente Medicina General)*

Por último, destacamos que quienes plantearon con mayor énfasis su rechazo a la implementación de estrategias diferenciales de atención a partir de argumentos universalistas (“*no hay que hacer diferencias*”, “*hay que atender a todos por igual*”), al mismo tiempo reconocieron que “*este no es un centro de salud más*”, y que en función de las características particulares que adoptaba la demanda el equipo de salud “*debía tener necesariamente experiencia de trabajo con estas poblaciones*”.

Sólo dos profesionales mencionaron concretamente estrategias específicas que podrían implementarse para contemplar ciertas particularidades de esta población. Ambas abordan la dimensión comunitaria. La primera intenta afrontar el problema del “*llamado al SIES*” [en referencia a la comunicación telefónica para solicitar la ambulancia del sistema de emergencias público] durante los fines de semana. Las dificultades para que la ambulancia del SIES ingrese a Los Pumitas no es propia sólo

de este barrio. Lo que sí constituye una particularidad es que muchas familias qom no cuentan con la “competencia lingüística” que requiere una comunicación telefónica en esas instancias, ya sea por no comprender del todo bien el castellano, o directamente por las “exigencias” que imponen los operadores telefónicos del SIES para que las personas describan la situación de emergencia:

*(...) por ahí te atiende un operador que no entiende nada y que le termina diciendo que tome un paracetamol, y ¿cuántas veces pasó eso de noche? Un montón... (4, M, médica clínica).*

En este marco, esta profesional proponía “*hacer una lista de nombres referentes del barrio, previamente trabajar con ellos el tema y avisar al SIES que si esa persona llama tienen que ir, tienen que ir, o sea, que estén avisados que hay pautas de alarma*” (4, M, médica clínica).

La segunda propuesta consistía en la creación de un “consejo de salud” barrial en el que participaran los referentes de la comunidad, además de la consolidación de una red de trabajadores de otros servicios -a los cuales se suelen hacer derivaciones o interconsultas- que tengan buen vínculo o que estén sensibilizados con las problemáticas de la comunidad qom, de modo tal que tanto los usuarios qom como el personal de salud de dichos servicios tuvieran un “referente” a quien dirigirse ante alguna dificultad:

*(...) la forma sería incluir a la comunidad en una especie de consejo de salud donde estén todos los representantes, los que se quieran sumar, y planificando ahí... y sí me parece que en cuanto a la red, hay que reforzar a estos referentes que están identificados como potables de otros servicios, de otros lugares, y cómo canalizar por ese lado todas las interconsultas y las cosas (12, V, médico generalista).*

A su vez, este profesional, fue el único entrevistado que hizo referencia a la histórica demanda de las organizaciones qom de introducir en los equipos de salud a “agentes sanitarios indígenas”. Al respecto expresó sus dudas del siguiente modo:

*(...) para mí es todo un tema con la cuestión de incluirlos, no lo tengo muy en claro pero, incluir a gente de la comunidad al interior del centro de salud, eso no lo tengo muy en claro, no sé si por sí o por no, me parece que tiene muchas cosas a favor y que puede tener muchas cuestiones en contra, porque muchas veces los que se presentan como referentes suelen hacer un uso del poder, de la situación y demás y eso me parece que eso es complicado.*

### Aportes críticos sobre la noción del “tiempo toba”

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 de género, cuando resulta evidente -como señala el estudio de un profesional de dicho servicio<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> 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



(Vignoni, 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 hijos. También se habla de “*los pacientes*” perdiendo de vista las distancias inter-generacionales 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 de Rosario<sup>40</sup>.

A su vez, se evidencia que los modos diversos de clasificar/valorar a los pacientes 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, Stival y Name, 2010:153).

Esta visión, sustentada en una idea de hábitos culturales 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 sanitarias.

---

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.

<sup>40</sup> Incluso no se han contemplado matices vinculados a los distintos contextos de origen de los procesos migratorios (urbano-rural).

Cabe señalar que una de las principales fuentes de esta visión de corte esencialista de los pueblos indígenas, se puede ubicar en formulaciones de la propia antropología desde cierta etnología argentina -que tuvo un importante auge y vigencia en décadas pasadas- a los planteos de la antropología de sesgo culturalista<sup>41</sup>.

También es posible entrever cierta reactualización de elementos del *Modelo Culturalista Clásico de la Antropología Médica* (Menéndez, 1985), el cual estrecha el entendimiento de la complejidad cultural de los fenómenos de salud-enfermedad-atención, opacando la causalidad social, económica y el modo en que juegan las condiciones de vida y las experiencias históricas de los distintos conjuntos sociales.

Transcribo in extenso un fragmento de entrevista a una profesional del servicio:

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

---

<sup>41</sup>En su análisis de la historia de la etnografía del Gran Chaco, Gordillo (2006) desarrolla las premisas y postulados de esa etnología así como también la herencia que nos ha dejado: "la imagen de los indígenas del Gran Chaco como portadores de una alteridad radical está hoy presente, con diferentes matices, en los medios de comunicación y en el discurso y práctica de algunos organismos gubernamentales (...) esta escuela contribuyó a reproducir la imagen de que los indígenas son personas de las que nos separaría, como diría Bórmida 'un abismo cultural'" (Gordillo,2006:275).

*entender que no son marcianos ni discapacitados y que tejen estrategias de supervivencias como cualquiera (14, M, trabajadora social)*

Destacamos este extenso fragmento porque apunta a la necesidad de desnaturalizar esas nociones ubicando su lógica particular, no en alguna esencia de los pacientes qom (“*reloj biológico distinto*”) o en prácticas apartadas de la modernidad (“*desconocen el uso horario*”; “*no usan reloj*”), sino en las condiciones de vida, en las dinámicas comunitarias y sus encrucijadas cotidianas vivenciadas en estos contextos de pobreza y a las decisiones y priorizaciones que realizan los qom en el marco de sus trayectorias de vida.

El punto de vista expresado por esta profesional resulta significativo por cuanto implica desandar el estereotipo del *paciente toba* así como también la imagen del “abismo cultural” que parecería separar radicalmente a estos conjuntos del resto de la población local. Recuperando los hilos centrales de su argumento, 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.

En otras palabras, no cuestionamos la existencia de estas temporalidades diferenciales, sino más bien proponemos abordar la discusión sobre los “tiempos tobas” asumiendo que *el tiempo* es un concepto intrínsecamente relacional, debido a que implica -como plantea Elías- una “puesta en relación de posiciones” (Elías, 1989). De allí se hace evidente la necesidad de incorporar a esta discusión las lógicas, dinámicas y tiempos organizacionales de los propios servicios de salud. Destacamos esto debido a que consideramos que las interpretaciones profesionales en torno de los *tiempos* de los pacientes qom se realizan en un *vacío relacional* que silencia e

invisibiliza la *economía del tiempo* de la propia institución de salud y la falta de cumplimiento de sus objetivos programáticos en atención primaria.

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

Al igual que los profesionales del centro de salud, 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 proponemos es analizar críticamente las argumentaciones que se formulan desde los equipos de salud a partir de estos hechos, con la intención de re-situar la discusión sobre “los tiempos tobas”, inscribiendo esta *particularidad* 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, y en las propias modalidades de organización de la gestión/atención institucionales.

En este sentido, evidenciamos que la construcción/explicación de los “desencuentros asistenciales” está basada en estereotipos sobre las representaciones y praxis de los usuarios, que lejos de concebir a la biomedicina como una cultura susceptible de ser relativizada y transformada, en la búsqueda de una mejora de su eficacia y democratización, solo pretende “interculturalizar” al subordinado adoptando supuestos estereotipados y estáticos sobre el mismo (Ponce, Muñoz y Stival, 2017). De este modo, el “Otro” emerge -una vez más- como *la fuente* de los problemas.

Mientras no se incluya en los debates sobre los “tiempos 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 a los tiempos establecidos del servicio, será el Otro el que no cumple con las expectativas temporales de la asistencia, será el Otro un "lento" en la institución. Más que explicar los desencuentros a partir de quienes no cumplen con nuestras expectativas temporales, quizás el desafío sea debatir el modo en que se organizan y estructuran los propios servicios de salud para *dar lugar* a las modalidades diferenciales de demanda por parte de las diversas poblaciones en los contextos locales de atención.

## **Trayectorias de atención de los grupos domésticos qom**

En los **capítulos 4, 5 y 6** presento la descripción etnográfica de las trayectorias de atención de personas y grupos domésticos qom. Estos capítulos permiten aproximarnos al universo de padecimientos, modos de problematizar, interpretar y establecer circuitos e itinerarios a través de los cuales se procura resolver los problemas de enfermedad, a partir de una trama de relaciones que incluye no sólo los servicios de salud sino también el conjunto de sus interacciones y actividades cotidianas. A lo largo de los tres capítulos muestro tanto las condiciones que impactan negativamente en los sujetos así como también los soportes, las redes, las estrategias que posibilitan afrontar, resistir o modificar las condiciones de precariedad en que se encuentran inmersas (Grimberg, 2003). En cada uno de estos tres capítulos describo etnográficamente las trayectorias de atención de tres grupos domésticos qom (las familias Maidana, Quiroga y Romero), focalizando en las distintas respuestas, en los diversos recursos terapéuticos a los que acuden y en las diferentes problemáticas que los atraviesan en su vida cotidiana.

Las trayectorias descritas a continuación difícilmente reflejen la complejidad de sus dinámicas en su justa medida. Estas dificultades remiten -en parte- a la limitación que encuentro desde la escritura para dar cuenta de dinámicas barriales versátiles, fluidas, cambiantes y, por momentos, caóticas. No obstante, cabe aclarar que en ningún momento intento alcanzar una descripción totalizante que oficie a modo de *síntesis completa*, sino más bien propongo “cierto orden” que -como todo recorte- es arbitrario, posible y sobre todo sugerido, como un camino posible para aproximarnos a esa complejidad social que se manifiesta en la vida cotidiana. Cabe señalar que otras trayectorias de atención y “situaciones etnográficas” han quedado en el camino y no fueron incluidas en la presente tesis, no obstante, todas ellas operaron a modo de indicios que orientaron muchos de los ejes de análisis de esta etnografía.

## Capítulo IV

### Los Maidana<sup>42</sup>

Ana y José se conocieron en Rosario y se fueron a vivir juntos a Los Pumitas a mediados de la década de 1990. Criaron siete hijos: Yanina -la mayor- es hija de la hermana de Teresa pero fue criada desde muy pequeña por ella. Yanina vivía con su pareja y sus dos hijos a unos 200 metros de distancia de la vivienda. Darío -de 17 años- reconocía a José como su “padraastro” y desde principios de 2010 reside en Castelli. Convivían con los cinco hijos de menor edad: Florencia (14 años) tampoco era hija biológica de José, sino que él *“le puso el apellido cuando tenía dos años”*. Los cuatro niños restantes eran hijos de ambos: Julia de 10; Alexis 9, Juan 7, Yamila de 5 años. Al igual que la mayoría de los grupos doméstico de Los Pumitas, la familia Maidana tenía una generación de hijos nacidos en la ciudad de Rosario<sup>43</sup>.

La vivienda se ubicaba en el sector “del fondo” del asentamiento Los Pumitas. La calle era de tierra y no presentaba el llamado “mejorado” que sí tienen las calles principales del barrio. Su terreno contaba con una casa de material, con techo de chapa, de dos ambientes: uno funcionaba como cocina-dormitorio y el otro ambiente sólo como dormitorio. El lugar donde dormía cada integrante variaba según las ocasiones y circunstancias de cada día. Frente a esta vivienda levantaron una precaria casilla de chapa que funcionaba como habitación. La letrina estaba ubicada detrás de la misma. Entre las dos casillas había un espacio destinado para el “brasero”, en el cual se calentaba agua y se cocinaba.

Ana nació en Miraflores y tiene 35 años. José nació en noviembre de 1973, en Tacuruzal, a dos leguas de Quitilipi. A diferencia de Ana, José no sabía leer ni escribir. Ambos hablaban castellano y qom. Sus hijos también eran bilingües. Pertenecían a un minoritario grupo de familias qom de Los Pumitas que no enviaban a sus hijos a la escuela bilingüe, sino que lo hacían a la escuela Pellegrini, ubicada a unas seis cuadras

---

<sup>42</sup> Uno de los compromisos que asumí como investigador en este proceso fue preservar el anonimato de los integrantes de las familias. Es por ello que cambié el nombre de las personas y omití mencionar determinados detalles que podían develar el nombre de las mismas.

<sup>43</sup> Algunas familias qom incluso tienen dos generaciones de hijos/as nacidos en Rosario.

del asentamiento. Dicha decisión era justificada por Ana con el siguiente argumento: *“para enseñarles la idioma y nuestras costumbres estoy yo, los mando a la escuela para que hablen bien la castilla”*. En este sentido, aprender a leer y a escribir en castellano, no era concebido como un desplazamiento de la lengua propia, sino como la adquisición de una herramienta necesaria para comprender y moverse mejor en el *“mundo de los blancos”*. Los hijos mayores -Darío y Yanina- dejaron la escuela cuando cursaban la primaria pero estaban alfabetizados.

Desde hacía muchos años Ana y José asistían con regularidad al “culto”, de la Iglesia Evangélica Unida. Estuvieron además vinculados al proceso organizativo del Nam Qom (ver capítulo 2) desde sus inicios. Una vez disuelta esta organización no participaron de otro espacio comunitario por fuera de la iglesia.

En cuanto a la utilización de los servicios de salud públicos, al igual que la mayoría de las familias qom de Los Pumitas, asistían al centro de salud municipal “Juana Azurduy”. José y Ana mantenían un trato directo con la directora, que a su vez era la trabajadora social del servicio. Todo el grupo familiar era atendido por el mismo médico generalista. José y Ana padecían Mal de Chagas.

En el cuidado de la salud de los niños Ana tenía un rol preponderante, el cual era reconocido por José: *“ella se da cuenta si alguno se golpeó, si tiene fiebre o no, yo no, a veces ni me doy cuenta si están mal”*. Sin embargo el rol de José cobraba relevancia en el tránsito por los servicios -principalmente en los alejados del barrio- y en la interacción con los médicos y administrativos.

### **Los partos de Ana**

De los seis hijos que tuvo Ana, cuatro nacieron en hospitales públicos y dos en partos domiciliarios. Darío, su primer hijo, nació en el hospital de J.J. Castelli (Chaco), ella recordó que debido al peso del bebé (4.300kg) los médicos quisieron practicarle una cesárea. Según Ana, fue su hermana quien logró impedirlo diciéndoles a los médicos que *“tenían que aguantarse hasta que salga el bebé”*. En el transcurso de ese embarazo su pareja la abandonó. Ella relató que su hermana fue a pedirle al papá de Darío que lo reconociera, pero él se negó argumentando que no era su hijo. *“Darío*



*cuando nació no tenía nada, no tenía ropa, no tenía nada... cuando nació él tenía un trapo nomás". Los primeros años vivieron con el padre de Ana.*

Los cinco niños restantes nacieron en Rosario. En el caso de Florencia y Juan, los partos fueron en su domicilio. Al poco tiempo de estar instalada en Los Pumitas quedó embarazada por segunda vez. Al preguntarle por qué el parto de Florencia fue en su vivienda, me respondió que así lo decidió porque no había realizado ningún control durante el embarazo. Ana en ese período aún no acudía *"a la salita"*. Al igual que en el parto domiciliario de Juan, la partera fue su madre. Sin embargo, en esta segunda ocasión *"sí tenía hecho el control pero justo Juan nació muy temprano, a las 4 de la mañana, ni llamamos a la ambulancia, tuve que llamarla a mi mamá, ella de vuelta fue la partera... sí, ella sabe... la Florencia y el Juan, ellos dos nacieron en el particular"*.

Sus otros tres hijos nacieron en maternidades públicas rosarinas, aunque en distintas instituciones, *"Julia en el hospital Centenario, Alexis y Yamila en la Martin"*. Al preguntarle sobre sus preferencias entre el parto domiciliario y el hospitalario, señaló:

*(...) a mí me parece que me gusta más tenerlo en mi casa porque más tranquilidad hay... en cambio en el hospital hay más lío, a cada ratito se mueven, te tocan, te pinchan, en cambio acá ya no, más tranquilidad parece, yo por lo menos de mi parte siempre pienso que voy a tener mis hijos pero con fe, no voy a estar pensando mal.*

Otro elemento que valoró fue el rol desempeñado por su madre/partera, principalmente en la tranquilidad que le transmitió durante el parto, así como también por los *"masajes"*<sup>44</sup> que le realizó para paliar el dolor. Además:

*(...) mi mamá cuando tuve a Juan me dijo 'bien negro va a ser', y dijo 'le vamos a poner Negro', mi mamá le puso el apodo a él, el apodo que tiene hoy, y él pelado nació, pero mi mamá lo lavó, no sé cómo lavó el bebé, y dijo 'cuando le crezca el pelo a tu hijo no le tenés que cortarle, nunca tenés que cortarle el pelo', y yo nunca le corté, hasta hoy.*

---

<sup>44</sup> Al solicitarle que me describa esos masajes, señaló que su madre realizaba una suave presión con las manos sobre su panza *"como tallando"* el contorno del cuerpo del bebé. Según Ana, esos movimientos aliviaban sus dolores así como también *"acomodaban al bebé para salir"*.

Con el fallecimiento de su madre, Ana desistió de realizar los partos en su vivienda. De este modo, los nacimientos de Alexis y Yamila fueron en la Maternidad Martín. De estos últimos, destacó con orgullo la rapidez con la cual gestionó el Documento Nacional de Identidad.

### **Ana y sus dolores**

Un tema de conversación que surgió de una manera recurrente cada vez que visitaba a la familia Maidana era el estado de salud de Ana, específicamente sus *“dolores de estómago”*. Dolores que variaron su intensidad y que se modificaban según sus actividades cotidianas.

Al notar que este malestar perduraba y que los cuidados que incorporó en su casa no solucionaban el problema, Ana decidió ir *“a la salita”*. Luego de varias consultas y algunos estudios el médico del centro de salud le dijo que tenía *“piedras en la vesícula”*. A partir de ese diagnóstico, ella comenzó el tratamiento correspondiente. La medicación le fue suministrada de un modo gratuito por la farmacia del servicio.

Ana no conocía la función de *“la vesícula”* y la localizaba vagamente *“en la panza”*, sin embargo no le resultaba una palabra del todo extraña debido a que sabía de familiares que habían tenido la misma dolencia. Así, por ejemplo, su primo que vivía en Castelli había venido a operarse a Rosario por este mismo problema un par de años antes.

En mis visitas a su casa, al preguntarle cómo se sentía, la respuesta siempre variaba, había días que decía sentirse bien, otros mal, hubo períodos en los que bajó mucho de peso debido a que al comer tenía diarrea y permanecía mucho tiempo acostada en la cama, y otros momentos en los que robustecía y realizaba normalmente sus actividades cotidianas.

Desde el principio el médico le indicó ciertos cuidados como el *“no hacer mucho esfuerzo”*, *“comer liviano”*, *“sin grasa”*, *“nada frito”*. Sin embargo en nuestras charlas solía ser irónica con esos consejos: *“¡me dicen que si me siento mal no haga nada! ¿quién lava la ropa entonces? ¿me la va a lavar él?”*<sup>45</sup>. Con respecto a los cuidados con

---

<sup>45</sup> Ana lavaba la ropa a mano en una bañera que tenía en su patio.

la comida me dijo *“le expliqué al doctor que yo no cocino todos los días, se cocina una vez al día, se come, después se toma mate, alguna torta asada... se cocina cuando hay”*. A su vez, debido a que la comida para toda la familia se elaboraba en una sola olla, incorporar dichos cuidados conllevaba una disyuntiva: toda su familia debía alimentarse como ella, o ella debía realizar su comida aparte, lo cual insumía mucho más tiempo.

El medicamento (comprimidos de Ursodiol) suministrado en la farmacia del centro de salud lo tomaba de un modo discontinuo y variaba principalmente en función de cómo se sentía ese día. Así, los días que sentía malestar decidía tomar las pastillas porque le *“calmaban el dolor en el estómago”*, y cuando se sentía mejor dejaba de hacerlo. En ocasiones me habló de las pastillas como *“calmantes”*. En una oportunidad le aplicaron en el centro de salud una inyección por los fuertes dolores que tenía.

Ana identificaba que los dolores surgían generalmente por la noche. Varias veces me dijo que al momento de acostarse *“tenía como un remolino en el estómago”*, un malestar que le impedía ponerse de pie y que por ese motivo dormía poco por las noches: *“duermo un poco pero me levanto muy temprano por el dolor y ya no sigo”*. Con respecto a la medicación sostuvo: *“cuando no tomo las pastillas me pasa eso, y cuando las tomo [un comprimido a la mañana y otra a noche] me siento bien... lo que me preocupa es que me agarran temblores como a los alcohólicos, y eso antes no me pasaba”*. Al preguntarle por qué creía que sucedía esto, me respondió que para ella se debía a los mismos medicamentos: *“son las pastillas, porque antes cuando no las tomaba no me pasaba eso”*.

En determinados períodos, ante la persistencia de los dolores, utilizó algunos remedios caseros. Así por ejemplo, recurrió a una infusión que se produce hirviendo unos minutos una *“uña”* de Palo Santo. Del mismo modo, utilizó un yuyo casero que llaman *“yataiqaá”*<sup>46</sup> el cual fue recomendado y suministrado por un vecino que es visualizado en el barrio como alguien que sabe mucho de plantas medicinales<sup>47</sup>.

---

<sup>46</sup> Los términos que aparecen escritos en idioma qom son una transcripción fonética a mi cargo.

<sup>47</sup> Este vecino solía traer de Chaco algunas plantas medicinales, las cuales vendía a demanda en Los Pumitas.

Mezclado en la yerba del mate de la mañana, este *yuyo* tuvo un buen resultado según Ana debido a que no sólo le calmó el dolor sino que también volvió a tener ganas de alimentarse. Esta planta de pequeñas flores blancas y amarillas la trajo disecada desde el norte de Chaco. El palo santo en cambio fue obsequiado por familiares. El acceso a los *remedios caseros* por parte de los grupos domésticos del barrio Los Pumitas variaba según las familias. Se podía encontrar algunas plantas medicinales en patios de las casas, también se podían comprar a determinadas personas que viajaban con frecuencia a Chaco, o directamente a través de un envío de algún familiar de esa región.

Otro recurso utilizado por Ana -pero esta vez de un modo continuo y permanente- pertenecía al ámbito religioso, me refiero específicamente a la oración: *“lo que siempre hago es orar”*. Así, y principalmente por las noches cuando los dolores alcanzaban su punto máximo, recurría a las oraciones para atenuar sus malestares. Ella, como ya mencionamos, era una asidua asistente a los cultos de la Iglesia Evangélica Unida. En la trayectoria de la familia Quiroga (capítulo 5) que describiremos más adelante, se abordará en profundidad las prácticas asociadas a los recursos terapéuticos religiosos; por el momento lo que quisiera destacar es que Ana reconoció que muchas veces había sido la oración lo que había calmado su dolor

Asimismo, en ciertas ocasiones recurrió a los servicios de uno de los piogonaq<sup>48</sup> que vivía en el mismo barrio. Así por ejemplo, un sábado a la noche antes de concurrir al culto sintió tal malestar que le impedía estar de pie y por lo tanto tuvo que acostarse. Le dijo a José que vaya solo a la iglesia, pero él no quiso hacerlo y se quedó sentado junto a ella. Pasaron un par de horas y Ana empeoraba:

*(...) empecé a temblar como los alcohólicos, tenía mucho calor y estaba transpirando, para colmo se me habían terminado las pastillas... entonces le dije a José que llame a la ambulancia pero él no quería porque decía que quién se iba*

---

<sup>48</sup> Ciertos autores (ver Métraux, 1946) ha presentado a los shamanes del Gran Chaco en general y a los qom (piogonaq) en particular, como curadores y causantes de enfermedades, que obtienen su poder de espíritus compañeros (directa o indirectamente a través de shamanes), causan daño capturando el alma de la víctima o insertando objetos (piedras, insectos, etc.) en su cuerpo y curan recuperando el alma y/o extrayendo esos objetos. Más allá de ciertas particularidades específicas que adquieren en cada contexto, estos elementos explican la fenomenología de las técnicas shamánicas en los grupos del Chaco.

*a quedar con los chicos si me llevaban<sup>49</sup> (...) entonces José se fue a buscar al piogonaq y lo trajo hasta la casa.*

Las expectativas sobre la intervención del piogonaq no estaban cifradas en lograr la cura del padecimiento, debido a que -desde la perspectiva de Ana- las enfermedades vinculadas a la vesícula no eran *competencia* de este curador. Más bien, lo que buscaba era paliar el dolor y superar el momento de angustia.

El piogonaq, al llegar a su vivienda, solicitó que le mostraran todas las pastillas que estaba tomando. Luego, por medio de la imposición de manos fue recorriendo el cuerpo de Ana. Comenzó apoyando sus manos en la cabeza, en la frente, luego en el pecho, en el estómago, y por último en las rodillas. Finalmente puso sus manos sobre el vientre de Ana y a través de rezos y oraciones -en qom- calmó el agudo dolor que ella sentía. Al retirarse le dijo que “*rezara mucho a Dios*” y que no dudaran en ir a buscarlo a su domicilio si volvía a sentirse mal. Luego de esto Ana dijo que si bien el malestar “*no se fue del todo*” se sintió más aliviada.

La utilización de estos diversos recursos terapéuticos (pastillas, yuyos caseros, oraciones y piogonaq) de manera simultánea fue una constante en la trayectoria de atención de Ana. La elección de cada recurso respondió a las posibilidades de resolución que brindaba cada uno en cada contexto o situación. A su vez, la eficacia fue valorada en función de dichas posibilidades y las condiciones de acceso a cada recurso terapéutico. A este conjunto se sumaba la demanda de atención en el centro de salud.

Ana tenía una relación cambiante con los profesionales del “Juana” En ciertas ocasiones era un trato cordial, de mutuo entendimiento donde primaba la confianza con su médico de referencia y la directora del centro de salud; en otros momentos primaban las discusiones, principalmente cuando se debatía la posibilidad de una intervención quirúrgica.

La posibilidad de operarse estuvo presente durante mucho tiempo y sólo lentamente Ana comenzó a visualizar esa intervención como una resolución cercana

---

<sup>49</sup> Como describiremos más adelante, la ambulancia del SIES exige que algún pariente o conocido acompañe al paciente en el traslado. Asimismo, unos días después José me dijo que otro de los motivos por los cuales desestimó llamar a la ambulancia fue porque los sábados a la noche es muy difícil que ingresen al barrio “*casi nunca entran, se quedan en calle Génova*” (a unas cinco cuadras de su vivienda).

en el tiempo. Cuando conversamos con Ana sobre la probabilidad de que no pudiera evitar la intervención quirúrgica, ella siempre fue categórica con respecto al lugar donde deseaba ser operada: no en el Hospital Carrasco -adonde la habían derivado para los estudios pre-quirúrgicos- sino en el CEMAR. Su preferencia se debía a que le resultaba “*más conocido*” dicho servicio y porque allí trabajaba Maximiliano, en otros tiempos trabajador administrativo del “Juana Azurduy” con quien había tenido una buena relación. En este sentido, la predilección por el CEMAR se vinculaba con la visualización de un aliado real o imaginario en una posible internación.

Ana nunca manifestó con claridad si pretendía operarse. Ante su médico se mostraba vacilante; a mí me dijo en alguna oportunidad: “*si me tengo que operar, me voy a tener que operar*”. Ana fue operada hace unos 10 años “de apendicitis” en un hospital de Rosario. De aquella intervención recordó que al despertarse en la habitación se asustó e intentó retirarse del hospital, pero que no pudo hacerlo debido a que estaba muy mareada por los efectos de la anestesia. También recordó asombrada que luego de la operación el médico que la atendió le mostró su apéndice en un frasco: “*parecía un gatito chiquitito*”. Señaló ese acontecimiento como “*la primera vez que enfermé, porque antes yo nunca había estado enferma*”.

Ante su indefinición y a partir de sus malestares, desde el centro de salud procuraban convencerla de que se operara. No obstante, las respuestas de Ana continuaron siendo ambiguas: si bien se realizó la mayoría de los estudios pre-quirúrgicos que le fueron solicitados (de orina, sangre, electrocardiograma) faltó en varias ocasiones a los turnos programados. Los motivos que ella señaló sobre dichas ausencias fueron diversos: no pudo dejar la casa sola; surgió un problema con sus hijos; se olvidó; su estado de decaimiento le impidió dirigirse a la salita; no tuvo ganas de ir.

Al cabo de un tiempo, Ana decidió no operarse e intentar sobrellevar su padecimiento “*regulando fuerzas*” en su vida cotidiana: “*es así, Mati, mientras pueda aguantar voy a aguantar porque si me opero ¿quién hace las cosas en la casa?*” De este modo, continuó realizando sus actividades y rutinas, las cuales disminuían o se incrementaban según cómo se sintiera cada día.

Tiempo después, pude saber que había una relación entre este padecimiento y la muerte de la madre de Ana: ella había fallecido por *“la vesícula”*. Tanto Ana como su hermana recordaron que en esa época aún atendía en el centro de salud *“el doctor Esteban”*<sup>50</sup> y junto a él decidieron no operarla, principalmente por dos motivos: *“el doctor dijo que no iba a aguantar la operación porque ya era viejita”*, y porque ella misma no quería operarse. Finalmente al poco tiempo de esta decisión su madre falleció. Sin embargo, y a partir de otras conversaciones que tuvimos en torno de los *“piogonaq y los daños”*, apareció otra causa de su muerte: quizás había sido un daño. Incluso la misma madre de Ana así lo creía. José recordó que cada vez que la llevaban al hospital o al *“dispensario”* por su problema de salud ella les decía *“al pedo me llevan, si ustedes no saben qué es lo que tengo”*. Poco antes de morir le dio indicaciones precisas a José *“yo ya no estoy más bien, yo ya me voy a morir... mejor de acá en adelante no pisen esta casa porque en esta casa hay una cosa, adentro de la casa hay un mal”*. Y continuó diciéndole *“entonces toda la familia le va a pasar algo... así que podés retirarte de al lado mío... porque tenés chicos, tenés señora, andate lejos de acá, de esta casa”*. Al poco tiempo, se mudaron a otro terreno ubicado en el mismo barrio.

Luego de esta conversación, insistí con la pregunta, *“¿entonces de qué murió?”*, José fue quien me respondió *“no sabemos de qué murió, como dicen todos que era un daño... pero todavía no sabemos de dónde vino ese daño, y después está lo de la vesícula”*. Ana en cambio prefirió no contestarme y permaneció en silencio.

### **La atención de Yamila: distintas causas, distintos recursos**

Cuando Yamila -la integrante más pequeña del grupo doméstico- tenía cuatro años fue internada en un hospital de Rosario. Los motivos por los cuales sus padres demandaron su asistencia médica fueron: dificultad para respirar, decaimiento corporal, falta de apetito y dolores en la cintura. Con el pasar de los días, ante la incertidumbre del diagnóstico, el malestar y la angustia de sus padres se acrecentaron, *“la pinchaban de aquí para allá, pero no sabían qué tenía, ni me daban respuesta de qué es lo que tenía”*, recordó José. Pasadas otras tantas horas, él decidió increpar a una

---

<sup>50</sup> “El doctor Esteban” -médico generalista- tuvo una muy buena estima entre la población *qom* de Los Pumitas por su modo de atender. En el capítulo 4 ampliaremos su historia.

enfermera reprochándole *“la falta de resultados”*, a lo cual la enfermera le respondió que tenía que tener paciencia y que los médicos se estaban ocupando. Lo que le preocupaba a José era *“que no sabían qué es lo que tenía”*. De todos modos decidió esperar. La angustia de esos momentos lo llevó a entrar en llanto y a discutir con Ana sobre qué hacer con la internación de Yamila, debido a que no encontraban explicaciones para los procedimientos que le realizaban a su hija.

Al día siguiente, por la tarde, José y Ana decidieron retirar a su hija del hospital. El desencadenante fue el ver a Yamila acostada con *“una sonda por la nariz”* (nasogástrica). Dispusieron retirarse diciéndole a la enfermera: *“sáquenle esas cosas, nos vamos de acá”*. La enfermera dijo a José que no podían irse, que si lo hacían ella lo iba a denunciar y que él iba a ser el responsable si le pasaba algo a su hija. José insistió *“yo vuelvo a mi casa”* y así lo hicieron. Regresaron a Los Pumitas. Cuando estaban ingresando al barrio, vieron llegar de Chaco el colectivo de los *“contratistas”*. En ese colectivo venía una tía de José, que venía a visitarlos y que era curandera. No dudaron en recurrir a ella para que revisara a su hija:

*(...) cuando apareció mi tía, contentos estábamos porque sabía curar, y la miró nomás y ya le conoció lo que tenía y ya estaba vomitando amarillo la nena, ya dice que le faltaba poco... se junta eso y lo mata y ella le curó, porque en tres días cura, ella cura así en secreto.*

La tía sostuvo que Yamila padecía *“laiel”* (denominada en castellano pata de cabra) y mientras la curaba *“de palabra y con oraciones”*, le dijo a José:

*(...) andá, llevala devuelta al hospital porque tiene otra enfermedad, yo le curé laiel pero hay otra cosa más, haceme caso, llevala.*

Según se nos informó, los síntomas de *“laiel”* o pata de cabra en los niños son: una mancha en la piel de la espalda, falta de apetito, dormir mucho, vómitos, y un movimiento corporal característico que consiste en que el niño arquea reiteradamente su cuerpo tirando la cabeza hacia atrás a partir de un dolor que sufre en la columna a la altura de la cintura.



Decidieron hacer caso a la tía y le prometieron que al día siguiente la llevarían al hospital. Sin embargo, esa misma tarde llegó a su domicilio –a partir de la denuncia que hizo un profesional del hospital- un patrullero de la policía preguntando por José:

*(...) me vinieron a buscar con la policía, disparé yo con mi nena para allá [el fondo de la casa] pero ¿de qué me valía a mí? como el aborigen que le tiene miedo al blanco siempre corre.*

En la madrugada del día siguiente, como habían acordado con los policías -y con su tía- llevaron nuevamente a su hija al hospital. Los médicos les hicieron una serie de preguntas que no pudieron responder porque no entendieron qué es lo que le preguntaban. Un médico les explicó que tenían que llevar a Yamila para realizarle un estudio -que tampoco alcanzaron a entender en qué consistía-, les pidió que no se asustaran y les prometió que pronto la traería de vuelta. Los padres aceptaron que la llevaran pero le suplicaron al médico que “no le pongan la sonda que tenía ayer”.

Esa espera fue recordada por los padres como un momento de profunda angustia. Ana volvió a la casa para atender al resto de sus hijos. José recordó que:

*(...) se la llevaron, me dejaron solo, y cuando la agarraron los médicos ya no podés entrar, y bueno, me quedé sentado, pensando, como siempre yo no me olvido de Dios, nosotros nos ponemos a orar para salir bien las cosas... al rato sale el médico y peor ¡tenía todas esas cosas, esos tubitos!*

El médico le planteó que era necesario trasladarla a otro hospital de la ciudad [ubicado en la zona céntrica] argumentando que allí Yamila iba a estar mejor “porque acá hay pocos aparatos”. Se concretó el traslado. Según José “en ese otro hospital le encontraron lo que tenía, dicen que tenía neumonía, ahora está todo bien”.

Luego de unos días de este hecho visité a José y Ana. Sentados en su patio, en un clima distendido, les pregunté sobre su interpretación de la enfermedad de Yamila. José me respondió:

*(...) lo que yo entiendo es que además de esa neumonía tenía otra enfermedad mi hija, que se le sumó y que no vieron los médicos blancos, por eso curó después que la vio mi tía, eso es lo que creo.*

Ana afirmó: *“en su enfermedad se le juntaron las dos cosas, tuvo lo que nosotros llamamos laiel, tuvo laiel y esa neumonía”*.

Como señalamos, la referencia a distintas causas y fuentes de los padecimientos fue una constante en la familia Maidana. Cada fuente se yuxtaponía a otra/s frente a la complejidad de la enfermedad y ello se expresaba a su vez, en la búsqueda y demanda simultánea de distintos especialistas y tratamientos.

### **La muerte de Ramón**

La conjunción de distintas causas y fuentes para explicar el desarrollo de una enfermedad también operó en otro evento que culminó con la muerte de Ramón, hermano de Ana. Como describimos a continuación, en ciertas situaciones las dolencias asociadas a causas orgánicas admitieron también explicaciones etiológicas alternativas.

Hacia tres días había fallecido Ramón que vivía en el barrio “de la Vivienda”<sup>51</sup>. Ana estaba triste, en esos días no había salido de su casa *“ni a hacer los mandados”*. Mi pregunta fue inmediata *“¿de qué murió?”* y su respuesta fue imprecisa, *“se murió en la iglesia, así de golpe, porque a él se lo veía bien”*.

Entonces explicó que su hermano mientras participaba en el culto de una iglesia evangélica de aquel barrio se desplomó quedando muerto en el piso. Volví a preguntar *“¿de qué murió?”*, Ana permaneció en silencio; *“¿le hicieron un daño?”*, insistí, y sin dudar me contestó que sí, que el día anterior a su muerte él la había visitado en su casa. En esa tarde su hermano le relató que se sentía mal, que desde hacía un tiempo una mujer que vivía en la casa lindante a la suya, *“con la que él andaba”* lo estaba siguiendo y molestando y que incluso *“le había hecho un daño”*. En esa visita el hermano de Ana le reveló que él no andaba bien por esa *“brujería”*. Al escuchar esto, Ana le había sugerido que fuera a un piogonaq. Al igual que muchas familias qom de los Pumitas, los Maidana concebían a los piogonaq como seres ambivalentes capaces de curar y hacer el bien pero también de enviar un daño, un mal o vengarse. Ramón desestimó la sugerencia y le dijo no confiar en nadie, *“menos en los*

---

<sup>51</sup> Así se suele denominar al Barrio Municipal Toba o Barrio “Roullión” ubicado en el oeste de la ciudad.

*curanderos*". *"Entonces le dije que ore mucho, que tenga mucha fe"*, recordó Ana, y amplió la descripción de lo sucedido. Su hermano estaba en la iglesia, habían almorzado algo *"ahí mismo, preparado por las cocineras"*. Luego todos ingresaron a la iglesia y comenzaron a rezar y a orar por él porque les había comentado que no se sentía bien. En un momento *"salió al patio y cayó al piso muerto"*. Ana se quejó de la atención que recibió su hermano con posterioridad a su caída, porque una pariente le dijo que mientras él estaba tirado en el piso del patio nadie lo ayudó y que todos se quedaron orando adentro. Al rato, cuando vieron que estaba tirado en el piso y que no reaccionaba buscaron a sus otros hermanos y llamaron a la ambulancia.

Los médicos señalaron que el motivo del fallecimiento fue una falla cardíaca relacionada con el mal de Chagas que padecía. Cuando le pregunté a Ana qué habían dicho los médicos me respondió que ella no había hablado con ninguno pero que *"dijeron que murió por el corazón, porque tenía Chagas, pero no creo que sólo de eso murió, yo no creo"*. Ante mi repregunta, ella reconoció que padecía mal de Chagas y, sin restar relevancia a dicha vinculación, señaló que *"algo disparó su problema de corazón"*. Insistí, *"¿para vos fue por el daño o por el corazón?"*, *"por las dos cosas"* me respondió agregando que *"él no sólo me había dicho a mí que estaba mal por eso que le habían hecho, también se lo dijo a otra gente"*. Mientras me relató esta situación me dijo que iba a hacer una denuncia *"a la gente de la iglesia"* porque *"lo dejaron tirado y no lo atendieron"*. La denuncia nunca fue realizada.

Durante el velatorio, Ana se encontró con la mujer acusada por su hermano de haberle realizado el daño. La increpó gritándole que ella *"lo había matado"*. La mujer lo negó y se retiró rápidamente del velatorio. Al día siguiente de la muerte de su hermano, Ana recurrió a un *curandero* de Los Pumitas.

El curandero le ofreció la posibilidad de efectuar dos acciones. Por un lado, podía constatar si efectivamente su hermano había sido víctima de un daño, también podía identificar las características de la persona que lo realizó. *"Él ve el contorno de la persona"*, contó Ana. Por otro lado, podía *"devolverle"* el daño<sup>52</sup>. Para el primer trabajo cobraba \$30 y para el segundo \$170.

---

<sup>52</sup> La posibilidad de "devolver" un daño estuvo latente en este tipo de situaciones. En la trayectoria de la familia Quiroga (capítulo 5) ampliaremos la descripción sobre esta práctica.

Como le fue requerido, Ana llevó una foto de su hermano. El curandero le dijo que el daño fue hecho por una mujer cercana a su hermano y por la descripción de las características físicas que le brindó, confirmó que se trataba de la mujer que su hermano había señalado y que ella había acusado en el velatorio. También le dijo que el daño fue realizado a través de un “brujo” poderoso, y que él podía “devolverle”. Ana se encontró indecisa y le contestó que lo consultaría con el resto de sus hermanos.

Al preguntarle por los motivos de esa indecisión, Ana me explicó que ella estaba dispuesta a hacer “*la contra*” pero sólo si se consensuaba entre toda la familia: “*porque que hay que tener cuidado con estas cosas*”, “*porque una vez que se desatan estas luchas se termina metiendo a toda la familia*”. Su preocupación principal eran las posibles futuras represalias o daños de la otra familia a los integrantes más vulnerables de la suya: sus hijos.

Luego de una semana, al preguntarle a Ana cuál había sido la determinación adoptada al respecto, señaló que sus hermanos “*no quisieron hacer nada*”. Sus argumentos fueron que resultaba demasiado dinero, expresaron desconfianza sobre la eficacia de “*ese curandero*”, al igual que cierto temor por futuras hostilidades hacia los niños del grupo doméstico.

Así, en la trayectoria de atención de la familia Maidana registramos múltiples situaciones en las cuales se combinaron distintas interpretaciones, especialistas y escenarios de cura para un padecimiento. De este modo la causa asignada por los “médicos blancos” a una enfermedad y la vinculación de esa enfermedad a un daño, lejos de excluirse, en cambio se articulaban en las trayectorias terapéuticas.

### **Los piogonaq**

La frecuente concurrencia de este grupo doméstico a los piogonaq contrastó con varios relatos relevados en otras familias qom de Los Pumitas ya que varias desconfiaban de ellos o preferían no utilizar este recurso terapéutico por distintos motivos. Esta desconfianza se basaba principalmente en la creciente mercantilización de sus servicios cuyos costos solían exceder las posibilidades de las familias. Mientras que algunas personas hablaban de “curanderos truchos” y ponían en duda la credibilidad de su eficacia terapéutica -contrastándolos con los de Chaco y Formosa-

otras personas no cuestionaban la eficacia de dichas prácticas sino que dudaban de la “buena fe” de los piogonaq. Así por ejemplo, una mujer qom sostuvo “[a los chicos] *te los curan a medias para que tengas que volver a pagarles*”.

Desde la perspectiva de los qom existen enfermedades que son resultado de un daño enviado por un piogonaq que penetra en el cuerpo de la víctima. A su vez, existen otras dolencias que se producen a partir de transgredir un tabú o restricción durante ciertas instancias del ciclo vital como por ejemplo en el período de menstruación<sup>53</sup>. En ambos casos -para una importante cantidad de familias qom- la figura que cobra centralidad en los procesos de atención es la del piogonaq. En los relatos de las distintas familias qom de Los Pumitas la figura del piogonaq se presentó de un modo ambivalente, contradictorio y heterogéneo, atribuyéndoseles la capacidad tanto de curar como de dañar. De todos mis interlocutores, sólo Ana efectuó una distinción entre piogonaq y brujo, atribuyéndole a los primeros la mencionada capacidad de curar tanto como de dañar, mientras que a los segundos sólo la facultad de causar daño. A su vez, se realizó un uso indistinto entre la denominación de piogonaq y curandero<sup>54</sup>.

En el asentamiento vivían varios piogonaq aunque me resultó difícil establecer cuántos por distintos motivos: algunos permanecían “*ocultos*”, otros “*iban y venían*” de Chaco o de otros barrios indígenas, y sobre otros había cierta desconfianza sobre su capacidad o eficacia. Incluso al preguntar entre mis interlocutores sobre alguno en particular, me han respondido con cierta suspicacia “*lo conozco de chico, ése ahora dice que cura...*”

La mayoría de las veces que Ana acudió a un piogonaq de Los Pumitas lo hizo acompañada de José. Ellos se dirigían sin previo aviso a la vivienda del piogonaq. Las viviendas de los piogonaq de Los Pumitas no contaban con ninguna particularidad o característica distintiva en comparación al resto de las casas del asentamiento. Sólo uno de mis interlocutores señaló la existencia de cintas o lazos de color rojo colgados en alguna parte de la vivienda. El piogonaq los hacía pasar a una habitación o

---

<sup>53</sup> En la trayectoria familiar de los Romero (capítulo 6) abordaremos las prácticas, las percepciones y discusiones sobre dichos tabúes.

<sup>54</sup> Cuando el curandero no era indígena, se lo mencionó como “curandero criollo”.

directamente a un patio trasero. En ocasiones iniciaba la atención preguntándole cuál era el motivo de la visita, aunque en algunas situaciones directamente -sin mediar palabra luego del saludo formal- la hacía recostarse sobre un colchón. El procedimiento de atención del piogonaq era semejante al mencionado en la atención del “dolor de panza” de Ana: utilizaba la imposición de manos, que comenzaba por la cabeza, se detenía unos segundos en la frente, en el pecho, en el vientre, en las rodillas hasta llegar a sus pies. Simultáneamente, rezaba, oraba en qom o cantaba (algunos agitaban “un sonajero”, que consistía en una calabaza seca con semillas). Luego de visualizar el mal que la afectaba, el piogonaq evaluaba si él estaba en condiciones de lograr la cura. Cuando consideraba poder hacerlo, solicitaba hasta tres días para lograrlo. Un anciano qom vinculado a la familia Maidana explicó el proceder del siguiente modo:

*Para curar el piogonaq tiene que hablar con la enfermedad y tiene que saber bien qué bicho es, porque cada enfermedad tiene su espíritu, su dueño, entonces tiene que hacer una contrata con la enfermedad, si no le conoce, si no le puede hablar, no lo puede curar, por ejemplo, cuando se rompe un hueso ellos saben curar, cuando le pica una víbora, el piogonaq tiene que hablar con la víbora, con el espíritu de la víbora, la madre de todas las víboras y le pregunta ¿por qué le picaste? Entonces le da la cura.*

Ana y José interpretaban que una enfermedad causada por un daño era vehiculizada y generada por espíritus que el piogonaq era capaz de reconocer. Dada su capacidad para mediar con los distintos ámbitos y espíritus, la cura de estas dolencias requería de la comunicación del piogonaq con las entidades afectadas en procura de restablecer el equilibrio perdido, devolviendo así la salud al afectado (Martínez, 2010). Un procedimiento semejante ocurría con las dolencias producidas por la transgresión de tabúes y prohibiciones que mencionaremos en la trayectoria de la familia Romero (capítulo 6).

Entre mis interlocutores se expresó de un modo consensuado que ciertas enfermedades vinculadas en su génesis con el “mundo de los blancos” no pertenecían al ámbito de curación de los piogonaq, y por lo tanto su eficacia presentaba fuertes

limitaciones. Entre estas patologías se mencionaron el cáncer, la tuberculosis, el VIH-Sida. Como explicó el mismo anciano qom:

*(...) distinto es con los virus, con un virus no, porque se esconde, no puede hablar con la enfermedad cuando no sabe el nombre, no conoce su espíritu, no puede porque está en la oscuridad... las enfermedades todas son espíritus, puede estar en la cabeza, en cualquier lado.*

En el caso del VIH-Sida no entraría en el ámbito de atención del piogonaq principalmente debido a que la causa del mismo no está relacionada con los llamados “daños” o “males” enviados por otro miembro de la comunidad, sino que -desde la perspectiva de las familias qom- es una enfermedad “*que viene de los blancos*” (Stival, 2008). En las trayectorias de las familias Quiroga y Romero (Capítulo 5 y 6) continuaremos con la descripción y análisis de la figura de los piogonaq.

### **La violencia familiar: Yanina**

A lo largo de nuestro trabajo de campo varias mujeres qom nos relataron su preocupación ante casos de violencia de género en hogares vecinos o sufridos en sus propias familias. Ana contó la historia de Yanina. Yanina es hija de una hermana de Ana pero desde muy pequeña se crió con ella a quien considera su madre. Estaba casada con un criollo con quien había tenido dos hijos varones. Vivía en el terreno de la familia de su marido a 200 metros de la casa de Ana, sin embargo pasaba largas horas en lo de su madre. No contaba con ningún plan social e incluso no tenía DNI. Para obtener recursos, iba junto a sus hijos a “*manguear al centro*” desde que era adolescente.

Yanina fue víctima de violencia a manos de su marido, quien la golpeó dejándola muy lastimada. Junto a su madre recurrieron a la trabajadora social del centro de salud y decidieron realizar la denuncia. Para protegerla, Yanina fue trasladada a un “hogar” para mujeres víctimas de violencia. Durante los primeros días de su estadía en dicha institución no regresó al barrio.

En esos días se generó un conflicto debido a que la hermana de Ana interpretó que Yanina estaba “*presa*” en esa institución por culpa de la denuncia que había

realizado la propia Ana. Cuando le comunicó su interpretación a su hermana, Ana fue al centro de salud *“muy sacada”, “como perdida”* a increpar a la trabajadora social reclamándole que por seguir sus indicaciones su hija había quedado detenida. *“Casi le pego, estaba muy violenta, como ida”*, reconoció Ana, quien se tranquilizó luego de recibir las explicaciones de la trabajadora social sobre el procedimiento habitual para estas situaciones. *“Luego le pedí perdón”*, reconoció. Al preguntarle por este incidente, Ana mencionó que *“antes era calladita con los médicos, no me animaba a decirles nada”*, no obstante advirtió que estaba cambiando esa actitud: *“ahora ya les digo lo que pienso y hasta me enoja, muy distinto a antes que era muy tímida como son las mujeres de la comunidad”*.

Luego de una semana, Yanina comenzó a visitar a su madre por las tardes y regresaba al hogar por la noche. Por esos días todos los miembros de la familia de Ana intentaron quedarse la mayor cantidad de tiempo en su casa por temor a recibir alguna represalia por parte de la pareja de Yanina por la denuncia que había realizado. Las actividades de la familia por fuera de su terreno se limitaron considerablemente e incluso los más chicos dejaron de ir a la escuela. El mayor temor lo generaba la situación de Darío *“porque es el que más anda por la calle y sale a la noche”*. También barajaron la posibilidad de levantar una nueva casilla dentro de su terreno para que Yanina y sus dos hijos se trasladaran a vivir con ellos. Con el pasar de los días las visitas de Yanina se hicieron más frecuentes hasta que finalmente volvió a vivir a la casa de sus padres. La denuncia *“quedó en nada”*, el marido de Yanina se mostró ante la familia arrepentido por haberla golpeado. Luego de unos meses Yanina volvió a vivir con él. No obstante, Ana y José mencionaron que continuaban produciéndose hechos de violencia hacia Yanina, violencia que incluso era dirigida a sus hijos.

En los meses siguientes, uno de los hijos de Yanina sufrió una neumonía. Ella decidió recurrir directamente al Hospital de Niños, el cual está ubicado lejos del barrio. Al preguntarle a Yanina por qué había preferido acudir a ese servicio -en vez de ir a “la salita” que le quedaba más cerca- señaló que no quería ver a su médico ni cruzarse con la trabajadora social porque le iban a pedir explicaciones sobre el regreso a la casa de su marido.



## **Darío. Violencias, alcohol y drogas, y el regreso a Chaco**

En reiteradas oportunidades Ana y José expresaron su preocupación por su hijo mayor -Darío, de 17 años- específicamente por los conflictos que surgían en sus salidas nocturnas. Solía ocurrir con cierta frecuencia que cuando Darío salía a la noche, regresaba al mediodía siguiente, en ocasiones ebrio, en otras golpeado. Un par de veces había sido detenido por la policía y llevado a la comisaría cercana del barrio. Ana reconocía que *“a la noche cuando sale no podemos dormir”* y José se quejaba diciendo que *tenía “que dormir con el celular al lado, sobre todo los sábados y domingo”*. En varias madrugadas, Ana salió a buscar a su hijo por el barrio para llevarlo a su casa.

En una ocasión me contaron que estaban evaluando la posibilidad de que Darío *“se vuelva<sup>55</sup> a Chaco porque acá no puede seguir así”*. Durante ese fin de semana, según sus padres *“a Darío lo drogaron”*. Él estaba bebiendo con otros jóvenes del barrio y *“le metieron pastillas al vino y quedó planchado”*. José se quejaba: *“hay que saber tomar”*. Con *“saber tomar”* no se refería a la cantidad de alcohol (o a la mezcla de distintas bebidas) sino a la necesidad de conocer a la gente con la que uno comparte la bebida, porque de no conocerlo José sostenía que cada uno se tiene que comprar su bebida *“cada uno se paga lo suyo y toma lo suyo”*. Al preguntarle por las pastillas que se acostumbraban introducir en las bebidas me dijo que no sabía, que *“el problema son los criollos, ellos son los que consiguen esas cosas”*. José nunca había bebido alcohol mezclado con “pastillas” y por lo tanto desconocía los efectos que producía la combinación de dichas sustancias.

Hasta ese momento yo no tenía trato con Darío. En mis visitas a su casa -y mientras hablaba con sus padres- apenas nos saludábamos fugazmente y al paso. En función de lo que me habían comentado sus padres, le dije a Darío que me gustaría hablar con él y que podía pasar a buscarlo por su casa para ir a caminar. Darío aceptó la invitación y el día siguiente mantuvimos nuestra primera charla solos en la placita del barrio mientras tomábamos una gaseosa. Él había dejado la escuela hacía un par de años. Sabía leer, escribir y hablaba fluidamente *“la idioma”*. No estaba trabajando,

---

<sup>55</sup> En el 2006 Darío se fue a vivir a Castelli luego de una serie de incidentes violentos con otros jóvenes del barrio a partir de los cuales “estaba amenazado”. El pasaje lo consiguió por medio de la trabajadora social del centro de salud. Regresó a Rosario un año después.

pero ocasionalmente realizaba algunas changas. Accedía a estos trabajos informales y temporarios a través de su tío, quien lo convocaba cuando necesitaba un ayudante en los trabajos que le surgían. A partir de aquel encuentro nuestras conversaciones fueron más frecuentes y distendidas. Giraban en torno de su niñez, su paso por escuela, los criollos, la familia, sus recorridas por el centro de la ciudad, la noche en el barrio.

Luego de varios encuentros, Darío me habló de la “llaga”. Contó que había sufrido de dolores en el pene<sup>56</sup> después de haber tenido relaciones sexuales con una chica del barrio. En ese momento no se animó a contarle a nadie, “*ni a mi vieja, a nadie, me daba vergüenza*”, y, pasados tres días, el dolor aumentó sobre todo al orinar y le salía pus. Los frecuentes baños de agua fría que realizó no atenuaron su dolor, entonces se le ocurrió contarle a un íntimo amigo del barrio. Este amigo, luego de ver su pene, le recomendó que fuera a hacerse atender por un doctor y mencionó que conocía a uno “*que hacía mucho tiempo atendió en la salita*”. A su vez, se ofreció para acompañarlo a la casa de este doctor porque en ciertas ocasiones allí atendía. Darío no se animó a concurrir al domicilio del médico y optó por continuar soportando el dolor. Luego de dos días, Ana lo sorprendió diciéndole “*vos tenés la llaga*”. Ella había percibido su padecimiento a partir de la forma en que se sentaba, por la forma de moverse en la casa y porque iba al baño a cada rato. Entonces, acompañado por José, decidió visitar el domicilio particular del médico, relativamente cercano al barrio. Al preguntarle por qué no había recurrido a la “salita” me contestó que le daba vergüenza. El doctor al recibirlos les preguntó qué es lo que le estaba pasando, “*tiene la llaga*” contestó José, quien conocía al médico desde la época en que atendía a toda su familia en el centro de salud. El doctor se mostró sorprendido por la cantidad de días que Darío había tolerado el dolor. Le aplicó una inyección, le recetó unas pastillas y le recomendó lavarse mucho y sacarse todo el pus posible aunque sintiera dolor. Le cobró por el inyectable. Acordaron que Darío volvería a visitarlo en los días siguientes y le dijo “*la próxima vez tratá de cuidarte*”. Darío dijo haber cumplido el tratamiento,

---

<sup>56</sup> Su expresión fue “me dolía el pingo”.

*“le hice mucho caso, me bañaba a cada rato”* y finalmente se curó. Esta fue la única vez que dijo haber tenido la *llaga* (o *llagaitoq* como dicen otros).

Sobre la atención de la *llaga*, José comentó que *“antes cuando vivíamos en Chaco y no íbamos a los doctores”* era frecuente la utilización de un *“yuyo”* denominado *“palampalam”*, cuya principal propiedad consistía en curar o al menos aliviar el dolor. Para su preparación había que disolverlo en agua hasta que quedar *“como un aceite”* y su gusto es *“muy fuerte”, “picante”, “muy agrio y feo al olor”*.

En nuestros intercambios, Darío habló sobre la joven de quien argumentaba haber contraído la *llaga*. Según su relato, esa noche en la canchita la chica había tenido relaciones sexuales con nueve varones de distintas edades que *“iban pasando de a uno”*, todos *“escabiados”*, incluyéndola a ella<sup>57</sup>. Argumentó también que la chica no había sido forzada a tener relaciones sexuales ni estaba inconsciente sino que *“a ella le gustaba porque les jugaba a todos”*.

Argumentos similares se habían esgrimidos unos años antes, en 2007, cuando un grupo de jóvenes forzaron a una adolescente qom a mantener relaciones sexuales con ellos. La diferencia fue que en ese caso la joven los había denunciado por violación sosteniendo que había quedado inconsciente cuando introdujeron *“pastillas”* en su bebida y que había sido violada en ese estado. Las familias de los varones qom que estuvieron involucrados en el incidente sostuvieron que *“no fue una violación”* debido a que todo había ocurrido con el consentimiento de la chica, quien hacía tiempo se había *“metido en los vicios”* y *“acostumbraba a alcoholizarse”*. Incluso señalaron que ella era la responsable de lo sucedido dado que no se había retirado de la vivienda como sus amigas y que al quedarse sola con varios varones y emborracharse, ella había sido la *“culpable”* de lo sucedido.

La familia de la chica -conformada por padre criollo, madre qom y seis hermanos menores- se había ido del barrio. Cabe señalar que estos eventos no los registré de fuentes directas sino que los reconstruí a partir de comentarios de familiares de los varones involucrados y otros que circulaban en el barrio. Si bien se reconocía que era reprochable lo realizado por los jóvenes también se consideraba

---

<sup>57</sup> Darío dijo no tener conocimiento de que algún otro joven que participó de aquel hecho haya tenido el mismo padecimiento.

una sanción desmedida que fueran detenidos y encarcelados por la policía. En este sentido, los dichos de varones y mujeres tendían a suscribir argumentos de responsabilización de la joven y sus padres por lo acontecido:

*“ella sabía que si iba ahí le podía pasar eso”*

*“es culpa de ella y de los padres porque le da a la bebida”*

*“¿por qué no se preocuparon antes los padres? ¿Por qué la dejaban tomar?”*

*“Hace tiempo que anda sola a la noche recorriendo los pasillos buscando algo”*

Registramos así prácticas y discursos que naturalizaban la violencia sexual y responsabilizaban a las propias víctimas al interior de la comunidad (lo cual, cabe señalar, no constituye una particularidad de las familias qom). Retomaré el análisis del problema de la violencia sexual en la descripción de la trayectoria de la familia Romero (capítulo 6).

Las conversaciones con Darío se vieron interrumpidas por un viaje que realicé y que me impidió visitar el barrio aproximadamente por un mes. En ese período Ana me llamó telefónicamente para pedirme, en función de nuestra buena relación, que me encontrara con Darío para hablar con él sobre *“lo que le estaba pasando”*, y me relató que una madrugada había aparecido tirado en estado inconsciente en las orillas del arroyo junto a unos cuchillos.

Pasadas dos semanas de ese llamado, volví a encontrarme con Darío. Al preguntarle por lo que había sucedido esa noche me contó que desde la tarde había estado tomando vino y fernet con otros jóvenes qom del barrio y que a diferencia de otras noches no habían puesto ninguna *pastilla* en la bebida. En un momento de la noche -sin estar *“tan escabiado”*- comenzó a ver una imagen que ya había visto en sueños que lo atormentó tanto que regresó a su casa para buscar más dinero para comprar más bebida. Tenía la idea de que si se emborrachaba iba a dejar de ver esa imagen. Como su madre no le quiso dar dinero, agarró los pocos pesos que tenía guardados y se dirigió a la casa de su hermana Yanina para pedirle más. Ante la negativa de su hermana discutió con ella, volvió a su casa, agarró un par de cuchillos y se dirigió rumbo al arroyo. En el camino cayó desmayado y no recuerda nada más, hasta que lo fueron a buscar. Tampoco recordaba para qué había agarrado esos

cuchillos, pero estimaba que era por una cuestión de “defensa” y descartó haber tenido la intención de suicidarse.

También relató que en esos días no estaba durmiendo bien, que había vuelto a tener unos sueños que lo estaban “*atormentando mucho*” y que por la mañana despertaba con el cuerpo muy dolorido, con dificultades para moverse. Había comenzado a tener esos sueños hacía aproximadamente dos años y ubicó un momento preciso en su vida: él estaba bebiendo vino junto a otros jóvenes qom y, a partir de la sugerencia de uno de ellos, fueron a seguir tomando a la vivienda de un piogonaq. En un momento de la noche el piogonaq le pidió a Darío que le arreglara una cadenita con un crucifijo. Luego de arreglarla, el piogonaq se mostró muy agradecido con él y le contó que cinco personas ya lo habían intentado sin éxito. A partir de esa noche Darío comenzó a experimentar “sueños” y “visiones” que le producían malestar y principalmente desconcierto. Ante el pedido de que me los describiera narró:

*(...) era un sueño pero parecía que estaba despierto yo, unos espíritus llegaban por las noches y se acercaban a mí, los espíritus de los piogonaq (...) le veía yo a ellos, le podía tocar, y me quejaba yo, me movía todo porque le pegaba a todo lo que se acercaba, a todos esos espíritus que me querían tocar, transpiraba mucho yo.*

Al pedirle más detalles me dijo que él no llegaba a comprenderlo del todo, pero que entendía que en sueños lo “*visitaban espíritus de los piogonaq*” que querían tocarlo y que él se quejaba y trataba de ahuyentarlos. Luego de esto ellos desaparecían y, al despertarse, no se podía mover del dolor que tenía en todo el cuerpo, “*no tenía fuerza, no podía mover ni un dedo, sólo los ojos*”. Después de un rato y lentamente comenzaba a mover un brazo, luego el otro hasta poder levantarse. Me contó que había tenido este mismo sueño durante los últimos dos años y que incluso en ciertas noches lo seguía teniendo. Lo único que lo calmaba y que le permitía descansar era “*poner la Biblia bajo la almohada*”<sup>58</sup>. Luego de conversar sobre este tema con su madre y

---

<sup>58</sup> La familia tenía -al igual que muchos grupos domésticos qom- una biblia escrita en castellano y en qom. Ana dijo que le resultaba más fácil leerla en castellano pero que sus hijas se ponían a leerla en qom y practicaban la lecto-comprensión en esa lengua.

algunos amigos, Darío interpretó que estaba *“recibiendo algo, como el ofrecimiento de un poder o un don”*, pero que no entendía de qué poder se trataba. También le contaron que *“las personas que reciben mucho poder pueden llegar incluso a curar”*, no obstante señaló que éste no era su caso.

Durante las semanas siguientes a esa conversación la situación de Darío se fue complicando aún más: se intensificaron ciertos conflictos que mantenía con otros jóvenes del barrio, continuó con el consumo excesivo de alcohol y fue varias veces detenido por la policía. Mientras tanto continuaba durmiendo muy mal por la noche, *“con calores y transpirando mucho”* y de día *“con el cuerpo cansado”*. Por esos días vinieron de visita sus abuelos de Chaco quienes participan de la Iglesia Evangélica Unida. Ellos realizaron junto a Ana y José rezos colectivos para aliviar sus malestares. Sin embargo, según Darío, su estado no mejoró.

También recurrieron a *“una curandera criolla”* recomendada por su tía materna. Acompañado por su mamá y su tía se dirigieron al domicilio de esta curandera que vive en otro barrio cerca del asentamiento qom llamado *“Travesía”*. Ella les dijo que Darío había sido víctima de *“una brujería”* realizada por un chico y una chica que él conocía. Le pidió una remera para sanarlo y les dijo que para evitar otros problemas ella tendría que ir a *“curar”* su casa. Esto último no sucedió debido a que el costo de dicho servicio no pudo ser cubierto por la familia; *“el problema es que cobran mucho, y no hay plata, como 200 pesos cada vez”*, se quejó José. Además no había coincidencia en la familia sobre la eficacia de la eventual intervención de la curandera. Fue entonces que recurrió al médico generalista del centro de salud que atendía a toda su familia.

El médico -al igual que la trabajadora social- conocía a todos los integrantes de la familia y los problemas vinculados al alcohol y las drogas de Darío. En esa consulta y luego de una extensa conversación con el médico le entregaron de manera gratuita un ansiolítico, Diazepam. A los pocos días de la consulta Darío *“amaneció con la cara torcida”*, una suerte de parálisis facial. Sus padres adjudicaron este estado -que duró 48 horas- a las pastillas prescritas por el médico. Y por lo tanto fueron al centro de salud a recriminarle lo sucedido. Hubo una fuerte discusión que culminó con insultos hacia el médico, quien sostenía que dicha medicación no producía esos efectos.

Pasados los efectos en la cara y luego de recomponer la relación con el médico, Darío comenzó a tomar una nueva medicación que obtuvo los resultados esperados: estaba más tranquilo y dormía mejor. A su vez, le prescribió realizarse una tomografía computada en el Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA). Darío no sabía el nombre de este estudio pero entendió que servía *“para saber cómo tengo todo el cuerpo”*. Me pidió que lo acompañara. Quedamos que nos encontraríamos en la puerta del servicio. Cuando llegué a la hora convenida ya estaba en la sala de espera junto a su padrastro esperando que lo llamaran para ingresar a hacerse el estudio. Habían ido en bicicleta. Me contaron que se habían perdido para llegar a este hospital, recientemente inaugurado. Darío se mostró asombrado con el estudio: *“me metieron en una máquina que hacía mucho ruido”, “no me podía quedar quieto”, “cuando me empezó a agarrar calor me dieron ganas de irme, pero me dijeron que era normal, que no me preocupe”*. Finalmente Darío se realizó el estudio sin ningún inconveniente. La tomografía computada no arrojó ningún problema de salud.

Los profesionales del el centro de salud consideraban que los malestares de Darío se vinculaban al uso excesivo de alcohol y drogas. También señalaron que en las consultas Darío había tenido una actitud *“altanera”, “como sobrando la situación”* y que en los diálogos mantenidos en la consulta les había hablado de ciertas *“alucinaciones”*. La trabajadora del centro de salud señaló *“yo no sé si inventan esas cosas para despistarte”*<sup>59</sup>, mientras reconoció que existía una situación de *“incomprensión”* entre ellos.

Desde el centro de salud, se convocó también la intervención del *“Área de la Niñez”*, que en ese momento tenía cierta inserción en Los Pumitas. Desde ese Área invitaron a Darío a las actividades que ofrecía la municipalidad para jóvenes de su edad: un programa de reinserción educativa para adolescentes. Darío les dijo que iría a inscribirse al día siguiente, pero finalmente no lo hizo. Al preguntarle los motivos me dijo: *“ese lugar no es para mí, no conozco a nadie, fijate que ninguno de los pibes de acá se arrima”*.

---

<sup>59</sup> En este punto, y en relación a la sospecha lanzada por la profesional, es inevitable la referencia a Good (2003) cuando sostiene que las dolencias no visibles con frecuencia desafían la realidad de los padecimientos y desautorizan la demanda del paciente (2003).

De este modo, en su trayectoria Darío fue hilvanando diversos escenarios y curadores, cuyas intervenciones no lograron responder a sus expectativas y las de su familia. A principios de 2010 sus padres decidieron enviar a Darío a J. J. Castelli (Chaco) a la casa de su tía materna. *“Se va de paseo, pero si encuentra algún trabajito se va a quedar”*, dijo la madre. Los conflictos con otros jóvenes del barrio se habían agudizado y continuaban sus problemas con el alcohol y las drogas. Darío estuvo de acuerdo.

En marzo de 2010, en un viaje que realicé a Chaco, nos encontramos con Darío en Castelli, parada obligada para llegar a mi destino final que era Villa Río Bermejito. Habíamos combinado a través de mensajes de texto nuestro encuentro. Él me fue a buscar y fuimos a recorrer los barrios indígenas de esa localidad. Pasamos el día en la casa de sus parientes en donde estaba alojado. Dijo que se sentía bien en Castelli. Estaba trabajando en el pequeño taller mecánico de su tío. Tenía amigos con los cuales salía a la noche, *“salimos en barrita”*. Señaló que la vida en Castelli era más tranquila que en Rosario.

Me contó que la noche anterior a mi llegada había sido detenido por primera vez y llevado a la comisaría de Castelli. Esa noche había salido con otros jóvenes del barrio, habían estado bebiendo y él había quedado tirado en el piso. Cuando pasó la policía lo llevó a la comisaría. Con respecto al trato policial señaló que *“acá te pegan más que allá, acá te esposan, te lastiman las manos. Cuando te largan te pasan por el hospital para que te revisen”*.

Al preguntarle por el acceso a ciertas drogas me dijo que era posible adquirirlas en Castelli, que había algunos *“pibes bolsita”*, que se podía conseguir *“porro”* y *“pastillas”* pero que eran más costosas y de difícil acceso que en Rosario. *“Acá para fumar o bolsearte se esconden, no como allá”*.

Nos despedimos. Desde entonces tuve frecuentes contactos a través de mensajes de texto por celular. Por ese medio me contó que se había puesto de novio con una joven de Castelli, con quien luego tuvo una hija. Obtuvo un terreno otorgado por el gobierno provincial, en un barrio que denominaban *“la mosca”* debido a que allí existía un basural que en ese momento estaban limpiando y urbanizando. Empezó también a asistir a la Iglesia Evangélica Unida. En un mensaje Darío me contó que



había abandonado “*los vicios*” y que quería “*hacer el camino interno de la iglesia*”. En dos ocasiones mencionó sus deseos de ser pastor. Para ello era necesario “*aprender la palabra de Dios*”, “*hablar mejor, con más vocabulario*”. Ana se mostró contenta porque Darío “*está yendo a una iglesia, no sale y está más tranquilo*”.

### **Florencia: debates en torno del “*tramite de discapacidad*”**

En los días previos a Navidad, sentados en el patio, José me contó que en el barrio andaba dando vueltas un abogado “*que hace el trámite de discapacidad*”. Me mostró un pedacito de papel cortado con la mano que decía “Dr. García” y un número de celular. Lo que este abogado decía conseguir era un “certificado de discapacidad”, el cual habilitaría a gestionar tanto una pensión social como también “*el pase*” para viajar a Chaco en forma gratuita para “*el discapacitado y un acompañante*” por medio de “*las empresas de la terminal*”. La intervención del abogado tenía un costo aproximado de \$400 ó \$500 y ofrecía una financiación de dos o tres cuotas.

José y Ana me pidieron mi opinión al respecto, y lo hicieron de un modo muy amplio, consultándome qué pensaba yo “*de todo esto*”. Les dije que se acostumbra entre los abogados a dar tarjetas con mayor información personal y principalmente con el número de matrícula a partir del cual se puede averiguar si efectivamente es abogado. Les pregunté si conocían su oficina y me contestaron que no, que sabían que “*queda en zona oeste*” pero que siempre organizó las reuniones en el barrio, en alguna casa de familia. Al decirles que *los trámites de discapacidad* se realizaban de otra forma, les pregunté si ellos sabían que este procedimiento no era el “establecido” y me respondieron que ellos sabían que “*no era legal*”. Confirmado esto, les dije que me “*olía a chantada*” (fue la expresión que me salió en ese momento) y que yo dudaba que García fuera realmente abogado. José insistió en que “*el abogado*” decía tener contactos con los jueces y los médicos del Ministerio de Salud de la Nación quienes eran los que certificaban la discapacidad. También relató que varias familias qom habían iniciado los trámites y que incluso a algunas de ellas ya les había entregado el certificado. Finalmente me revelaron que estaban pensando en realizar “el trámite” por Florencia, una de sus hijas quien desde su nacimiento tenía un problema en una de sus piernas que le hacía difícil caminar. Me despedí de ellos comentándoles que yo

por mi parte no me embarcaría en una cuestión como esa, pero que al fin y al cabo era su dinero y que si ellos querían arriesgarse era una decisión suya.

A partir de distintos relatos que circularon por esos días en el barrio pude reconstruir el mecanismo de difusión de la propuesta que realizaba “*el abogado*”: él les planteaba a un puñado de vecinos del barrio -con los que no tenía vínculo previo y que denominaba “*reclutadores*”- que organizaran reuniones en sus casas con gente interesada en escuchar su propuesta. El abogado llegaba puntualmente a las reuniones y se retiraba rápido. A cada *reclutador* le pagaba entre \$20 y \$30 por cada persona que decidiera iniciar el trámite. Trámite que varias familias qom de Los Pumitas comenzaron. A su vez, también me enteré que el equipo del centro de salud estaba al tanto de lo que estaba haciendo “el Doctor García” pero no podían ubicarlo.

Pasadas las fiestas de fin de año, volví a visitar a Ana y José. Sin mucho preámbulo Ana me acercó el certificado de discapacidad que les había entregado el “doctor García”. El mismo estaba plastificado, con membrete del Ministerio de Salud y con una leyenda que determinaba que su hija Florencia tenía un “*80% de discapacidad por asma*”. Al final del documento aparecían los sellos de dos médicos, el número de sus matrículas y sus respectivas firmas. A simple vista, y para alguien no habituado a ver estos certificados, el documento no aparentaba ser falso. José me preguntó si yo creía que efectivamente él podría conseguir pasajes gratis de “la terminal” hacia Chaco, dejando entrever que aún no había ido a comprobarlo por temor a que lo detuviera la policía. Me llamó la atención el gran interés que demostró José por la posibilidad de conseguir pasajes a Chaco gratuitos, mucho más que por la posibilidad de obtener una pensión por parte del Estado. Le comenté que el año pasado en un viaje que había realizado a Roque Sáenz Peña junto a Ricardo (quien tiene un certificado por discapacidad a causa de un problema en uno de sus brazos, ver capítulo 5), él había podido tramitar el pasaje gratis pero con mucha dificultad, ya que había tenido que amenazar a la cajera diciéndole que la denunciaría<sup>60</sup>. Nos despedimos, José me dijo que iba a tomar coraje y que iba a ir a la terminal porque tenía muchas ganas de visitar a su familia en Tres Isletas.

---

<sup>60</sup> Ricardo en repetidas ocasiones me dijo estar cansado de solicitar el pasaje gratis porque al hacerlo las empresas suelen decir que “*el cupo de ese mes está lleno y para los próximos también*”.

Un par de meses después, Ana me mostró una carta dirigida a la Dirección de Discapacidad de la Provincia de Santa Fe donde denunciaba al “Doctor García” por una estafa de \$500. Al igual que varias familias qom de Los Pumitas, los Maidana habían presentado su denuncia en Tribunales<sup>61</sup>.

Estimulados por estos acontecimientos y la posibilidad de acceder a la pensión, José y Ana decidieron comenzar los trámites para obtener legalmente el certificado de discapacidad de Florencia. Concurrieron a una reunión con la trabajadora social y el médico referente de la familia del Juana Azurduy. En la misma se concertó la realización de un estudio y una interconsulta en un servicio de salud de mayor complejidad con un grupo interdisciplinario de especialistas en la temática, quienes iban a evaluar la situación de Florencia.

En dicha evaluación, luego de realizarle un examen físico y analizar los resultados del estudio, les comunicaron -para sorpresa de Ana y José- que no le darían dicho certificado debido a que la situación de Florencia no se encuadraba en las normativas de certificación de discapacidad. El principal argumento se basaba en que ella no tenía una discapacidad definitiva, sino que su problema (denominado “pie equino, inequidad en ambas piernas”) era reversible a través de una intervención quirúrgica.

De este modo, imprevistamente para ellos, se modificó el eje de atención. A partir de ese momento, el foco pasó a ser la operación de Florencia y principalmente la autorización que ellos debían dar para realizar la intervención quirúrgica.

Por esos días en la casa de los Maidana había un malestar generalizado. En las discusiones familiares alrededor de la decisión de autorizar o no la operación, surgieron miedos, reproches e incertidumbre sobre la eficacia de la intervención quirúrgica. Esta incertidumbre se apoyaba en situaciones semejantes de personas conocidas de Chaco que se habían sometido a cirugías parecidas y no habían logrado

---

<sup>61</sup> Uno de los referentes indígenas del barrio señaló que la denuncia también la realizaron los médicos que aparecían firmando los certificados y que ya estaba notificado el juez, pero que “el doctor García es muy escurridizo, si aparece por el barrio lo tenemos que agarrar para que lo detengan”. También me dijo que continuó “haciendo de las suyas, porque hay gente que todavía le sigue pagando por el trámite”. Según otros comentarios, García continuaba difundiendo su propuesta en El Espinillo, Chaco.

los resultados esperados: *“quedaron peor de lo que estaban”*. José confesó por esos días que si los obligaban a que Florencia se operase, él la llevaría a Chaco.

Se trató así de una verdadera encrucijada en la que confluían distintas posturas sobre la operación de Florencia, en la que estaban involucrados Ana y José, los trabajadores del centro de salud, los traumatólogos del segundo nivel de atención y por supuesto la misma Florencia. Desde el centro de salud se proponía respetar la decisión de Florencia, por entonces de 14 años, insistiendo en la necesidad de privilegiar su bienestar y los beneficios que le traería la operación. Como dijo entonces la trabajadora social:

*(...) nosotros le dijimos a Florencia que no la vamos a obligar a nada, no le vamos a tocar nada del cuerpo si ella no quiere, pero le dijimos que su problema tiene solución que va a poder caminar bien, que no la van a cargar más, que no va a tener el dolor.*

Por su lado, los padres de Florencia fueron claros, no querían someter a su hija a una intervención quirúrgica, y a partir de esta postura mantuvieron ante los médicos diversos argumentos:

*(...) ella ya nació así... ya es grande para operarla (José).*

*¿Quién la va a cuidar cuando se tenga que quedar en la cama recuperando? Yo no voy a poder porque tengo que hacer muchas cosas por los demás chicos (Ana).*

*Yo la necesito porque cuando yo me canso por mi problema que tengo [de salud] ella me ayuda (Ana).*

*¿Cómo le voy a herir de grande a Florencia? Si ahora se puede bañar, puede hacer compras, las cosas de la casa, puede ir a la escuela, ¿cómo la voy a lastimar? ¿Y si queda en silla de ruedas? (José).*

Ante esto, Florencia dijo en una consulta que no quería ser operada. En el centro de salud sugirieron que su postura estaba muy influenciada por sus padres. Los traumatólogos aseguraron que la operación iba a solucionar definitivamente su

problema. Sin embargo, Ana dudaba de la eficacia de dicha intervención y mencionó un caso similar de un familiar cuyas consecuencias no fueron las esperadas: *“a mí no me convence... allá en Chaco tenemos un familiar que tenía lo mismo, lo operaron y sigue caminando mal, todavía tiene puesto un clavo en la pierna”*. Asimismo, Ana y José plantearon, en tono de reproche, que *“si quieren ayudar por qué no se preocupan por darle una beca, subsidio o algo, porque ella no tiene nada, nada le dieron”*.

En estas idas y vueltas se generaron malos entendidos, cuestionamientos y desencuentros. Así por ejemplo, el pedido de una ayuda monetaria por parte de la familia originó cierto malestar en los médicos del centro de salud, quienes percibieron que primaba un interés económico de los padres por sobre la preocupación por el bienestar de su hija. Debido a esto, José se ofendió ausentándose de un par de consultas a la que sólo asistió Ana con Florencia. Al preguntarle a Ana por el resultado de dichos encuentros me respondió: *“hablé con el doctor, pero como estaba sola, no fue José, no le entendí nada... José no fue por la última discusión que tuvieron”*. Como señalamos anteriormente, las competencias diferenciales entre Ana y José consistían en que mientras ella tenía un rol preponderante en el cuidado doméstico de los niños, la participación de él resultaba clave en el tránsito e interacción en los servicios de salud.

En este ir y venir de regaños mutuos se fueron concertando ciertos pasos, como por ejemplo, la realización de una radiografía. También existieron ciertas “concesiones” del equipo de salud: ante la no asistencia por parte de la familia a turnos programados, una médica del Juana ofreció realizar una visita al domicilio de ellos para explicarles claramente y sin apuro en qué consistía un estudio que le tenían que realizar a Florencia. Sin embargo, José y Ana continuaron señalando que la realización de dicho estudio era un deseo del centro de salud y no lo percibían como algo que pudiera beneficiar a Florencia: *“si quieren ayudar a Florencia -insistían- que soliciten una ayuda económica”*.

Tanto para los miembros del grupo doméstico como para los trabajadores del centro de salud, este proceso fue vivenciado de un modo angustiante y conflictivo. Para mi sorpresa, a este proceso de atención se le sumó otro actor. Repentinamente mi lugar de “seguimiento etnográfico” se vio alterado. Los padres de Florencia, por un

lado, y el centro de salud, por el otro, me consultaron si yo podía acompañar a esta familia en su atención, principalmente en las interconsultas y en la realización de algún estudio en los servicios de mayor complejidad.

Las respectivas motivaciones se expresaron mediante argumentos diferentes. Ana expresó que mi acompañamiento la ayudaría a ubicarse en estos “nuevos” servicios de salud y a entender mejor qué es lo que decían los traumatólogos. Desde el centro de salud reconocieron que, agotados por los desencuentros con esta familia y conociendo mi buena relación con ellos, pensaron que mi acompañamiento le permitiría al equipo de salud entender algunas cuestiones y obstáculos que en ese momento no estaban pudiendo visualizar. Explícitamente me dijeron que me pensaban como “*una especie de mediador de la situación*”.

Antropólogo devenido en mediador y percibido como aliado por cada una de las partes en disputa, mi intervención se encaminaba a no cumplir con ninguna de sus respectivas expectativas... Sea como fuere, al consultarla a Florencia me dijo que había días que se ponía muy triste por el problema que tenía, que le daba miedo la operación, que a veces se cansaba mucho al caminar, que en ocasiones le dolía la pierna, y que por eso no salía mucho de su casa, “*a veces salgo a comprar algo, pero paso la mayoría del tiempo en la casa*”<sup>62</sup>.

No dudé en aceptar las propuestas diciendo que cuando acordaran el día y horario de la consulta o estudio me avisaran. Pasados unos días, José y Ana me contaron que estaban con la firme idea de volver a vivir a Chaco. Hacía un par de años ya habían intentado hacerlo pero luego de seis meses regresaron a Rosario por problemas económicos. Esta vez estaban en mejores condiciones para hacerlo porque

---

<sup>62</sup> En una ocasión Florencia se lastimó el pie saliendo de su casa al pisar un taco de madera que estaba en el piso. La llevaron al centro de salud, de allí la derivaron al hospital para hacerse una radiografía. Finalmente la enyesaron y le indicaron reposo en su domicilio por un mes. Para movilizarse le dieron una silla de ruedas, pero debido a que Florencia se negó a utilizarla, Ana no la pudo llevar a la escuela durante ese período. Este hecho generó un conflicto con la maestra (6to grado) de Florencia quien le recriminó a Ana no querer llevarla a la escuela. Ana, en cambio, proponía que le diesen la tarea que ella podría hacer en su domicilio. Florencia no fue a la escuela ni hizo la tarea en su casa. Estas discusiones se superpusieron sobre tensiones previas entre Ana y la maestra. Esta última le recriminaba a Ana que su hija no tenía tiempo para realizar las tareas de la escuela porque ella la hacía lavar, limpiar, cuidar a sus hermanos menores. Ana se quejaba reafirmando el rol de la mujer en el hogar y el papel de la madre en la reproducción del orden doméstico: “*pero qué madre no tiene derecho a que sus hijos se laven la ropa, ordenen su casa, tengan sus cosas acomodadas, yo cuando tenía su edad hacía muchas cosas en la casa*”.

su hijo mayor (Darío) había accedido a un terreno en Castelli, en el mismo barrio donde vivían los hermanos de Ana. Incluso estaban vendiendo unas chapas que tenían en su vivienda para poder pagar el pasaje “de los contratistas”. Ante este horizonte, el proyecto de atención de Florencia se fue diluyendo.

Un mes después ya estaban instalados en Castelli. A través de la hermana de Ana me enteré que habían iniciado en Castelli los trámites por la pensión de Florencia, *“allá es mucho más fácil que acá, no te dan tantas vueltas”*<sup>63</sup>. Al tiempo supe que le habían otorgado a Florencia el certificado de discapacidad.

### **A modo de síntesis**

En este capítulo enhebré distintos eventos y situaciones atravesados por la familia Maidana: internaciones, muertes y otros episodios vinculados con daños y padecimientos. El relato etnográfico incluyó los emergentes de la internación en un hospital de Rosario de la integrante más pequeña del grupo doméstico, las tensiones implicadas en la gestión del certificado de discapacidad de una de las niñas de la familia. Presenté también la situación generada por el uso problemático de alcohol de un joven de la familia, la demanda infructuosa a distintos recursos terapéuticos (piogonaq, centro de salud) y el recurso puesto en juego por el grupo doméstico: enviarlo a la localidad de origen en Chaco poniéndolo al cuidado de sus familiares. Mencioné además situaciones de violencia de género y sexuales y las distintas valoraciones incluida la responsabilización de las afectadas.

En la reconstrucción de la trayectoria de atención de la familia Maidana pude registrar diversos padecimientos que involucraron la demanda a diferentes especialistas y escenarios de cura, incluidas relaciones problemáticas con los servicios biomédicos. Durante el tiempo que los acompañé, recurrieron a distintos piogonaq e incluso en alguna ocasión demandaron los servicios de un curandero criollo. El

---

<sup>63</sup> Luego de la intervención de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en los casos de desnutrición en Bermejito (septiembre de 2007) desde el gobierno provincial de Chaco se promovió y expandió el otorgamiento de pensiones -principalmente de discapacidad- a aborígenes. A partir de esto, como en el caso de Florencia, algunas demandas de familias qom de Rosario pasaron a tramitarse en la provincia de Chaco.

análisis de los sentidos y significados puestos en juego frente a daños, padecimientos y enfermedades puso además en evidencia la identificación de causas que provenían de distintas fuentes y la articulación de tradiciones y saberes diversos en la comprensión de la enfermedad, la cura e incluso la muerte.



## **Capítulo V**

### **Los Quiroga**

La conformación del grupo doméstico de los Quiroga presenta una cierta particularidad. A sus 51 años, Ricardo Quiroga no tenía hijos ni pareja, sin embargo eran muy pocos los períodos en los que vivía solo. En su casa albergaba numerosos parientes que por distintos motivos (reciente arribo desde Chaco, dificultades para obtener vivienda propia, visitas, etc.) se alojaban en su casa por un tiempo más o menos prolongado. Por este motivo, la descripción de esta trayectoria se centra inicial y principalmente en Ricardo y luego incorpora la historia de Fermín y Griselda Quiroga, parientes de Ricardo, quienes compartían gran parte de las tareas cotidianas de la unidad doméstica aunque no era su unidad de residencia, ya que su vivienda se encontraba a 30 metros de distancia.

#### **Ricardo Quiroga**

Ricardo fue una de las primeras personas del barrio con las que comencé a dialogar de un modo frecuente. Desde muy joven tenía una discapacidad que le impedía movilizar adecuadamente uno de sus brazos. Además de asistir asiduamente a la Iglesia Evangélica Unida, participó de la organización indígena Nam Qom y posteriormente del Qadhuoqté (ver capítulo 2), integrando la comisión directiva de este espacio comunitario. No sabía leer ni escribir.

Nació en Colonia Aborígen al igual que sus padres, a quienes no llegó a conocer. Se crió con sus abuelos (abuelo qom, abuela mocoví). Siempre expresó su agradecimiento por la manera en que lo habían criado, no obstante, debido a que de niño percibió que no recibía el mismo cariño que el resto de sus primos (que llama “hermanos”), decidió irse a los 14 años. Luego vivió un breve período en Quitilipi, pero reconoce a la localidad de Roque Sáenz Peña como su lugar de crianza. Empujado por las inundaciones y la búsqueda de mejores condiciones de vida llegó a Rosario a fines de los 80’.

Un momento que consideraba clave en su vida fue cuando comenzó a “*trabajar en las pastorales*”. Primero tuvo un breve paso por una institución católica, para luego incorporarse de un modo definitivo en el Iglesia Evangélica Unida<sup>64</sup>.

Desde entonces asistió regularmente “*al culto de la Unida*”, primero en la iglesia localizada en Los Pumitas, y luego (debido a diferencias que mantuvo con el pastor de ese culto) de la IEU ubicada en el barrio “Travesía”, a unas 20 cuadras de distancia de su casa. El apellido de Ricardo no pasa desapercibido dentro de la IEU debido a que uno de sus miembros fundadores -Aurelio- fue su tío abuelo.

---

<sup>64</sup> La Iglesia Evangélica Unida (IEU) nació en Chaco a fines de la década de 1950. Su fundación constituye un momento clave de la historia qom contemporánea. “*La Unida*” es la iglesia qom más importante debido a su antigüedad, permanencia, número de iglesias y difusión entre los qom. Incluso ha logrado extenderse paulatinamente a otras poblaciones aborígenes de la zona chaqueña como los *pilagá, wichí y mocoví*. El surgimiento de la IEU estuvo estrechamente vinculado con las acciones desplegadas por referentes de la iglesia evangélica Menonita en los años previos a su fundación. Ante la frustración de la obra evangelizadora de la Misión Nam Cum -en Aguará, Chaco- la Mennonite Board of Missions, contrató a William y Mary Reyburn (una pareja de antropólogos lingüistas y consultores de la *American Bible Society*) con el objeto de estudiar la lengua y cultura toba. Su trabajo no sólo inauguró los estudios lingüísticos modernos sobre gramática qom, sino que concluyó sugiriendo a la misión menonita que abandonara la estrategia de evangelización “tradicional” y que adoptara una estrategia de acompañamiento a los tobas en su “propia elaboración del cristianismo” (Citro y Ceriani Cernadas, 2002:131).

A partir de esto -y en el marco de visibles tensiones y conflictos entre las distintas congregaciones evangélicas que operaban en la región- los menonitas desarrollaron un nuevo modo de acercamiento a los aborígenes. Esta modalidad de evangelización implicó la disolución de la misión tradicional, la promoción de los denominados “Obreros Fraternal Menonitas” (misioneros) y el comienzo de un proceso de acompañamiento que propició la creación de una iglesia evangélica indígena autónoma de las congregaciones evangélicas “de los blancos”.

Además de un intensivo trabajo de traducción de los textos religiosos al idioma qom, los misioneros menonitas acompañaron y orientaron a referentes qom en las campañas proselitistas recorriendo numerosos asentamientos tobas de la región. El principal referente qom en la provincia de Chaco fue Aurelio, tío abuelo de Ricardo. Estas campañas comenzaron en la segunda mitad de la década de 1950 y se replicaron durante toda la década siguiente. Como señalan Citro y Ceriani Cernadas, “el objetivo de estas giras no era sólo evangelizar sino también persuadir a la gente de la necesidad de constituir una propia iglesia evangélica que no dependiera jerárquica y administrativamente de ninguna institución religiosa de la sociedad blanca” (2002: 132).

En 1960, la Iglesia Evangélica Unida obtuvo el fichero de culto y formalizó la institución cuya sede central se estableció en la ciudad de Presidente Roque Sáenz Peña, Chaco. Aurelio fue la jerarquía máxima de la IEU durante 20 años. La organización adoptó el modelo burocrático de las iglesias pentecostales, tanto en la estructura de cargos y jerarquías como en los tipos de controles administrativos que las rigen. Cada iglesia tiene su pastor, quien dirigen los servicios religiosos y asume la máxima responsabilidad local. A su vez, existen otras figuras como las de predicador, tesorero, secretario, cancionistas y dancistas. La institución se financia a través de aportes voluntarios individuales (ofrendas) que se recolectan durante los servicios religiosos. El conglomerado de iglesias de la IEU, se organiza a través de comisiones *locales, zonales y general*. Existe una comisión general que es el cuerpo responsable de toda la iglesia.

## **Culto y acción terapéutica**

*“Donde hay comunidad aborigen hay una iglesia”* solía repetirme Ricardo. Con él pude apreciar mejor la estructuración de los cultos. Estos presentan elementos comunes y se organizan en una secuencia similar. La duración de los cultos que pude presenciar osciló entre dos y cuatro horas. La cantidad de asistentes fluctuó entre 20 y 30 personas, aunque el número de fieles vinculados a las iglesias era notoriamente mayor. Los cultos se iniciaban con cantos denominados “alabanzas”, cuyas letras referían a temáticas bíblicas y la música ejecutada con guitarras, bombos y en ciertas ocasiones un teclado musical. Estos cantos se intercalaron con danzas y con “oraciones”. Las danzas podían tener -según el culto y la iglesia- un carácter individual y espontáneo o una modalidad grupal<sup>65</sup>.

Luego, se daba paso a una instancia denominada de “participaciones” o “testimonios” de los fieles. Dichos testimonios eran relatos personales que solían marcar un *antes* vinculado a una vida regida por “los vicios” (tomar alcohol, fumar, no respetar a la familia, etc.) y un *después* que se iniciaba a partir de un acontecimiento o hecho que había encauzado la vida, representando un quiebre asociado a la conversión religiosa. Esta conversión implicaba pasar a “*vivir el evangelio*” y abandonar “*la vida anterior*”. Como ampliaremos más adelante, en algunas ocasiones estos testimonios reconocieron que durante esa *vida anterior* habían asistido a alguna iglesia pero lo habían hecho de un modo “*descomprometido con Dios, no vivían el evangelio*”.

La instancia de la prédica constituía el mensaje principal del culto y estaba a cargo del pastor. Dicho mensaje comenzaba con la lectura de citas bíblicas, generalmente breves. La lectura de estos versículos bíblicos se repetía insistentemente y entre dichas reiteraciones se intercalaban comentarios que hacían referencia a los problemas que trae aparejado el “*no vivir en el evangelio*”. Tales comentarios remitían a los problemas del “*mentir*”, la “*carnalidad*”, el “*descontrol sexual*”, etc.

---

<sup>65</sup> Los dancistas congregados en una iglesia eran claramente identificables por sus vestimentas: polleras o pantalones decorados con largas tiras, flecos, borlas y cintas de muchos colores. Algunos sostenían además bastones decorados con largas cintas de colores y banderas (Citro, 2000b).

El canto aparecía como un paso intermedio entre cada una de las instancias. A su vez, existía un momento de oración colectiva. En ocasiones, estas oraciones colectivas referían a fieles que estaban padeciendo alguna enfermedad. De este modo, hacia el final del encuentro existía una instancia dedicada a *la sanación*, que se iniciaba con la invitación a pasar al frente a los creyentes que tuvieran “*un problema de salud*”. Esta instancia está presente en los cultos tanto de la Iglesia Cuadrangular (IC) como de la IEU.

En el verano de 2010 pude estar presente en una ceremonia de sanación. Mientras que varias personas se acercaban lentamente al púlpito, se mencionaban los nombres de aquellos creyentes que no habían podido asistir debido a que padecían una dolencia. El pastor inició una oración con un tono muy bajo, al punto que sus palabras me resultaron casi imperceptibles debido a que yo estaba ubicado en el fondo del salón. Lentamente fue subiendo el volumen de su voz a medida que repetía las oraciones una y otra vez con mayor énfasis. La oración insistía en un pedido a Dios sobre la sanación “*de los hermanos*”. El pastor, a la vez que repetía e intensificaba la oración, mantenía elevada las manos sobre los creyentes ubicados en el frente. Su voz comenzó a cobrar mayor volumen cuando los asistentes comenzaron a repetirla, primero tímidamente y luego con fervor. De a poco se fueron yuxtaponiendo las distintas voces, y la repetición de las frases aceleraba su ritmo configurando un rezo colectivo que retumbaba en el salón y producía de este modo un momento de gran intensidad. Ricardo me explicó que ese momento de intensidad es cuando las personas “*sienten el gozo*”, el cual se puede vivenciar a través de la danza, el canto, el “*hablar en lenguas*”<sup>66</sup> e incluso en la sanación. *El gozo* fue descrito como una fuerte emoción producida por la manifestación del Espíritu Santo a través del cual se expresa el poder curativo de Dios.

Estas prácticas terapéuticas pueden ocurrir no sólo en los encuentros de cultos semanales, sino que también se efectúan en ocasión de otras ceremonias como bautismos, cumpleaños, celebraciones especiales, etc. En una celebración del

---

<sup>66</sup> Se produce en el contexto de una fuerte intensificación de las oraciones. Se dice que cuando llega el Espíritu Santo y los creyentes sienten “*el gozo*”, el Espíritu Santo se manifiesta como en *el hablar en lenguas*, exteriorizando una especie de verborragia sagrada que es signo de la recepción del poder de Dios” (Wright, 1990).

cumpleaños de quince de una joven del barrio que Ricardo llamaba “sobrina” pude presenciar un proceso de sanación que incluyó como novedad la presencia de un pastor proveniente de la provincia de Formosa. Otra particularidad de esta celebración fue que se encontraban presentes los pastores de ambas iglesias (IEU y IC) de Los Pumitas, y diversos grupos de dancistas<sup>67</sup> pertenecientes a instituciones religiosas de otros barrios indígenas de Rosario e incluso de Chaco. La multitudinaria convocatoria se debía a la activa participación de la familia de la joven en la iglesia local, como también a sus vínculos parentales con referentes de Iglesias de otros barrios.

Sigue el detalle de ese encuentro que se inició con oraciones y bendiciones a la cumpleañera, quien ingresó a la iglesia a través de un pasillo formado por hileras de los asistentes. Una vez dentro del amplio salón, y luego de que el pastor de la IC diera la bienvenida, los músicos -ubicados en el escenario- tocaron canciones religiosas y algunos asistentes bailaron. Los demás -ubicados sobre los laterales y el fondo del salón, donde yo me encontraba- aplaudían al ritmo de la música o simplemente acompañaban con la mirada<sup>68</sup>.

Luego, se presentó al pastor invitado -anunciado también con el cargo de “*supervisor de la región litoral*”- que provenía de Formosa. Éste tomó el micrófono, agradeció la invitación, felicitó a la joven y comenzó comentando que él “*trabaja con jóvenes que se están rehabilitando de la droga*” en una “*granja que recibe chicos de todo el país*”. Inmediatamente dio lectura a fragmentos de un texto titulado “*Lugar de Ceremonias a los 15*” y bendijo a los padres y padrinos de la ceremonia. Continuó leyendo breves versículos de la biblia. A su vez, hizo leer un versículo a la cumpleañera y luego circularon por el altar doce niñas quienes también leyeron fragmentos que él les indicaba. Los asistentes aplaudían al término de cada lectura. Luego, se aproximó a la cumpleañera para bendecirla e invitó a los pastores de la Unida y la Cuadrangular a que lo acompañaran. Entonces desarrolló una prédica que giró en torno de la importancia de “*vivir en el evangelio*” y comprometió a los padrinos

---

<sup>67</sup> Para un análisis de los grupos de danza en los cultos de Rosario ver Fernández S. (2008).

<sup>68</sup> Paralelamente, en un patio ubicado fuera del salón, cuatro varones asaban chorizos y pollos en una parrilla improvisada. A su vez, en la casa de la cumpleañera varias mujeres cocinaban un guiso de arroz.

a guiar a la joven en su camino a Dios: *“la responsabilidad no sólo es darle consejos sino también es de oración a Dios”*. Cada uno de los pastores bendijo a la joven con oraciones que combinaban castellano y qom. La bendición final la efectuó el pastor formoseño quien, levantando su mano sobre la cabeza de la joven, oró enunciando frases como *“le pido al Señor que cuide e ilumine su vida”, “que caiga tu gracia, señor, en cada uno de los que estamos en este lugar”*. Mientras repetía frases bíblicas, el pastor aceleraba el ritmo de sus oraciones e incrementaba notablemente el volumen de su voz. Al culminar cada oración, los asistentes decían al unísono *“gloria a Dios”* o *“amén”*. Luego, regresó al altar, continuó leyendo diversos versículos y enunció un largo sermón que insistía en *“amar, respetar y creer en el poder de Dios”*.

Culminó sus oraciones diciendo: *“ustedes saben que yo soy pastor, ahora me voy de viaje porque tengo que estar predicando por distintos lugares como por 20 días, voy a estar predicando en convenciones, y ¿saben qué? yo siempre oro por los enfermos, porque Dios me dio autoridad para eso, ¿se acuerdan cuando dijimos que Dios nos dio autoridad?”*<sup>69</sup>. Luego de una pausa agregó: *“Escúchenme, ¿alguno de aquí por esas cosas tiene una hernia, que le han diagnosticado que tiene una hernia? Que levanten su mano, no tengan miedo sólo quiero orar por ellos ¿hay alguno entre todos los que estamos aquí?”*. Una niña de unos 10 años -que había leído un versículo- incentivada por su madre levantó tímidamente la mano. El pastor la invitó a pasar al frente y continuó preguntando, *“¿alguno que le han dicho que tiene la columna deformada?, ¿alguno que tenga problemas en la columna?”*, entonces pasó al frente una madre con una niña de seis o siete años, y luego un varón adulto. El pastor continuó convocando a partir de otras preguntas, *“¿alguno tiene problemas que le han diagnosticado gastritis o úlceras en el estómago? Yo voy a orar por eso también”*, entonces otro adulto se sumó a la fila que estaban formando quienes respondían a la invitación a pasar al frente (estos últimos adultos pertenecían a distintos grupos de danza). Luego, el pastor puso su mano sobre el vientre de la niña que estaba primera en la fila y dijo en un tono

---

<sup>69</sup> Recordemos que tres principios doctrinales básicos inculcados por los menonitas a los qom a través de la tarea evangelizadora fueron: a) La biblia es la palabra de Dios; b) Jesús es el Salvador y el Sanador de todas nuestras enfermedades; c) El poder viene de Dios por medio del Espíritu Santo para orar por los enfermos que sanen (Wright, 1988). La ecuación Biblia-Poder de Dios-Espíritu Santo-Curación es la cifra básica del ideario pentecostal (Miller, 1979).

elevado de voz y rápidamente: *“Señor, como dice tu palabra, pon la mano sobre los enfermos y se sanarán, le ordeno a la hernia que en el nombre de Jesús que la hernia desaparezca, que se empiece a achicar y se vaya, (ahora gritando) ¡en el nombre de Jesús! con la autoridad que Dios me delega, hernia desaparece te estoy ordenando ahora ¡en el nombre de Jesús! empieza a desaparecer, Señor, quémala con tu fuego y absórbela con tu espíritu, Señor, que desaparezca la hernia (gritando) ¡en el nombre de Jesús!”*. La niña se mantuvo de pie con los ojos cerrados y con una mano apoyada en su vientre. Parte de los asistentes observaban en silencio mientras que otros rezaban y decían *“gloria a Dios”* y *“amén”*. El pastor, colocando ahora su mano sobre la cabeza de la niña, continuó, *“Señor, que reciba tu hija, que reciba tu paz, gracias Señor”*. Entonces le pidió a la niña que abriera los ojos, que respirara hondo y le preguntó, *“¿se siente la hernia más chiquita? Tocate el estómago ¿la sentís más chiquita?”*, la niña respondía afirmativamente con la cabeza mientras él continuaba preguntando, *“¿se va achicando? ¿Cada vez más? ¿Cada vez más? ¿Se fue?”* La niña dijo que sí con timidez, y el pastor gritó *“¡se fue la hernia! ¡Gloria a Dios! Creemos en tu palabra y en el Espíritu Santo, Espíritu Santo que está sobre todos los espíritus”*. Mucha gente aplaudió.

Luego pasó al frente una niña acompañada por su madre. El pastor se arrodilló para quedar a la altura de la niña, le preguntó a su madre *“qué tenía”* e impuso su mano sobre el vientre mientras decía: *“en el nombre de Jesús que esta criatura reciba sanidad, ¡en el nombre de Jesús! Esta criatura tiene que crecer sana, Señor, tu poder, tu poder, ¡tu poder, Señor! En el nombre de Jesús, Padre Santo, que desintegre el cálculo, en el nombre de Jesús que desintegre el cálculo de una vez (elevando el tono de voz), en el nombre de Jesús ¡que reciba tu poder!, ¡que reciba sanidad!”*. Pasó la mano por la frente de la niña, la despidió diciéndole que respirara hondo. Entonces llamó a uno de los varones dancistas que estaban en la fila preguntándole *“¿qué es lo que tiene?”* y le respondió hablándole al oído. Colocando su mano sobre la nuca dijo: *“Señor, ¡que las piernas sean desatadas ahora! En el nombre de Jesús le ordeno a esas piernas que se desaten ahora ¡en el nombre de Jesús!”* Luego, se inclinó poniendo sus manos sobre las pantorrillas primero, los muslos después y dijo: *“en el nombre de Jesús ordeno que esas piernas sean desatadas ahora, ¡en el nombre de Jesús! ¡Que sean desatadas! En el nombre de Jesús que reciba este hermano la sanidad ahora ¡en el nombre de Jesús!”* y

colocando nuevamente su mano en la nuca agregó: *“que esas piernas sean soltadas ahora, en el nombre de Jesús ¡que se caigan las cadenas ahora! ¡En el nombre de Jesús!”*. Ahora apoyando su mano en la frente continuó: *“Señor, sólo tu presencia y poder, porque tu palabra es verdad, Señor, y el enemigo está vencido, por eso el hermano está libre ahora, ¡que reciba la sanidad!”*. Entonces le indicó al dancista que levantara sus piernas flexionando sus rodillas, y además le preguntó *“¿Tú le crees a Dios?”*. El dancista afirmó con la cabeza mientras flexionaba sus rodillas. El pastor le señaló que junto a dichos movimientos tenía que decir *“En el nombre de Jesús”*, y le preguntó *“¿Te sientes mejor? ¿Te sientes aliviado?”*. El dancista dijo que sí y simultáneamente el pastor decía *“¡Gloria a Dios!”*.

El último en pasar fue otro varón adulto, también dancista llamado Alberto, participante también de la “Comisión de Salud” del barrio que presentaremos en la trayectoria familiar de los Romero (capítulo 6). Unos días antes de este evento me lo había cruzado en el barrio y al conversar sobre su visible pérdida de peso, me contó de *“un ardor en el estómago”*, que no estaba *“comiendo bien”* y que se sentía muy débil. También me explicó que el médico de la salita le dijo que era *“gastritis”* y que estaba *“tomando pastillas”* que le dieron en el centro de salud.

Alberto, al frente, se señaló la boca del estómago. El pastor apoyó su mano y dijo: *“en el nombre de Jesús ordeno que reciba sanidad, el hermano necesita tu presencia, tu presencia, creemos en tu palabra y en el Espíritu Santo, en el nombre de Jesús reprendo esta gastritis, en el nombre de Jesús esas llagas en el estómago que producen la gastritis, Señor, que se empiecen a secar ahora, que reciba mi hermano sanidad, Señor, de ahora y para siempre, Señor, ¡que el estómago sea sanado, Señor, en el nombre de Jesús! Como dice tu palabra, ponga la mano sobre los enfermos y sanarán, yo te creo a ti Jesús, ¡dale tu poder a este hermano Señor! ¡Que mi hermano reciba sanidad en el nombre de Jesús!”*<sup>70</sup>. El terminar le preguntó a si el dolor se había aliviado y él respondió que sí.

---

<sup>70</sup> Como ya señalamos, distintos autores mencionan que en los cultos de estas iglesias evangélicas indígenas se entranan prácticas, rituales y expresiones ligadas a la cosmovisión aborígen previa a la evangelización y elementos del cristianismo pentecostal. En este sentido, como señalan Citro y Cernadas: “uno de los rasgos característicos del pentecostalismo que resultaba similar a la cosmovisión



Finalizada esta instancia con aplausos generalizados, otro pastor intervino indicando que la celebración iba a continuar con algunos cantos “*para la quinceañera*”. También propuso que los asistentes podían “*ir pasando a saludarla*”. Mientras se formaba una larga fila para felicitar a la agasajada, sonaba una música que los asistentes acompañaron con sus cantos. Luego se cantó “el feliz cumpleaños” y el pastor anunció: “*ahora, hermanos, vamos a seguir con las actividades espirituales, ahora haremos la ronda, hermanos, para gozar todos juntos haremos la ronda*”. Se conformó así una gran ronda integrada por todos los grupos de dancistas y la mayoría de los asistentes -encabezados por los distintos referentes, incluso estaba presente una referente dancista de la Iglesia “Visión Celestial” de la provincia de Chaco- danzaron durante más de 30 minutos. Quienes no danzábamos nos mantuvimos a los costados de la ronda aplaudiendo al ritmo de la música religiosa que combinaba frases en castellano y en qom.

Luego de la danza, personas allegadas realizaron oraciones y bendiciones. Mientras tanto se preparó el salón con varias hileras de largos tablones y se sirvió la comida (que consistió en pollo con arroz). La madre de la quinceañera cortó la torta, que fue distribuida entre los asistentes. Finalizada la celebración le pregunté a Alberto si se sentía mejor y, afirmando, me dijo que “*ayudó mucho, alivió el ardor*”, que había podido comer y que incluso tuvo fuerzas para “*danzar en la rueda*”.

Hasta aquí la descripción del culto evangélico y su rol terapéutico en el que se condensan valores y expectativas de las familias qom en torno de los procesos s/e/a/c. Cabe destacar un elemento sumamente significativo en las curas, su gratuidad.

### **De oraciones y “malos pensamientos”**

Sabiendo que Ricardo era un asiduo asistente a los cultos de la Iglesia Evangélica Unida le pregunté si conocía otros casos de personas que se hubiesen sanado con la oración. Me respondió que “*muchos otros*”, “*hasta yo mismo tengo experiencia con la oración*”. Al percibir su predisposición para relatarme su

---

toba pre-evangélica, es que se alienta una comunicación o contacto directo con lo sobrenatural. (2002:133).

experiencia, le pregunté si podía grabar la conversación, a lo cual accedió sin incomodarse. Transcribo a continuación un extracto de su testimonio:

*R: (...) en Sáenz Peña, a mí me gustaba colaborar, trabajar, y fui a la iglesia y hablé con el pastor, y le pregunté si tenía un trabajito en la iglesia, en aquel tiempo tenía yo 22 ó 23 años, y el pastor me atendía bien, porque el pastor tampoco tuvo hijos, y la señora también, y yo les ayudaba, él me llamaba, hacíamos limpieza en la iglesia, y la gente veía el trabajo de lo que yo hacía... y se arrimaba la gente a ayudarme, a trabajar, a limpiar la iglesia, pero ahí nadie cobraba, y un día entró un compañero, ese hombre trabajaba bien, también trabajaba como chofer de máquinas que hacen las calles, y con él estábamos pintando el púlpito, el púlpito de la iglesia, y estábamos trabajando, y siempre alguno te dice 'sobrino' o 'nieto' o que te aprecian mucho te dicen... yo no entendía, había una mujer que siempre cuando yo llegaba me decía 'sobrino, me alegro que estés en el evangelio' y yo nunca le respondía igual, yo no soy una persona que si me dicen de una cosa le respondo con esa cosa... pero ella siempre me decía así, y a la semana estábamos terminando un trabajo que estábamos haciendo, y como a las 2 por ahí nos fuimos a las casas, este muchacho parece que se sentía mal, y yo no, yo andaba bien, llegué a mi casa a las 2 de la tarde y duermo, y sueño, cuando sueño, sueño una mujer que estaba volando en el aire, y cuando me doy vuelta para mirarla le reprendo, con una oración, cuando digo el nombre de él se me cae encima el cuerpo de la mujer, encima de mis dos piernas, cae la mujer sobre mis piernas... me despierto y a la tarde me quedé con duras las piernas, parecían muertas mis piernas, y ahí no podía caminar*

*Matías: ¿qué mujer?*

*R: era ella que me decía 'sobrino, sobrino', y yo no entendía nada, y mi abuelo era viejito, el de la Unida, él solamente hacía oración, oración por mí y lloraba... estuve así tres días, ya no podía más, yo no sentía dolor pero parecía que mis piernas no estaban, tres días así, ni para ir al baño, yo me meé dos veces en mi cama, no sabés lo que tuve, la amargura que tuve, y cuando me sané fue por la oración, de mi familia y mi abuelo... y me levanté y pregunté por mi compañero, y él estaba ya en el hospital, y al otro día, un sábado, muere... murió...*

*M: ¿y de qué murió?*

*R: y eso es lo que nos pasa a veces a nosotros, mis abuelos oraban, porque ellos iban a la iglesia también, lloraban... porque yo quería conocer a Dios, cómo es Dios con el hombre, y él le sana viste a la persona, yo no quería ir al hospital*

*M: ¿por qué?*

*R: ¿y qué iban a hacer en el hospital?*

*M: ¿vos sabías que era algo por esta mujer?*

*R: yo sabía que era algo, pero, pero no decía qué era, porque era solamente un sueño parece, pero cuando yo me sané me di cuenta, y la vi a esta mujer y nunca más me dijo 'sobrino'... y yo me di cuenta de ese daño, la gente tiene su manera de trabajar, y eso es muy difícil de entender, justo anoche estábamos hablando en el centro comunitario de eso, porque hay gente que le gusta marcar personas nada más, no le gusta sanar personas, y a algunos le gusta ayudar a la gente*

*M: ¿y esto de marcar personas es como hacerle un daño?*

*H: y claro, hacer un daño, algunos con la propia familia, por ejemplo se los hacen entre familiares<sup>71</sup>*

Ricardo solía repetir que “a veces te enferman los malos pensamientos” y que por ese motivo a través de la oración él intentaba “salir de esos malos pensamientos, porque te llevan a enfermarte”. De hecho, la envidia, los celos y los malos pensamientos fueron con frecuencia las causas adjudicadas a ciertos padecimientos. En este sentido, un anciano -reconocido artesano de la comunidad- también acostumbraba decir “hay mucha envidia, hay personas que soplan la enfermedad”. Estas personas que “soplan la enfermedad” no eran sólo los piogonaq sino también aquellos otros que a través del resentimiento, el rencor u otro pensamiento negativo producían daños a otras personas.

## **Los medicamentos**

---

<sup>71</sup> La conversación se interrumpió cuando ingresó en el patio un vecino y Ricardo cambió abruptamente de tema.

Habitualmente, ante un determinado padecimiento, Ricardo recurría en primer lugar a la oración. También apelaba a medicamentos alopáticos: comprimidos de paracetamol, ibuprofeno y diclofenac eran para él un recurso permanente frente a diversos padecimientos. Los obtenía de un modo gratuito en los servicios públicos de salud y -al igual que la mayoría de las familias de Los Pumitas- también accedía a ellos comprándolos en kioscos o despensas del barrio. Si bien la ley provincial 2.287 prohíbe la venta de medicamentos fuera de las farmacias, en Los Pumitas la compra en dichos negocios era una modalidad habitual. En las ocasiones en que yo mismo compré algún medicamento en kioscos, pude observar que se trataba de medicamentos de venta libre, dispuestos habitualmente en una pequeña caja de cartón conteniendo de un modo desordenado diversos comprimidos y tabletas.

En la casa de Ricardo se conservaban cuidadosamente los sobrantes de comprimidos correspondientes a tratamientos anteriores. De este modo, la elección del medicamento estaba vinculada a la disponibilidad de dichos sobrantes en el ámbito doméstico. Ésta no era una práctica singular de la familia de Ricardo. Hemos registrado que la mayoría de los grupos domésticos qom guardaba cuidadosamente el remanente de los medicamentos entregados gratuitamente por la farmacia del centro de salud como reserva para futuros padecimientos con síntomas semejantes.

En varias conversaciones surgió el tema de los *remedios caseros*. En la mayoría de las familias qom existe un integrante, principalmente un anciano o anciana a quien se adjudica saber de plantas medicinales. No obstante, esta designación no supone un dominio de saber especializado debido a que otros integrantes también pueden tener conocimientos al respecto.

En varias ocasiones Ricardo utilizó palo santo obtenido en sus viajes a Chaco. A su entender, la infusión producida a partir del hervor de un pedacito “*del tamaño de uña*” (o directamente colocado en el mate) fortalecía el sistema circulatorio. También solía aplicárselo en la piel (luego de dejar macerarlo en agua tibia) cuando padecía alguna erupción, “granitos” o alergia<sup>72</sup>. He registrado que otras familias qom lo

---

<sup>72</sup> Algunos autores han registrado la utilización del Palo Santo para enfermedades eruptivas como la varicela, rubeola, sarampión (Martínez, 2010).

encienden en sus ambientes domésticos, aduciendo que el humo del Palo Santo evita el ingreso de ciertas “*pestes*” y/o enfermedades respiratorias.

De todos modos, la utilización de plantas medicinales como recurso terapéutico parece ser cada vez menos frecuente entre las familias qom de Los Pumitas. Al preguntarle al respecto, Ricardo me explicó que creía que *“se van dejando de usar porque acá no hay plantas, no hay monte. Mi abuelo nos enseñaba, sabía preparar un montón de cosas y así nosotros aprendimos... si encontramos acá una plantita para remedio, es como si fuera oro”*.

Entre las prácticas de prevención que se han abandonado en la actualidad en Rosario Ricardo mencionó la utilización de un collar de *“la colita de tatú”* como un elemento protector de la salud. Su sobrino la utilizó hasta los 14 años *“después se la sacó, viste cómo son los chicos, pero igual hasta ahora no enfermó”*. Florentino, un anciano de la comunidad, ratificó los dichos de Ricardo, al explicar:

*(...) la colita de tatú es muy buena para protegerse, se le corta la colita al tatú y se la cuelga al chico del cuello, como si fueran un collarcito, es para que no haya peste en los chicos, y los cuida hasta grande, caminan, andan nomás y no se enferman.*

### ***“El doctor Esteban”***

En las situaciones en que la automedicación y la oración no lograban producir una mejoría, Ricardo demandaba atención médica en el centro de salud. En nuestros diálogos sobre sus experiencias de atención en los servicios públicos de salud surgieron -de un modo permanente- alusiones al *“Doctor Esteban”*. Para el conjunto de las familias qom de Los Pumitas, el *“doctor Esteban”* era una figura sumamente significativa. A lo largo de mi trabajo de campo registré valoraciones elogiosas sobre sus modos de atender: *“él fue el médico blanco que más se preocupó por los tobas”; “tenía compromiso con la comunidad toba”; “el Dr. Esteban era medio médico blanco y medio médico nuestro, porque él nos entendía”*.

Esteban no hablaba qom, aunque sí conocía unas pocas palabras. Lo interesante era que pese a haber dejado de trabajar en el centro de salud hacía más de ocho años, continuaba siendo mencionado por las familias qom en los diálogos sobre

el modo en que atendían los médicos de dicho servicio en la actualidad. Las menciones se planteaban en términos comparativos y principalmente contrastivos con las formas actuales de atención. Ricardo, como tantos otros, recordaba su primer encuentro:

*La primera vez, cuando vine acá al barrio, conocí al Dr. Esteban. Siempre la gente decía que hay un doctor que es muy amable con los aborígenes, y entonces yo le quería conocer, y un día me fui a la salita, y lo quería conocer, le llevé para atender un vecino porque tenía enferma la hija.*

Al preguntarle cómo atendía, enfatizó su paciencia:

*(...) es muy amable para los aborígenes y es muy... con paciencia te habla, y por eso se lo quiere mucho, tiene paciencia, es un doctor que no te grita, por eso es el más preferido de los doctores, pero hay doctores que no tienen paciencia, a lo mejor vos no entendés y te putean y entonces te enojás y no te volvés más...*

Sentada junto a Ricardo, Aída -una vecina que participaba de la conversación- relató la experiencia de su madre:

*Cuando estaba enferma mi mamá, que venía del Chaco, estaba enferma y nunca se hizo atender en el Chaco con los médicos blancos, bueno... cuando yo estaba embarazada lo conocí a Esteban, yo fui y él me atendió bien, y después ahí yo la llevé a mi mamá, y la atendió... y cuando mi mamá no hacía el control, él se llegaba a mi casa, llegaba y llevaba la historia clínica, ahí le revisaba, le tomaba la presión para ver cuánto tenía y, si no tenía medicamento, él le daba (...) él le dio para internarse a mi mamá, yo le acompañaba a mi mamá, él venía con la ambulancia hasta allá al fondo del barrio, porque la ambulancia no quería entrar la ambulancia porque había barro... pero él la hacía entrar...*

Ricardo agregó:

*Bueno, esa es la experiencia que nosotros tenemos con él, por ejemplo una vez me dice por primera vez me confía y me dice 'Ricardo, cualquier cosa, urgencia o lo que haya, vení directamente a donde yo estoy, no vas a estar esperándome en una cola, vos golpeás y entrás'... y bueno una vez pasó que estábamos trabajando sacando basura al lado de la vía y se cayó una señora, una compañera de trabajo, que se desmayó así, así ¡paf! Y yo me fui a la salita y entré, y entré ahí donde estaba el doctor y le dije 'doctor, ahora te necesito' y él rápido vino hasta ahí, con*

*su autito, y la vio a la señora y la llevó al hospital... bueno eso es lo que nosotros a veces... yo nunca vi un doctor que haga así... por ejemplo en Chaco ¿a dónde? Jamás vi un doctor así...*

Como Ricardo, varias personas colaboraban con el Dr. Esteban acompañando a pacientes que no conocían el centro de salud, como también al propio médico en sus visitas domiciliarias. Aída relató:

*Yo le acompañaba al doctor Esteban, porque él me preguntaba '¿le conocés a esta persona?' y yo le decía 'sí, vive por allá, vamos que te acompaño', bueno y lo acompañaba... allá atrás, a las casas de nylon que había, allá atrás al lado del arroyo (...) por más que él estaba solo, llegaba solo, casa por casa de los aborígenes, porque yo le veía a él y por ahí le acompañaba.*

Para los pacientes qom, la salida del Dr. Esteban del Juana Azurduy resultó tan repentina como conflictiva. Por primera y única vez en la historia del servicio, se generaron acciones de los propios pacientes para frenar el traslado de un médico del centro de salud. Aída y Ricardo recordaron respectivamente:

*Cuando él se fue del Juana Azurduy nos pusimos todos mal, muy tristes, y yo había salido a buscarle, porque con otra gente habíamos ido a reclamar porque él era el único doctor que era amable y más quería a la comunidad...*

*Cuando lo sacan a Esteban, nosotros no estábamos de acuerdo, estábamos muy enojados, no solamente él y nosotros estábamos muy enojados, también los de aquel lado de [calle] Garzón, se juntaron también (...) estaba nervioso él, yo me vine y con una señora, la del [centro comunitario] '17 de Agosto', ella también estaba, y con papel y lapicera empezamos a recorrer el barrio, ella para allá, yo para acá, y por todos lados, y ahí juntamos 60 firmas... y fuimos a asamblea...*

Con la intención de desandar la decisión de la Dirección de APS sobre el traslado del profesional, algunos pacientes y vecinos del barrio cortaron la calle de

ingreso al centro de salud: *“hasta hicimos piquete en frente de la sala”*. Recordaron entre risas: *“gritábamos: ¡queremos que vuelva Esteban!”*

Al preguntar a sus antiguos pacientes por el motivo por el cual Esteban se había ido del centro de salud, todos manifestaron desconocerlo. Lo que sí señalaron fue el impacto que tuvo en la atención de muchas familias qom de Los Pumitas debido a que muchos pacientes dejaron de asistir al centro de salud. Aída lo explicó retomando la experiencia de su madre:

*(...) mucha gente dejó de ir, mi mamá ya no quería ir porque no estaba Esteban, yo le decía ‘vamos, vamos’ y yo la acompañaba, porque si no no se iba a acercarse tampoco... un día vamos hasta la puerta y en la puerta me dice ‘no, no quiero entrar’ [se sonríe] ‘la doctora no me entiende cuando hablo’ me decía.*

Es evidente que el Dr. Esteban había construido un fuerte lazo con sus pacientes qom de Los Pumitas, lazo que se reactualizaba toda vez que emergían tensiones en las relaciones con los médicos del centro de salud. Con el pasar de los años sus pacientes le fueron atribuyendo acciones que, según me señaló, nunca había realizado. Por ejemplo, al mencionarle a Esteban que uno de sus pacientes me contó que *“a veces los días domingo el doctor venía a ver algún paciente, y se quedaba como un amigo, y se sentaba a tomar unos mates, era muy amigo de los aborígenes...”*, Esteban señaló enfáticamente no haber ido nunca al barrio un día domingo.

La partida de Esteban dejó además inconcluso el proceso comunitario de conformación del espacio de “Formación de Promotores de Salud de la Comunidad Toba” de Los Pumitas. Este espacio de capacitación funcionó en una organización llamada Nam Qom (ver capítulo 2) y fue coordinado por Esteban y una médica generalista. En el mismo participaron aproximadamente 10 personas de la comunidad qom. Ricardo rememoró la importancia de este espacio:

*(...) hicimos una capacitación con él, siempre dejó en mi recuerdo para mí, parece que él nos abrió las puertas para entender algo de la salud (...) él traía una tele y nos hacía mirar, un video, y decía ‘fíjense ahí, cuando una persona está muy mal, está muy grave’, y estábamos ahí... mirando cuando uno está enfermo, y tiene... neumonía, pulmonía, de todas esas enfermedades.*



Luego del traslado a otro centro de salud, el proceso de capacitación se interrumpió debido a que la médica generalista no pudo sostenerlo. En la trayectoria de la familia Romero (capítulo 6) ampliaremos la descripción e importancia de este espacio de capacitación.

### **La gestión de la pensión**

En el año 2003 Ricardo se acercó al Juana Azurduy para informarse sobre *“los trámites que tenía que hacer”* para obtener *“la pensión por discapacidad”* (recordemos que desde muy joven tuvo una discapacidad que le impedía movilizar adecuadamente uno de sus brazos). Aún recordaba con cierto enojo la pregunta que le hiciera la trabajadora social de ese entonces, *“¿y vos para qué querés la pensión si vivís solo?”* Le sorprendió tanto la pregunta que no respondió, *“¿qué le iba a contestar?”*, me dijo mientras hacía un gesto de resignación. No volvió a consultar al respecto.

Al año siguiente, luego de comentarle su situación a una colaboradora de la organización Nam Qom y que ella confeccionara rápidamente una nota de solicitud. Ricardo la presentó en “la salita”. A partir de esta intervención, según Ricardo, la trabajadora social del centro de salud se dispuso a comenzar los trámites. Incluso recordó que dicha profesional *“un día me mostró una lista de gente que estaba para ese trámite, y me dijo ‘si te pongo al final de la lista, te va a salir dentro de tres años, así que te puedo poner primero’*”, a lo cual Ricardo le respondió *“vos poneme donde quieras, eso lo decidís vos”*.

Luego de asistir a una *“Junta Médica”* en el CEMAR y realizarse estudios en el HECA [Hospital de Emergencias Clemente Álvarez], participó de una consulta con un *“médico legal”* del hospital Provincial, quien *“al principio no quería hacerme los papeles (...) yo le dije que él se ponga en mi lugar y yo me ponía en el lugar de él, si fuera así ¿cómo serían las cosas?”*. En esa consulta estuvieron ellos dos solos: *“y cuando estás solo con el médico es más difícil contestar, sobre todo si no te quieren hacer las cosas”*. Finalmente el médico *“aceptó firmar el papel”*. Sin embargo, fue sólo en el año 2006 que le salió la pensión, por la mediación de la nueva trabajadora social: *“con ella hicimos todos los papeles que faltaban”*.

En varias ocasiones reconoció que antes de esta última intervención había evaluado la posibilidad de realizar la gestión de la pensión por discapacidad en Roque Sáenz Peña: *“en Chaco se hacen rápido, conozco gente que la hizo, pero en Rosario es difícil hacer la pensión”*. Al igual que en el caso de Florencia, la posibilidad de abandonar este tipo de gestiones en Rosario para comenzar a realizarlas en Chaco fue una alternativa que se encontraba presente en el abanico de recursos de las familias qom de Los Pumitas.

La pensión implicaba un ingreso mensual de dinero que era la base de su subsistencia. Asimismo, accedió a un “pase” de ómnibus urbano con el cual podía viajar gratuitamente dentro de la ciudad. También le permitió gestionar gratuitamente pasajes de larga distancia. Sin embargo, en la ocasión en que lo acompañé a la Terminal de Ómnibus para obtener pasajes hacia la ciudad de Roque Sáenz Peña, no pudo hacerlo debido a que desde las empresas le señalaron que *“el cupo del mes está lleno y para los próximos también”*. En repetidas ocasiones me dijo estar cansado de las dificultades para solicitar el pasaje gratuito por discapacidad. En una oportunidad logró acceder al mismo pero previamente tuvo que amenazar a la cajera diciéndole que la denunciaría por discriminación. El pasaje obtenido estaba bastante de la fecha en que Ricardo pretendía viajar.

## **Denominaciones**

En una oportunidad Ricardo me manifestó su incertidumbre en torno del modo de denominar dos órganos del cuerpo humano: la vesícula y el apéndice. Con respecto a este último, en una conversación sobre una experiencia de atención de su sobrino, Ricardo señaló:

*(...) pero nosotros, nuestro idioma es distinto a los criollos, ni idea nosotros lo que nos dicen los doctores, a lo mejor nos dice, tenés tal enfermedad, ¿qué enfermedad? Ni entendemos, pero después si nos explican bien, sí entendemos, mirá lo de mi sobrino, hace poco superó ese apendicitis, algo así, pero ese nunca nos pasó a nosotros, ni sabemos qué es lo que es... y eso a veces nos asusta los nombres de la enfermedades (...) a mi sobrino le dijeron tenés esta enfermedad, te asusta también, hace años, le reventó adentro eso, y nosotros nos asustamos*

*porque no sabíamos qué enfermedad tenía, nosotros decíamos 'el estómago', eso nomás... y nosotros decimos solamente 'estómago', pero los doctores le empezaron a hacer análisis nombraron ese nombre pero ni sabemos qué enfermedad es... pero cuando sabemos, cuando nos explican sabemos...*

Este relato me hizo recordar cuando Ana en una ocasión me preguntó repentinamente: “¿qué es la vesícula? ¿qué hace?”. Luego de un momento de desconcierto, le contesté que sinceramente no lo tenía del todo claro y le pregunté por qué me lo consultaba. Me respondió que lo escuchó por primera vez en la consulta con su médico quien le dijo que su dolor de panza “puede ser por un problema en la vesícula”. Y agregó que “en Chaco nunca se habló de esa enfermedad, nomás estando acá”. Sin embargo, en el transcurrir de la conversación reconoció que anteriormente a dicha consulta había escuchado una mención sobre la vesícula, puntualmente de un primo “que lo operaron para sacarle piedras”. Piedras que el primo conservaba en su casa en un frasco. Le comenté que a mi entender la vesícula está relacionada a la digestión de los alimentos, y me dijo que en lengua qom no tienen “ninguna palabra para eso”, que ella no sabe qué es, que el médico no le explicó, y que ella tampoco le preguntó al respecto.

Tiempo después, mientras dialogábamos con Fermín y su esposa Griselda sobre la utilización de plantas medicinales, también irrumpió cierta incertidumbre en torno de la vesícula:

*Griselda: ahora, ahora no se toma tanto yuyo, porque dicen que los doctores le dicen que no tomen los yuyos, los remedios caseros, por eso es que los tobas van más a la salita... porque más antes no existía eso ¿cómo se llama eso? La vesícula... en el campo nosotros antes tomábamos agua, agua de al lado del camino, nosotros tomábamos esa agua, pero nunca nos enfermábamos de eso, más antes yo nunca escuché de eso, de la vesícula*

*Matías: ¿y recién escuchaste por primera vez acá?*

*G: sí, acá escuché... y no sé qué es la vesícula... una vez le agarró a mi hija, que tenía unos cálculos, pero antes nunca...*

*M: ¿y la tuvieron que operar?*

*Fermín: sí, 14 piedritas le sacaron, las mostraron, chiquititas eran, las pusimos adentro de una botella, y parecen como piedritas de arena... pero con el tiempo se desarman parece, se van desarmando [silencio] y algunos dicen que es por el frito, que cuando vos hacés comida frita, de carne o de hígado o de esas cosas, y que por ahí te gusta el pancito ponerle adentro del aceite*

*G: mi hija tiene un tajo en toda la panza*

*F: ella sufrió mucho, porque justo en el embarazo le agarró*

*M: ¿la operaron estando embarazada?*

*G: no, después que tuvo*

*F: vos sabés que, bueno ella porque es caprichosa y... sufrió hasta el último, no quería ir al hospital, le tenía miedo,*

*G: no le gusta la aguja y todo eso, la sangre y eso*

*F: había una vez que no podía caminar, agua ya no podía tomar, tomaba agua y ya le hacía mal*

*G: tomaba un poquito y le hacía mal*

*F: estaba acostada, flaquita, porque no comía nada [silencio]*

*M: ¿y donde la operaron?*

*F: en el HECA, la llevé al hospital Alberdi, la llevé con mi bicicleta, y le dolía, a la mitad de camino me dijo ‘vamos a descansar papi’, mirá que yo era el que la estaba llevando [risas] entonces nos sentamos en la vereda, en la sombrita, descansamos y seguimos, llegamos ahí nomás a la guardia, y ahí en el pasillo se acostó ahí nomás, se acostó en el piso del pasillo de la guardia, no aguantaba más el dolor, y la gente miraba... menos mal que la atendieron rápido*

*M: y para calmar el dolor ¿había tomado algo? Mucha gente toma el yataica’a*

*G: no, no podía tomar nada, nada, ni agua podía tomar*

*F: se la aguantó mucho, ya estaba en lo último, ya estaba en lo último, muchas piedras tenía.*

La conservación de las “piedras” extraídas en la intervención quirúrgica en un frasco ha sido una constante entre las familias qom que tuvieron algún integrante

operado. Los frascos eran exhibidos rápidamente ni bien comenzábamos a dialogar sobre el tema.

Ambos órganos se asociaron a la necesidad de una intervención quirúrgica motivo de dilemas, temores e incertidumbre. Específicamente en torno de la vesícula, las nociones aparecen vinculadas a un dolor tan agudo como impreciso en el estómago o “panza” y a la necesidad de la extracción quirúrgica de las “piedras” o cálculos. Esta ausencia en lengua qom de términos para definir o distinguir estos órganos del cuerpo humano pareciera representar una dificultad para establecer alguna correspondencia con la nosología biomédica. Sin embargo, esta consideración etnolingüística no podría ser la única explicación de dicha incertidumbre o desconocimiento, porque en la mayoría de mis interlocutores había una noción –aunque vaga- de estos órganos, a partir de alguna experiencia de un familiar o conocido. Este tipo de incertidumbre sólo lo he registrado con respecto a la vesícula y el apéndice, lo cual no niega que pueda producirse con otras denominaciones<sup>73</sup>.

### **El 1º de mayo en Sáenz Peña**

El 1º de mayo es una fecha de suma relevancia para gran parte de las familias qom, debido a que todos los años se conmemora en Roque Sáenz Peña la “Convención Anual Nacional de la Iglesia Evangélica Unida”. El aniversario de la institución coincide con el feriado del día del trabajador y transcurre durante todo el fin de semana siguiente a esa fecha. Es un evento multitudinario, conducido por los representantes de la IEU, que convoca a los referentes de todas las iglesias locales y a todos aquellos fieles con posibilidad de trasladarse hasta el lugar. Asisten personas de diversas localidades principalmente del noreste del país.

En las fechas previas al encuentro, resultaban evidentes los preparativos de viaje en la dinámica barrial de los asentamientos qom de Rosario. Los vecinos se preguntaban entre sí si viajaban, algunas familias juntaban artículos -principalmente ropa- para llevar a sus familiares, se consultaba por los precios de los pasajes de los colectivos de los contratistas, etc.

---

<sup>73</sup> En este sentido sería deseable una exploración mayor de las relaciones entre la nosología biomédica y los saberes y denominaciones en lengua qom de los distintos órganos y sus funciones.

No todas las familias viajaban al encuentro dado el importante esfuerzo para las economías domésticas, sin embargo, la mayoría de las familias tenían algún integrante, vecino o amigo que se trasladaba. Cabe señalar que al encuentro no sólo viajaron quienes participaban regularmente en la IEU, sino también otras personas (asistentes a otra iglesia pentecostal o directamente a ninguna) para asistir a distintas actividades y espacios de socialización: reencuentros familiares, participación en torneos de fútbol, recitales de música religiosa, etc. Por tanto el encuentro no se restringía a un evento estrictamente religioso, sino más bien lo excedía para convertirse en un acontecimiento social sumamente significativo.

En Los Pumitas, durante el período en que transcurría el encuentro -incluso los días previos- se vislumbraba cierta suspensión de las rutinas comunitarias y se percibía “poco movimiento” en el barrio.

En varias ocasiones Ricardo me había invitado a la Conmemoración. Invitación que sólo pude aceptar en mayo de 2010. Ese año salieron cuatro colectivos de los contratistas. El encuentro fue multitudinario y se realizó como todos los años en el barrio toba denominado Naalá (en la periferia de Roque Sáenz Peña) y tuvo como centro el predio central de la IEU ubicado junto a una cancha de fútbol. La organización del evento puso a disposición de los asistentes toda su infraestructura.

Las familias, los representantes de las iglesias y los “fieles”, fueron recibidos y alojados en casas de sus parientes, de otros hermanos, e incluso fue posible obtener alojamiento gratuito en otro predio de la IEU (“la Fundación”), en locales de iglesias vecinas o en la misma escuela. A su vez, la IEU ofreció en el “Comedor” del predio central distintas comidas (mate cocido, tortas fritas y guisos) preparadas y servidas por grupos de voluntarios de la propia iglesia.

Durante los tres días de mi estadía se desarrollaron permanentemente distintas actividades de manera simultánea, en un clima en el que primó la camaradería y el buen ánimo. Mientras que en el gran escenario -armado dentro del predio- circulaban pastores, grupos de música y de danza, en la cancha se realizaba un torneo de fútbol. Todo fue movimiento en los distintos predios de la IEU y en los alrededores del barrio. Se visualizaban grupos de personas que caminaban por las calles de tierra y se iban reencontrando, conversaban y continuaban caminando. En

las calles aledañas también se podían ver diversos puestos de venta de comida y de ropa usada y calzado.

La ceremonia que inició el encuentro -realizada el viernes al atardecer- fue conducida por una de las máximas autoridades de la IEU con oraciones y bendiciones, y luego fue oficiada por otro referente de la iglesia. A pesar del frío de esa noche, una multitud asistió a la misma (según los organizadores 2000 personas). Se intercaló el uso de la lengua qom con el castellano. Hombres, mujeres y niños participaron activamente del encuentro cantando, orando, danzando, y hablando entre sí. Tuvieron un lugar preponderante los grupos de música evangélica de distintas localidades (Pozo del Tigre, Tartagal, Castelli, Rosario). El pastor enfatizó en varias oportunidades que *“si bien la Unida es una iglesia aborigen, es mejor llamarla una iglesia intercultural porque hay chorote, hay qom, hay wichí, hay mocoví, hay criollo, y hay suecos* [en referencia a Kent Johansen, misionero nacido en Suecia que colaboró con la fundación de la IEU] *y porque lo importante es que todos somos hijos de Dios*”. A su vez, se señaló que por primera vez en la historia de la provincia de Chaco se declaraba el encuentro “de interés provincial”, motivo por el cual se invitó al Secretario de Culto del gobierno provincial al escenario para agradecerle su gestión.

Al final de la ceremonia religiosa, se invitó a todos los pastores presentes a pasar al escenario, y mientras éstos bendecían y oraban con sus brazos alzados, se invitó a los asistentes que sufrieran *“grandes problemas y problemas de salud”* a aproximarse al borde del escenario para recibir las oraciones. Si bien esta práctica se efectuó de un modo similar a las que presencié en Los Pumitas, lo llamativo fue la gran cantidad de personas que participaron, se ubicaron en ronda y recibieron las oraciones.

En el transcurso de los días pasaron distintos grupos de música, algunos de los cuales cantaron en qom y otros en castellano. Todos abordaron en sus canciones temáticas religiosas. Algunos de esos grupos son muy populares y con un alto nivel de convocatoria, como fue el caso -al menos en ese año- del grupo “Cristo Vive”. Los grupos de danzas originarias que observé provenían de distintas provincias (Formosa, Salta, Santa Fe y Chaco), correspondían a distintas iglesias (no sólo la Unida) e incluso pertenecían a distintas etnias, como por ejemplo mocoví o wichí.

El torneo de fútbol también resultó de suma atracción. Si bien ya estaba advertido de su importancia por los comentarios de los varones qom de Los Pumitas, me llamó la atención la relevancia y centralidad que adquiría durante todo el fin de semana. Desde la mañana hasta la medianoche se jugaban partidos consecutivamente (la cancha contaba con iluminación), con la presencia de una gran cantidad de personas sentadas al lado de la cancha durante todo el día. Cada equipo se había inscripto (en esa ocasión participaron 20 equipos) pagando un precio acordado (\$200 por equipos formados por 11 jugadores) y el ganador se llevó una importante suma de dinero. Como todos los años, se había contratado árbitros de la liga local, y alrededor de la cancha se ubicaron innumerables puestos de vendedores de diversos alimentos y bebidas.

Al alojarme con Ricardo en la vivienda de Nancy, su prima (a quien llama “hermana”), pude compartir una serie de situaciones que me permitieron entender que la conmemoración del aniversario de la Iglesia Unida es un acontecimiento que excede ampliamente el ámbito de celebración religiosa. Dicha estadía me permitió apreciar la significación que adquiere el encuentro. Los patios de las casas de las familias que viven allí se llenaban de parientes recién llegados, se formaban rondas de mate en las que intercambiaban noticias de lo sucedido en las localidades, “se ponían al día”, se daban obsequios, se “presentaba” a los niños recién nacidos, preguntaban por otros familiares.

Esos días acompañé a Ricardo a una visita a su primo que estaba enfermo. Había bajado mucho de peso y le estaban saliendo en distintas partes del cuerpo lo que denominaron “nacidos” (semejantes a los llamados forúnculos). Ricardo le insistió que viajara a Rosario para atenderse, repitiendo “*en Rosario hay todo para atenderse, no es como acá*” y le ofreció su casa para hospedarse. Sin embargo su primo desestimó la invitación. Mientras regresábamos de esa visita, Ricardo -con cierto malestar- me dijo “*él va a los curanderos y esas cosas, de ahí viene su problema*”.

Los circuitos sociales y las actividades que recorrimos con Ricardo transcurrieron durante el día de modo que nos acostábamos a la medianoche. Así no pude apreciar lo que ocurría luego del anochecer. A esa hora, en los alrededores de la cancha se comenzaba a escuchar con mayor volumen canciones de cumbia -de grupos



de moda y también de la denominada “cumbia chaqueña”- los puestos aceleraban la venta de bebidas alcohólicas y se veía pasear e interactuar distintos grupos de jóvenes varones y mujeres y adultos varones. Era en ese momento cuando Ricardo me proponía volver a la casa e irnos a dormir. Fueron sus sobrinas quienes me permitieron entender que una de las principales motivaciones de los adolescentes para viajar a la conmemoración de la IEU, se asociaban a la posibilidad de interactuar con otros jóvenes, “conocer chicos”, encontrar pareja, reencontrarse con amigos y divertirse por la noche<sup>74</sup>.

A la semana siguiente de mi regreso, me enteré que había fallecido en Roque Sáenz Peña la mujer qom que vivía en Los Pumitas y se encargaba de armar las listas de pasajeros de los colectivos que salían hacia Chaco. Cuando pregunté qué le había ocurrido me respondieron que “*se murió de glucemia, tenía la sangre dulce*” y que estando allí “*no quería volverse*”, dando a entender que ella había decidido morir en Roque Sáenz Peña.

### **El hospital en Sáenz Peña**

Ricardo solía distinguir claramente la atención en los servicios de salud de Sáenz Peña y los de Rosario. Los relatos de sus experiencias -principalmente de internaciones- en hospitales de Chaco siempre tuvieron una fuerte connotación negativa. Fueron habituales las alusiones a situaciones en las que el personal del hospital deliberadamente conspiraba contra la salud “*de los aborígenes*” a partir del suministro de determinadas sustancias o dosis inadecuadas.

Mientras hablábamos de la tuberculosis, me dijo “*yo casi muero por eso*”. Le pedí que me contara su experiencia. Para mi sorpresa su relato no se centró en su vivencia del padecimiento, sino en su tránsito por el hospital de Roque Sáenz Peña.

A principios de los ochenta, cuando aún no tenía 20 años, lo internaron en dicho hospital. Luego de “*estar en cama por siete días*” comenzó a componerse, a sentirse un poco mejor, “*ya estaba caminando en la sala*”. Luego relató:

---

<sup>74</sup> La madrugada del sábado nos despertó la policía, para informarnos que una sobrina de Ricardo estaba en el hospital -fuera de peligro- debido a que en la noche había recibido un botellazo en la cabeza en una “riña entre jóvenes”.

*Una noche hubo un problema con un paciente que estaba en la cama de al lado mío, era un viejito, era de raza, aborígen, no sé qué problema había pero el viejo no estaba enfermo, se quería ir a su casa, esa noche escuché a los médicos a la noche que hablaban entre ellos, los doctores decían ¿qué podemos hacer con este hombre? Hablaban de cómo hacían para matarlo, si le inyectaban o le daban algo... y se paró una enfermera que lo atendía, con la que yo mejor me llevaba, dijo que lo iba a hacer ella... el médico le dio unas pastillas. Yo no estaba todavía bien, pero cuando escuché eso me puse de pie como pude y les dije que lo querían matar, ellos me decían que yo estaba loco, al rato llegó un conocido mío y le pedí que me lleve, al amanecer me fui del hospital.*

Ricardo dijo que esa fue la última vez que concurrió a un hospital en Roque Sáenz Peña. También recordó que ese viejito falleció en el hospital unos días después del hecho. Ante mi pregunta por sus internaciones en algún hospital en Rosario, me contestó que en el hospital Alberdi no tuvo problemas porque *“allá no es como acá”, “acá Rosario es grandísimo, vos podés ir a cualquier parte y te van a atender, pero si vas a Roque Sáenz Peña no (...) los médicos son distintos, acá no se odia al aborígen”*.

Los relatos que asociaron la internación en hospitales de Chaco a condiciones amenazantes fueron frecuentes también entre otros interlocutores qom mayores de 30 años. Esta vinculación también fue relevada por Martínez (2011) a partir de testimonios de pacientes qom de Villa Bermejito (Chaco): *“no resulta inusual que se esgriman acusaciones hacia los médicos blancos de vehiculizar en forma deliberada un deterioro en la salud de los indígenas”* (2011:200). Sin negar los conflictos en las instituciones rosarinas, Ricardo siempre marcó una distinción en sus valoraciones: *“acá no se odia tanto al toba”* o *“allá hay más racismo”*. Se pone de manifiesto de este modo que muchos de los encuentros y los desencuentros de los migrantes qom en los servicios de salud de Rosario han de entenderse no sólo en función de lo que ocurre en la sociedad “receptora” sino que se vinculan también a las historias y experiencias en las regiones de origen

## **Discusiones sobre los piogonaq**

Con Ricardo mantuve fluidos diálogos, en distintos momentos y en distintos contextos. Él tenía predisposición para hablar de ciertos temas (principalmente relacionados al ámbito religioso), y al mismo tiempo, se mostraba esquivo con otros. En el caso de estos últimos, un asunto en el que prefería no ahondar era el de los piogonaq. Solía responderme *“yo a los piogonaq los odio completamente”* y se manifestaba muy crítico de su mercantilización: *“muchos curanderos dicen que son curanderos pero no lo son, y viven de los demás”*. Curiosamente, al igual que otras personas, no ponía en duda la eficacia de los poderes de los piogonaq sino más bien les adjudicaba cierta *“malicia”* y su afán de *“hacer daño por hacer daño nomás”*. Dio como ejemplo la pérdida de liderazgo de su tío abuelo -Aurelio, fundador y jerarquía máxima de la IEU durante 20 años- debido a un daño producido por un piogonaq que le impidió desempeñar sus funciones. A su vez, en alguna ocasión, mientras se mostraba muy crítico de los mismos, reconoció temerles.

A diferencia de otras familias qom -como los Maidana- que conciben a los piogonaq como sujetos ambivalentes capaces de curar y hacer el bien como también de enviar un daño, un mal o vengarse, las menciones de Ricardo sobre los piogonaq siempre se vincularon a la realización de un daño y no a la posibilidad de curar. Ante la aparición de una enfermedad producida por un daño enviado por un piogonaq, desde la perspectiva de Ricardo, el ámbito de la sanación era la esfera religiosa.

En una ocasión, mientras una vecina le comentaba sus problemas familiares por los cuales había asistido a dos curanderos -uno qom y otro criollo-, él le recomendó de un modo categórico *“no tenés que ir a los curanderos, no sirven para estas cosas”*. Lo curioso es que uno de sus abuelos fue piogonaq: *“él sabía curar y sabía mucho de plantas”*. En una oportunidad, mientras hablábamos de su abuelo, señaló:

*(...) no es fácil ser piogonaq, no es buena vida, él murió porque le agarró algo que le mandó otro, un daño... es como vivir en una guerra permanente, que no se ve porque es espiritual, pero que se sufre mucho.*

Este estado de “guerra permanente” entre poderes espirituales “no humanos” acompañaba a los piogonaq a lo largo de su vida.

Como ya he señalado, la mercantilización de las prácticas de los piogonaq recibía críticas referidas a que en la mayoría de las ocasiones recurrir a sus servicios representaba un alto costo que podía ser monetario o implicaba la entrega de algún bien (bicicleta, televisor, etc.)<sup>75</sup>. La crítica a la mercantilización de sus servicios fue incluso señalada por quienes efectivamente recurrían a ellos, como es el caso de Bernardo, sobrino de Ricardo e integrante de la organización Qadhuoqté:

Bernardo: *ellos te pueden curar... y a veces te pueden hacer daño.*

Matías: *¿y de qué depende eso? ¿Por qué te pueden hacer un daño?*

B: *y, si él te curó y no le pagás... o si alguien le pagó para eso.*

Otros no objetaron la solicitud de una retribución pero reprobaron el elevado costo, principalmente cuando estaba fuera del alcance de la economía del grupo familiar. En este sentido, un adulto qom señaló: *“está bien que los piogonaq pidan, porque ellos necesitan para vivir, y uno los tiene que ayudar, colaborar, pero a veces se abusan y piden más de una ayuda, y a veces uno no puede”*. Esta persona recordó a un piogonaq de Chaco quien luego de curarlo le dijo *“tráeme lo que puedas, ya sabes dónde vivo”*.

La exigencia de retribución de los piogonaq contrastaba además con la gratuidad de los recursos terapéuticos religiosos y la atención en los servicios públicos de salud.

En este sentido reproduzco una discusión que presencié entre cinco jóvenes qom que debatían sobre los piogonaq. El debate transcurrió luego de una actividad realizada en el centro comunitario del barrio. La actividad consistía en un taller sobre las problemáticas del barrio (trabajo, salud, vivienda) y había sido propuesta y estuvo a cargo de estudiantes universitarios<sup>76</sup>. Una vez concluido ese taller sobrevino el intercambio que transcribo a continuación:

---

<sup>75</sup> El creciente proceso de mercantilización de los piogonaq en Rosario ha sido mencionado por Carracedo (2005).

<sup>76</sup> Como mencioné en el capítulo dos, en el transcurso de mi trabajo resultó una constante la llegada de estudiantes universitarios de distintas facultades que agrupados en cátedras, proyectos de extensión, organizaciones políticas o en ONGs, proponían en el centro comunitario determinados proyectos de extensión.

Eric (22 años): *estamos en Rosario y nuestros orígenes son en el Chaco por haber nacido en el Chaco, creo y... y hay gente en la comunidad que cree en el curandero aborígen. El médico blanco es en la actualidad, ahora, porque estamos en la ciudad, porque son distintas las costumbres y las formas de vivir en la ciudad. Hay cosas que puede resolver el curandero y otras no, para eso está el médico blanco. Así nos enseñaron, pero una no excluye a la otra.*

David (23): *hay gente que cura y otra que no cura. Los curanderos curan, esa es la creencia, creemos en él. Ahora estamos en la ciudad, no estamos en el campo. En el monte es otra cosa, allá primero se va al curandero y de última se va al médico blanco, y acá es diferente, la gente va primero al médico blanco, acá tenés el centro de salud y si no le cura, si no resulta, va al curandero, es al revés que en el monte o en pueblo chico.*

Javier (19): *allá en el norte, de donde yo vengo, Las Palmas, allá se curan con el curandero, pero acá es otra cosa, es el médico blanco.*

Ezequiel (22): *la única forma que aprendí de curarme es yendo al médico blanco y haciendo los tratamientos, es más, prefiero ir al hospital, me da más seguridad.*

Natalia (18): *es más importante el brujo, el brujo te cura, el médico no sabe qué tenés.*

Ezequiel: *yo no voy a perder mi casa o mi televisor por un brujo, yo no creo.*

Oscar (18): *yo tampoco, el brujo te puede curar y te puede hacer mal.*

Ezequiel: *¿qué seguridad tenés de que es real lo que hace? ¿Cómo sabés si es serio o no?*

Natalia (19): *conozco a una persona que el brujo le curó, muchas veces los médicos no saben qué te pasa.*

Oscar: *los dos son iguales, te sacan plata.*

Ezequiel: *los médicos son diferentes pero el fin es el mismo. Hay buenos también, te curan y no te piden nada a cambio.*

David: *¿por qué hablan de brujo que cura?*

Natalia: *brujo sería lo mismo que el curandero o piogonaq.*

David: *para mí no es lo mismo curandero que brujo. Un curandero es una persona buena que cura y no te pide nada a cambio, y brujo es una persona mala y hace*

*daño y a veces, pero a veces, hace algo. Mi papá me enseñó que el curandero sabe cosas malas pero nunca hace algo para lo malo, nunca, eso me enseñaron, no es lo mismo para mí.*

Entre mujeres y varones adultos qom también presencié discusiones de este tipo, en las cuales se esgrimieron argumentos semejantes. También se expresó que:

- los piogonaq *“del norte”* (Chaco y Formosa) están más dotados de poder que los del barrio de Rosario.
- los piogonaq *“de antes”* o *“antiguos”* sabían más que los de ahora y exigían retribución una vez confirmada la cura.
- algunos *“se hacen los curanderos pero no lo son”* porque *“los verdaderos permanecen ocultos”*. La reserva y la discreción son actitudes valoradas.
- *“el piogonaq bueno es el que cura en no más de tres días, si tarda más no es bueno. Los piogonaq según su don curan de ciertas cosas, y si ellos no te pueden curar te mandan a otro que sí puede curar eso”*.

Varias familias qom que conocí concurrían con frecuencia a los piogonaq; no obstante, es preciso hacer una distinción. Mientras que en el plano discursivo se manifestó cierta ambigüedad -se valoraba su eficacia terapéutica y al mismo tiempo se señalaba *“que están fuera de la religión”* o *“que él único poder que cura es el de Dios”*- en el nivel de las prácticas primó cierto pragmatismo: cuando surgió un padecimiento interpretado como producto de un daño en todos los casos se optó -en el caso de contar con los recursos económicos necesarios- por recurrir a un piogonaq.

### ***“Una contra”***

En uno de mis primeros diálogos con Ricardo -luego de que me contara sobre personas conocidas de Chaco que padecieron alguna enfermedad debida a un “daño”- le pregunté si en Los Pumitas, sucedía lo mismo. Me contestó que *“sigue estando, hasta ahora”*. Dijo que *“mientras existan los aborígenes, existirán esas cosas”*, y luego agregó *“eso no se va a cortar nunca”*. Al pedirle que ampliara su explicación señaló lo siguiente:

*(...) sigue estando, hasta ahora... siempre digo que cuando Dios creó al hombre no es que te da así nomás, trabaja en esto... hay espíritus que están paseando en esta tierra que estamos nosotros... se me vino a la mente una compañera que vino a la iglesia, una jovencita, y ella parece que, me hice amigo con ella, nos acompañábamos a la iglesia, iba a verla a las casas, había sido que esa chica también la estaba pasando de esa forma [padecimiento vinculado a un daño]... y antes de morir la chica, casi me morí yo... en vez de que muera primero la chica, casi me morí... la noche antes soñé, tuve una visión, en la visión que tenía yo, yo me iba al cielo con ella, yo siempre recuerdo, tenía la mano de ella, se la agarraba y estaban cantando himnos [canciones religiosas], y ella me decía 'Ricardo, este es tu lugar y es mi lugar, pero un día va a ser tu lugar este' y yo no entendía ¿qué? ¿cuándo?, y al otro día siguiente me caí en cama, de enfermo... y después me enteré que ella murió, y entonces ahí empezaron a despedirme los parientes, pensaban que yo moría y decían que querían hacer una contra en la familia, con los seres queridos nos duele... y los aborígenes se amontonaban todos, pensaban: 'voy a hacer una contra', con mi sobrino, pero, cuando quería morir yo, decía, 'no le hagan nada, nada, porque de esa forma si ustedes le hacen algo, le hacen daño por mi cuerpo, y va a seguir siguiendo siempre, eso ya no se va a cortar nunca'... y así fue, es muy delicado.*

Él se mostró orgulloso por haber detenido las intenciones de sus allegados de hacer una "contra" (otro daño) a quienes acusaban de haberle hecho el daño a él. No obstante, dijo que lo habitual es que se realicen. Poco después lentamente comenzó a sentirse mejor, comenzó a caminar hasta recomponerse. Dijo no haber acudido a un médico blanco. Adjudicó su sanación a las oraciones de su familia y a las reiteradas sesiones de oración por su salud en el culto de la Unida.

Registré relatos de diversas modalidades de venganza por daños mediante la utilización de plantas (aplicada en el cuerpo del afectado o en forma de brebaje) que producían en el agresor estados de *locura*, *pérdida de sentido*, e incluso su *fallecimiento*. Los relatos aludieron en todos los casos a eventos ocurridos en Chaco, como el que efectuó Anastasio -un anciano qom- quien hizo referencia a una práctica

que se realizaba en los velatorios de víctimas de un daño que consistía en introducirle al cadáver una infusión confeccionada con la corteza del palo borracho. Dicha aplicación permitía identificar a quien había realizado el daño para así devolvérselo al agresor. Anastasio relató que en el velatorio de su hermana mayor, a los pocos días de haber realizado esa práctica, la persona que le había hecho el daño a su hermana estaba sentada en el patio de su casa y *“comenzó a gritar como loco hasta caer de la silla quebrándose un brazo”*. Al intentar levantarse *“se quebró el otro, luego una pierna y a los minutos se hinchó hasta morir”*.

### **Fermín Quiroga**

Ricardo conocía desde hace mucho tiempo a Fermín Quiroga: *“es pariente mío, es sobrino de mi abuelo”*. Sus casas se encontraban a unos 30 metros de distancia. Al igual que muchas personas del barrio -principalmente las criadas en Roque Sáenz Peña- se conocían de muy niños y habían compartido la niñez en esa localidad, pero con la migración habían perdido contacto para luego reencontrarse unos cuantos años más tarde en los barrios indígenas de Rosario.

Decidí incorporar la historia de Fermín debido a que su trayectoria personal nos permitió profundizar en los recursos terapéuticos religiosos. Su historia enhebra una experiencia de enfermedad, su sanación así como también su proceso de formación como pastor evangélico y la posterior fundación de una nueva iglesia indígena en Los Pumitas.

### **De sanaciones y fundaciones**

Existe otra iglesia evangélica en Los Pumitas a la cual asiste una importante cantidad de familias qom, “La Cuadrangular” (IC). El surgimiento de la IC <sup>77</sup> en Los

---

<sup>77</sup>La Iglesia Internacional del Evangelio Cuadrangular es una congregación religiosa de características pentecostales que surgió en 1921 en Oakland, California, Estados Unidos. Los principios básicos de la iglesia descansan en cuatro temas basados en la figura y atributos de Jesús, los que hacen a su condición de *salvador, bautizador, sanador y rey*. La acción de la Iglesia Cuadrangular en Argentina llegó desde Chile hacia 1960. La expansión hacia áreas aborígenes, no fue prevista como tarea principal en los planes misionales, sin embargo alcanzó gran fuerza en las provincias del noreste argentino. Las primeras Iglesias Cuadrangulares surgieron en comunidades qom de Chaco a fines de la década del 60' (Wright, 1989). La IC está distribuida por casi todas las comunidades qom del Gran Chaco y su expansión es quizás sólo menor a la de la IEU. A diferencia de la IEU -que es la única iglesia que está



Pumitas estuvo estrechamente vinculado a la historia personal de su actual pastor, Fermín Quiroga. Por este motivo le solicité grabar nuestra conversación para tener un registro textual de la misma. Su relato sobre la creación de la IC en el barrio se articuló con su experiencia con una enfermedad y su sanación dentro del ámbito religioso.

Fermín *“entró al evangelio”* de muy joven, en el año 1976, en la ciudad de Roque Sáenz Peña. No obstante, en ese momento vivió con cierta ambigüedad las reglas de la iglesia: participaba en la iglesia en carácter de “cantor” pero no era del todo *“fiel al evangelio”* debido a las tentaciones de la *“carnalidad”*:

*La biblia tiene un montón de preceptos, la biblia nos aclara muchas cosas de cómo un cristiano debe estar dentro del cristianismo, ese es el reglamento de la ley con Dios... pero también hay otra cosa que es el tema de la carnalidad digamos, y esa es una lucha grande... por ese tiempo yo era cantor de la iglesia en Sáenz Peña... era cantor, y cuando uno es joven y entra al evangelio uno no puede estar firmemente en el evangelio, por las tentaciones, entonces yo en muchas ocasiones me iba a la iglesia a cantar, a orar, pero llegó un tiempo en que se me vino la tentación... y tuve que salir nuevamente del evangelio, hacia las cosas del mundo y después no regresé.*

Esas tentaciones y vicios lo mantuvieron alejado de la Iglesia: *“durante 15 años estuve afuera, no iba a la iglesia, y entonces se me vino la enfermedad, era cuando vine a Rosario, ya estaba acá en Rosario, y se me vino la enfermedad, estuve muy mal”*.

En su relato emergió un elemento característico de las interpretaciones de las familias evangélicas qom sobre la etiología de ciertos padecimientos: la asociación entre el surgimiento de una determinada enfermedad con el pecado, *“los vicios”* y la desobediencia a los designios de Dios. Dicha transgresión alejaba el espíritu de las personas de Dios, espíritu que al perder su fuerza propiciaba una situación caracterizada por la exposición a la enfermedad. La enfermedad como consecuencia

---

integrada en todos sus cuadros directivos por indígenas- la IC contiene en su estructura organizacional transnacional a referentes indígenas sólo a nivel regional, quedando los cargos jerárquicamente superiores a cargo de no-indígenas.

visible del pecado se enlazó -desde su perspectiva- con un diagnóstico equivocado realizado por los médicos que lo atendieron en un hospital de Rosario:

*Matías: y ¿qué enfermedad era?*

*F: según dijeron los doctores era pulmonía, pero yo no lo sentía como pulmonía*

*M: ¿qué sentías?*

*F: sentía una cosa como que no tenía fuerza, no tenía ganas de comer, no tenía ganas de nada, y los doctores me decían que yo tenía pulmonía, entonces... porque cuando uno está enfermo se preocupa mucho, porque por ahí te encontrás mal y te enfermás, y tenés pensamientos de querer estar bien, entonces... ya la enfermedad se me iba avanzando, me sentía mal y nos fuimos a todos los doctores, ahí con los doctores me hicieron todos los análisis, los chequeos, y... me llevaron al hospital, cuando llegué al hospital Carrasco me dijeron 'vos te vas a quedar seis meses acá internado' (...) yo había perdido mucho peso, me sentía cada vez más débil, más débil, más débil... entonces me dijeron 'vos te vas a quedar seis meses acá', los médicos siempre decían que era pulmonía.*

En el relato de su padecimiento, una y otra vez reiteró los síntomas: pérdida de peso, falta de energía y caída de cabello:

*El peso que yo tenía siempre era 100 kilos y con esto bajé a 48 kilos, un esqueleto... creo que los doctores del [centro de salud municipal] Juan B. Justo saben muy bien la historia mía, yo podía caminar de a 10 metros, caminaba un trechito y me sentaba, caminaba otro trecho y me sentaba, me costaba llegar a una parte lejos suponete a 100 metros, eso me costaba, cada tanto me tenía que frenar a descansar (...) muchos conocidos míos decían que no sabían si yo iba a vivir, yo en una parte en octubre usaba doble pantalones, uno arriba del otro, la misma gente que me veía así y me decía 'éste no va a aguantar'.*

Su esposa, Griselda, quien hasta el momento sólo participaba del diálogo sentada junto a nosotros cebando mates, agregó:

*G: de gordo que era, ya en el 99, había bajado mucho de peso, y se le caía el cabello (...) no comía, no comía y se cansaba, para caminar de acá hasta esa puerta tenía que parar para descansar.*

*F: vos sabés que me pasaba así los dedos por el cabello y me salían mechones, se me caía.*

Al preguntarle si previamente a la internación le habían dado algún tratamiento, expresó que sí, pero que el medicamento que le suministraron le había producido malestar y lo había abandonado.

*F: no conseguían tampoco qué medicamentos darme, me sacaban sangre para análisis, y andaban con qué medicamento puede andar... porque vos lo sentís al medicamento cuando te hace bien, pero por ahí vos sentís que te puede hacer mal... había una pastilla que me hacía mal, que me decían los doctores que tome esa pastilla, pero yo tomaba esa pastilla y se me ponía rojo el estómago, todo rojo [se señala la panza] tomaba y me sentía mal, y entonces la dejaba de tomar, no voy a tomar esa pastilla... y son órdenes de los doctores que vos tenés que tomar, tomar los medicamentos, pero vos los sentís a los medicamentos, si te hacen bien, o te hacen mal.*

*R: y esas pastillas que él dice que le hacían mal, yo le decía que le ponían rojo en el estómago, que no las tome porque esas pastillas no le hacían bien, todo rojo en el estómago le ponían.*

El proceso de la enfermedad coincidió con su regreso a la iglesia: “*me convertí nuevamente, o mejor dicho me reconcilé con el evangelio*”. Al igual que en otras experiencias de sanación vinculadas a las prácticas religiosas, *la oración* apareció como un importante recurso. Fermín destacó las “*cadena de oración*” que realizaron “*los hermanos de la Iglesia*” Cuadrangular -ubicada en el asentamiento llamado “El Piso”- a la que concurría él con su familia:

*F: los hermanos rezaban, rezaban a favor mío por el tema de la enfermedad, Griselda se iba a la iglesia, y mis hijos también se iban a la iglesia, siempre pedían oraciones entonces a la mayoría de los hermanos empezaban a orar...*

*M: y vos Griselda, ¿fuiste organizando la cadena de oración?*

*G: primero no, pero después nos reunimos nosotros, venían mi mamá y mi abuelo, que eran muy creyentes, muy creyentes, y cuando vos te encontrás desesperada es*

*como que te viene la palabra, esa palabra de dios, es como que te viene esa palabra.*

Griselda se refería al “*hablar en lenguas*”. Las sesiones de oración organizadas por ella y su familia se repitieron en ocasión de varios cultos.

Fermín insistió varias veces que al ingresar al hospital los médicos le habían indicado que iba a permanecer internado al menos seis meses hasta mejorarse. Mientras se sonreía, contó que su pronta recuperación resultó desconcertante incluso para los médicos:

*F: pero la cuestión es que a los 12 días vino el médico y me dijo que me iban a dar el alta, eso me lo dijo a la mañana y a la tarde ya salí... dijeron que seis meses, ¡y después a los 12 días ya me largaron! Bueno, cuando uno agarra esa fe, va a estar bien de salud, pero siempre hay que tener fe, si no, no se puede sanar (...) me dijeron que iba a quedar ahí internado los seis meses hasta que me recupere bien, pero resulta que a los 12 días llegó el alta... y ahí ya me sentía bien... esperaba un tratamiento de un año y tuve el alta a los 12 días, y esa alegría que tuve, agarré más fuerza.*

El conjunto de elementos señalados por Fermín sobre su proceso terapéutico incluyó *la palabra, la oración* -tanto en una dimensión individual como en su sentido compartido-, *la iglesia* y por supuesto su *fe*. A partir de estos elementos fue recobrando su fuerza vital y su espíritu se fue fortaleciendo. El proceso vivenciado concluyó finalmente en su sanación. Al preguntarle si luego de su internación le prescribieron medicamentos señaló:

*F: me dieron un tratamiento, pero no... no lo cumplí, no lo cumplí porque ya me sentía bien, comía bien, estaba bien*

*M: ¿eran pastillas lo que te daban?*

*F: 12 pastillas me daban, ¡por día! [se ríe] me dijo la doctora que yo tenía que tomar las 12 pastillas juntas, y yo le dije que no, yo le dije que iba a tomar seis a la mañana y seis a la tarde, porque ¡todo junto no voy a poder tomar! [risas] y al rato las dejé.*

Fermín comentó las repercusiones y reacciones de las personas cercanas ante su recuperación de un modo risueño: *“el médico que me atendió se sorprendió [se ríe] sí, la verdad es que se sorprendieron todos... yo tenía un amigo, un criollo, que una vez lo encontré y me dijo ‘¿todavía no te moriste?’ [risas]”*

Al preguntarle a Ricardo sobre la experiencia de enfermedad y sanación de Fermín, me respondió:

*(...) sí, él siempre fue grandote, gordito, jugaba a la pelota con nosotros de chico, y después nunca más lo vi (...) y una vez en el otro barrio estábamos repartiendo algo por las casas... y fuimos a la casa y sale la señora de él [Griselda] no le conocía yo a la señora, y estaba Fermín, estaba sentado, y ahí me sorprendí y le pregunté, porque era pariente ‘¿qué le anda pasando?’, estaba flaquito, flaquito, y casi no tenía cabello, y él no entendía qué era, estuve con mi sobrino hablando con él un rato... y después al poco tiempo lo volví a ver y estaba cambiado ya, estaba mejor [se ríe] y ahí él salió del barrio y se vino a vivir acá.*

Al preguntarle qué enfermedad había tenido Fermín, me respondió *“ni idea, no le pregunté, pero se curó porque tiene mucha fe”*.

Fermín relató que diez años antes, cuando aún no era pastor, trabajó como “voluntario” en la Iglesia Cuadrangular de “El Piso”, donde vivía junto a su familia. Recordó que en ese tiempo *“no estaba pensando en estos ministerios, de ser pastor de la iglesia, no tenía esa mentalidad”*. En ese período, el pastor de la IC al ver su compromiso y desempeño dentro de la iglesia le propuso ser su auxiliar en el oficio de los cultos: *“¿no te encargás de la iglesia, hijo?” y yo le dije que sí, que si él pensaba así sí (...) empecé como pastor obrero, como como yo era tan voluntario en la iglesia, siempre antes de comenzar el curso yo ya estaba presente, en ese momento el pastor me dijo ‘¿por qué no ayudante del pastor’*.

Por esos años en Los Pumitas no existía una IC, las familias qom de allí se trasladaban hasta el otro barrio indígena para participar del culto. La gran cantidad de asistentes y los riesgos que implicaba el traslado -que implicaba cruzar una vía de ferrocarril- principalmente en los meses de invierno cuando oscurece más temprano,

impulsó la idea de construir una IC en Los Pumitas. Le ofrecieron ser el pastor debido a su experiencia:

*(...) como muchos hermanos de Los Pumitas iban a la Iglesia Cuadrangular a la noche, ponele que empezábamos a las 7 de la tarde las reuniones y terminaba tarde, y para volver de vuelta era un peligro... entonces una vez conversamos entre los hermanos que vivían acá en el barrio Los Pumitas, y dijeron que qué lindo sería levantar una iglesia acá en Los Pumitas, y lo conversamos con mi señora y dijimos que no había ningún problema... pero como eran todos nuevos, y como ellos me veían que yo tenía experiencia y ya estaba dirigiendo la obra allá, entonces los hermanos me pidieron para que yo venga para acá, entonces me vine... y empezamos de a poco, primero había solo una piecita, una piecita como ésta, creo que había dos terrenitos, entonces compramos los terrenitos, y la hicimos ahí, en el 2004, y en el 2005 nos trasladamos.*

El relato de su pastor sobre la fundación de la iglesia Cuadrangular replica características de la narrativa pentecostal, en la cual la sanación coincide con la *reconciliación con el evangelio*. Reconciliación que implica un cambio existencial: la *sanidad* se logra a través de la oración de los fieles, lo cual prueba la eficacia del poder terapéutico de Dios e implica dejar atrás la vida anterior plagada de “vicios” (Wright, 1990).

La asociación entre *convertirse al evangelio* y la cura de una enfermedad de imposible -o al menos dificultosa- sanación, emergió fuertemente en las trayectorias de las familias qom vinculadas a las iglesias evangélicas indígenas. En particular tuvo una notoria eficacia frente a los llamados “vicios”, entre los que se destacaron el alcoholismo y las adicciones. En el barrio Los Pumitas registré diversas prácticas de sanación religiosa. Las oraciones individuales realizadas en el ámbito doméstico de los Quiroga -e incluso los Maidana- para sanar o intentar paliar o aliviar un padecimiento constituyeron una de las prácticas terapéuticas más comunes. También resultaron una constante las oraciones colectivas de personas vinculadas a las iglesias -tanto la Unida como la Cuadrangular-. Con respecto a las oraciones colectivas se describió:

*(...) rezamos todos juntos, al mismo tiempo, uno al lado del otro, todos unidos y parece que ese espíritu como que se va apareciendo (...) cuando hay mucha oración se manifiesta el espíritu maligno de adentro de la persona que le está dañando.*

Así, las prácticas terapéuticas religiosas no se restringen a los cultos y las celebraciones en las iglesias. Incluyen también encuentros en los cuales los creyentes se congregan en la casa de un “hermano” que sufre algún mal, para orar todos juntos - reunidos en el patio o alrededor de su cama- con el propósito de sanarlo a través del poder de Dios. Estas sesiones de oración por la salud de una persona pueden repetirse varias veces. En nuestra investigación, este recurso terapéutico constituyó una práctica habitual de los creyentes para sanar dolores o padecimientos en el seno del ámbito doméstico.

Y, como señaló Fermín, el requisito central para el proceso terapéutico lo constituye *la fe*:

*(...) estamos hablando de la fe de cada uno, seas curandero grandísimo o médico, si no tenés fe no te curás (...) es necesario que se haga propio lo que cree y reza, si no no se cura. (...) nosotros siempre miramos las escrituras, la biblia que dice que todos los seres humanos, la vida de todos los seres humanos depende de Dios (...) cuando uno está enfermo puede estar años enfermo pero puede orar, puede sanarse y puede vivir su vida... así que toda la vida que tenemos es así, es la fe. .*

### **A modo de síntesis**

En este capítulo presenté la trayectoria de atención de Ricardo y Fermín Quiroga asociada a las prácticas religiosas en dos iglesias evangélicas de Los Pumitas. Realicé una descripción etnográfica de distintos padecimientos que afrontaron, deteniéndome en las condiciones de utilización de los recursos terapéuticos religiosos. En particular presenté ciertas situaciones y prácticas que se ponen en juego en el culto evangélico (tanto en la Iglesia Unida y en la iglesia Cuadrangular)

como espacio terapéutico en el que se condensan valores y expectativas de las familias qom en torno de los procesos s/e/a/c. Realicé dos descripciones etnográficas en profundidad, la primera refiere a una ceremonia de sanación dentro de un culto, y la segunda al viaje y participación de las familias qom de Los Pumitas en el encuentro del primero de mayo en la ciudad de Roque Sáenz Peña (Chaco). Presenté asimismo la experiencia de Fermín Quiroga sobre su enfermedad, la falta de respuestas de la biomedicina y su sanación dentro del ámbito religioso, su posterior formación como pastor y su papel en la fundación de la iglesia Cuadrangular en Los Pumitas.

En la reconstrucción de esta trayectoria emergió de manera recurrente la figura del “doctor Esteban”, un médico que dejó de atender en el centro de salud hace muchos años pero cuyo recuerdo se perpetúa en la valoración positiva de las relaciones que supo mantener con las familias qom de Los Pumitas. A su vez, en este capítulo subrayé la decreciente utilización de plantas medicinales en la ciudad, presenté ciertas discrepancias en torno de la denominación de determinados “órganos” (vesícula y apéndice), y la experiencia de internación de Ricardo en un hospital público de la ciudad.



## Capítulo VI

### Los Romero

Rosana nació hace 44 años en Roque Sáenz Peña. Su primer viaje a Rosario lo realizó con 18 años recién cumplidos. Vivió en distintos asentamientos indígenas de Rosario y se instaló en Los Pumitas a principios del 2000. Habitaba junto a Carlos (su esposo) y sus siete hijos en una vivienda ubicada en una de las dos calles principales del barrio. La casa contaba con varios árboles que proveían de sombra el ingreso y una porción del patio. En un sector del patio -al lado de la vivienda- transcurría gran parte de la dinámica familiar cuando el clima lo permitía. Por este motivo resultaba frecuente visualizar en ese lugar algún fogón, con una mesa y sillas desordenadas.

Conocí a Rosana y a Carlos hace unos seis años y tuve buena relación con ambos. A lo largo del tiempo me fueron dando acceso a las diversas encrucijadas que habían atravesado en su trayectoria que hilvanó una migración motivada por la búsqueda de trabajo y mejor vida y las condiciones de vida en el barrio Los Pumitas.

#### La niñez de Rosana

La abuela de Rosana había tenido 12 hijos. Los primeros 11 fallecieron siendo bebés, al poco tiempo de nacer. Florencio (el padre de Rosana) fue su décimo segundo parto. En el parto de Florencio ella falleció.

Como hijo único, Florencio vivió siempre junto a su padre, primero en La Matanza y luego en Roque Sáenz Peña. Considerado un “changarín”, trabajó tanto en el campo (en la cosecha de algodón y en el destronque) como en la ciudad, principalmente en la construcción. Rosana se crió en Roque Sáenz Peña con sus padres, hermanos y su abuelo paterno. Fue la hija mayor de seis hermanos. Su madre trabajó por mucho tiempo “*cama adentro*” en la casa de una enfermera del hospital, por este motivo Rosana quedó a cargo del cuidado de su casa y de sus hermanos.

En una conversación informal con Rosana y Florencio, al preguntarle de qué había muerto su abuelo, Florencio respondió convencido que falleció por intoxicación al ingerir en el desayuno “*cerdo con Coca Cola*”. Ante mi perplejidad él explicó que “no

*se debe mezclar la carne de cerdo con bebida dulce*” porque perjudica la digestión y que incluso puede producir la muerte, como fue el caso de su padre quien, en la mañana que falleció antes de ir a trabajar, ingirió con voracidad esa comida y bebida que había quedado de la noche anterior. El abuelo de Rosana conocía dicha restricción aunque le restaba importancia.

Rosana recordaba que durante su niñez sus padres hablaban entre sí en qom pero al momento de dirigirse a sus hijos lo hacían en castellano:

*Por eso nosotros aprendimos la idioma de escucharlos, pero a nosotros nos hablaban en castilla (...) nos enseñaron de chicos la castilla porque mi papá trabajaba mucho con criollos, y muchos hermanos tobas nos tenían bronca o envidia porque hablábamos la castilla bien, a mi mamá unas señoras le decían como para ofenderla ‘esos chicos son hijos de un papelero’ [en referencia a un trabajo ejercido tradicionalmente por criollos].*

Su abuela materna no se relacionaba mucho con ella y sus hermanas por este motivo, a diferencia del resto de sus nietos con los que tenía mayor empatía porque hablaban en qom. Con cierto lamento señaló que actualmente a sus hijos tampoco les habla mucho *“en la idioma”*. Con su marido habla principalmente el castellano y sus hijos *“entienden pero no hablan”*.

Sobre su infancia Rosana señaló:

*Para mí toda mi niñez fue trabajar, en realidad hasta los ocho años mi papá trabajaba bien, yo siempre estaba bien vestida, teníamos siempre para comer, ropa... y después cuando dejó de trabajar mi papá ya no, y ahí empezamos los trabajos (...) a la cosecha nos llevó mi mamá, y recuerdo que sufríamos mucho porque no sabía cosechar, mi mamá sí, porque ella ya sabía y ella hacía dos bolsas y nos pegaba porque nosotros no sabíamos cosechar, y tardábamos mucho, y cualquier cosita, como una espina que nos hincaba, ya llorábamos, y nos pegaba a los tres o cuatro mayores... llorábamos mucho porque no queríamos cosechar.*

Al preguntarle por los juegos de su infancia, respondió: *“¿de jugar? no sé, porque cuando íbamos a cosechar ahí nomás jugábamos, al trabajar hacíamos cosas y*

*así jugábamos, cosechando al lado de mi hermano, nos contábamos cuentos, o escuchábamos la radio que había unas novelas, nos tirábamos bochas de algodón, cuando uno veía al otro cansado o triste nos tirábamos las bochas, así jugábamos mientras cosechábamos, pero de jugar así libremente como mis hijos acá no, nosotros jugábamos así, o durante el viaje cuando íbamos en la camioneta del patrón”.*

Rosana comparó la niñez en Rosario y en su lugar de origen: *“allá en Chaco no existe como acá los derechos del niño, tenés que trabajar o trabajar porque es lo único que te queda, acá tienen que trabajar los padres y los chicos tienen que ir a la escuela”.*

### **El arribo a Rosario**

Rosana representa un ejemplo del ciclo de repitencia escolar que describimos en el capítulo 2. A los 15 años, luego de abandonar la escuela, le solicitó a su padre que la dejara salir a trabajar, específicamente a *“hacer limpieza en casas”* como hacían otras mujeres de su entorno. Su padre se negó diciéndole que sólo cuando tuviera 18 años se lo iba a permitir. Fue así que cuando cumplió esa edad, le recordó su promesa y decidió viajar a Rosario. Al igual que muchas familias qom que lo hicieron durante la década de 1980:

*(...) en esa época los patronos daban a la gente pasajes libres para venir a Rosario o para Buenos Aires, también había unos políticos que habían ganado las elecciones y daban pasajes de tren (...) entonces yo ahí aproveché, mi papá no me dejaba venir, y me preguntaba por qué yo quería abandonarle (...) Yo no le conté toda la verdad, le dije que tenía ganas de irme, pero en realidad yo estaba cansada de cuidar mis hermanos, porque los hermanos mayores tenemos responsabilidades de los más chicos, entonces teníamos que trabajar más que los más chicos, y entonces yo estaba cansada de cuidar de mis hermanas, de pensar siempre en los más chicos y no en mí... y yo me cansé, estaba agotada, pero eso no le conté a mi papá.*

El acuerdo con su padre incluyó la condición del envío mensual de dinero *“para que le compre ropa a los chicos o para comer, o lo que él quiera”.*

Al arribar a Rosario, ella sintió *“una mezcla de miedo, porque estaba sola, y de alegría (...) al llegar se fueron cada cual a su barrio y yo me fui a casa de mi prima que vivía acá en Rosario, saludé y pedí quedarme hasta conseguir trabajo y al mes conseguí cama adentro en una vecina de mi prima, que me consiguió trabajo. Cuando empecé a trabajar ya le mandaba giros a mi papá, no me compraba nada y mandaba a mi familia. Hasta que pasaron los años y le conocí a mi marido, me junté y no trabajé más”*.

Por teléfono le contó a su familia que en Rosario había mucho trabajo. Tiempo después fueron frecuentes las visitas de sus hermanas con su madre: *“ellas iban y venían en el [tren] carguero, porque venían cuando me extrañaban o avanzaba el hambre allá y se volvía cuando extrañaban a mi papá que se quedaba en Chaco”*. En una de esas idas y vueltas, su familia decidió instalarse definitivamente en Rosario. Ella le consiguió trabajo a tres de sus cuatro hermanas. Recordó la alegría de su madre porque estaba toda la familia junta en Rosario, sólo faltaba su único hermano varón, quien regresó a Chaco *“porque no se hallaba y su mujer extrañaba mucho”*.

Durante los primeros meses en Rosario, cuando ella estaba en el centro de la ciudad no se animaba a preguntarle a la gente el nombre de las calles o las direcciones. Sin embargo, reconoció que con el pasar del tiempo aprendió a *“tomar coraje”* ante ciertas situaciones límites y que ya se animaba a preguntarle *“a la gente del centro”*. Por lo general esas interacciones resultaban cordiales, aunque recordó algunas ocasiones en las cuales la gente se había mostrado esquiva: *“caminábamos del barrio hasta el centro, y en verano a veces le pedíamos a alguna señora que estaba en la vereda que nos dé un poco de agua, y nos decía que no, que recién se cortó el agua y era mentira”*.

La madre de Rosana siempre tuvo una actitud reticente a establecer vínculos con los blancos, distinto a su padre quien los promovía y tenía una fluida relación en función de su trabajo. Rosana dijo identificarse más con esa actitud del padre, siempre dispuesto a vincularse con los criollos. Sin embargo, al hablar sobre sus interacciones con *los blancos*, Rosana subrayó la desconfianza, la timidez y la subordinación por parte de los qom. Estas actitudes las inscribió en una reactualización de ciertos conflictos históricos:

*(...) ellos son los que mandan más, como mataron tanto indio deben creer que pueden más (...) los tobas de ahora la mayoría de los indígenas, son muy tímidos (...) muchas mujeres tienen ese miedo a los blancos todavía... ese miedo, por eso tienen mucho respeto al blanco, como si fuera que el blanco manda más en la Argentina, en la tierra donde primero existían los indios... sí, porque dicen que los indios somos tontos desde siempre, desde el principio, pero no es así (...) debe ser por lo de antes digo yo, por lo que le contaron, que el blanco siempre discriminaba a los tobas.*

No obstante, aclaró que existen matices porque *“no todos son así (...) ahora pienso que ellos nos están aceptando y nosotros también estamos aceptando”*.

## **Los hijos**

Cuando la conocí, las edades de sus hijos (cinco varones y dos mujeres) eran: 19, 18, 16, 13, 12, 11 y la más chica de ocho años. El primero y el tercero nacieron en Chaco, los restantes en Rosario.

Hacia varios años que Rosana vivía en Rosario cuando quedó embarazada por primera vez, sin embargo a partir de un conflicto con Carlos, decidió separarse - cuando transcurría su octavo mes de embarazo- y regresó a Roque Sáenz Peña donde estaba su familia. Allí permaneció *“hasta que mi hijo tuvo ocho meses y me volví otra vez a Rosario y me junté otra vez con él, hasta ahora”*. Señaló que a su hijo mayor *“lo tuve así nomás, sin control ni nada antes, en el hospital (...) lo quería tener en la casa, como hacen las mujeres tobas, como es nuestra costumbre allá, como mi mamá que vivía en el campo y nos tuvo a todos ahí, y yo lo quería tener en la casa, pero mi mamá y mi papá no querían así que lo tuve en el hospital”*.

*“El segundo sí lo tuve en la casa, pero no era porque no quería ir al hospital, sino porque no vino la ambulancia, tardó mucho y lo tuve en la casa”*. Este hecho sucedió en el otro asentamiento indígena llamado Roullión. Fue asistida por *“una abuela que era partera”*. Con respecto a las parteras, señaló dos distinciones entre las de Chaco y las de los asentamientos de Rosario. Por un lado, consideró que la utilización de parteras en Chaco (hace un par de décadas) era frecuente en las familias qom a diferencia de lo que sucede actualmente en los asentamientos de Rosario, donde los partos

domiciliarios son muy poco habituales. Por otro lado, señaló una diferencia en el modo de retribuir dichos servicios. A las parteras de Chaco se les acostumbraba dar en reconocimiento por sus servicios un bien (mercadería o ropa) y en contadas ocasiones dinero, esta retribución *“no era como un cobro que las parteras pedían, sino era como un agradecimiento que uno le hacía”*. Incluso si la familia no tenía en ese momento recursos para brindarle, se estimaba que el niño –cuando fuera mayor– colaboraría de algún modo con su partera. En cambio, *“las parteras de acá directamente te exigen que les pagues plata y en el momento”*. A diferencia de Rosana, registramos que otras mujeres qom del asentamiento de Roullión valoraban positivamente la función de las parteras en Rosario, principalmente en su desempeño en los cuidados previos al parto. Sus prácticas consistían en masajes, cantos y consejos sobre cuidados que la mujer debía adoptar durante el embarazo.

Su tercer hijo también nació en Chaco, pero en otras circunstancias: *“fuimos a pasear una vez por Chaco, mi suegra nos llevó a pasear a todos por allá para que estemos con ella un tiempo, y fuimos y no alcanzamos a llegar al pago de ella [San Martín] y lo tuve a mi hijo ahí en Sáenz Peña nomás”*. Luego de trabajar en la cosecha de algodón, emprendieron el regreso que recordó como muy sufrido: *“porque se terminó la cosecha y ya no había plata para comer, tenían hambre los chicos, le pedimos al patrón que nos dé el pasaje libre para volver y nos vinimos hasta Rosario”*.

El resto de sus hijos nacieron en Rosario. Durante todos estos embarazos se realizó al menos un control y los partos fueron en maternidades públicas. Se mostró muy conforme con la atención recibida y dijo no haber tenido ningún problema en el tránsito por dichas instituciones. Al señalar esto, Graciela (su hermana) la contradijo diciendo que *“no siempre tratan bien a los tobas”*, dando como ejemplo la discusión que tuvo ella con un médico de la maternidad de un hospital rosarino durante su segundo parto:

*La última vez tuve problemas ahí en el [hospital] Centenario (...) por un doctor que me quería romper la bolsa... parece que no tenía ganas de atenderme, bueno le dije ‘si vos no querés trabajar no trabajes, yo sí voy a trabajar, no me toques nada, que la bolsa la rompa el bebé y él va a nacer cuando él quiera, no cuando usted quiera’, y él me dijo ‘¿por qué los tobas tienen que ser así?’, bueno le dije, ‘sí,*

*somos así ¡y qué! vos sos así y yo no te ando criticando por eso [risas] encima que te pagan, sos malo, no cumplís tus horarios', y el doctor agarró y se fue, no vino, le mandó a otra chica, y cuando nació mi bebé normal estaba [risas] sí, no quise que haga eso porque mi otra hermana dijo que le rompieron la bolsa pero le hizo mal al bebé también, porque se ahogó.*

### **Restricciones y prácticas tabuadas**

Las mujeres adultas de Los Pumitas en ciertas ocasiones hicieron referencia a determinadas restricciones o prácticas tabuadas en ciertas etapas del ciclo vital femenino. Las transgresiones a las mismas fueron advertidas como posibles fuentes de enfermedades y padecimientos. Las restricciones mayoritariamente mencionadas por mujeres mayores de 35 años se asociaron al período menstrual<sup>78</sup>. Con respecto al mismo, Rosana señaló una serie de prácticas que no debía realizar la mujer, cuyo incumplimiento podía traer aparejadas consecuencias negativas:

*Las mujeres cuando están menstruando no se tienen que arrimar al agua... ni a este zanjón, no se puede arrimar al río, porque viene una víbora grande dicen, mi mamá me contaba que era una víbora grande... a esa víbora no le gusta el olor de la sangre... y cuando huele el olor de la sangre, se enoja y viene a tu casa y solamente está en tu casa y viene la víbora así y da vuelta en tu casa y como es grande y deja como un pozo y te deja así y te hunde la casa, todo la familia o donde está la chica y la puede enfermar, o agarrar a un hijo, hasta matar.*

Una de sus hermanas -de 43 años- proporcionó un ejemplo reciente que sostenía los dichos de Rosana al indicar “los muchos chicos que se mueren ahogados en río” [Paraná]:

*¿Viste eso que salió en la tele? [la noticia de un chico qom que se ahogó en el río] la hermana estaba enferma [menstruando], no respetó, no cumplió y no apareció*

---

<sup>78</sup>También podemos mencionar prescripciones y restricciones vinculadas al embarazo y la lactancia (ver, entre otros, Citro 2008 y Tola 2001). Como plantea Silvia Citro (2008) es importante aclarar que "estas prescripciones no deberían entenderse como una lógica mecanicista de causa y efecto, sino más bien como un horizonte interpretativo (activado intermitentemente por los sujetos) de cosas que 'podrían suceder' si se da una serie de conjunciones, es decir, se trata de relaciones posibles y no de relaciones necesarias" (2008:49).

*el chico. (...) no tenés que comer dulce ni chanco en la menstruación y cuando nace el bebé tampoco porque le matan (...) en el agua está esperando la víbora, el viejito que le dicen... dicen que siente el olor, y le lleva al fondo del agua... se ahogan muchos por esta creencia que nosotros tenemos... igual los lleva si saben nadar.*

La restricción del contacto con distintas fuentes de agua por parte de la mujer durante su período menstrual se sustenta en el temor al enojo y represalias de seres espirituales de hábitat acuático o subterráneo, que adquieren formas tales como la del yacaré (*da'ailoq*), la serpiente o el arco iris (*quemoxonalo*), ambos estrechamente ligados a la cosmología qom (Martínez, 2011).

Asimismo, Rosana mencionó otro conjunto de acciones que son desaconsejadas durante este período:

*Mi mamá decía también, cuando vos estés menstruando no andes en bicicleta, porque vas a romper la bici... no toques la radio porque no va a andar la radio, es como una energía, no sé... muy fuerte, si vos salís por ahí se rompe el manubrio o la rueda... tampoco tiene que lavar ropa, porque dice que el agua le hace mal, cuando está menstruando, lava la ropa, y hace fuerza y le agarra un dolor en el estómago, tampoco tener sexo.*

En el transcurso de su relato, mencionó indistintamente -como si fueran sinónimas- las frases “cuando la mujer está menstruando” y “cuando la mujer está enferma”. Ante mi pregunta sobre dicha homologación, Carlos que se encontraba junto a Rosana señaló:

*Eso de la menstruación algunos lo llaman enfermedad porque la mujer está enferma siempre que tiene eso, o sea que no es una enfermedad digamos, no es una enfermedad como las otras, es decirlo por decirlo digamos, cuando una mujer está enfermada de la menstruación dice ‘estoy enferma’, entonces quedó en nosotros ese nombre, quedó como que está enferma, en realidad si ella no sabía le podían decir estoy menstruando, quedó en nosotros eso de decir, decir no puedo tener relaciones sexuales porque estoy enferma, y dice ¿por qué está enferma?*



*Porque se me bajó la menstruación, entonces nosotros lo agarramos como enfermedad, pero en realidad... el sexo femenino parece que no... bueno entonces si la mujer está menstruando, el hombre no debe tener relaciones sexuales con la mujer, porque la creencia nuestra dice que te puede doler la cabeza, te puede caer el cabello.*

Carlos prosiguió su relato mientras Rosana acompañaba la explicación afirmando con la cabeza el poder de sus creencias:

*Es una creencia grandísima la nuestra... mi madre también siempre me decía bueno, si una chica está menstruando, no juegues [tengas relaciones sexuales] con ella, que no te agarre el cabello porque al transcurrir de los años y el tiempo, te va a doler la cabeza, esa es nuestra creencia...*

Es preciso señalar cierta distinción generacional con respecto a la vigencia de estas creencias entre las mujeres qom de Los Pumita y que entre las adolescentes y jóvenes qom estas prácticas tradicionales han perdido vigencia. Así, Ariana -sobrina de Rosana-, me manifestó su desconcierto y vacilación sobre las prescripciones femeninas durante los períodos de menstruación: “*mi mamá me dice una cosa, que yo la entiendo, que son las creencias de los antiguos, ella cree en eso, pero la doctora me dice otra cosa, me dice que no me preocupe*”. Ariana dijo no atender a dichas restricciones. También Rosana reconoció esta distinción inter-generacional:

*(...) algunas chicas no creen, dicen que es el pasado, ellas no quieren creer en el pasado, quieren creer en lo que están viviendo ahora... ya ahora no quieren saber nada de esas creencias, hay algunas que creen en lo que le dice la madre o el abuelo, otras ya no.*

Algo semejante ocurría con respecto a las prácticas anticonceptivas de las mujeres. El siguiente extracto de entrevista a la sobrina de Rosana, muestra la incertidumbre de esta joven de 14 años (quien había tenido un hijo recientemente) sobre la utilización de “yuyos caseros” como práctica anticonceptiva recomendada por su madre:

*Matías: ¿vos nunca tomaste [los yuyos]?*

*Ariana: sí, antes que me quedé embarazada, iba tomando pero... ¿cómo es?... pero me da miedo*

*M: ¿te da miedo?*

*A: sí, porque dicen que se puede fundir donde se forma el bebé, puede fundir después de años de tomar, te puede costar tener hijos, por eso yo no quería tomar (...) sí, al paso del tiempo te funden [se pone de pie y arranca una ramita de una planta que está en el límite del terreno] ésta hacía mi mamá, para que tome, las ponía a hervir y le dejaba enfriar y me daba que tome, una jarra entera [risas], pero no, tampoco quería tomar, muy agrio es, feo el gusto*

*M: ¿y esto tomabas todos los días o cuando estabas menstruando?*

*A: sí, me decía que cuando estaba menstruando, que cuando tenga sed que tome eso nomás, que no tome agua... y había otras plantas que... usaba mi tía pero no me acuerdo*

*M: ¿vos qué pensás de todo esto?*

*A: y a veces le creo, porque imaginándome con todo lo que me dicen que me puede pasar me da miedo, y a veces le creo, pero hay veces que no... no puedo creerle, porque uno... está en otra época, y muy difícil creer.*

Se ponen así en evidencia discontinuidades y tensiones en la vigencia de estas creencias y prácticas de cuidado y restricciones entre distintas generaciones de las mujeres qom de Los Pumitas.

### **Creer y no creer: daños y piogonaq**

El extenso fragmento que transcribo a continuación es un diálogo entre Rosana, su marido Carlos y su padre Florencio en torno de la existencia (y vigencia) de los llamados *daños*. El relato de Rosana hilvana las distintas perspectivas existentes en su familia sobre esta fuente de enfermedad.

*(...) siempre va a ser así con los daños, nomás por la costumbre, porque vos tenés un trabajo lindo, o andás comiendo todo el día, tenés para comer, o andás bien con tu marido, y viene la envidia y te hacen daño, te hacen enfermar a tu hijo y*

ahí andas... llorando, pero yo por mi parte nunca creí eso...pero ya de chica mi papá me enseñó que no tenía que creer en los curanderos nuestros, en los que te hacen daño, porque nadie te puede hacer daño... no sé, él me dice así, que nadie te puede hacer daño, que esos son, son supersticiones, son creencias de los aborígenes, yo nunca creí... todos los hijos que tuve nunca le llevé al piogonaq, siempre a hospitales, a salita, nunca recurrí a un piogonaq... a veces pienso que si yo le llevo a mi hijo, le curan, y te pide tal cosa, te piden dinero, o un televisor, o cualquier cosa que vos tenés, y vos llevás, sanó y tu hijo está bien, pero dentro de 15 o un mes cuando él tenga ganas de sacarte algo, te vuelve a enfermarte a tu hijo, creo yo, eso es mi punto de vista, y yo tengo que volver a él otra vez, y confiar en él... ahora mi mamá sí cree, mi hermana también, pero yo no... y a veces pienso que tengo cuatro tías y también murió el papá de ellas, mis tías creían que era por un daño, también tenían miedo, decían, 'bueno terminó la vida de nuestro papá, vamos a salir de acá... vamos a ir donde no haya indígenas', entonces ellas fueron a un barrio donde haya blancos nomás... y fueron ahí en Sáenz Peña y los demás fueron a Buenos Aires...y los que estaban en Buenos Aires venían una vez al año, pero al barrio no querían llegar, cuando llegaban a la casa de los hermanos, le mandaban a llamar a mi papá, con todos los hijos... yo siempre le digo ¿por qué nunca fueron a pasear a mi casa? le pregunté, porque eran buenos, cariñosos, mi papá siempre los quería, entonces me contaron que ellos tienen un miedo... tienen miedo de mi tío, son hermanos de raza, son aborígenes todos, pero... ellos les gustaría, les encantaría, pero... tienen miedo por su vida y por la vida de sus hijos... por eso decidieron vivir con los blancos... y ahora no le veo más yo... mi papá me enseñó que no tenía que creer, que no existía, que no te va a hacer nada.

Florencio: era una creencia que no sé... no sale, es como una mancha, pero creyendo que no existe sale, sale la cosa, pero si usted cree que existe... no sale...

Carlos: pero hay gente que cree, qué sé y... a lo mejor a él no le pasó esas cosas, entonces él no cree en los daños, ese es... ese es el problema que tienen los indígenas, ahora si a él le pasa y él lo está viendo, sí le va a creer, y después te va a decir, 'ah, tenías razón vos' eso es, yo recuerdo lo que me pasó y creo

*Rosana: es como que pones fe en vos que no existe, me acuerdo de un vecino que el curandero no le curaba y el hombre se fue, y le dijo ¿vos me estás curando o no? Y le agarró a patadas, a piñas ahí, le decía que no le tenían miedo, pero si yo le creo que es piogonaq, le voy a tener miedo porque te va a hacer algo, en cambio mi hijo se la pasa toda la noche preguntándome cómo son los curanderos, cómo te tienen, no sé, yo salí al revés y ellos creen [risas] yo no creo y ellos sí...*

De este modo, en este intercambio de los integrantes de la familia Romero se exponen distintas perspectivas y posturas sobre los daños y los piogonaq y se ponen en evidencia ambivalencias e incertidumbres sobre su existencia y eficacia.

### **La violencia en la familia**

En nuestras conversaciones, aun conociendo mi relación con Carlos, Rosana fue expresamente crítica con él. Sus críticas comenzaron por su poca predisposición al trabajo y su nula colaboración en las tareas domésticas y de crianza de sus hijos:

*Cuando no trabajaba no me ayudaba a hacer las cosas (...) entonces yo era como la mamá y el papá, porque yo tenía que educarles a mis hijos y también salir a manguear para comprarle las cosas (...) tuve que criarlos como sola, porque mi marido no me ayudaba, no le habla a sus hijos, hasta ahora.*

Más adelante, Rosana me relataría situaciones familiares mucho más complejas. Yo conocía superficialmente el problema que habían atravesado tres de sus hijos a partir del uso problemático de drogas, específicamente con “la bolsita”. Fue por eso que le solicité que me contara cómo había vivido esos momentos. Comenzó asociando “el permiso” que ella les había dado para salir a la noche al momento en que “agarraron la bolsita”:

*Ellos antes me pedían permiso para salir y yo no les daba porque veía que muchos chicos ya andaban con la bolsita, y ellos me insistían para que los deje salir, y se empezaron a escapar, entonces les di permiso para salir desde los 14 años y cuando les di esa libertad ya sólo agarraron la bolsita, no agarraron las otras cosas por las que me pedían salir, no agarraron la bebida alcohólica, ni iban a*

*escuchar música, ni tener novia, por las cosas que me pedían salir nada de eso hicieron y....*

Al pronunciar esta última frase, que no llegó a concluir, su voz se quebró, se detuvo, y emocionada quiso continuar:

*(...) me separé de mi marido, porque yo en ese entonces vivía de lunes a viernes en el otro barrio toba [Roullión] y sábado y domingo me venía con los chicos para acá [Los Pumitas] con mis hermanas y mi papá... y mi marido me decía que yo era la culpable de que se bolseen porque venía los fines de semana para acá y les dejaba salir a ellos, les dejaba salir a vagar, y no era así, pero de tanto que él me decía es como que yo le aceptaba, yo le decía que él tenía razón que yo venía a Los Pumas pero que él no veía las cosas que yo y los chicos hacíamos acá, porque él quedaba allá solo y él tomaba, y delante de los chicos también siempre tomó, en la época que tomaba... entonces en realidad yo venía acá los sábados y domingos cuando él tomaba porque no quería que me pegue, porque yo también sufría porque era golpeada por él, entonces, yo ahora pienso que no pude hacer que los chicos no agarren la bolsita por no poder primero ayudarme a mí... y es verdad, porque ahora cuando mi hijos se ponen a hablar se lo dicen en la cara al padre... yo pensaba eso pero él siempre me decía que era culpa mía 'los chicos salen así con la bolsita porque vos te vas todos los sábados a la casa de tus hermanas y andá a saber lo que hacés' me decía mi marido, y yo decía que sí, que debe ser culpa mía, pero yo no venía acá para que ellos hagan eso, yo venía acá porque me disparaba de los golpes de él, para defender mi cuerpo y el de los chicos....*

Su relato, que se inició con el uso problemático de sus hijos de la *bolsita*, introdujo los problemas de alcoholismo de Carlos y la violencia que ejercía sobre ella y sus hijos. Violencia que llegó a situaciones límites como las que describe en el siguiente fragmento:

*La última vez casi me mata, fue en octubre, casi me mató, me pegó mucho [se emociona] y encima no estaban los dos [hijos] más grandes, estaban los más chicos nomás, me encerró en un baño y me pegó mucho, mucho, mucho, porque le*

*habían contado que yo andaba con otro hombre, con un criollo, y por eso me pegaba, y les dije a mis hijos ‘andá a buscar la policía, andá a buscar la policía’ le gritaba desde el baño, y se fue el más chico y el de 13 años, fueron a la comisaría pero no le hicieron caso, porque eso pasa, yo muchas veces había ido y no te hacen caso, siempre me decían ‘pero después vos vas a volver con el señor, quédese tranquila’<sup>79</sup>, entonces mis hijos se fueron a otra comisaría entonces sí los llevaron hasta la casa, y cuando llegó la policía, y él atendió la puerta, les dijo ‘no, acá no pasa nada’, pero tenía toda sangre en la ropa y entonces mi hijo abrió el baño, y le dijo a la policía que pasen y que vean, y yo estaba ahí en el baño, y ahí me llevaron a mí y a él, y él quedó detenido tres días, y a mí me hicieron la declaración y ya me volví a la casa, mis hijos estaban con la vecina.*

Esta situación implicó una ruptura en el seno del grupo doméstico. Rosana decidió separarse de Carlos y mudarse definitivamente junto a sus hijos al barrio Los Pumitas donde vivían sus hermanas y su padre:

*(...) ahí decidí separarme del todo y venirme para Los Pumas, y él me dijo que no hacía falta, que yo me quedara con la casa [en Roullión], que él se iba a ir, pero era mentira, y pasó como un mes, y yo esperaba, esperaba y él se iba a la mañana pero a la noche volvía a dormir, y yo no quería, y yo agarré un día y me vine para este barrio, le dije ‘me voy’, ‘¿por qué? ¿qué te hice?’ me respondió, y le dije ‘yo no doy más, no puedo vivir así, mis hijos ya están agarrando la bolsita, yo quiero agarrar la bebida alcohólica, y yo así no voy a seguir’ le dije, ‘o pierdo a mis hijos o pierdo yo, porque si agarro la bebida alcohólica siempre los dos perdemos, yo le pierdo a mis hijos y ellos me pierden a mí’ le dije, entonces le dije ‘me voy, decidí de irme, son muchas cosas las que no me gustan, muchos años hablamos y hablamos y no arreglamos nada’ y nada más le dije, teníamos dos bicicletas, entonces le dije a mi hijo más grande que las agarre que nos vamos y me fui a la casa de mi hermano y le dije que me iba a quedar ahí, y mi hermano me decía ‘vos*

---

<sup>79</sup> Como plantea Claudia Teodori “la institución policial sigue exteriorizando una importante e histórica resistencia a intervenir en casos de violencia familiar, e incluso a cumplir y hacer cumplir las normativas vigentes” (2016:20).

*siempre decís así, cada vez que te pegan decís lo mismo y nunca tomás una decisión' y le dije que sí, que ahora la tomé, igual yo me iba para allá [Roullión], porque trabajaba allá, me despertaba, agarraba la bicicleta y me iba, y veía mi casa un desastre, porque a veces me quería volver, yo extrañaba mi casa, mis cosas, la tele, la cocina, la garrafa, y el cable porque los chicos querían mirar tele, extrañaba muchas cosas... y yo me hacía la dura, volvía, me iba a trabajar y me volvía, y un día lo hablé a mi marido, porque él todos los días ya estaba alcohólico, ya de lunes a viernes estaba bebido, abandonado... entonces le dije 'vos si querés cambiar no me vas a pegar más, y me vas a ayudar a criar a tus hijos, y trabajá, y sé un poco más limpio' y también le dije 'yo me voy de acá porque mis hijos un día te van a matar, tanto odio están juntando que van a matarte' y me dijo 'bueno, andate, yo después voy a ver', entonces me vine y un día con un flete me traje todas mis cosas y dejé vaciada todas las casa, y me vine a Los Pumas a la casa de mi hermana, después quedé de casera en la casa del tío, que es esta casa, y limpiamos porque estaba abandonada.*

Una vez asentada en Los Pumitas, sus hermanas diseñaron un mecanismo de contención que consistió en que cada día una de ellas iba a pasar la jornada a la vivienda de Rosana: *"se turnaban y siempre venía una, como para que yo me halle"*.

Luego de varios meses Carlos se mudó a la vivienda de Rosana en los Pumitas. Ella señaló que lo aceptó porque *"cambió mucho su personalidad"*, logró *"dejar la bebida"* y nunca más la agredió físicamente. Este *cambio de personalidad* fue adjudicado por todos los miembros de la familia Romero al acercamiento de Carlos al *evangelio*. No obstante, aún existían ciertas tensiones y reproches principalmente de parte de los hijos mayores hacia su padre:

*Los tres más grandes le reclamaban a su padre mucho, que no los ayudaba, que no les respondía la verdad cuando le preguntaba, que sólo yo los llevaba a la escuela o a la salita cuando estaban enfermos, siempre le reclaman estas cosas cuando hay una conversación (...) le dicen 'a ver si ahora hacés algo por los otros chicos, si no hiciste nada por nosotros al menos hacé por los más chicos (...) siempre le reclaman que cumpla el papel de padre, y él les dice que lo va a hacer.*

Situaciones de violencia como las vividas por Rosana también ocurrían en otras familias qom de Los Pumitas (como vimos en el capítulo 4). Como ella misma subrayó, estas situaciones desbordaban el ámbito doméstico para incluir la prohibición de los hombres de que sus mujeres asistieran al centro de salud:

*R: Hay muchos, muchas que tienen ese problema, además los hombres le agarran mucho a las mujeres, parece que no le dejan hacer nada... no le dejan ir a pasear, no le dejan ir a la escuela, ni a la salita a veces no las dejan ir... quieren que cuando él vuelva del trabajo esté la comida, la casa limpia o cualquier cosa... algunos no te hacen anotarte en el plan [social] porque te dicen que él va a trabajar para vos... pero si él se va de la casa te quedás sin nada, como muchas mujeres que se quedaron sin plan, porque los maridos se fueron de las casas*

*Matías: ¿hay muchas mujeres que no van a la salita por eso?*

*R: sí, hay mujeres que están en enfermas en cama y no van a la salita porque el marido no quiere que vaya, quiere que le haga la comida, aunque esté enferma igual... sí, eso también viene mucho de lo que dije, de los maridos que no le dejaban ir a atenderse, a revisarse, más si el médico es varón.*

Dominga, una mujer qom de 31 años, vecina de Rosana, relató su experiencia con su pareja anterior con quien tuvo su primer hijo:

*(...) con mi marido anterior yo tuve también problemas de violencia, era mi pareja, era una cosa... no quería que me acerque a una salita, no quería que salga, quería que me quede adentro de la casa... si tenía que ir a la salita tenía que esperarle, si quería entrar a que me vea la doctora tenía que estar él...y yo por respeto, por respeto a él no tenía... yo tenía que hacer las cosas que él me pedía...*

Al preguntarle de qué modo pudo superar esa situación, Dominga continuó:

*(...) bueno, decidí yo de abandonar mi hogar, porque yo no quería que mi hijo vea esas cosas, que a mí me encierren, me peguen, y bueno, y me animé, me retiré de mi casa, ahora... ahora tengo mi esposo pero no, pero no tengo ese problema... si*



*tengo que estudiar estudio y no me dice nada, si tengo que salir salgo, voy a buscar los chicos en la escuela a la tarde, él trabaja...*

Para algunas mujeres como Rosana y Dominga, la violencia de género constituía uno de los principales problemas de las familias qom de Los Pumitas.

### **Los hijos “bolsita”**

Al poco tiempo de asentarse en Los Pumitas con el apoyo de sus hermanas, Rosana dijo sentirse mejor, *“más fuerte y hallada en el barrio”*, sin embargo *“el problema eran mis hijos que se estaban bolseando, porque al final me salvé yo pero mis hijos estaban mal”*. Además de la protección y el apoyo de sus hermanas, Rosana valoró ciertas sugerencias que le dieran miembros de una iglesia evangélica de otro barrio que en ese momento se acercaron hasta su casa:

*(...) ‘no sé cómo arreglar la vida’ le decía a mis hermanas y ellas me daban ánimo y me decían ‘vos ponete tranquila que vos estás bien ahora, y después de a poco pensá en tus hijos, vos por ellos trabajaste, les vestiste, hiciste muchas cosas, ahora pensá en vos’. Ellas cuando a veces le veían a mis hijos bolseando le corrían hasta la casa, porque ya habíamos hablado que cuando se lo encuentra bolseando había que mandarlos a la casa, y ellos le tenían miedo a sus tíos, y en ese entonces venían a casa una gente evangélica que me decían ‘no te sientes en la esquina a llorar, agarrá y andá a buscar a tus hijos, o si no quedate con ellos pero no te sientes a llorar, hacé algo’.*

Al mudarse definitivamente a Los Pumitas sus hijos *“se descompusieron otra vez con la bolsita (...) creo que fue por el cambio de barrio”*. Ante esa situación, Rosana se dio una perseverante estrategia de seguimiento de sus hijos, identificando el momento adecuado para irrumpir en el grupo de chicos que se estaban bolseando para lograr que la obedecieran, como explica en el siguiente extracto:

*Cuando me iba a buscarles de día yo no los podía traer porque ellos son más grandotes que yo, pero entonces esperaba a las 12, a la 1 o a las 2 de la mañana cuando ellos ya estaban bolseados, porque ahí sí ya me los podía traer, porque*

*ellos ya no sienten nada, yo le agarraba la mano y le traía a la casa y les llevaba tranquilos... y yo les bañaba, les cambiaba de ropa, y les daba de comer, y les acostaba y cerraba la casa, porque a veces se daban cuenta que estaban en la casa y querían irse, yo les cerraba todas las puertas y les hablaba, les hablaba hasta que le agarraban sueño y se dormían, y así hacía todas las noches, frío, llovizna, pero de día no le podía agarrar, de noche nomás, y siempre le hablaba, siempre le hablaba.*

Rosana apelaba entonces a la lectura de la Biblia<sup>80</sup>. Sus hijos, luego del “bolseo”, solían tener “visiones” y se sentían “perseguidos” y “amenazados” y

*(...) al leer la Biblia se tranquilizaban, a veces se las leía yo, y ellos entendían que el diablo existe, que no hay que enojarse con tu tío o con tu mamá por algo que no es tan importante, y entonces eso hace que el diablo no te hace pensar....*

En ese período, Miguel -su tercer hijo de 10 años- solía escaparse al centro de la ciudad a “*manguear y a jugar a los videos*”. Rosana iba a buscarlo, a veces a pie [es una distancia de más de 70 cuadras], otras en bicicleta, y en ciertas ocasiones solicitaba a algún vecino una tarjeta de colectivo para ir hasta el centro. Cuando lo encontraba, lo hacía *manguear* para juntar el dinero de los pasajes de regreso y la tarjeta de colectivo prestada:

*(...) días de lluvia o de calor yo le buscaba, hasta que no le encontraba no comía nada, me iba a buscarle en los videos del centro o en la peatonal, donde encontraba otros chicos les preguntaba por mi hijo y me decían dónde estaba, entonces me iba y a veces no le encontraba entonces me iba otra vez, y volvía hasta que le encontraba y entonces ahí empezaba a comer algo... a veces a la medianoche volvía a la casa... hasta que una vez ya no le aguanté más porque me iba a buscarle, le llevaba a la casa y después a la escuela a la mañana, pero al rato venía a mi casa el portero diciendo que se escapó mi hijo, entonces yo volvía para los videos, le llevaba a la casa y así... una vez a la semana se escapaba, y*

---

<sup>80</sup> A diferencia de las familias anteriormente mencionadas, ni Rosana -ni sus hijos- asistían a un culto religioso.

*después dos veces y ya tres y ya no le pude calmar, mientras hacía todo eso igual perdía las clases.*

Habiendo dejado la escuela, en varias ocasiones, Miguel se quedó a dormir en el centro junto a otros niños y jóvenes qom. Fue en esos momentos en los cuales aprendió a desenvolverse en el centro, adquiriendo experiencia en distintas modalidades de *mendiguelo*, identificando sitios adecuados para dormir, conseguir comida, etc. En ciertas ocasiones llegó a quedarse tres días consecutivos en el centro, como cuando Rosana estuvo internada por el parto de uno de sus hijos.

A partir de la situación de Miguel, Rosana fue convocada por el Área de la Niñez de la Municipalidad, específicamente por los responsables de un dispositivo abocado a identificar “niños en situación de calle”. En los primeros contactos, ella temió que “*me sacaran a mi hijo*”. Al poco tiempo le propusieron llevarlo a un “Hogar para Jóvenes” que quedaba lejos del centro de la ciudad y donde realizaban distintas actividades dirigidas a chicos con problemáticas semejantes. En un principio a Miguel le costó adaptarse a la institución, asistió un par de semanas pero luego volvió a escaparse para ir al centro. No obstante, Rosana lentamente fue realizando ciertos acuerdos con su hijo que le permitieron “encaminar” la situación: si él asistía durante la semana al “Hogar”, ella le permitía durante el fin de semana ir al centro y de lunes a viernes lo dejaría ir a los videojuegos ubicados en el mismo barrio.

Así, con gran intensidad, Rosana narraba el cuidado de sus hijos a partir de los recursos disponibles en su momento y contexto. Día tras día, ponía en juego cuerpo, afecto y palabras en su esfuerzo de contención y buscando mitigar el sufrimiento.

En un par de conversaciones -y cuando no se encontraban presentes sus hijos- Rosana reconoció su cansancio y que en determinadas situaciones había evaluado abandonarlos e irse del barrio:

*Había noches que yo pasaba sin dormir, porque a veces pensaba ‘mañana les abandono, me voy por ahí y les abandono, no les aguanto más’, me decía a mí misma, pero no era que ellos no me querían, era que se estaban drogando, pensaba de abandonarles pero no lo hacía, creo que Dios me dio fuerzas.*

Ante la fragilidad del cuerpo y del conjunto de arreglos que sostenían su vida cotidiana, Rosana mostraba cuán dura era su batalla por recuperar un cierto orden y “cuán preciosas” eran esas, sus pequeñas victorias (Kleinman, 2006:14).

En este proceso, las hermanas de Rosana, un recurso de protección clave para ella en las instancias de su separación, mudanza y radicación en Los Pumitas, respondieron en sentido contrario rechazando de modo explícito a sus tres hijos “bolsita” e impidiendo que ingresaran a sus viviendas y se vincularan con sus primos:

*Todas mis hermanas no querían que mis hijos vayan a casa de ellas, no querían que yo vaya con mis hijos, o querían que vaya sola, pero yo me iba con ellos, y cuando íbamos decían quejándose ‘ya vienen los bolsita’, así les decían, no querían que estén, no los querían recibir, porque decían ‘echale de la casa’, ‘te pueden matar o me pueden patear a mi beba’, así decían, todo mal pensado porque no querían que sus hijos se junten con mis hijos, como que los estaban discriminando, y yo me quedaba mal, me daban ganas de llorar o volverme a la casa, o decirles que no sean así, pero me callaba, y todos los tíos así le decían, después con el tiempo los chicos se dieron cuenta que es feo ser así, y que así ni su tía le quería, nadie, yo le decía ‘demostrale a tu tío que vos podés cambiar y demostrale la persona que sos, para que ellos no sigan hablando cosas demostrale que podés cambiar, que podés estudiar’.*

Tiempo después, al momento de mi trabajo de campo para esta tesis, sus hijos estaban asistiendo a la escuela, algunos a la Escuela bilingüe y otros a “la Pellegrini”. Rosana se mostraba contenta y orgullosa: “dicen que van a seguir estudiando, ojalá sigan así (...) ahora lo que les vuelve loco son los videojuegos, espero que no vuelvan a agarrar la bolsita”.

En el barrio se habituaba asociar el uso de la *bolsita* a niños de edades menores a la de sus hijos (los dos más grandes eran mayores de edad). Al consultarla sobre esta cuestión, Rosana contestó coincidiendo con esa caracterización: “por más que ellos eran grandes igual agarraron la bolsita, y eso que eran grandes y entendían que tienen que dejar eso, pero igual agarraron, y dejaron porque querían dejar, porque hicieron mucha fuerza para dejar, por mí y por ellos mismos”.

Como se señaló antes, un recurso frecuentemente utilizado por las familias qom de Los Pumitas fue apelar -ante distintas situaciones problemáticas- a las redes, principalmente de parentesco, existentes con Chaco. Al consultar a Rosana si había evaluado la posibilidad de enviar a sus hijos con su hermano (que durante un tiempo había vuelto a vivir a Roque Sáenz Peña) respondió que efectivamente había barajado dicha posibilidad, pero que luego la desestimó debido a la reticencia de su hermano a recibirlos.

*En el Chaco también pasa que se bolsean, me contó mi hermana, porque una vez en julio cuando mis hijos estaban bolseando pensamos en mandarlos a Chaco a lo de mi hermana, pero ella me dijo '¿para qué los vas a mandar si acá también hay? Además yo tengo hijos chicos y me van a dar miedo tus hijos, y no sé cómo hablarles', entonces no les mandé, porque dice que hay bolsita en Sáenz Peña, en donde no hay es en el campo (...) en el campo no hay bebida alcohólica ni la bolsita, pero también hay hambre, no tenés ropa y siempre tenés que trabajar duro, lo digo por los chicos que allá también trabajan, en cambio acá no, acá siempre puede estudiar, va a tener ropa, calzado, para comer, pero también hay muchas cosas malas como las que decía.*

## **Marcos**

Si bien interactué con todos los hijos de Rosana y Carlos, fue con Marcos (uno de los mayores, entonces de 18 años) con quien tuve un vínculo más cercano que me permitió acercarme a un cierto conocimiento de la vida cotidiana de los jóvenes en Los Pumitas, su dinámica nocturna y su experiencia con *la bolsita*. Cabe aclarar que la mayoría de mis encuentros con él se efectuaron con posterioridad al momento en que estuvo muy comprometido con el uso de esta sustancia. Los encuentros fueron en su casa y en los lugares donde solía reunirse con sus amigos, lo cual me permitió conocer e interactuar -sin intermediación de un adulto- con otros jóvenes con los que Marcos acostumbraba juntarse. A partir de estos vínculos pude aproximarme a las interacciones sociales de los jóvenes, principalmente a las que ocurrían los fines de semana por la noche.

La dinámica nocturna de este grupo de jóvenes durante los fines de semana solía repetirse y se podría reconstruir -en función de mis observaciones y diálogos- del siguiente modo. La mayoría de las ocasiones “se salía” dentro del mismo barrio. Uno de los adolescentes comenzaba buscando a otro por su casa, y a partir de ahí iban en búsqueda del resto de los jóvenes por los domicilios “*pegando toda la vuelta por las casas*”. Algunos se sumaban al grupo rápidamente, otros -debido a tensiones o conflictos con sus padres- desistían o se sumaban posteriormente en el lugar donde habitualmente se juntaban. Marcos generalmente no iniciaba la cadena, sino que lo iban a buscar. Otros jóvenes, e incluso niños, también se sumaban al grupo pero más tarde, bien entrada la noche. Uno de los lugares elegidos para juntarse era la “*placita*” ubicada en el centro mismo del barrio como mencionamos en el capítulo anterior.

Otro lugar de encuentro por la noche eran “*las esquinas de los pasillos*” y algunos negocios que vendían bebidas. Allí se ponían a conversar, a fumar, compartiendo alguna bebida -gaseosa o alcohólica- esperando que en alguna vivienda pusieran música con un volumen elevado. Una vez identificada la casa, y si no existía un conflicto reciente con algún integrante de esa familia, se iban arrimando a la misma. En las noches en las cuales en ninguna casa “*ponían música*”, se quedaban deambulando por el barrio, “*al pedo nomás*”, ingiriendo bebidas según el dinero de que disponían. El grupo estaba conformado exclusivamente por varones, y en contadas oportunidades se sumaba alguna hermana. Las mujeres “*están despartadas, hay grupos de mujeres con mujeres y de varones con varones*”. Cuando empezaba la música se juntaban varones y mujeres en una misma casa, “*se empieza a bailar y todo eso*”. Cuando “*no hay nada [música], ellas se quedan todas juntas nomás, se quedan caminando por ahí, y no se quedan sentadas en un lugar, se van a comprar nomás y se van a la casa de una de ellas, y todas juntas siempre ellas*”.

También deambulaban mucho por los pasillos en los cuales existían almacenes o despensas que a esa hora se encontraban abiertos. Las bebidas habituales eran el vino, la cerveza y las gaseosas, generalmente combinadas. Observé una diferencia en la modalidad de compra de bebidas alcohólicas en las despensas, mientras que las jóvenes lo hacían de un modo grupal, los varones acostumbraban a ir a comprar individualmente. A su vez, en ocasiones los varones podían invitar a otros: “*va al que*

*lo invitan nomás... por ahí uno no tiene plata y le invita el otro, o a dos o tres... después así se quedan, y después los otros que no son invitados quedan despartados”.*

En menor medida, los jóvenes qom de Los Pumitas también concurrían a otros barrios indígenas. Durante los fines de semana el barrio elegido solía ser “Travesía y Paso” por proximidad y porque era concebido como de mayor movimiento nocturno a diferencia de Los Pumitas que fue descrito como “*muy tranquilo*”. En ocasiones puntuales asistían a recitales que se realizaban en un club barrial “Reflejos”, ubicado a unas pocas cuadras de Los Pumitas.

En ciertas oportunidades, pude dialogar con Marcos y sus amigos sobre cómo eran los vínculos con chicas qom de su edad y sobre las relaciones sexuales. Por un lado plantearon “*el camino de siempre*”: noviazgo, un tiempo de conocimiento mutuo, visitas a las casas, etc. Por el otro, señalaron la posibilidad de encuentros ocasionales vinculados a “*esas noches donde se pone música en alguna casa*”. Transcribo a continuación el siguiente fragmento de una entrevista, en la que Marcos habló sobre estas relaciones ocasionales, su asociación al consumo de alcohol y sobre la eventualidad de un eventual acceso grupal a ciertas jóvenes qom:

*Marcos:(...) las pibas, las que están juntas, se van yendo, y quedan una o dos, y esa sí... la que empieza a tomar...¡bah! porque no le ve la amiga... y queda y queda hasta lo último y así... se dan las relaciones, porque entre ellas nomás se cuidan... las que se quedan, andan en pedo, y después se duermen y la agarran... una sola chica le pueden agarrar entre 5 ó 6*

*Matías: ¿sí?*

*Marcos: sí, en pedo nomás, o sino también la misma chica se le tira a uno, le busca al otro...*

*Matías: ¿pero la agarran a la fuerza?*

*Marcos: no, cuando está en pedo nomás, ahí donde ponen música... ¡bah! así lo vemos nosotros, nuestro grupo de amigos... los pibes cuando tienen así la oportunidad se tiran nomás, sin pensarlo, igual si están en pedo... sí, así nomás, sin... sin preocuparse si tiene algo o no... no quieren perder la oportunidad.*

Del mismo modo que en el relato de Darío Maidana, Marcos habló de relaciones consentidas aunque agregó: *“porque casi se hace, las relaciones, cuando ya... se tienen relaciones cuando uno ya está en pedo, uno de los dos está en pedo... sino casi nunca pasa...”*. En estas prácticas sexuales, según Marcos, no se utilizan preservativos. Ante mi pregunta sobre las veces que él y sus amigos se habían quedado “hasta el final”, respondió:

M: *no, nosotros no, nunca nos quedamos hasta tarde, ¡bah! porque no tenemos plata para tomar... cuando nos invitan sí... hasta que amanece, hasta el mediodía... por ahí salimos el sábado y si nos invita uno que tiene plata por ahí nos quedamos hasta el domingo, hasta el mediodía en una casa... pero... porque nosotros casi nunca tenemos, y cuando tenemos plata en nuestro grupo empiezan a comprar, quieren comprar qué sé yo... poxirán o sino fijos... quieren comprar cinco o seis fijos así, en todos lados...*

### El bolsear

Marcos ubicó la mudanza de su familia a Los Pumitas como el momento en el cual comenzó a *“tomar, fumar y drogarse”*. Mencionó que en esa época:

*(...) me retaban una banda, mi mamá se enojaba y mi papá también, otra gente también, todos me retaban... aunque no me conocieran igual, ‘tenés que dejar eso’, ‘te hace mal’, ‘sos joven’, me decían, cualquiera que se cruzaba me decía a mí siempre.*

Recordó lo mucho que sufría por ese entonces su mamá debido a los comentarios que circulaban en el barrio: *“yo no me daba cuenta del todo, pensaba que todo era joda nomás, ni caso le hacía a la gente”*.

Al pedirle que me contara su experiencia con la bolsita comenzó narrando que lo hacía en grupo: *“íbamos a caminar por ahí nomás, en grupo, pero cuando se termina [la lata de pegamento] todos se despartan... y después al rato vuelven cuando se consigue, y después se despartan y así...”*.

Señaló que *“cuando estamos así drogados, entre nosotros no se dicen consejos, no se dice qué está bien o está mal, vos sos libre de hacer cualquier cosa”*. Al preguntarle si



los chicos elegían el *poxi* porque es más económico que otras sustancias, me respondió que no, que lo elegían “*porque les gusta, porque más les copa alucinar...*” Entonces le solicité que me cuente qué alucinaba él al “jalar”<sup>81</sup>:

*Es como si fuera que mirás la tele, quedás ahí nomás, pero nada más que en la tele vos mirás y está la pantalla nomás y cuando jalás vos estás ahí adentro de la tele, y podés tocar qué sé yo... corte que te da la sensación que vos también estás dentro de la pantalla... pero después cuando se te pasa es aburrido, quedás medio atontado.*

Luego contó una broma que solían hacerse entre los que se estaban bolseando:

*Cuando se aspira, corte que estás en otro mundo, y vos le decís algo y les entra en el cerebro y ya se lo cree a eso, después le queda en la mente, entonces le decíamos ‘ella tiene Sida’ y ‘aquella tiene Sida’ y ya empiezan a hablar así, lo repiten... o sea todo lo que ven, vos le decís algo cuando está alucinando, después piensa él, ya alucina lo que le decís, y ahí nomás piensa él, ya repite lo que le decís, ya cree... y después al otro día le tenés que decir: ¡te estábamos jodiendo!*

Marcos señaló que en ciertas ocasiones -aunque poco frecuentes- se sumaban chicas de su edad a bolsear con ellos. Frente a estas situaciones entre los varones se debatió si en ese contexto había más posibilidades de mantener relaciones sexuales con ellas:

*Algunos dicen que sí, pero no... no hay posibilidades, porque más se enganchan las chicas, más se enganchan a alucinar, que es otra cosa [risas]es como que estás mirando la tele, vos te quedás ahí... y alguno dice: ‘callate’, y te quedás mirando, como si estoy mirando la tele, y bueno, las chicas si jalar, y están así, quedan mirando al suelo, a cualquier lado, y vos le decís algo y te dice ‘salí, salí’, te echan... lo mismo que nosotros, cuando uno te habla, le echamos....*

---

<sup>81</sup> Aspirar.

Marcos les reprochaba a las chicas de su edad ser “demasiado tímidas”, “hasta con nosotros se hacen las tímidas, que no nos quieren hablar, que no nos quieren decir nada... se quedan calladas nomás, nos miran con una sonrisa... decís algo y se ríen, hacés algo y se ríen, pero no hablan nada”. Al preguntarle si ellas son invitadas o si se acercan por iniciativa propia, contó que “ellas nomás piden venir, o sea que no le invitamos, ¡bah! no se invita a nadie... a nadie le invitan a jalar, se trae el tarrito, una lata para varios”.

Destaco de estos relatos de Marcos la visión sobre las interacciones con las jóvenes qom y la distancia, el desconocimiento y la desconfianza que parecen marcar sus relaciones con ellas. Ellas “andan entre ellas”, “se hacen las tímidas”, están “desapartadas”, no les “hablan”. A la vez, como aparece también en las respuestas de Darío Maidana, son fuente de peligros porque “se les tiran” y “pueden tener algo”; los amenazan en tanto son quienes les transmiten VIH o la llaga. La “oportunidad” de la relación sexual llega de la mano del alcohol con una dimensión violenta naturalizada sin embargo como consentimiento (de la mujer), que, como vimos en el capítulo 4, se reproduce en la valoración colectiva y parece constituirse en un componente significativo de las relaciones de género<sup>82</sup>. Así, en el discurso de Marcos como antes en el de Darío se expresa una construcción de las jóvenes como amenaza a quienes por tanto se reconoce cierta capacidad de poder. En este marco, cabe preguntarse si estas construcciones no contribuyen a la legitimación de ciertas prácticas de control y disciplinamiento sobre las mujeres qom, y concluyen fortaleciendo la naturalización de las jerarquías entre los géneros.

Con respecto a la compra de la lata de pegamento, señaló que “se hace una vaquita de a tres o de a cuatro, y se va a comprar una lata... después guardan y a la noche sacan, así nomás, a veces paga uno y los otros se van y los otros le piden”. Otra modalidad que registré fue la compra en ciertos “boliches” e incluso ferreterías

---

<sup>82</sup> Al respecto, dice Segato (2003), la violencia es “formadora de la gramática en que se forma la subjetividad masculina” ya que es “en la capacidad de dominar y de exhibir prestigio que se asienta la subjetividad de los hombres y es en esa posición jerárquica, que llamamos ‘masculinidad’, que su sentido de identidad y humanidad se encuentran entramados” (Segato, 2003: 14).

cercanas al barrio de pegamento fraccionado en bolsitas de nylon. De este modo los niños y jóvenes accedían por poco dinero (en ese momento \$ 1) a una dosis menor que contenía una cucharada de esa sustancia en una bolsa de nylon.

En Los Pumitas, la sustancia más utilizada por los niños que consumían drogas era el llamado *poxi*. Cabe aclarar que la denominación “poxi” no remitía en ese momento al adhesivo de contacto denominado Poxirán. Si bien en un principio se utilizó este producto, se dejó de hacerlo debido a que la marca Poxirán ya no contenía en su composición la sustancia tolueno (de elevada toxicidad). No obstante, a pesar de inhalar otros adhesivos de contacto, permaneció vigente dicha designación. También registré -en adolescentes y jóvenes- la ingesta de “pastillas” disueltas en alguna bebida alcohólica. Sin embargo, muchos jóvenes como Marcos dijeron no reconocer los nombres comerciales ni las drogas que componen las mismas. La posibilidad de acceder a sustancias como la cocaína implicaba trasladarse a otros barrios, por ejemplo al “Piso”. Marcos señaló que “*en este barrio no hay transeros*” y por lo tanto para comprar ciertas sustancias había que ir “*atrás del barrio, donde está el puente*” [llamado Puente Negro] a las afueras de Los Pumitas, o directamente ir a otros barrios. Varios meses después de mis conversaciones con Marcos, la modalidad de compra tuvo ciertas modificaciones debido a que -en el período estival de 2011- ingresaba al barrio un criollo en una moto, quien se instalaba en alguna de las esquinas para vender distintas sustancias (entre ellas cocaína) durante el atardecer, principalmente los fines de semana.

Al igual que otros jóvenes qom, en el relato de su experiencia con la bolsita Marcos mencionó sentir miedos vinculados a sueños y pesadillas:

*Cuando estuve más complicado sentí mucho miedo... porque me hacía tener mucho miedo, muchas pesadillas... lo que yo sentía que cuando aspiraba expresaba una cosa, y esa cosa cuando la expresaba como en el momento de aspirar ya no la podía expresar más... corte que se me perdía... y cuando estoy aspirando expreso todo mi valor, después queda lo otro, toda la cobardía, así parece que me quedo como miedoso... eso digo nomás de los que quieren dejar les pasa eso... como mi hermano, antes era peor, antes quiso dejar y empezaba a soñar, así... le tenés miedo a la oscuridad, nada que ver... o sea yo no quería ir al*

*baño [se ríe] [tienen la letrina al fondo del terreno, saliendo de la casa] y eso es lo jodido porque te mata las neuronas y ya no podés pensar más... te acorta, te deja como persona tonta.*

Reinaldo, otro joven qom de 17 años, en el relato de su experiencia de bolseo, introdujo elementos similares a los mencionados por Marcos:

*Me drogaba, no me importaba nada, mi mamá me pegaba cuando me veía jalando, pero no sentía nada porque estaba drogado, estaba flaco, no podía comer bien, comía y vomitaba, estaba flaco (...) hay veces que no vivía en mi casa, me iba a la mañana y no dormía en mi casa (...) ahora ya dejé, ahora siento el olor al poxi y ya me duele la cabeza. (...) vendíamos ropa para comprar (...) Veía visiones, vos ves por la bolsita y por esa visión sale cualquier cosa, veíamos dragones, nosotros nos tirábamos en las espinas y no te hacía nada (...) después cuando te pasaba la locura ahí sentías los dolores (...) cuando te despertás una fiaca grande tenés (...) yo dejé porque veía a mi mamá llorar y me daba lástima (...) no tenés miedo a nada, te podés cortar el brazo así nomás y no te hace nada (...) por eso todos los chicos están cortados (...) cuando venía mi mamá a buscarnos salíamos corriendo... me pegaba, me bañaba con agua fría y no se me pasaba, ella no sabía qué hacer.*

En este mismo sentido, transcribo a continuación una conversación que registré en el centro comunitario entre tres jóvenes qom sobre el uso de la bolsita. De los tres jóvenes, el primero había dejado de *bolsearse*, el segundo continúa haciéndolo, y el tercero nunca lo había hecho.

Germán (19 años): *cuando te bolseás no te importa nada, no te dan ganas de comer, no te preocupás de bañarte, te vas al centro, volvés y seguís, estás siempre en el rebusque para conseguir esa lata... y cuando los padres te pegan es peor (...) yo andaba con la bolsita, éramos como 12 pibitos y después dejé (...) me juntaba con esos chicos y probé un ratito hasta que me agarró y seguí (...) dejé porque te discriminan, ahora tengo un montón de amigos, antes me juntaba con*

*ellos solo. Ese año que dejé entré a la escuela y yo les hablaba y algunos se cagaban de risa, él también estaba y los hablaba y algunos fueron dejando.*

Oscar (18): *yo estoy metido con el poxi, mi vieja me está hablando, me estoy rescatando, mi vieja no quiere que mi viejo me levante la mano, porque sabe que me voy a ir, los amigos te hablan por tu bien, a veces les hago caso, a veces no (...) una vez casi se murió Quico, yo le rescaté con un golpe porque se había ahogado con la bolsita.*

David (23): *es nuevo en la comunidad la bolsita, y hace unos años se fue metiendo el pegamento, la joda nuestra cuando éramos más pibes era jugar a la pelota y comprábamos vino con gaseosa, esto es nuevo.*

En una ocasión, a partir de los malestares que le producía bolsear, Marcos demandó asistencia médica en el centro de salud Juana Azurduy:

*(...) fui porque andaba mal, estaba así [adormecido] es que no entendía nada, y me asustaba yo, me sentía mal... y una vez me hizo doler mucho la panza, el poxi me hizo tener diarrea, doler la cabeza, y después los pulmones.*

En esa oportunidad asistió con su madre al centro de salud y fue atendido por la médica generalista de referencia de toda la familia. La atención implicó un examen clínico general (presión arterial, medición de la temperatura corporal, auscultación del área torácica) e incluyó una serie de comentarios sobre los efectos dañinos de inhalar pegamento para su cuerpo. La consulta culminó con el pedido de la médica de que Marcos regresara en un par de semanas a *charlar* y a *contarle cómo estaba*. Sin embargo, Marcos no volvió a asistir al centro de salud por un tiempo prolongado.

En el transcurso de mis últimas conversaciones (a mediados de 2012), Marcos me contó que había dejado de bolsear hacía un par de meses. La decisión había implicado tomar distancia de sus amigos:

*(...) yo dejé, dejé de aspirar pero también dejé de juntarme con ellos porque ellos aspiran... no se calmaron, siguen como estaban nomás... todos los días, toda la semana... y si yo dejé y me desparté de ellos, porque ¿para qué voy a estar todos los días con ellos?... y estoy con los otros, con los que no aspiran casi...*

Al mismo tiempo, sin embargo, relativizó esa distinción entre quienes se borseaban y quienes habían dejado de hacerlo, haciendo referencia a sí mismo:

*Los fines de semana a la noche nos juntamos, todos nos vemos, a veces todos juntos... hay algunos que caen, todos los fines de semana tienen la lata... a veces a algunos le agarra las ganas y empieza a pedir también, y hay otro que deja, el que no jalaba jala... jala cuando quiere, toma cuando quiere....*

Luego de señalar que en ese momento no se borseaba más, reconoció que en ciertas situaciones había estado *jalando* de un modo esporádico como respuesta a distintas situaciones emocionales:

*No sé, a veces dejo... dejo dos meses, o un año, pero después cuando estoy enojado, cuando estoy triste, cuando no tengo nada de plata, empiezo a aspirar de vuelta...*

En ese momento, Marcos había retomado la escuela, comenzando el secundario en la escuela bilingüe, un paso significativo dada su experiencia traumática en la escuela primaria. Había concurrido a una institución a la que asistían mayoritariamente criollos de la cual fue expulsado en 2004. Recordó al respecto cómo era discriminado por ser aborigen: “*en aquella escuela, una banda nos discriminaban, porque sos toba, porque sos negro, porque no tenés nada, porque tenés la ropa sucia... por cualquier cosa*”. En el siguiente fragmento relata la situación por la cual lo expulsaron mientras cursaba el octavo año:

*Ellos [sus compañeros criollos] sabían que yo era bolsita, ¡bah! me decían: ‘bolsita’... no me llamaban por mi nombre, y había un pibe que me estaba cargoseando, cuando yo le cargoseé a él se enojó conmigo y me dijo que me iba a pegar a la salida, y yo no sabía qué hacer, quería escapar de la escuela para que no me peguen, después los otros pibes me decían que tenés que pelearle porque sino sos un cagón me decían, pero todos... no sabía si escaparme o no, pero salí nomás, salí con todos los otros, yo sabía que me iba a ganar el pibe a las piñas, encima que era boxeador y era más grande que yo, y entonces yo tenía un vidrio en el bolsillo y le corté la cara, y ahí me echaron de esa escuela.*

Su relación con los jóvenes criollos de en Los Pumitas (o que vivían en las proximidades) había mejorado y tenía un buen trato en términos generales. Sin embargo, al preguntarle específicamente por sus compañeros criollos de la escuela anterior señaló:

*No sé por qué les veo con bronca... ellos se cagan de risa entre ellos, o sea parece que no estoy... no sé cómo comportarme cuando estoy con ellos.*

Luego agregó que sus amigos qom “*no hacen nada cuando están con los criollos, se quedan calladitos... no dicen nada, quedan calladitos, pero cuando se ponen re-locos o cuando están tomados ahí recién empiezan a hablar, pero cuando están sanitos no, no dicen nada*”. Ante mi repregunta por cuáles eran los motivos de estas reacciones, contestó: “*no sé, son tímidos o se hacen los tímidos, yo me hago el tímido [risas] yo no quiero hablar con ellos...*”

### Hip Hop

Al conversar sobre cómo dejar de bolsear, Marcos habló sobre la necesidad de distinguir cuándo había que “*desapartarse*” del grupo de amigos, y sobre la posibilidad de proponer una actividad diferente para disuadirlos de las prácticas de consumo:

*Hay momentos en que tengo que cambiar de pantalla, porque si no termino bolseando, entonces les digo ‘vamos al video, o vamos a tomar una gaseosa, o a veces no sé... nos quedamos acá nomás en mi casa y ponemos música’.*

En el marco de las “juntadas” en la casa de Marcos surgió con el tiempo un espacio centrado en la práctica del Hip Hop y que lentamente fue convocando a muchos niños y adolescentes qom del barrio. Al igual que en otros barrios periféricos de la ciudad, el Hip Hop estaba en ese momento acaparando un creciente interés entre jóvenes de Rosario. Marcos y sus hermanos comenzaron a aprender algunos movimientos y pasos de baile de un modo autodidacta:

*Practicábamos Hip Hop nomás, todos los días a la noche, nos juntamos en mi casa, yo tenía videos ahí, en DVD, y nosotros mirábamos, y después le copiábamos y nos quedamos entre nosotros, y escuchábamos y practicamos.*

Con el tiempo se fueron acercando otros chicos del barrio. El grupo inicial de cuatro o cinco jóvenes se fue ampliando a punto tal que luego de un tiempo el patio de la casa de los Romero quedó chico. Practicaban sobre una lona vieja de lo que había sido una pileta “Pelopincho”. El espacio funcionaba sin un “docente” o coordinador definido, dicha función rotaba entre quienes habían aprendido ciertos movimientos, que enseñaban al resto de los participantes:

*Al principio éramos yo, mi hermano y los otros dos, éramos cuatro... y cuando nos juntamos acá se sumaron más, y escuchamos música y tomamos, y practicamos nomás, y nos reíamos cuando nos caíamos [se ríe] nos caíamos de cabeza, de espalda, algunos salían diciendo que no iban a hacer más y después al rato se tiraba de vuelta, así hasta que nos aburríamos, no era que nos aburríamos era que nos cansábamos un poco, y nos íbamos a caminar por ahí, nos quedábamos sentados y hablando nomás, después cuando nos aburríamos de estar por ahí nos volvíamos por acá a seguir practicando... después cuando uno se va a la casa.*

Una de las cuestiones más interesantes de este espacio fue que para practicar los pasos y ejercicios era necesario “*estar de cara*”<sup>83</sup>. El uso de la bolsita (y sus efectos posteriores al consumo) no resultaba compatible con dicha práctica debido al control corporal que requerían los movimientos.

Rosana dimensionó rápidamente la importancia de este espacio de niños y jóvenes del barrio, y lo promovió animando a sus hijos, motivando su práctica y ofreciendo refrigerios. El funcionamiento era informal e irregular, no obstante, con el tiempo llegaron a convocar a más de 20 chicos del barrio, motivo por el cual se tuvieron que trasladar a un descampado dentro del “Predio de la monja”. Este cambio potenció la convocatoria de otros jóvenes y niños, así como también introdujo ciertas

---

<sup>83</sup> En referencia a no estar bajo los efectos del alcohol u otras drogas.



tensiones con la referente de dicho predio. En ocasiones fueron expulsados de allí con el argumento de los desmanes que generaban y por la falta de control por parte de adultos. Otro señalamiento refería a que en ese espacio “*se juntaban a bolsear*”.

Cabe destacar este último argumento por la siguiente cuestión. Efectivamente la gran convocatoria generada por el espacio de Hip Hop produjo que algunos chicos – mientras bolseaban- se acercaran y se sentaran alrededor de “la lona” para observar cómo practicaban los demás. Estos chicos eran “alojados” por el grupo casi con indiferencia, sin muchos comentarios y se los dejaba permanecer allí sin efectuar valoraciones al respecto. Lo interesante es que este hecho consistió precisamente en uno de los logros del espacio: la curiosidad generada en estos chicos sumada a la necesidad de *estar de cara* para participar, produjo que varios jóvenes disminuyeran significativamente el uso de la bolsita en función de su entusiasmo por aprender y practicar los ejercicios.

El grupo de jóvenes qom que bailaba Hip Hop cobró relativa visibilidad durante el año 2010. Fueron invitados para realizar presentaciones en actos escolares en la escuela bilingüe y en diversas actividades comunitarias. Acompañé este proceso con la elaboración de un proyecto que obtuvo un módico subsidio de la Dirección Provincial de Niñez, Adolescencia y Familia, a partir del cual pudieron comprar ciertos elementos necesarios para un mejor desarrollo del espacio (una nueva lona, rodilleras, coderas, etc.) Con el correr de los meses el espacio tuvo distintos niveles de intensidad y convocatoria, incluso el centro de salud les ofreció en algún momento sus instalaciones para que practicaran, con el propósito de “acercarse” a los jóvenes del barrio. Este acercamiento fue tan breve como discontinuo, no obstante permitió que los referentes del espacio -como Marcos- lograran un vínculo directo con ciertas personas del equipo de salud, especialmente con la administrativa.

El funcionamiento del espacio de Hip Hop fue intermitente y en ciertos períodos se interrumpió por diversos motivos, principalmente vinculados a conflictos entre los mismos jóvenes. De todos modos, la vigencia del espacio siempre estuvo latente, y su funcionamiento se activaba rápidamente toda vez que surgía alguna invitación para bailar en actividades comunitarias o institucionales.

## **La Comisión de Salud**

El origen de la llamada “Comisión de Salud” del barrio Los Pumitas se inscribe en el surgimiento de la organización comunitaria Nam Qom, que tuvo un intenso desarrollo entre los años 2003 y 2006.

A principio de 2003, “*el Doctor Esteban*” realizó en el salón de la organización - junto a los integrantes del área de salud y otras personas invitadas- la capacitación mencionada antes, la cual quedó inconclusa cuando lo trasladaron a otro servicio. La conflictiva partida de Esteban del centro de salud produjo que muchos usuarios qom perdieran a su médico de referencia con el cual habían logrado un importante vínculo de confianza. Muchos de estos pacientes dejaron de acudir al servicio, como fue mencionado por Aída en el relato de la trayectoria de Ricardo (ver cap. 5). Frente a esta situación y coincidiendo con la incorporación de una nueva directora del servicio, en el año 2004 el centro de salud decidió retomar la estrategia de tipo comunitaria (“salir al barrio”) creando un espacio en el Nam Qom que se denominó –como ya mencionamos- “la posta sanitaria”. En la misma se realizaron diversos talleres de prevención y actividades de vacunación. A su vez, el Nam Qom se constituyó como el espacio comunitario de referencia para realizar encuentros y reuniones con los distintos funcionarios que llegaban al barrio por alguna problemática vinculada a la población qom.

Durante el 2005 no se realizaron demasiadas actividades conjuntas entre la comisión de salud y el centro de salud. A fines de 2006, el Nam Qom dejó de funcionar por distintos motivos y conflictos entre las familias que lo conformaban. Sin embargo, la llamada Comisión de Salud tuvo cierta continuidad a partir de la participación de alguno de sus integrantes en un proceso organizativo posterior que se cristalizó en la conformación del centro comunitario Qadhuoqté.

Durante todo ese proceso, que se inicia en el Nam Qom y continúa en el Qadhuoqté, lo que se denominó Comisión de Salud tuvo un funcionamiento intermitente e incluso sus integrantes fueron fluctuando con el pasar del tiempo. En lo sigue señalo algunos procesos significativos en su desarrollo a lo largo del tiempo.

En primer lugar y como mencionamos en el capítulo 2, desde el 2004 hasta la actualidad, ha resultado una constante en la vida del barrio el acercamiento de

distintos grupos (ONGs, organizaciones políticas, grupos y cátedras universitarias) proponiendo la implementación de diversos proyectos vinculados a problemáticas de salud en Los Pumitas (talleres de capacitación, actividades de prevención y promoción de la salud, investigaciones sobre enfermedades específicas, formación de promotores de salud, etc.) Cada año la dinámica fue similar: en los meses de abril-mayo estos grupos llegaban al barrio, convocaban a una reunión de la Comisión de Salud, en la cual se expresaban los objetivos del proyecto. Luego de llegar a cierto entendimiento, se realizaban las actividades previstas. Dichas actividades –por lo general- no contaban con la participación esperada por los impulsores (tanto en el involucramiento de los integrantes de la Comisión como de las familias qom del barrio). En los meses de septiembre-octubre las actividades y reuniones comenzaban a perder intensidad y dejaban de realizarse por no cumplir con las expectativas previstas. Los grupos se retiraban del barrio a fin de cada año y la mayoría de los mismos no regresaba al año siguiente ni siquiera para dar las explicaciones al respecto. Luego del verano un ciclo semejante comenzaba con la llegada de nuevos grupos interesados en implementar sus proyectos de salud.

La Comisión de Salud no contó con un referente que tuviera la capacidad de convocar al resto de sus integrantes. La intermitencia de su funcionamiento respondió –justamente- a la dinámica del arribo y retirada de estos grupos y proyectos. Esto es, la participación se activaba ante actividades y convocatorias específicas de grupos y personas que no pertenecían al barrio, y se disolvía con la retirada de los mismos.

En segundo lugar, los encuentros convocados por algunos integrantes del equipo del centro de salud Juana Azurduy también produjeron que la Comisión de Salud cobrara cierta vitalidad. Además del período 2003-2004 ya mencionado, en el transcurso del 2008 se propusieron coordinar conjuntamente distintas actividades: de vacunación, de documentación (DNI), de logística para lograr que adultos qom se operaran de cataratas, etc. Con el traslado del Juana Azurduy al nuevo edificio, los encuentros perdieron frecuencia y dejaron de efectuarse.

Sólo en el año 2010 volvieron a realizarse. En los mismos participó la directora del centro de salud junto a vecinos qom vinculados al Qadhuoqté interesados en las problemáticas de salud del barrio. Estas reuniones tuvieron como temática excluyente

la necesidad de crear un nuevo centro de salud dentro de los límites de Los Pumitas. Dicha necesidad se argumentó por la lejanía del nuevo edificio del Juana Azurduy, y por la gran demanda que absorbía el servicio, la cual desbordaba su capacidad. En el marco de la inauguración del nuevo edificio del centro de salud, y aprovechando la presencia del Ministro de Salud de la Provincia, los integrantes de la Comisión le presentaron una carta solicitando la creación de un centro de salud dentro de la comunidad.

En tercer lugar, en el 2003, cuando muchos de los usuarios perdían el vínculo directo con el equipo de salud (principalmente con el Dr. Esteban), surgió una respuesta comunitaria que, sin dejar de ser fluctuante, caótica y no planificada, resultó clave en los procesos de atención de muchas familias qom de Los Pumitas. Me refiero a una suerte de red informal de “acompañantes” de usuarios qom “*que no se animaban a ir solos a la salita*”, o que “*no sabían llegar al hospital*”. Esta red estuvo conformada mayoritariamente por integrantes de la comisión de salud.

Tanto Rosana como Carlos integraban esa red y en ese marco acompañaban a personas que necesitaban acudir al centro de salud barriale incluso a efectores del centro de la ciudad (por una interconsulta o para realizar un determinado estudio diagnóstico), y no se animaban. Entre las personas que les solicitaron que los acompañaran se encuentran familiares, vecinos, e incluso gente que no conocían o que vivía en Chaco pero que por algún motivo necesitaba ser atendida.

En una ocasión, mientras estábamos reunidos en el centro comunitario, entró una mujer qom de unos 50 años que pidió a las mujeres presentes que alguna la acompañara “*al dispensario*” porque “*no sabía llegar*” y tenía fuertes dolores “*en la panza*”. Mientras Rosana le decía que ella lo haría, le preguntó si no tenía una hija o un hijo para acompañarla. La mujer le respondió “*sí tengo, pero vine acá para que alguien me acompañe*”. Fueron con Rosana hasta el centro de salud. La mujer nunca había acudido a dicho servicio, no tenía historia clínica, ni sabía cómo se sacaba un turno. La revisaron en enfermería, le dieron un turno para el día siguiente con un médico generalista quien de ahí en más fue su médico de referencia y le suministraron “*calmantes para el dolor de panza*”. También le pidieron a Rosana que -si era posible-

la acompañara también el día siguiente para asegurar que asistiera al turno y de paso le abrieran una historia clínica. Al día siguiente Rosana señaló:

*Mucha gente tiene hijo o hija para que le acompañe pero ellos a veces no quieren o también la persona decide quién quiere que le lleve, porque sabe también que estamos... y le invitan a otro que le acompañe, yo creo que de corazón necesitan a otro de corazón, saben que nosotros hacemos de corazón las cosas porque nunca nos pagaron nada....*

Los argumentos mayoritariamente esgrimidos cuando le solicitaban su acompañamiento fueron:

- “no se anima” a ir al centro de salud o “no se animaban a ir” solas/os;
- “no hablan bien la castilla”;
- “no habían ido nunca” al centro de salud/hospital, o “no conocen la ciudad” (para trasladarse en colectivo);
- hablaban castellano pero necesitaban ser acompañados para “entender a los médicos”.

A su vez, en ciertas situaciones, al identificar que alguna mujer gom tenía dificultades para demandar atención en el centro de salud, era la propia Rosana quien se ofrecía para acompañarla:

*(...) había mucha gente que no sabía cómo sacar turno, la veías ahí parada, yo le decía si quería sacar turno en la secretaría, y me decía que no tenía historia clínica, así que yo hablaba ahí (...) la misma señora de CD también la otra vez se fue [a la salita] y estaba horas y horas ahí esperando y se vino de vuelta a la casa sin que nadie la atiende porque ella no le habló a nadie, entonces le dije que al otro día íbamos juntas.*

En el caso de Rosana, lo más frecuente era que acompañara a mujeres que tenían que realizarse algún estudio diagnóstico en servicios de salud del segundo nivel de atención -ubicados en el centro de la ciudad o en barrios lejanos de Los Pumitas.

Las mujeres se acercaban a su casa con un papel del centro de salud en el que estaba indicada la hora y el lugar donde debían asistir:

*Yo acompañé a muchas mujeres a hacer la ecografía al CEMAR... porque también tenían al marido, pero no conocían el hospital o no sabían cómo preguntar, saben hablar castellano pero... ya a las mujeres que acompañé, entré yo al lugar donde se tenía que hacer la ecografía.*

El acompañamiento también implicaba intervenir en la interacción médico-paciente, específicamente en los diálogos, ocupando un rol clave en la triangulación discursiva:

*Yo le hablaba, yo le explicaba al médico, y a la señora, porque soy la que la acompañaba y yo tenía que hablar y tenía que mostrar el papel de la señora y eso... después cuando ya se van conociendo y todo, ya se adaptan ellos...*

Sus intervenciones también promovían que las mujeres se desinhibieran ante situaciones que les producían incomodidad o vergüenza como por ejemplo el desvestirse. En este sentido Rosana señaló:

*Pasa mucho que el doctor le decía que se levante más la remera y que se baje más el pantalón, y entonces como que la mujeres me miraban a mí y me decían que tenían vergüenza, y le decía yo que no tengan vergüenza, pero ella me hablaban en la idioma, y yo le decía que no tenga vergüenza, que yo estoy acá, que no le iba a hacer nada el doctor [se ríe] y ahí le pasa [la vergüenza] y entonces se baja el pantalón [risas] tienen vergüenza, no sé... para los blancos es normal, pero para los aborígenes no están acostumbrados a hacerse esos estudios, por eso... y si es una médica igual tienen vergüenza.*

Ese acompañamiento no se limitaba a la demanda de asistencia médica, sino que también involucraba la gestión de trámites, pensiones y subsidios vinculados con alguna patología específica:

*Acompañaba a una señora que vive cerca de mi casa, que la hija tenía problemas del pulmón, o sea que ella siempre tenía problemas porque siempre quemaban la*

*basura en la calle<sup>84</sup> y le hacía mal eso, siempre estaba internada la nena, siempre tenían que cambiar de lugar por el humo, pero lo que ella no sabía es que la nenita tenía que tener una pensión, eso hablaba todo con la trabajadora social [del centro de salud], y entonces ahí la acompañé a hacer un trámite... muchas gente también tiene ese problema de que no sabe que puede tener una pensión, no sabe hacer el trámite, entonces yo la acompañaba a los lados que no conocía... después cuando los conocía ya iba sola*

Al igual que las otras personas que acompañaban a sus vecinos en los procesos de atención, Rosana y Carlos no cobraban ni requerían retribución alguna. Incluso en varias ocasiones el pasaje en ómnibus era abonado por ellos mismos.

Sin dejar de mencionar lo intermitente y fluctuante de estas prácticas, considero que esta red, impulsada por personas de la comunidad qom, aportó a los procesos de protección de la salud, dando apoyo y soporte a muchas familias qom de Los Pumitas para afrontar diversas dificultades en el acceso al sistema de salud.

### **A modo de síntesis**

En este capítulo presenté la trayectoria de atención de la familia Romero. En la reconstrucción de esta trayectoria recupero la reflexión de Rosana sobre su niñez en Roque Sáenz Peña (Chaco) y el contraste con la de sus hijos en la ciudad de Rosario. Ella nos dio acceso también a su experiencia de violencia de género asociada a los problemas de alcoholismo de su pareja. Relató también el inicio de sus hijos en el uso de la “bolsita” y las prácticas de cuidado a las que echaba mano para evitarles mayores daños.

El vínculo con un integrante adolescente de la familia permitió acercarme a un cierto conocimiento de la vida cotidiana de los jóvenes en Los Pumitas, su dinámica nocturna y principalmente su experiencia con *la bolsita*. Los vínculos establecidos con las distintas generaciones de la familia ampliaron en efecto nuestro campo de

---

<sup>84</sup> Sobre esa calle era frecuente la conformación de microbasurales. Generalmente algún vecino prendía fuego para reducirlos, la dimensión de los mismos variaba según las épocas del año pero en ocasiones llegaba a cubrir toda la calle, lo que generaba que para cruzarla había que caminar sobre la basura.

visibilidad en relación con la salud y los cuidados. Por último, identifiqué ciertas prácticas y redes de apoyo y procesos colectivos de cuidado y protección impulsados por las propias familias qom para generar lo que Breilh (2003) denomina “procesos protectores de la salud”. Estos incluyen: la red de acompañantes a los servicios de salud; la Comisión de Salud; el espacio de hip-hop para niños y jóvenes.



## Capítulo VII

### Integración de las trayectorias de atención qom

El abordaje de las trayectorias de atención constituyó la vía de acceso al abanico de las “categorías asistibles” (Comelles, 2006) y permitió descentrar el rol totalizador que se suele asignar al sistema de salud, para contextualizar su papel en el marco de otras posibilidades que la población utiliza para mejorar y conservar su salud y para enfrentar el dolor, la enfermedad y la muerte.

El acompañamiento de las trayectorias de atención qom permitió aproximarme a la cotidianeidad de estas familias, sus relaciones y vínculos, conocer vívidamente los problemas, preocupaciones y dificultades que atravesaban, seguir sus trayectorias de atención institucional, observar el modo en que se relacionaban con el personal de salud y relevar también otras modalidades a través de las cuales procuraban resolver los problemas vinculados a su salud. En este sentido, como plantea Achilli (2005), el registro de lo cotidiano permitió captar los “nexos de condicionamientos recíprocos” que se fundamentan a partir de la imbricación de procesos y relaciones construidas cotidianamente por los sujetos -que le imprimen determinadas significaciones- con otros procesos institucionales y estructurales que interactúan en una dialéctica relacional. En los entramados de estas prácticas cotidianas, se puede reconocer tanto las tendencias que hegemonizan una época como las posibilidades de transgredirlas, de crear nuevas formas, de escapar de mecanismos coercitivos (2005).

A su vez, esta descripción dio cuenta del modo en que las trayectorias de atención de los grupos qom emergen de una compleja trama local que comprende procesos migratorios y encrucijadas cotidianas vinculadas a las condiciones de vida y de subsistencia, y puso en evidencia que muchas decisiones que adoptaron los sujetos y los grupos se asumieron a partir de las relaciones y redes domésticas, sociales y políticas, el flujo de recursos económicos familiares, las posibilidades terapéuticas disponibles en el escenario local, la pertenencia a “la comunidad”, las tradiciones y saberes sobre enfermedades y curas y los distintos capitales sociales desplegados en

la interacción con las instituciones, las competencias lingüísticas, así como también elementos de contingencia. Con este anclaje, abordamos las estrategias terapéuticas y los cuidados implementados por las familias e individuos qom del asentamiento frente a enfermedades, daños, malestares y padecimientos que iban desde Mal de Chagas, discapacidades, “vicios”, el uso problemático de sustancias, entre otros.

Destacamos que los procedimientos de las familias qom ante los padecimientos y eventos de enfermedad no pueden explicarse según un modelo, unívoco ni lineal - según el cual ciertas enfermedades se deben atender en un determinado sistema terapéutico ni se restringen a los cuidados médicos. Más bien registramos trayectorias de atención diversas, dinámicas, en las que se solapaban y yuxtaponían una variedad de escenarios, redes de información e influencia, recursos y especialistas. Subrayamos que en nuestra reconstrucción, los padecimientos no se correspondieron mecánicamente con la utilización de un determinado recurso o curador. La demanda de atención no es un proceso lineal, sino complejo, muchas veces conflictivo, que está atravesado por múltiples procesos; y que se despliega en diversos escenarios y entre distintos actores. Recuperamos en este sentido la crítica de Alves (2014) a aquellos esquemas interpretativos sobre itinerarios terapéuticos que abordan las experiencias de las personas o grupos como datos para el establecimiento de regularidades (patrones integrados y coherentes de conductas) que concluyen reduciendo la variabilidad e historicidad de las experiencias sociales. Según el autor, en esas interpretaciones subyace una idea voluntarista e individualista de las respuestas frente a los padecimientos que se sustenta en el supuesto de que las personas evalúan de manera racional sus elecciones y actúan en términos de costo-beneficio.

En la reconstrucción de las trayectorias de atención de los grupos domésticos qom de Los Pumitas pudimos apreciar que la elección de cada recurso terapéutico y de cuidado respondía a las posibilidades de resolución que brindaba el contexto local en el momento determinado en el que surgía el padecimiento, a las sugerencias (y contra-sugerencias) de distintos actores, a las desconfianzas y lealtades, etc. Una vez más siguiendo a Alves (2014), es posible afirmar que las elecciones de cuidados de salud se relacionaron con las posibilidades presentes en el horizonte de circunstancias de los distintos actores sociales. Que estas “posibilidades presentes” no son

“alternativas pre-constituidas” o previamente ofrecidas por el contexto local, sino construcciones que los sujetos realizan. Esto es, para hacer su elección las personas deben transformar su ambiente social en un campo de “posibilidades problemáticas” dentro del cual su decisión se torna posible. Se trata de posibilidades en conflicto o dudosas que tienen cada una un “peso” que las establece como alternativas y que dependen de situaciones biográficamente determinadas y de las circunstancias específicas de los actores que abren a un conjunto de arreglos que incluyen la formación de redes de interacción entre actores, instituciones y objetos.

A su vez, el enfoque etnográfico utilizado -que privilegió la observación de los contextos en los que emergen los padecimientos y en donde se intentan resolver- permitió aproximarnos a lo “situacional” de ciertas elecciones en la atención de los padecimientos, analizando que la eficacia técnica asignada a cada recurso terapéutico elegido fue valorada en función de las “posibilidades presentes” que ofrecía el escenario local.

En las páginas siguientes, recapitulo y analizo algunos núcleos que surgen de la descripción de las trayectorias de atención y que pueden aportar a la comprensión de la configuración de esta trama local de atención y cuidados.

### **Un contexto asistencial caracterizado por el “pluralismo médico”**

Las trayectorias y los modos alternativos y combinados de demandas de atención y de cuidados ponen en relación las distintas instituciones y recursos terapéuticos y de salud disponibles en el escenario local. Registramos cómo en la diversidad y complejidad de las trayectorias de atención confluyen diferentes modelos explicativos, especialistas y tratamientos frente a daños, padecimientos y enfermedades. Así, 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. De este modo nos acercamos a un escenario de atención y cuidados que caracterizamos como de intermedicalidad (Fóller, 2004) y que otros autores definen como “pluralismo médico” (Menéndez, 2010). El concepto de “intermedicalidad” fue propuesto por Fóller para analizar “zonas de contacto” en donde se produce el encuentro entre diferentes tradiciones

médicas que interactúan, negocian, se confrontan, se mixturan e hibridan, y en las que por lo tanto las fronteras se tornan borrosas (2004).

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 piogonaq;
- los recursos religiosos, principalmente los vinculados a los cultos de las iglesias pentecostales indígenas locales;

Si atendemos al acceso a estos recursos, cabe señalar las condiciones que favorecieron tanto como impactaron negativamente en su uso. Vale sin embargo también aclarar que se trata de aspectos generales de las condiciones de acceso, las cuales variaron a lo largo del trabajo de campo.

- Servicios biomédicos: la gratuidad de la atención médica y de la entrega de medicamentos, así como también la creciente legitimidad otorgada tanto al discurso biomédico como a la eficacia a los fármacos constituyó un factor que favoreció la utilización de los mismos. Sin embargo, la distancia geográfica que separa al centro de salud del asentamiento Los Pumitas y el horario de atención (días hábiles de lunes a viernes de 7 a 18 hs), generó que en ciertos casos las familias desistieran de ir y que durante los fines de semana (y feriados o días de paro) o por la tarde-noche recurrieran a otros servicios en caso de necesitarlo.

- Médicos tradicionales (piogonaq): en términos generales, acudir a los servicios de la mayoría de los piogonaq de Rosario es considerado costoso (en relación con las economías domésticas). Hemos observado que en ciertas circunstancias las familias llegaron a discontinuar un tratamiento por la imposibilidad de pagarlo o se endeudaron para continuarlos. Los piogonaq, de todos modos pueden ser ubicados rápidamente, en el mismo barrio y en cualquier horario y día de la semana. Más abajo destacaremos algunas otras

cuestiones problemáticas en torno del acceso a los servicios de estos terapeutas.

- Cultos evangélicos: también se destacó su gratuidad y su efectividad para paliar malestares así como también para curar ciertas dolencias, principalmente las vinculadas a los denominados “vicios” (alcohol y drogas). Dichas instancias funcionaron –generalmente- durante los fines de semana y la utilización de este recurso se restringió a las familias que “viven en el evangelio”.

Una característica central de las trayectorias de atención es la notoria heterogeneidad que se evidenció al interior de la comunidad qom en el uso de los distintos recursos terapéuticos. Heterogeneidad que se registró entre los distintos grupos domésticos, así como también al interior de las propias familias qom debido a que en estos procesos intervienen distinciones generacionales y de género. Los pueblos indígenas -al igual que cualquier conjunto social - constituyen un grupo heterogéneo en su forma de pensar y en sus motivaciones, esta diversidad de situaciones, intereses y actores debe problematizarse a la hora de analizar la utilización de los distintos recursos terapéuticos.

En la reconstrucción de las trayectorias de atención se puso en evidencia la superposición de diferentes explicaciones y etiologías para un padecimiento involucrando diferentes especialistas y distintos escenarios de cura. Es decir, distintas causas y etiologías podían combinarse en una misma trayectoria terapéutica, de modo tal que –por ejemplo- una dolencia cuya causa provenía de explicaciones propias del saber biomédico, era también entendida como el producto de entidades espirituales (daños) o de transgresiones morales asociadas con ciertos pecados<sup>85</sup>. Estas múltiples fuentes, en ocasiones, lejos de entrar en oposición o exclusión, podían vincularse entre sí produciendo una sinergia que complejizaba el abordaje del padecimiento<sup>86</sup>. A su

---

<sup>85</sup> A modo de ejemplo recordamos las distintas percepciones que surgieron en torno de la muerte de Ramón, el hermano de Ana.

<sup>86</sup> Esta yuxtaposición de etiologías para un mismo padecimiento no constituye una “particularidad” de la vida urbana de estas poblaciones. La misma ha sido registrada por Martínez (2010) para las poblaciones qom de Villa Bermejito (Chaco).

vez, la vigencia de ciertas causas (así como también de determinadas restricciones y prácticas tradicionales de cuidado) estaban atravesadas por distinciones generacionales y de género, presentando discontinuidades, rupturas y tensiones al interior de las familias qom<sup>87</sup>.

### Los piogonaq

Desde la perspectiva de los qom algunas enfermedades son el resultado de daños enviados por un piogonaq que penetran en el cuerpo de la víctima. A su vez, otras dolencias se producen a partir de la transgresión de un tabú o restricción durante ciertas instancias del ciclo vital como por ejemplo en el período de menstruación. En ambos casos -para una importante cantidad de familias qom- la figura central en los procesos de atención era el piogonaq. Sin embargo, pudimos captar perspectivas y posturas contradictorias o al menos ambivalentes en torno de la figura de estos curadores a quienes se atribuyó tanto la capacidad de curar como de dañar<sup>88</sup>. También resultaron dispares las valoraciones sobre la eficacia de sus intervenciones.

La frecuente concurrencia de ciertos grupos domésticos a los piogonaq contrastó con las críticas expresadas en diversos relatos. Mientras algunos valoraban su eficacia terapéutica, al mismo tiempo señalaban “*que están fuera de la religión*”. Otros expresaron rechazo y entre los motivos se mencionó la desconfianza (algunas personas hablaban de “curanderos truchos”) y la creciente mercantilización de sus servicios cuyos costos solían exceder las posibilidades de ciertas familias<sup>89</sup>. Otros pusieron en duda la credibilidad y su eficacia terapéutica contrastándolos con los de Chaco y Formosa-, incluso directamente dudaban de la “buena fe” de los piogonaq. No

---

<sup>87</sup> Como por ejemplo las tensiones intergeneracionales entre mujeres qom (madre-hija) registradas en torno de las restricciones y cuidados tradicionales durante la menstruación y las consecuencias acarreadas por el no cumplimiento de las mismas.

<sup>88</sup> De todos mis interlocutores, sólo Ana efectuó una distinción entre piogonaq y brujos, atribuyéndole a los primeros la mencionada capacidad de curar/dañar, mientras que a los segundos sólo la facultad de causar daño. A su vez, se realizó un uso indistinto entre la denominación de piogonaq y curandero. Cuando el curandero no era indígena, se lo mencionó como “curandero criollo”.

<sup>89</sup> El creciente proceso de mercantilización de los piogonaq en Rosario ha sido mencionado por Carracedo (2005). A su vez, como ya planteamos, la exigencia de retribución de los piogonaq contrastaba con la gratuidad de los recursos terapéuticos religiosos y la atención en los servicios públicos de salud.

obstante, es preciso hacer una distinción. Mientras que en el plano discursivo se manifestó ambigüedad o rechazo, en el nivel de las prácticas primó cierto pragmatismo: cuando surgió un padecimiento cuya competencia podía pertenecer al ámbito de piogonaq -en el caso de contar con los recursos económicos necesarios- se recurrió a ellos.

### El culto como espacio terapéutico

Los ámbitos religiosos constituyeron un lugar privilegiado para el estudio del modo en que se desplegaron y pusieron en juego diversas estrategias terapéuticas debido a que, como registramos, en las iglesias evangélicas indígenas (IEU y IC) se condensaron un cúmulo de prácticas, valores y expectativas de las familias qom en torno de los procesos s/e/a/c.

La asociación entre *convertirse al evangelio* y la cura de una enfermedad de imposible -o al menos dificultosa- sanación, emergió fuertemente en las trayectorias de vida de las familias qom vinculadas a las iglesias evangélicas indígenas. Al recurso terapéutico religioso se le adjudicó una notoria eficacia sobre diversos padecimientos en particular los vinculados a los llamados “vicios”, entre los que se destacaron el alcoholismo y las adicciones.

Una constante que emergió de las interpretaciones de las familias evangélicas qom sobre la etiología de ciertos padecimientos fue la asociación entre el surgimiento de una determinada enfermedad con la desobediencia a los designios de Dios. Dicha transgresión alejaba el espíritu de las personas de Dios y, al perder el espíritu su fuerza, propiciaba la exposición a la enfermedad: la enfermedad era así consecuencia del pecado.

El proceso terapéutico religioso incluyó un conjunto de elementos: *la palabra*, *la oración* -tanto en una dimensión individual como colectiva-, *la iglesia* en distintos escenarios<sup>90</sup> y por supuesto *la fe*. Se le confirió la capacidad de reparar daños y de redimir vidas perturbadas por el pecado y la consecuente irrupción de la enfermedad. Así, en el ritual y en la comunidad de creyentes unidos en la prédica de sus líderes

---

<sup>90</sup> Se incluyen tanto las casas, los templos y eventos religiosos como la conmemoración anual de la Iglesia Evangélica Unida en el mes de mayo en Roque Sáenz Peña.

religiosos emergía la posibilidad de “crear orden a partir del desorden” así como “realidades de significados” que permitían “sostener y recargar la esperanza en la vida” frente a la adversidad y los temores (Kleinman, 2006: 16).

### Los servicios biomédicos

Los vínculos entre las familias qom y los integrantes del equipo de salud local no podrían definirse de un modo homogéneo, más bien registramos una multiplicidad de valoraciones y modalidades de relacionamiento. Incluso en una misma persona resultaron cambiantes: en ocasiones prevaleció un trato cordial, de mutuo entendimiento donde primó la confianza o la subordinación a las prescripciones médicas, y en otras situaciones predominaron enojos, discusiones o fuertes cuestionamientos<sup>91</sup>.

Se destaca en lo que se refiere a la valoración de los grupos domésticos qom sobre los profesionales el particular reconocimiento de la figura del Dr. Esteban. Más allá de sus singularidades personales, en la presentación real o imaginaria de las características de su accionar se subrayaron aquellos aspectos valorados positivamente, a saber, el conocimiento que tenía de las familias (de los distintos integrantes, su historia familiar, etc.), su presencia en el barrio (lo veían “recorrer el barrio”) y su predisposición a atenderlos toda vez que lo necesitaban. A su vez, se destacó “la paciencia” (tanto para hablar como para escuchar), el entendimiento y la “preocupación por los tobas”, su compromiso incluso en situaciones críticas o urgentes. Un componente que considero central en la construcción de esta relación de confianza es el importante rol que cobró el “apoyo mutuo” entre médico y comunidad en las prácticas de atención, como se evidenció en los relatos. Así, por ejemplo, cuando un integrante de la comunidad se lo solicitaba él acudía a atender a un paciente (a su domicilio o donde sea necesario), y al mismo tiempo, las personas de la comunidad colaboraban con su práctica al acompañarlo a visitas domiciliarias de personas que él desconocía, cuando lo advertían de situaciones críticas de personas que no iban al CS o intermediaban ante dificultades de entendimiento.

---

<sup>91</sup> Como por ejemplo cuando se debatía sobre la intervención quirúrgica de Florencia o cuando se demandó atención por dolencias “no visibles”.



## **Familias, redes y los procesos de autoatención**

Fue en la mirada en torno de lo que Menéndez ha denominado “modos de autoatención” (2003) y los arreglos en la vida cotidiana de las familias y grupos domésticos que hemos podido captar la dinámica y la heterogeneidad de las respuestas frente a padecimientos y daños y las formas en que se procesan y organizan las demandas a las instituciones y recursos terapéuticos.

En esta exploración, un punto interesante tuvo que ver con los procesos de constitución de lo normal y lo anormal en los ciclos y en los modos de vida de los grupos domésticos sobre los que echa luz Veena Das en su estudio sobre las condiciones y respuestas de salud entre familias en Dehli (2015). Por un lado, un determinado evento somático (o malestar) podía ser “absorbido” como “normal” en la vida cotidiana. Esta “normalización” la captamos principalmente en situaciones vivenciadas por varones quienes asimilaban dolores, malestares, y distintos problemas físicos al “cansancio” y el desgaste provocado por trabajos de subsistencia como el cirujeo o changas. También la noción de lo normal estuvo implicada en las discusiones sobre la condición de discapacidad de Florencia Maidana. La definición biomédica de su patología traumatológica y la opción quirúrgica fueron puestas en cuestión ante los médicos por su padre, quien señaló: *“¿Cómo le voy a herir de grande a Florencia? Si ahora se puede bañar, puede hacer compras, las cosas de la casa, puede ir a la escuela, ¿cómo la voy a lastimar? ¿Y si queda en silla de ruedas?”* Este tipo de interrogantes e incluso ciertos términos utilizados (como por ejemplo “herir” para referirse a la intervención médica) permitió aproximarnos al modo en que condiciones somáticas crónicas que no amenazan la vida pueden ser absorbidas dentro de la idea de “lo normal” de los grupos domésticos aun en desafío a cualquier certeza biomédica.

### El “ir y venir” a Chaco

La descripción y el análisis de las trayectorias de atención de estos grupos mostró cómo los conjuntos qom apelan frente a conflictos y padecimientos a las redes de parentesco y barriales, incluidos otros barrios indígenas de Rosario e incluso de

Chaco. Relevamos en efecto un “ir y venir” a los lugares de origen o a otros barrios, incorporado en la cotidianeidad de estos conjuntos.

A lo largo del trabajo registramos el modo en que diversas familias qom que viven en Rosario utilizaron estas redes sociales de apoyo, principalmente redes de parentesco, en distintas ocasiones, por ejemplo, para visitas a la provincia; para trabajos en la cosecha, principalmente de algodón<sup>92</sup>; para la búsqueda de materia prima para sus artesanías, principalmente la hoja de palma con la que las mujeres qom tejen los cestos; para la concurrencia a eventos religiosos en sus lugares de origen como la conmemoración anual de la Iglesia Evangélica Unida en el mes de mayo. Estas redes pueden también activarse ante diversos problemas. Entre ellos:

- problemas de niños y jóvenes con el uso excesivo de drogas, principalmente inhalación de pegamentos (los llamados “pibes bolsita”).
- conflictos con la ley, con la policía;
- conflictos con otros integrantes de la comunidad qom;
- situaciones de “no hallarse” en Rosario;
- gestión de planes, pensiones (por discapacidad) o asistencia social;
- padecimientos que requieren consulta a algún piogonaq de Chaco;
- para acceder a determinados remedios de la etnomedicina qom, como por ejemplo, ciertas plantas o “yuyos” medicinales.

La eficacia de estas prácticas para determinadas problemáticas fue motivo de discusión en los grupos qom. Por ejemplo, enviar a los niños y jóvenes con problemas de adicciones a Chaco con sus familiares no tuvo una valorización unánime. Los argumentos variaron y estuvieron vinculados a los recursos económicos de cada grupo y principalmente al soporte familiar con el que aún se contaba en Chaco, así como también a las características de las localidades a las que podían ser enviados. En este sentido, he registrado la experiencia de un joven qom que vivía en el barrio de Roullión quien me relató que a principios del 2000, luego de haber dejado la escuela y haber estado “*drogándose mucho*”, su padre lo llevó a J. J. Castelli donde vivían sus

---

<sup>92</sup> Este motivo ha decrecido considerablemente en los últimos años debido a la tecnificación de la cosecha.

abuelos: “estuve allá, estudié allá, no hay droga, cuatro años ahí me sujeté y no agarré el poxi ni marihuana”. Años después, ya en Rosario, dijo estar tranquilo y “fuera de esos vicios”. No obstante, reconoció que nuevamente recurrió a *la bolsita* en determinados momentos conflictivos de su vida y que en ciertas ocasiones consumió cocaína comprada en los alrededores del barrio qom de Travesía y J. J. Paso. Conocí otros casos en los cuales la estrategia de enviar a los jóvenes con problemas de adicciones a Chaco produjo la discontinuación del consumo.

Como sea, la eficacia de esta estrategia continuará siendo discutida en Los Pumitas en función de las experiencias concretas y condiciones particulares de cada joven, de cada familia y de las características de la localidad de Chaco. Cabe señalar aquí que, tanto en mi viaje a Roque Sáenz Peña en el año 2010 (referido en el cap. 5) como en mi visita a la periferia de Castelli en febrero de 2009, registré situaciones en las cuales jóvenes qom de allí *jalaban la bolsita*, consumían marihuana e incluso, como me señaló Darío (el hijo de Ana) se comenzaba lentamente a visualizar la utilización de *pastillas* diluidas en bebidas alcohólicas.

Más allá de las discusiones sobre la eficacia de dicha práctica, me interesa señalar que esta movilidad, este “ir y venir”<sup>93</sup>, forma parte de las acciones o los modos de actuar incorporados a la cotidianeidad de estos conjuntos ante situaciones problemáticas. No todas las familias qom participaban directamente de esta dinámica, no obstante esta movilidad se encuentra presente en la configuración de la trama local como un recurso en potencia y al cual era posible apelar. Por todo lo recién mencionado, este *ir y venir* resultó un componente importante de los procesos s/e/a/c de las familias qom de Los Pumitas.

### Plantas medicinales y fármacos

El uso de *remedios caseros* por parte de los grupos domésticos qom del barrio Los Pumitas fue variable. Si bien en la mayoría de las familias qom existía un integrante con conocimientos sobre el modo de utilizarlos (elaboración y administración), en el nivel de las prácticas se daba un progresivo “abandono” debido

---

<sup>93</sup> Este “ir y venir” se efectúa mayoritariamente a través de los colectivos de los contratistas.

principalmente a las limitaciones para acceder a los “yuyos” en un contexto urbano como el de Rosario<sup>94</sup>.

Paralelamente, se evidenció una creciente utilización de fármacos accesibles a través de la entrega gratuita en la farmacia de los servicios públicos de salud, del préstamo por parte de algún familiar o vecino o directamente por la compra en los kioscos o despensas del asentamiento principalmente de analgésicos y antiinflamatorios. A su vez, registramos que la mayoría de los grupos domésticos qom guardaba cuidadosamente el remanente de los medicamentos entregados -de un modo gratuito- por la farmacia del centro de salud como “reserva” para futuros eventos. En este sentido, se recurrió a medicamentos que se habían tomado anteriormente con buenos resultados, o que simplemente habían sido recomendados por un familiar u otra persona de confianza. Incluso en situaciones donde los síntomas se repitieron (en el mismo o en otro integrante de la familia), y ante la disponibilidad de medicamentos en el domicilio, se recurrió a los mismos creyendo anticipar el proceder del médico del centro de salud.

Medicamentos como paracetamol, ibuprofeno y diclofenac eran de amplio conocimiento y uso entre la población. En general, se recurrió a estos medicamentos para aliviar dolores y malestares. Una vez aliviado el malestar se dejaron de utilizar. A su vez, los grupos y personas intercalaban estas prácticas de automedicación con la visita al médico. En este punto se podría incluir una distinción generacional y de género debido a que registramos que mientras los adultos varones ante un malestar preferían como primera estrategia tomar algún analgésico para luego evaluar otras opciones en el marco de sus “estrategias de aguante” (Menéndez, 2010), en el caso de los niños la primera opción que adoptaron las familias fue recurrir al médico “de la salita”.

Así, el análisis de las trayectorias de atención permitió entrever en las familias qom de Rosario una decreciente utilización de plantas medicinales junto a una

---

<sup>94</sup> Como mencionamos, en ciertas familias observamos el cultivo de plantas medicinales en macetas o en los límites de los terrenos del patio, así como también registramos la posibilidad de comprar ciertos “yuyos” a quienes van y vienen a Chaco. No obstante, el acceso a este universo de la farmacopea qom continúa siendo restringido.

progresiva incorporación de fármacos<sup>95</sup>. No nos hemos centrado en la relación de esta población con los medicamentos recetados, no obstante, consideramos que el análisis del proceso de prescripción, adquisición, uso y eficacia asignada a los medicamentos por parte de los usuarios qom podría ser una vía de acceso estratégica para abordar los procesos de incorporación y asimilación de la biomedicina.

### “Procesos protectores”

La descripción de las trayectorias de atención nos permitió (además de indagar sobre la utilización de los distintos recursos terapéuticos) mostrar acciones individuales y colectivas que podríamos denominar, con Breilh (2003), “procesos protectores de la salud”. Nos referimos a las prácticas y las estrategias impulsadas por las sujetos y conjuntos qom frente a padecimientos y daños en las circunstancias concretas de pobreza, precariedad económica y laboral, las condiciones de abandono urbano y los procesos de estigmatización y discriminación que atraviesan las relaciones interétnicas en la ciudad.

Relevamos los modos diversos a través de los cuales sujetos, familias y redes de parentesco y de apoyo se comprometían en el “trabajo de hilvanar, emparchar y encajar relaciones” (Das, 2006:86) para enfrentar los quiebres y problemas en la vida cotidiana y las experiencias de enfermedad, padecimiento y muerte. Pero, aun en condiciones comunes de vulnerabilidad y daño, los caminos no eran siempre los mismos.

El relato de Rosana sobre sus excursiones nocturnas de “rescate” de los hijos muestra la extraordinaria capacidad y el “costado luminoso” de los procesos de protección y cuidados familiares (Das, 2015) aun cuando ella mismo reconoció momentos en que evaluó la posibilidad de abandonarlos a su suerte. Lo mismo puede decirse sobre la red de contención de sus hermanos para su mudanza a Los Pumitas ante la violencia de su marido que, sin embargo, no estuvieron dispuestos a aceptar a sus hijos “bolsita”. Apelando a Kleinman (2009, 2014) en su reflexión en torno de la

---

<sup>95</sup> En el registro de uso de medicamentos por parte de las familias qom de los Pumitas, se evidenciaron elementos similares a los planteados por la investigación realizada por Hirsch (2015) sobre los itinerarios terapéuticos y los usos de medicamentos en cinco comunidades indígenas de Argentina (pilagá, qom, guaraní y mbya-guaraní).

noción de cuidados, los sujetos, las familias y las redes pueden constituirse en fuentes de protección pero también pueden ser fuente de sufrimiento y daño.

Cabe aquí destacar la recurrencia de episodios de violencia hacia las mujeres en las experiencias personales y en las trayectorias domésticas relevadas. Como se ha planteado, estas violencias han de interpretarse como emergentes de formas de organización social que han legitimado históricamente la desigualdad de género así como “otras formas de sujeción, sean ellas étnicas, raciales, regionales o las que se instalan entre los imperios y las naciones periféricas” (Segato, 2003: 56). Esta autora destaca el desafío que representa el análisis de la “tensa relación” entre los derechos de las mujeres vis a vis los derechos de los pueblos, planteando entre otras cuestiones: “Es en el cuerpo femenino y en su control por parte de la comunidad que los grupos étnicos inscriben su marca de cohesión” (Segato, 2003: 11). Destacamos la importancia de este desafío en las conclusiones.

Los procesos de cuidado/protección que emergieron en las trayectorias de atención tuvieron una dimensión colectiva que consideramos significativa y que se evidencia en distintos espacios organizativos, a saber, la red de acompañantes a los servicios de salud, la Comisión de Salud y las actividades de hip-hop para niños y jóvenes.

La red de acompañantes -generada por algunos adultos de la comunidad qom- aportó instancias de apoyo y soporte que posibilitaron a muchas familias de Los Pumitas afrontar diversas dificultades en el acceso al sistema de salud, tanto en lo que refiere a los centros de atención primaria como también a servicios de mayor complejidad. A su vez, la Comisión de Salud se constituyó en un importante espacio de demanda al sistema público de salud, llevando específicamente adelante el reclamo por la creación de un centro de atención primaria dentro del mismo asentamiento. En el caso del espacio de Hip Hop, este ámbito de interacción logró “alojar” a niños y jóvenes qom propiciando que disminuyeran significativamente el uso de la bolsita en función de su entusiasmo por el aprender y practicar los ejercicios requeridos para esta práctica.

Se trata entonces de espacios generados por la propia población por fuera de los dispositivos de las instituciones públicas. Se caracterizaron por un funcionamiento

intermitente y fluctuante, que se activaba y adquiría vigor a partir de situaciones puntuales o necesidades específicas, para luego diluirse y quedar en una modalidad latente hasta que un nuevo evento lograra nuevamente reactivarlos.

## Conclusiones

Esta tesis tuvo como eje central las trayectorias terapéuticas y los procesos de atención de una población qom de la ciudad de Rosario y su relación con el centro de salud municipal donde se atienden. A través de un abordaje etnográfico intenté dar cuenta del modo en que se configuran las tramas de atención en la vida cotidiana de las familias qom del asentamiento Los Pumitas.

El abordaje de los grupos domésticos como unidad de análisis nos permitió entrever el modo en que ciertas redes sociales actúan como “grupos de gestión terapéutica” (Perdiguero, 2006). A diferencia de una noción de un paciente que evalúa racional e individualmente qué hacer en su proceso de atención, hemos registrado el modo en que entran en juego e inciden en dichos procesos diferentes redes sociales, grupos religiosos, experiencias de otros familiares, comentarios de sus vecinos, recomendaciones de otros pacientes conocidos, sugerencias o comentarios de amigos, redes familiares que se extienden a otros barrios indígenas de la ciudad, e incluso hasta Chaco. De este modo, las trayectorias de atención de estos grupos domésticos permitieron descentrar el énfasis en las decisiones individuales de los pacientes que priman en otros abordajes, que no dejan espacio a variables que también juegan a la hora de decidir lo que se hace y lo que no se hace cuando se percibe que se ha presentado un problema de salud (Perdiguero, 2006).

A su vez, estas trayectorias (abordadas en los capítulos 4, 5 y 6) nos llevaron a explorar una compleja trama de procesos de atención en su dinámica territorial local. A lo largo de los tres capítulos intenté “darle vida” a las modalidades de atención de las familias qom poniendo en primer plano la complejidad, multiplicidad y la variabilidad de relaciones y procesos que intervienen, subrayando la contingencia y fragilidad de estos ordenamientos. Las trayectorias de atención qom nos mostraron el modo en que los procesos s/e/a/c involucran todas las esferas de la vida cotidiana. De este modo, pudimos dar cuenta de que la enfermedad -como plantea Good- no sólo se produce en el cuerpo, sino en el tiempo, en un ámbito, en la historia y en el contexto de la experiencia vivida y el mundo social. “Afecta al cuerpo en el mundo” (Good,



2003:245). En definitiva, los padecimientos –como dieron cuenta las trayectorias de atención- tuvieron lugar en la vida misma, como emergentes de contextos de vulnerabilidad que se combinan en una mayor susceptibilidad frente a las enfermedades y en un menor acceso a los recursos e instituciones de atención.

A modo de cierre, y a partir de lo que considero son aportes de la tesis, planteo a continuación una serie de desafíos en el campo de la salud intercultural sobre los que considero necesario reflexionar.

La primera cuestión refiere a la incorporación de la variable étnica en los registros de salud. El sistema de información de la Secretaría de Salud de Rosario no distingue pertenencia o identidad étnica. Sin embargo, como vimos en el capítulo 3, al indagar específicamente en las prácticas cotidianas de **registro de la identidad indígena** de los usuarios en los informes diarios e historias clínicas en el centro de salud, evidenciamos distintos criterios entre los integrantes del equipo (incluso algunos reconocieron no registrar dicha identidad en ningún documento del servicio). De este modo, la discrecionalidad en las prácticas de registro de la identidad étnica de los usuarios implicó la imposibilidad de construir un panorama epidemiológico de esta población. La ausencia de datos epidemiológicos desagregados sobre los procesos de s/e/a de las poblaciones qom representa un fuerte déficit a la hora de captar su situación sanitaria, así como también en el abordaje de las brechas existentes en salud entre ésta y el resto de la población.

Numerosas investigaciones y documentos coinciden en la necesidad de identificar la variable étnica en los informes diarios de consulta e historias clínicas (desde 1993 la OPS viene velando por la inclusión de dicha variable en los registros de información en Salud en los países latinoamericanos). La incorporación de la “variable étnica” es una herramienta de relevancia en la estrategia intercultural de salud porque permite recabar datos epidemiológicos de calidad sobre los pueblos originarios, resultando un insumo clave para la correcta toma de decisiones, priorización de problemáticas y acciones específicas a implementar (Cuyul, Rovetto y Specogna 2010). Considero que el registro de identidad indígena de los usuarios permitiría:

- lograr una visibilización sistemática de los problemas de salud de los pueblos originarios.
- construir información específica que resulte un insumo estratégico en la toma de decisiones y generación de políticas públicas.
- democratizar y pluralizar las estadísticas sanitarias con el propósito de reconocer la diversidad cultural que se despliega en los servicios de salud.

A su vez, la importancia de trabajar sobre el registro realizado por los profesionales radica en que el mismo -como plantea Good- no tiene como única finalidad la mera transcripción de la realidad del paciente o “reflejar” la conversación en el consultorio, sino que, en tanto práctica formativa, guía, condiciona y moldea la práctica profesional (2003).

Al momento de la redacción de la presente tesis el sistema de información de consultas ambulatorias de la provincia de Santa Fe (SICAP) incorporó la variable étnica (no así el sistema municipal) lo cual constituye un importante avance en este sentido. No obstante -al igual que en otros sistemas sanitarios de Latinoamérica que cuentan con dicha variable- considero que el gran desafío reside en la implementación sistemática de dicho registro en las prácticas cotidianas de atención, y que el mismo se rija por el criterio de auto-adscripción y no por el mero juicio (o prejuicio) de los equipos de salud.

\*\*\*\*\*

En segundo lugar, insistimos en la necesidad de **problematizar ciertas premisas, supuestos y vacíos** que operan en la práctica y 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” asistenciales entre estas poblaciones y los efectores de salud poniendo en debate las propias modalidades y lógicas organizativas de las instituciones y de los proyectos abocados a la problemática.

Ello implica al mismo tiempo una crítica a construcciones estereotipadas sobre los pacientes qom (abordadas en el capítulo 3) atendiendo a las particularidades históricas, sociales y culturales de los pueblos originarios. En este marco, considero de vital importancia desplegar un proceso que apunte a **desandar estas construcciones estereotipadas** de los pacientes qom, destacando la necesidad de:

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

- introducir la **perspectiva de género**, entendido desde un enfoque relacional, así como también, la diversidad sexual, y las **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.

La propuesta apunta a que puedan comprenderse las decisiones y priorizaciones que realizan los qom en sus procesos de atención en el marco de sus condiciones de vida, en sus dinámicas comunitarias y en las encrucijadas de la vida cotidiana signadas por condiciones de pobreza. Para así no caer “en la trampa” de sustituir o invisibilizar las causas materiales de la vulnerabilidad de la salud de los qom por pretendidas “taras culturales” inmanentes a los mismos.

En este sentido, es notoria la necesidad de espacios de formación, encuentro e intercambio (e incluso problematización) entre los equipos de salud que atienden a estas poblaciones. Esta necesidad se puso en evidencia cuando registramos, como vimos en el capítulo 3, que la mayoría del personal del CS no contaba con experiencia o capacitación específica sobre las particularidades de los procesos de atención de pacientes indígenas. Incluso los profesionales con mayor antigüedad destacaron que

su “proceso de aprendizaje” se había producido con gran esfuerzo a partir de las prácticas cotidianas y de una suerte de “ensayo-error” permanente.

\*\*\*\*\*

En tercer lugar, toda **propuesta de salud** dirigida a pueblos originarios, debe partir y contener las prácticas sociales, las definiciones locales, su modo de problematizar, definir y establecer cursos de acción, considerándolos desde una perspectiva histórica y política (Grimberg, 1997). La aproximación a este universo de significados y sentidos podrá permitir una atención más eficaz y oportuna, así como también, la construcción de estrategias de prevención y promoción de la salud que sean acordes a las particularidades socioculturales de estas poblaciones y las condiciones de “pluralismo médico”.

A su vez, considero que los debates sobre estos requerimientos a los equipos de salud deben incluir necesariamente la discusión sobre las lógicas organizacionales de los propios servicios. Me refiero a la dinámica asistencial en los centros de salud, a las rutinas naturalizadas y a las lógicas organizacionales que dificultan, por ejemplo, las “salidas al barrio” (como vimos en el capítulo 3).

Una dinámica que restringe las prácticas de atención a instancias “intra-muros” resulta, por un lado, un obstáculo para cumplir con una de las directrices propuestas por el sistema de salud municipal como la “*clínica ampliada*”, y por otro lado, favorece el surgimiento de una mirada poblacional sesgada -por parte de los equipos de salud- sobre las condiciones de salud de las personas que viven en su área de influencia.

En este sentido, la ausencia de instrumentos o herramientas epidemiológicas para construir un panorama sanitario de la población que vive en el área de influencia (como por ejemplo la variable étnica), junto a una práctica que se restringe a la atención intra-muros, favorece -como planteaba Freidson (1970)- la tendencia en los profesionales de creer que “lo que ven” en el consultorio es un reflejo de lo que sucede en el barrio. En palabras de Freidson, los profesionales tienden a “asumir que lo que perciben personalmente en los casos que llegan a tratar también existen en la gente del mundo cotidiano que está fuera de su alcance. En rigor él impone este punto de

vista sobre el mundo exterior (...) tiende a asumir que los casos que él ve no son diferentes de los que no ve” (1970:270). Ignorando las múltiples dinámicas y problemáticas que suceden en el barrio y que el equipo desconoce.

Asimismo, cabe aclarar que es evidente que el mero hecho de “salir al barrio” no interpela por sí mismo esa tendencia o construcción naturalizada. Aquí el desafío es justamente problematizar cómo y qué implicancias tiene “el salir” del centro de salud, así como también reflexionar sobre qué y cómo se realiza, a través de qué modalidades, en función de qué estrategia sanitaria, bajo qué instrumentos de registro y análisis, etc.

Por otro lado, dada la evidente complejidad de las condiciones de salud de los pueblos originarios en contextos urbanos, el fenómeno “sobrepasa” el campo de injerencia del sistema de salud (incluso también la del Ministerio de Desarrollo Social). La complejidad que configura estos escenarios sociales requiere de instancias de construcción de respuestas intersectoriales e integrales.

\*\*\*\*\*

Un núcleo sobre el que considero imperioso reflexionar refiere a la tan mentada “**participación**” de las poblaciones indígenas en las acciones de salud. Advirtiendo 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 formulan Menéndez y 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? En otras palabras: ¿quiénes son invitados a la mesa?

Los interrogantes apuntan a interpelar 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 en este tipo de actividades.

\*\*\*\*\*

El debate sobre la figura de los llamados “**agentes sanitarios indígenas**” estuvo ausente en la presente tesis. Esto se debió a que en nuestro universo de análisis ningún actor social cumplió el rol de esa figura, así como tampoco registramos una discusión en torno a los mismos que amerite la incorporación de esta temática. No obstante, a pesar de esta ausencia, quisiera hacer al menos una breve mención sobre esta cuestión que tiene, a mi entender, una notoria vigencia al momento de discutir las respuestas de los sistemas sanitarios a las demandas de los referentes indígenas.

Las discusiones -que encontramos presentes en Argentina, Brasil, Colombia, entre otros<sup>96</sup>- se focalizan en el papel de los agentes sanitarios indígenas en los procesos de atención de la salud de los pueblos originarios. Más allá de las características y configuraciones locales en estos trabajos, se puede identificar un eje en común que refiere a que los agentes sanitarios indígenas no siempre tienen definido su espacio de actuación, registrándose desencuentros y tensiones entre el papel atribuido por los programas de salud, los equipos biomédicos locales, los referentes indígenas, los usuarios indígenas y los propios agentes sanitarios.

A partir de la actualización bibliográfica y de mi participación en encuentros y jornadas regionales visualizo que tanto los usuarios del sistema biomédico, como los referentes y el mismo equipo de salud al que pertenecen los agentes sanitarios indígenas, tienen diferentes expectativas en relación a su actuación, y por esa razón, diferentes valorizaciones sobre el desempeño que realizan y el que deberían realizar.

---

<sup>96</sup> Ver por ejemplo Moura-Pontes y Garnelo 2014 y Pereira Novo, 2010 para Brasil; Lorenzetti 2013 para Argentina.

Sin dudas los agentes sanitarios indígenas se sitúan en un lugar “de frontera”, de negociación, un lugar que condensa buena parte de los conflictos y tensiones que surgen en la intersección entre el derecho a la salud, el respeto de los saberes indígenas, el rol del Estado y las relaciones de hegemonía y subalternidad (entre otros). En este marco, considero necesario –más allá de las discusiones sobre “agentes sanitario indígenas sí o no”- dar un espacio de problematización y definición sobre la función de los mismos en los equipos locales de salud dentro de una política sanitaria. Establecer los objetivos de su inserción, a qué problemas podrían aportar y cuáles no (para evitar fantasiosas expectativas sobre la capacidad resolutive de los mismos), definir los perfiles y requisitos adecuados, y el modo en que participarán las comunidades indígenas en los procesos de selección de los mismos.

\*\*\*\*\*

A lo largo de nuestro trabajo de campo hemos registrado reiteradas situaciones de **violencia de género** (capítulo 4 y 6). Consideramos que las mismas constituyen uno de los principales problemas de las familias qom de Los Pumitas en general y de las mujeres qom en particular. No obstante, esta problemática no está incluida en los temas priorizados por los referentes comunitarios -como por ejemplo la Comisión de Salud- ni por las autoridades indígenas a nivel municipal y provincial. A su vez, desde los servicios de salud tampoco se han impulsado acciones que intenten abordar la problemática desde una perspectiva de género y desde una dimensión comunitaria.

En nuestro caso, registramos que este rol subordinado de las mujeres -e incluso las situaciones de violencia contra ellas- se explicó y justificó desde los referentes comunitarios (principalmente varones) a través de referencias a “la costumbre”, a que “siempre se vivió así” o al “modo de ser” propio de los indígenas. En ocasiones al profundizar mi interpelación sobre la desigualdad de poder entre los géneros, una respuesta frecuente que recibí por parte de estos referentes indígenas fue la de impugnar mis preguntas por partir de una mentalidad propia de “los blancos”.

Como plantea Núñez Noriega (2008) “conocer y empezar a nombrar estas realidades nos permitirá dimensionar el problema así como también elaborar estrategias adecuadas; silenciarlas, esconderlas bajo el prejuicio de que *entre los indios no existen esas prácticas* o bajo el argumento de que *de eso no se habla* para no provocar más estigma hacia las comunidades o sostener a ultranza la preservación de usos y costumbres sin cuestionar sus repercusiones, es condenar a mucha gente a una situación de vulnerabilidad, que se agrega a la falta de acceso a los servicios públicos de salud y educativos de calidad” (2008). Acordando con la postura de este autor, considero que, a su vez, es preciso inscribir estas discusiones en una trama de intereses y contradicciones que emergen de las tensiones entre la defensa de los derechos universales de las mujeres y los derechos colectivos (en este caso étnicos).

Reconociendo que la problemática de la violencia de género en las poblaciones indígenas exige un abordaje más detallado y en profundidad, la presente tesis intentó -en tanto punto de partida- enunciar el problema, hacerlo visible.

\*\*\*\*\*

En tanto **reflexión metodológica** en torno del estudios de las trayectorias de atención, quisiera señalar que la decisión de iniciar nuestra indagación desde las prácticas de cuidado y atención en el seno de los grupos domésticos qom (en vez de comenzar la descripción con familias y/o personas que se estuvieran atendiendo al centro de salud) nos permitió eludir un problema que advierte Alves (2014) en su análisis de los estudios sobre itinerarios terapéuticos: gran parte de estas investigaciones presenta un problema teórico-metodológico debido a que suelen centrar sus descripciones en la reconstrucción de trayectorias de personas que han asistido a un servicio de salud, y por lo tanto, están en tratamiento médico o al menos ya han tomado un decisión al respecto de su padecimiento. De este modo, continúa el autor, se intenta comprender cursos de acción y tratamiento de una determinada dolencia que, en realidad, ya está determinada (o al menos concebida) desde un “parámetro explicativo” propio de un sector específico de atención, en este caso, el sector profesional biomédico.



Siguiendo este planteo, consideramos que los estudios sobre trayectorias de atención que inician la indagación con familias y personas que ya están en tratamiento médico, restringen el potencial analítico de las mismas debido a que otorgan a priori centralidad a uno de los recursos terapéuticos (biomedicina) entre las diferentes alternativas de atención presentes en el contexto local.

\*\*\*\*\*

Por último, quisiera subrayar la relevancia que encuentro en esta estrategia privilegiada de producción de conocimiento y reflexividad llamada etnografía. Con todas las limitaciones –derivadas tanto de mis capacidades personales como profesionales- mi experiencia en este “acompañar etnográfico” de las familias qom me permitió ser crítico de nociones esencialistas y exotizantes del “mundo indígena”. Nociones que buscan en los indígenas elementos de una “indigenidad” recluida en sí misma (Gordillo, 2006), que conciben sus prácticas de atención sin nexos contextuales con las condiciones de vida, y que concluyen reduciendo una compleja y dinámica red de relaciones sociales y procesos culturales a una serie de postulados esquemáticos en los cuales subyace una lógica dicotómica en la que todo (parece) encajar correctamente en casilleros preestablecidos.

En este sentido, reivindico una etnografía que -más que un esquema interpretativo a seguir- brinda “un repertorio de posibilidades analíticas” (García, 2014) que permiten reconocer (y aceptar) las ambigüedades, las tensiones y los conflictos presentes en todos los conjuntos sociales. Entendiendo, como plantea Bartolomé (2003), que son precisamente las tensiones y ambigüedades de una sociedad las que están en la base de su historicidad y alimentan sus transformaciones y, por tanto también, su posibilidad de cambio.

## Bibliografía

- ABT, A.; AZCONA, M. S.; CARAMÉS, R. (2004) "Prácticas de autoatención en un contexto de relaciones interétnicas: la situación de los indígenas tobas en el asentamiento Los Pumitas de la ciudad de Rosario". *Papeles de Trabajo* nº 11. CICEA. Universidad Nacional de Rosario.
- ACHILLI E. (2005) *Investigar en Antropología Social. Los Desafíos de la transformación del oficio*. Editorial Laborde. Rosario.
- ACHILLI, E. (2000) "Escuela y Ciudad. Contextos y lógica de fragmentación sociocultural". En Achilli *Escuela y Ciudad, exploraciones de la vida urbana*. Centro de estudios antropológicos urbanos, UNR Editora, Rosario.
- ACHILLI, E. (2002) "Proceso de investigación e intersubjetividad, trabajo de campo socioantropológico". Documento interno de trabajo. Cátedra Metodología de la Investigación III, Facultad de Humanidades y Artes, UNR.
- AGUIRRE BELTRÁN, G. (1980) Programas de salud en la situación intercultural. Inst. Mexicano del Seguro Social, DF.
- ALVEZ P. (2014) "Narrativas de itinerarios terapéuticos e doenças crônicas". Ponencia presentada en la 29ª Reunión Brasileira de Antropologia, realizada entre los días 03 e 06 de agosto. Natal.
- AZCONA S. (2007) "La relación práctica profesional institucional/población en la atención odontológica: su derivación en los grupos domésticos toba qom asentados en el barrio "Los Pumitas" de Rosario". *Papeles de Trabajo* nº 15. CICEA. UNR.
- BALAZOTE, A.; RADOVICH J. (1992) "El concepto de grupo doméstico". En Trincherro, Hugo (Comp.) *Antropología económica II*. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires. Pp. 27-43.
- BARTOLOMÉ, L. (1972) "Movimientos milenaristas de los aborígenes chaqueños entre 1905 y 1933". En *Suplemento Antropológico* nº 7:107-121.

- BARTOLOMÉ, M. (2003) "En defensa de la etnografía. El Papel contemporáneo de la investigación intercultural" en *Revista de Antropología Social*, Universidad Complutense. Vol. 12: 199-222. Madrid.
- BÁSCOLO E.; YAVICH N. (2010) "Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina" en *Revista salud pública*. 12 (1): 89-104. Universidad Nacional de Colombia.
- BELAÚNDE, L.; U. MACEDO; C. McCALLUM (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, 24-26 de julio.
- BIBEAU, G. (1992) ¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino para la antropología médica de nuestros tiempos. En *Cultura y Salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social*, Bogotá: Coedición Instituto Colombiano de Cultura e Instituto Colombiano de Antropología.
- BOCCARA, G. (2007) "Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile", *Chungara. Revista Chilena de Antropología* 39-2, Chile.
- BONFIL BATALLE, G. (1971) "El concepto de indio en América: una categoría de la situación colonial" en *Anales de Antropología*. México, DF.
- BREILH J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar, 2003.
- BRIONES, C. (2007) "La puesta en valor de la diversidad cultural: implicancias y efectos" en *Revista Educación y Pedagogía*, vol. XIX, nº 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.
- CARDOSO DE OLIVERIA R. (2004) "El trabajo del antropólogo: Mirar, Escuchar, Escribir"; en *Avá, Revista de Antropología* Nº 5; Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, UNAM, Posadas.
- CARRACEDO, E. (2005) "Utilización de un servicio de salud. Accesibilidad y adherencia" en *Actas del 1º Congreso Latinoamericano de Antropología*. Rosario.

CEPAL (2007) Políticas públicas y programas de salud dirigidas a los pueblos indígenas de América Latina. *Panorama Social en América Latina 2007*. Cap. 5. Chile, Santiago.

CEPAL/OPS (2013) Lineamientos para incluir la identificación de pueblos indígenas y afrodescendientes en los registros de salud. Documento de Proyecto. Ed. Naciones Unidas, Santiago de Chile.

CIEG (2005). *Esa sida todavía yo no lo he conocido. Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en Pueblos Originarios*. Centro Interdisciplinarios de Estudios de Género. Universidad de Chile. Santiago. 2005.

CITRO S.; CERIANI CERNADAS (2002) "Repensando el movimiento del *evangelio* entre los Toba del Chaco argentino". En 3er. Congreso Virtual de Antropología y Arqueología. Naya. <http://www.naya.org.ar/congreso2002/index.htm>

CITRO, S. (2000a) "La materialidad de la conversión religiosa: del cuerpo propio a la economía política". *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Arturo Prat*, Iquique, Chile., N° 10, pp. 39-56.

CITRO, S. (2000b) "El cuerpo de las creencias". *Suplemento Antropológico*. Revista del Centro de Estudios Antropológicos de la Universidad Católica, Asunción, Paraguay. Vol 35 N° 2.

CITRO, S. (2008) "Creando una mujer: ritual de iniciación femenina y matriz simbólica de los géneros entre los tobas takshik" en *Mujeres Indígenas en la Argentina*. Cuerpo, trabajo y Poder. Hirsch coord. Ed. Biblos, Buenos Aires

COMELLES (2006) "Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI" en *Salud e Interculturalidad en América Latina*, Fernández Juárez (comp.). Quito, Abya-yala.

CORDEU, E.; SIFFREDI, A. 1971. *De la Algarroba al Algodón. Movimientos Milenaristas del Chaco Argentino*. Buenos Aires: Juárez Editor.

CUYUL, A. (2008). *La Burocratización de la salud intercultural en Chile*. Del Neo-asistencialismo al Autogobierno Mapuche en Chile [en línea]. [consulta: mayo de 2009].<[http://www.mapuexpress.net/images/publications/13\\_5\\_2008\\_17\\_18\\_49\\_1.pdf](http://www.mapuexpress.net/images/publications/13_5_2008_17_18_49_1.pdf)>.

- 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.
- CHARAUDEAU (1988) *Language et discours. Elements de semiolinguistique (theorie et pratique)*, Hachette, Paris.
- DAS, V. (2006) *Life and Words*. University of California Press. Edición de Kindle.
- DAS, V. (2015). *Affliction. Health, Disease, Poverty*, Nueva York: Fordham University Press.
- DAS, V.; DAS, R. (2007) *How the body speaks: Illness and the life world among Urban Poor*. En Biehl, J.; Good, B.; Kleinman, A. *Subjectivity: Ethnographic Investigations*. Berkeley: University of California Press.
- DEL RÍO, P., 2007, “Los pueblos originarios en Argentina. Una mirada crítica desde la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas y el Censo 2001”, en *Revista de la Escuela de Antropología*, vol. 13, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
- ELÍAS, N. (1983) “Ensayo teórico sobre las relaciones entre establecidos y marginados”. En Elías, N. *La Civilización de los Padres y Otros Ensayos*. Bogotá
- ELIAS, N. (1989) *Sobre el tiempo*. Fondo de Cultura Económica, México.
- FARMER, P. (1994) “Aids-Talk and the Constitution of Cultural Models”, en *Social Science & Medicine*, vol. 38, núm. 6.
- FARMER, P. (2001) *Infections and Inequalities. The modern plagues*. Berkeley: University of California Press.
- FCI/Bolivia (2007) “Pueblos indígenas. ITS, VIH y SIDA. Infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA en comunidades indígenas de Pando: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de población adultas y jóvenes. FCI/Bolivia, 2007.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (2004), *Salud e interculturalidad en América Latina*, Tomo I, Ed. Abya-Ayala, Quito, Ecuador.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ G. (2006), *Salud e interculturalidad en América Latina*, Tomo II, Ed. Abya-Ayala, Quito, Ecuador.
- 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.

FERNÁNDEZ, S. (2008) "Rueda Espiritual. La danza en los cultos pentecostales de la comunidad qom de Rosario". En IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.

FERNÁNDEZ, S; ORZUZA, S; VALDATA, M; BENSI, A; IGLESIAS, P (Octubre, 2014). Prácticas terapéuticas en el tratamiento de enfermedades reumáticas en población qom. Rosario, Argentina. XI Congreso Argentino de Antropología Social. UNR

FOLLÉR, M. (2004) "Intermedicalidad: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde" en Saúde Dos Povos Indígenas. Reflexoes sobre antropologia participativa (2004). Comp. Langdon - Garnelo. Ed. Contra Capa, Río de Janeiro.

FRANKENBERG, R. (1994) The impact of HIV-AIDS on concepts relating to risk and culture within British community epidemiology: Candidates or targets for prevention. *Social Science & Medicine* 38 (10): 1325-1335.

FREIDSON, E. (1970) *La Profesión Médica*, Barcelona: Península.

GARBULSKY 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*, nº6, Ed GOFICA, Salta.

GARCÍA, G. (2014) "Maternidad y VIH-Sida. Un estudio antropológico del proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres que viven con el virus". Tesis doctoral. Fac. Filosofía y Letras, UBA.

GARCÍA, M.G.; MARGULIES, S. (2007) "¿Qué derecho tiene ella para infectar a su hijo?" La prevención de la transmisión vertical y la implementación del consentimiento informado para el test de Vih en un hospital público de ciudad de Buenos Aires. *ETNIA*, 48: 25-38.

GEERTZ, C. (1983) "Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura". *La interpretación de las culturas*. Ed. Gedisa. Barcelona.

GÓMEZ, M. (2008) "El cuerpo por asalto: la amenaza de la violencia sexual en el monte entre las mujeres tobas del oeste de Formosa" en *Mujeres Indígenas en la Argentina. Cuerpo, trabajo y Poder*. Hirsch coord. Ed. Biblos, Buenos Aires

- GOODY, J. (1972) "The evolution of the family", en Laslett, Peter (comp.) Household and family in past times, Londres: Cambridge Press.
- GORDILLO G. (2006) En el Gran Chaco. Antropologías e historias. Buenos Aires. Prometeo.
- GORDILLO G.; HIRSCH S. (2011) *Movilizaciones indígenas e identidades en disputa en Argentina*. Ed. La Crujía. Buenos Aires.
- GRIMBERG, M. (1997) "De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología y antropología" en Antropología y práctica médica. En Marcelo Álvarez Comp. Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano. Buenos Aires.
- GRIMBERG, M. (2003) "Estigmatización y discriminación social relacionada al VIH en países de América Latina: sexualidad y uso de drogas en jóvenes en contextos de precarización social urbana". *VIH-Sida Estigma y discriminación: un enfoque antropológico*, Estudios e Informes, Serie Especial, 20, UNESCO.
- GRIMBERG, M. (2003) "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con vih", en *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, Facultad de Filosofía y Letras-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- GRIVA, E.; STROPPIA M. (1983) *Yo, Montiel Romero, de raza toba. Historia de vida de un indio toba del Chaco argentino*, Mar de Cortés, México.
- GUBER, G. (1991) El salvaje Metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. PAIDOS, Buenos Aires.
- HACHEN, R. (2006) *Abordaje Etnolingüístico de la Lengua Qom (Toba)*. Editorial Último Recurso.
- HARO ENCINAS A.; MARTÍNEZ CORIA R. (2015) "Salud para los pueblos indígenas de México, avances y retrocesos a la vuelta del milenio" en Langdon y Cardoso (comp.) *Saúde indígena. Políticas comparadas na América Latina*. Editora UFSC. Brasil, Florianópolis.
- HERRERA, C.; CAMPERO L. (2002) "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/Sida: constantes y cambios en el tema". *Revista Salud Pública de México*. N° 6(44): 554-564.
- HIRSCH S. (2014) "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*, Editorial INMET, Ministerio de Salud de la Nación Argentina., Silvia Hirsch, Mariana Lorenzetti y Oscar Daniel Salomón (editores), Puerto Iguazú, Argentina.

HIRSCH S. (2015) “Salud pública y mujeres indígenas del noreste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención a la salud reproductiva” en *Saúde Indígena. Políticas comparadas na América Latina*. Comp. Langdon y Cardoso. Ed. UFS, Santa Catarina.

KLEINMAN, A. (2006). *What Really Matters: Living a Moral Life Amidst Uncertainty and Danger*. Nueva York: Oxford University Press.

KLEINMAN, A. (2009). Caregiving: The Odyssey of Becoming More Human, *Lancet* 373 (9660): 292–93.

KLEINMAN, A. (2014). The Search for Wisdom: Why William James Still Matters. En Das, V.; Jackson, M.; Kleinman, A. y Singh, B (editores), *The Ground Between: Anthropologists Engage Philosophy*, 119–37, Durham, N.C.: Duke University Press.

LANGDON E.J.; CARDOSO M. (2015) *Saúde indígena. Políticas comparadas na América Latina*. Editora UFSC. Brasil, Florianópolis.

LANGDON E.J. (2010) “Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud”. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* N° 18. jun. 2010

LENTON D. (2017) “El nuevo enemigo público. La criminalización de los mapuches” en *Revista Anfibia*. Universidad Nacional de San Martín. Buenos Aires.

LERÍN, S. (2005) “Interculturalidad y Salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social” en *Actas del 1º Congreso Latinoamericano de Antropología*. Rosario.

LORENZETTI, M. (2007) Del "capital social" a la "culturalización de la pobreza": la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena. En *Jornada de Jóvenes Investigadores*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

LORENZETTI, M. (2010) “Salud Intercultural: articulaciones entre la alteridad y la biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas. Tesis (Doctorado en Antropología), Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.



LORENZETTI, M. (2013) La dimensión política de la salud: las prácticas sanitarias desde las comunidades peri-urbanas Wichí del Dpto San Martín (Salta) en *Publicar*, año X, n° XII. Colegio de Graduados en Antropología de la República Argentina.

MARGULIES S. (2010) “Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-Sida. Ensayo de antropología de la medicina”, en *Revista Intersecciones*. 2010; 11(1):215-225.

MARGULIES, S. y TISCORNIA, S. (comp.) (2003) “Acceso al sistema público de salud”. Cuadernos del Instituto de Investigaciones de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, Coedición Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires/Sección de Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA, Buenos Aires.

MARGULIES, S.; BARBER, N.; 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. y NAME J. (2010). *Informe técnico final. Personal de Servicios de Salud Públicos*. Material producido para el estudio “Condiciones de vulnerabilidad al VIH/Sida y ETS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina”, llevado a cabo por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (DSyETS). 204 páginas.

MARTÍNEZ, G. (2010) “Enfermedad y entidades anímicas del entorno natural. Etiologías religioso-rituales y espacioambientales entre los Tobas del Chaco Central”. En AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*, vol. 5, núm. 2, mayo-agosto

MARTÍNEZ, G. (2011) “Pluralismo médico y entomedicina 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*; Lugar: Córdoba; p. 195–210.

MENÉNDEZ, E. (1981) *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. CIESAS Ed. la Casa Chata. México

MENÉNDEZ, E. (1985) “Aproximación crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina”, en *Revista Nueva Antropología*, Vol. VII, n° 28, México.

MENÉNDEZ, E. (1990) “Sistemas locales de salud. Aproximación teórica-metodológica”, Mimeo, CIESAS, México.

- MENENDEZ, E. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza, Madrid
- MENÉNDEZ, E. (1992) “Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo”, *Cuadernos Médico Sociales*, nº 59.
- MENÉNDEZ, E. (1997) Holísticos y especializados. *Nueva Antropología*, 16 (52): 9-37.
- MENÉNDEZ, E.(2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, *Ciencia &Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207, Río de Janeiro.
- 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. (2010) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Ed. Prohistoria. 2da Edición. Argentina, Rosario.
- MENÉNDEZ, E.; DI PARDO, R. (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes*. Ediciones de la Casa Chata, CIESAS, México.
- MÉTRAUX, A. (1946) “Ethnography of the Chaco”. En Julian Steward, (ed.), *Handbook of south American Indians vol.1: The marginal tribes*. Washington: Smithsonian. Pp. 197-370.
- MILER, E. (1979) *Armonía y Disonancia en una Sociedad. Los Tobas Argentinos*. Mexico: Siglo XXI.
- MORA, L. (1990) *Las fronteras de la vulnerabilidad: género, migración y derechos sexuales y reproductivos*. UNFPA. México.
- MOURA-PONTES A.; GARNELO L. (2014) “La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil” en *Revista Salud Pública de México*, vol. 56, nº 4.
- NÚÑEZ, N.; PONCE, P. (2015) “Pueblos indígenas: Sexualidad, Diversidad Sexual y Genérica” en *Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Iniciativas por la salud pública*. Cartilla nº 7. Universidad de Antioquia, Medellín.
- OPS (2010) “Salud sexual y reproductiva y VIH de los jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú”. OPS, 2010.
- OPS-OMS (1997) *Hacia un abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con los pueblos indígenas*, Washington.

OPS-OMS (1998) "Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos". Washington

ORZUZA S. (2013) Problemas de salud de niñas y niños indígenas: Mejorar sus condiciones de vida para garantizar el derecho a la salud. *Direitoem Debate* 22, (40).

PEIRANO, M. (2006) *A teoria vivida e outrosensaio de antropologia*. Jorge Zahar Editor. Río de Janeiro.

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. Quito.

PEREIRA NOVO M. (2010) Os Agentes indígenas de saúde do Alto Xingu. Ed. Gráfica. Associacao Brasileira de Antropología. Brasilia.

PONCE, P.; MUÑOZ, R.; STIVAL, M. (2017) "VIH, culturas médicas y discriminaciones étnicas: el acceso al tratamiento antirretroviral y la atención médica de las poblaciones indígenas de Latinoamérica" en Actualizaciones en Sida e Infectología, volumen 25, número 94. Pp. 22-31. Fundación Huésped. Buenos Aires.

RADOVICH, J. (2004) "Procesos migratorios en comunidades mapuches de la Patagonia Argentina". Ponencia presentada en el II Congresso de Investigações e Desenvólvimento Sócio-cultural. Centro Cultural de Paredes de Coura, Brasil.

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. Vector Salud Mental. Rosario.*

ROCKWELL, E. (1980) "Etnografía y teoría en la investigación educativa". En Material de Dialogo. Departamento de Investigaciones Educativas, México.

ROCKWELL, E. (1987) Reflexiones sobre el proceso etnográfico (1982-1985). Buenos Aires: Edición de la cátedra Metodología y Técnicas de la Investigación de campo, Departamento de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA

ROCKWELL, E. (2009) La experiencia etnográfica, historia y cultura en los procesos educativos. Editorial Paidós. Buenos Aires.

SEGATO, R. (2003) Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

- SEGATO, R. (2003) Las estructuras elementales de la violencia: contrato y status en la etiología de la violencia. Brasilia: Universidad de Brasilia, Serie Antropología n° 334.
- SHORE, C. (2010) La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. *Antípodas*, 10: 21-49.
- SHORE, C. (2010) “La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la formulación de las políticas”. *Antípodas*, 10: 21-49.
- SHORE, C.; WRIGHT, S. (1997) “Policy: a new field of anthropology”. En Shore, C.; Wright, S. (eds.) *Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power*. Routledge. London.
- SNOW, D.; MORRIL, C. (2003) Elaborating Analytic Ethnography. *Ethnos*, 4 (2).
- 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. (2015) “VIH y Pueblos Originarios en contextos urbanos: problemáticas y desafíos de las poblaciones qom (toba) frente a la epidemia”. En *Revista Facultad Nacional de Salud Pública. Iniciativa por la Salud Pública*, Universidad Antioquia, Cartilla nº7, Medellín. ISSN 0120-386X.
- TAMAGNO, L. (2001) “Los tobas en la casa del hombre blanco: Identidad, Memoria y Utopía”. Editorial Al Margen. La Plata.
- TAUSSIG, M. (1980) Reification and the consciousness of the patient. *Social Science & Medicine*, 14 (1): 3-13.
- TEODORI, C. (2016) A los saltos buscando el cielo. Trayectorias de mujeres en situación de violencia familiar. Editorial Biblos, CABA.
- TERÁN, B. (2003) *La ergología Toba y sus contenidos culturales. Proyecciones míticas y shamánicas*. Ediciones Juglaria. Venado Tuerto.

TOLA, F. (2001) "Ser madre en un cuerpo nuevo: Transformaciones en las representaciones tobas de la gestación". En *Relaciones* de la Sociedad Argentina de Antropología XXVI: 57-71.

TRINCHERO, H. (2000) *Los dominios del Demonio*. Ediciones Eudeba, Buenos Aires.

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.

WACQUANT, L. (2006) *Entre las cuerdas. Cuadernos de aprendiz de un boxeador*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

WILLIS, P. (1980) "Notas sobre el Método" en HALL, S. y otros *Cultura, Media y Language*. Londres.

WRIGHT, P. (1988) Tradición y aculturación en una organización socio-religiosa Toba contemporánea. *Cristianismo y Sociedad*, [México] 95: 71-87

WRIGHT, P. (1990) "Crisis, Enfermedad y Poder en la Iglesia Cuadrangular Toba". *Cri*

WRIGHT, P. (2008) "Ser-en-el-Sueño. Crónicas de historia y vida toba". Ed. Biblos. Buenos Aires.

### **Fuentes utilizadas:**

- "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.

- "Proyecto Problemas de salud y enfermedad, oferta de atención e itinerarios terapéuticos en poblaciones vulnerables de la Región Noroeste del Gran Buenos Aires. Universidad Nacional de José C. Paz (Resolución 200/2017), Código: A0004/17, 1/06/2017 a 31/05/2019.

A su vez, utilizamos fuentes provenientes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo:

INDEC (2010) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ministerio de Hacienda de la Nación.

INDEC-ECPI (2005) Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (*ECPI*) 2004 – 2005. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Ministerio de Hacienda de la Nación.