

“PROGRAMAS DE SALUD Y PRÁCTICAS MÉDICAS EN UN CONTEXTO DE RELACIONES INTERÉTNICAS.”

Lic. Elida Carracedo.1

Lic. Matilde Viglianchino.2

Introducción.

Los grupos aborígenes americanos son los sectores sociales que presentan las condiciones generales más negativas respecto del proceso de salud/enfermedad/atención, las tasa más altas de mortalidad general, mortalidad infantil en menores de 5 años y mortalidad materna entre otras.

Si bien hay una disminución de las tasa de mortalidad a nivel general en la mayoría de los países de la región, inclusive en los grupos indígenas, hay acuerdos entre los especialistas y organismos internacionales como la O.M.S y O.P.S. que las tasas de mortalidad siguen siendo las más altas entre estos últimos.

La esperanza de vida es las más baja, incluidas la de los denominados “marginales urbanos”. En la mayoría de los grupos indígenas dominan las “patologías de la pobreza”, enfermedades infecto-contagiosas y no están ausentes las denominadas enfermedades emergentes.

Dentro de las políticas que intentan revertir esta situación de toda la población en general, se encuentran los Programas de Salud Materno- Infantil, a cargo de los Estados, que tratan de disminuir las proporciones de morbimortalidad.

Nuestra preocupación se centra en el análisis de las prácticas médicas en un contexto de relaciones interétnicas, refiriéndonos a un centro de salud, ubicado en el barrio toba de Empalme Graneros de la ciudad de Rosario. Nos planteamos en este trabajo los siguientes propósitos 1) describir las concepciones teóricas y las modalidades de la implementación del programa materno- infantil de la Prov. de Santa Fe; 2) analizar la concepción y valoración de los profesionales de la biomedicina sobre éste grupo étnico; 3) evidenciar los modelos de género que se expresan en dicho programa y que atraviesan la práctica médica.

Este tema forma parte de las problemáticas abordadas en la tesis de maestría en Salud Pública y en la tesis de doctorado en Humanidades y Artes, mención Antropología. 3

Lineamientos teórico-metodológicos:

Partimos de un enfoque que considera a los fenómenos sociales como construidos en complejas e intrincadas relaciones sociales en el devenir histórico. Nuestro abordaje se articula mediante la relación de tres dimensiones: relaciones interétnicas, salud y género.

Relaciones interétnicas:

El planteo desde una estrategia interétnica capaz de analizar a los miembros del endogrupo étnico en sus relaciones con los diferentes segmentos sociales de la sociedad en general, y no aislados en sí mismos, tiene una larga tradición académica que dentro del dominio de las relaciones interétnicas, se desarrolla con fuerza, a partir de los trabajos de Barth (1976).

El proceso de constitución de la moderna Nación-Estado, entre mediados y fines del siglo XIX, forzó a los grupos étnicos a formar parte de una sociedad mayor, y a interactuar con distintos sectores de la misma. De esta forma se constituyen los campos de interacción socioétnica, definidos por Graciela Rodríguez como:

“...la zona de fricciones entre grupos étnicos diferenciados. Dichas fricciones son reveladoras de relaciones basadas en el conflicto y contradicciones donde la imposición de un grupo étnico sobre otro plantea una situación de dominio-subalternidad.” (G.Rodríguez:1991:5)

La complejidad de los fenómenos sociales en una formación histórica y social, la estructura económica y política son fenómenos constituyentes de estos campos de interacción socio-étnica.

Es en el campo de interacciones socio-étnicas, caracterizado por relaciones de dominio-sometimiento, en el que se construyen y reconstruyen los sistemas simbólicos, las representaciones sociales y las prácticas.

El proceso de salud /enfermedad /atención

Desde nuestro punto de vista, cualesquiera sea el espacio en que se recorte el análisis del proceso de salud/enfermedad/atención/, se debe considerar la estructura social y la estructura de significados. Acordamos con Menéndez (1996) que asumir el punto de vista del actor implica la existencia de éstas estructuras producidas por los actores para operar sobre el padecimiento. Nos acercamos así, a las perspectivas teórico-metodológicas que revalidaron al sujeto como unidades de descripción y análisis, pero también como agente transformador. Un sujeto que produce y no sólo reproduce la estructura y los significados. Es decir, que recuperar la perspectiva del sujeto no supone solamente un cuestionamiento a lo estructurante, sino a hacer evidente la diferencia, la desigualdad y la heterogeneidad.

En consecuencia, la significación sociocultural de los padecimientos debe ser necesariamente referida a la estructura social, no sólo para analizar la articulación que opera entre las mismas, sino para observar las condiciones donde se construyen, se desarrollan, se modifican, y se utilizan las significaciones culturales.

Así, el análisis del proceso de salud/enfermedad/atención, debe incluir los procesos que se producen y se reproducen a nivel del sujeto y/o del microgrupo, los procesos que operan también a nivel macrosocial y cultural, pero también la parti-

cularidad de todos los conjuntos sociales que constituyen la sociedad, o sea que esta propuesta metodológica debe orientar la búsqueda de la diversidad y la diferencia, y no la homogeneidad.

Asume que la estructura social y la estructura de significados se constituyen a nivel de las prácticas y las representaciones de los sujetos en relación. Las representaciones socio-culturales funcionan como articuladoras al interior del sujeto grupo, entre la enfermedad como fenómeno biológico y las significaciones socio-culturales que se construyen para manejar las consecuencias operadas en términos físicos, síquicos y sociales.

Este proceso refiere no sólo al saber de los conjuntos sociales, sino a las relaciones establecidas por los sujetos micro-grupo con los curadores (“saber médico”), ya que parte del efecto terapéutico supone la organización de la enfermedad para curarla o para convivir con ella.

El curador, generalmente cumple un papel decisivo en dicha reorganización dado que contribuye a resignificar el padecer y posibilita al sujeto enfermo y a su grupo la producción de algún tipo de saber.

En síntesis, consideramos al proceso de salud, enfermedad/atención, como un hecho histórico, social y cultural en el que los conjuntos sociales generan acciones, tecnologías, y partir de las relaciones se construyen y reconstruyen las prácticas y las representaciones, no sólo sobre el padecimiento, sino también se instituyen prácticas profesionales.

La medicina denominada científica constituye una de las formas institucionalizadas de atención de la enfermedad que vehiculiza una concepción biologista del cuerpo, de la enfermedad y de la salud, aún en la noción de multicausalidad que contempla a los factores socio-culturales en la incidencia de la enfermedad.

La práctica médica se ha construido históricamente, a partir de un conjunto de procesos, actores, y dimensiones, tales como, las políticas en salud, la formación de recursos humanos en salud, el mercado médico, además de un conjunto de concepciones y paradigmas subyacentes que vehiculizan intereses, normas y valores.

Si bien, el modelo de salud vigente intenta normatizar el conjunto de teorías, técnicas, de acciones e intervenciones institucionalizadas destinadas a dar respuesta a la enfermedad, los procesos de socialización de los sujetos curadores, los procesos subjetivos de los pacientes, construidos en la socialización (las “experiencias vividas”), pesan con fuerza en los espacios diádicos de la relación médico-paciente. Si bien la práctica está normatizada, reglamentada, presenta toda una gama de particularidades, producto de las experiencias vividas (E: Langdon: 1994).

Políticas y género:

La preocupación de los “Estados en vías de desarrollo” por la salud materna e infantil, alcanzó una mayor importancia a partir de las políticas desarrollistas. Hasta ese momento, las elevadas tasas de mortalidad materno-infantil en los sectores más pobres de la población, no habían sido objeto de un conjunto sistematizado de políticas estatales. Sin embargo, un punto en común que presentan las mayoría de los planes desarrollados, es que consideran a la mujer una mera reproductora, sin detenerse a considerar su salud integral. Aunque muchas mujeres se han beneficiado con estos planes, el acento se pone en el binomio madre-hijo, y por lo tanto, la mujer es considerada sólo en dicho rol. De esta forma, se sobrevaloró la maternidad como responsabilidad femenina más importante, sin contemplar otras situaciones de discriminación que sufrían las mujeres por su condición de género, además de ahondar en la soluciones para la situación de pobreza. Aunque estas políticas podrían considerarse como un avance en el plano de la salud reproductiva, no ocurre lo mismo en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos.

Estas políticas del Estado no podrán transformar la condición social de las mujeres pobres, hasta que los supuestos sobre la salud de la mujer, que la conciben sólo como un insumo para el desarrollo del capital humano no sean reconsiderados. La concepción del cuerpo femenino como máquina reproductora, y el énfasis orgánico y biologicista de la explicación de sus problemas deben ser superado; así como también la medicalización de la función natural de la mujer. (R. de los Ríos:1997). Dichas concepciones impiden que la mujer sea concebida como un ser integral, y se corresponden con una visión androcéntrica que “naturaliza” las relaciones varón-mujer, sin considerar éstas como un constructo socio-cultural e histórico.

Desde una perspectiva de género, en cambio, estas relaciones se problematizan. Considerando una visión relacional, varón y mujer son construcciones históricas, productos de las relaciones de poder y varían de sociedad a sociedad, de clase a clase y de cultura a cultura. Por otra parte, estas categorías no son consideradas homogéneas, sino heterogéneas a su interior.

Las políticas de salud estatales en nuestro país, con algunas excepciones, no han incorporado los planteos más modernos en relación a la concepción de derechos reproductivos y sexuales, tal como han sido enunciados en diferentes documentos internacionales.⁴

Hablamos de derechos reproductivos y sexuales, porque consideramos que unos se encuentran estrechamente ligados a los otros, y no es correcto tratarlos separadamente. Esta visión de abordaje conjunta, es relativamente reciente, ya que hasta hace unos años, el interés estuvo centrado casi exclusivamente en los derechos reproductivos. Por otra parte, el acento se colocaba en el período fértil de la

mujer, sin considerar las otras etapas del ciclo vital y la responsabilidad del varón en la reproducción humana.

“Los derechos sexuales incluyen el derecho de las personas a tener control sobre su sexualidad y a decidir libremente en materias relacionadas con ella. Significa tener derecho al placer sexual, al ejercicio de la sexualidad, a tomar decisiones sobre con quien, cuando y como disfruta de su sexualidad, con pleno respeto por la integridad física, psíquica y moral. Incluye el derecho a no sufrir discriminación por la orientación sexual.

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.”(S. Chiarotti-V. Mattus:1997:104)

El Programa materno infantil:

Este programa forma parte de la estrategia de atención primaria cuyo propósito es organizar los recursos del sistema de salud y los recursos de la población con el objetivo de alcanzar una cobertura mayor. En Rosario esta estrategia se implementó a comienzos de los años 80, por un decreto del poder ejecutivo de la provincia de Santa Fe.

Los criterios explicitados en todos los documentos de la época refieren a objetivos muy generales que están dirigidos a dar cobertura principalmente a la población residente en villas de emergencia, con acciones médicas preventivas y reparatorias, coordinación intersectorial, y participación social.

Con este fin la provincia se divide en áreas, cada una con un hospital base y centros periférico que actuarían como puerta de entrada al sistema de salud.

El documento del programa materno infantil fundamenta la necesidad del mismo por la incidencia, según datos epidemiológicos, de mortalidad materna y morbimortalidad en niños menores de un año, que se vincula a las faltas de controles en el embarazo, parto y puerperio.

Ante esta realidad epidemiológica, se proponen una serie de actividades y metas para poder modificarla. Esas actividades se centran en “los controles” de la salud de la madre y del niño, a través de seis subprogramas: de perinatología, vacunación, crecimiento y nutrición, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas y emergencia médica y trauma. Cada uno de los subprogramas ha definido las metas a alcanzar, que se expresan en porcentajes, por ej.: reducir la mortali-

dad materna de 29,1 por cien mil nacidos vivos, en 1995, a 20,3 por cien mil nacidos vivos en el 2000.

Los datos de morbimortalidad que presentan toman como variables la edad y el departamento o residencia. No aportan un diagnóstico necesario para el establecimiento de prioridades y toma de decisiones, ni proponen un trabajo conjunto con la población, para favorecer un cambio positivo en salud de los grupos más vulnerables.

El análisis del programa nos permite señalar que el mismo se sustenta en una concepción unicausal de la enfermedad, que trae como consecuencia el predominio de lo clínico y de sus manifestaciones individuales, y de su ubicación en el espacio de atención. Esto explica porque las actividades se reducen a pautar conductas médicas y de los pacientes.

Se apoya también en una concepción homogeneizante de la sociedad, y coherente con esta lógica, es la no identificación de la adscripción étnica, que no es contemplada en ninguno de los instrumentos de registro y de recolección de información.

Organización y composición de la fuerza de trabajo

En el barrio Toba de Empalme Graneros se encuentra el Centro de Salud Provincial N° 47.5 Este Centro debería reproducir las normativas dadas por el Ministerio de Salud en las formas de organización y gestión bajo la estrategia de Atención Primaria de Salud. Por las especialidades médicas que cuenta, cae dentro del ámbito del Programa Materno Infantil, y por lo tanto deberían ser contempladas las actividades propuestas para alcanzar las metas del mismo..

De alguna manera, el tipo de organización y división del trabajo se adscribe a éstas, pero los procesos subjetivos construidos a partir de las experiencias de vida de los sujetos, en este caso los curadores de la biomedicina, imponen particularidades a lo que intenta homogeneizar lo reglado. Actualmente, los servicios han sido reducidos a un pediatra, un obstetra, un enfermero, un agente sanitario y una persona para la limpieza. El horario de atención, generalmente es de lunes a viernes de 7 a 15 hs. Este centro no cuenta, en este momento con la figura de un director. La médica pediatra se desempeña en el turno mañana, tiene una antigüedad de más de 5 años en este trabajo. Su cargo en la provincia es del denominado de “emergencia”. Esta modalidad del contrato de trabajo es significada por la misma como de gran inestabilidad.

El enfermero ha sido derivado de otro centro hace pocos meses, por lo tanto hace muy poco que está trabajando en el mismo. Observamos que entrega medicamentos y leche; controla los carnets y hace recomendaciones sobre los tratamientos

con medicamentos, vacunas, realiza las primeras curaciones.

El agente sanitario es una mujer, dijo vivir desde hace unos años en el barrio toba. Expresa no tener problemas de relación con este grupo ya que es descendiente de grupos mocovies.

Los agentes sanitarios deben realizar la llamada “búsqueda o pesquisa”, en la unidad doméstica de las personas que están bajo atención y no acuden a las citas médicas. Debe derivar al Centro de Salud los casos que complen las normas de vacunación, por ej. Debe supervisar además, las fechas de citación registradas en los carnets de las personas que están dentro del programa, e “invitarlos” a concurrir al Centro.

Como se desprende de las “Metas Provinciales de Salud 1999”, las autoridades provinciales no han implementado programas de procreación responsable, ni estimulan a los profesionales médicos a dar una amplia información sobre esta temática. En su implementación, tanto el Plan Materno-Infantil, como los otros planes que se desprenden del documento anteriormente citado, ponen el acento en la mujer como una mera reproductora, sin contemplarla como un ser integral. En el caso de este Centro de Salud, esta situación queda aún más manifiesta, ya que se ha cerrado el servicio de Ginecología. Ese cierre trajo como consecuencia la interrupción del trabajo conjunto que se realizaba entre Obstetricia y Ginecología, que permitía así atender la salud sexual y reproductiva de las mujeres tobas. Esta interrupción es un factor que afecta indudablemente a los derechos reproductivos y sexuales de estas mujeres.

La visión de los profesionales sobre sus prácticas en relación a los pacientes tobas.

Como consecuencias de las diferencias culturales, hay un reconocimiento de los profesionales en distinguir los comportamientos generales de los tobas, y en particular, en relación a la salud de los pacientes. La cultura se adscribe exclusivamente al grupo toba, diferenciándolos de los pacientes criollos. Cultura entendida como “creencias tradicionales”, “esos mitos y tabúes de ellos”, “lengua diferente”. Es evidente que en las representaciones socioculturales de los profesionales, los tobas constituyen “el otro cultural”. A diferencia de esto, adjudican los comportamientos y saberes de los sectores empobrecidos a consecuencias exclusivamente sociales. Los criollos son considerados con los atributos propios de la cultura hegemónica, generando así una visión etnocéntrica. Es decir, tienen las habilidades positivas de los sectores sociales altos y medios, y lo negativo es considerado como una consecuencia de pertenencia a un sector excluido.

“Vos, viste, los criollos... como decís vos, son rápidos, vivos atrevidos, más como somos nosotros...están un poco mas informados y por supuesto se pueden

mover mejor. En cambio el toba no , desconoce todo, pero aprenden...”(médica)

Las relaciones sociales de los profesionales con los pacientes tobas y con las autoridades provinciales son conflictivas y tensionantes. En el caso de los tobas, sienten que se tienen que manejar con “cautela”, ya que surgen frecuentemente ante determinadas expresiones y maniobras, alusiones a que son discriminados.

En el caso de los supervisores y las autoridades provinciales, los conflictos surgen como consecuencia del no poder cumplir con las exigencias de los controles y seguimientos previstos por el programa.

Los profesionales expresan que intentan respetar las normas y técnicas del programa, pero las características culturales de los pacientes tobas se los impide. Por ejemplo, los tobas no llevan a los niños a los controles en los dos primeros meses de vida, debido a que creen que durante ese tiempo, los niños son débiles espiritualmente, y por lo tanto muy vulnerables. Por lo tanto, no deben salir de su hogar, ni del círculo íntimo de parientes. Este hecho, que la curadora considera imposible de modificar, le ha ocasionado una sanción de las autoridades provinciales.

Los profesionales consideran que todas las actividades constitutivas de la relación médico paciente, necesitan un tiempo prolongado, y que debiera ser contemplado por las autoridades provinciales. En la explicación de este hecho, figura, en primer lugar, el problema de la comunicación, como resultado del uso limitado de la lengua castellana de este grupo étnico. Los esfuerzos por superar este obstáculo hace que se construyan diferentes estrategias para superarlos. Es unánime el consenso de que las indicaciones deben ir acompañadas con ejemplos concretos. Con este objetivo, frecuentemente se elaboran cronogramas en relación con las etapas de la vida cotidiana, para que se comprendan las secuencias de los tratamientos.

“Les digo, tenés que darle una cucharada cuando te levantés, otra cuando está la novela

tal, y otra cuando el cura se despide en la televisión...” (médica)

“En la planilla piden número de documento, fecha de nacimiento, fecha de la última menstruación. Calculo por signos el tiempo del embarazo, por ej. les pregunto: ¿se mueve?... ellas no entienden. Muchas parecen no saber su fecha de nacimiento, ni la fecha de la última menstruación, les pregunto: ¿cuándo se enfermaron por última vez?” (obstetra)

Otro de los problemas que se le presentan a estos curadores es el de la derivación a los centros de mayor complejidad tecnológica. Interpretan que las mismas se deben a razones económicas, culturales y de acomodamiento a los tiempos institucionales. Esto se agrava, según sus consideraciones, debido a actitudes discriminatorias por parte de algunos sectores administrativos y de los profesiona-

les de la biomedicina de esos centros de salud.

Por otro lado hay un intento de organizar un sistema de turnos en este centro, que trataría de ordenar el servicio y la atención médica, de manera de introducir a estos grupos en el tiempo institucional. De esta forma, sostienen los curadores, se podría planificar el trabajo comunitario, en relación a otros ejes, no sólo el clínico, y trabajar tanto en capacitación, como en promoción y prevención de la salud. Como vemos, ellos también intentan escapar de los estrechos límites que marcan los programas provinciales que deben aplicar.

Pese a esto, nos parece importante señalar que hay una visión homogeneizante y estereotipada de los tobas. En el caso de las mujeres, por ej., se evidencia en expresiones repetidas por los profesionales, como por ejemplo: “las mujeres tobas no toman pastillas”, “las mujeres tobas son retraídas”.

Consideraciones finales:

Consideramos que los profesionales del Centro ponen el acento en los problemas de la comunicación, sin comprender que detrás de cada cultura existen lógicas y formas de significación diferentes. Tampoco parecen visualizar claramente las relaciones asimétricas que se construyen entre estos grupos étnicos y los diferentes segmentos de la sociedad nacional. Conciben a la salud y la enfermedad como una sumatoria de factores sociales, culturales, económicos, ambientales, pero no reconocen el dinamismo de los procesos históricos y socioculturales como determinantes de dichos procesos. Pese a esto, consideramos que algunos de los profesionales muestran una actitud positiva de apertura, intentando un “diálogo intercultural”, pensando éste como un abierto intercambio de experiencias en una situación de igualdad. Pero estas manifestaciones quedan en planteos y acciones individuales, ya que surgen una serie de límites complejos, dados por la estructura económica e ideológica del sistema de salud pública que no contempla lo étnico. A los que se suman la formación de los trabajadores de la salud y los conflictos intraétnicos.

Las cuestiones relacionadas con los derechos reproductivos y sexuales constituyen temas conflictivos y difíciles de abordar, y por esa razón, los Estados intentan relegarlos. El acento se coloca únicamente en la salud reproductiva, y aún en este caso, la mujer es concebida y tratada sólo como madre, y no como un ser integral con una amplia gama de derechos que deben ser respetados. Toda esta situación se encuentra en relación con la ideología patriarcal que permea todas las políticas públicas, entre ellas las de salud. Esta ideología concibe a la mujer como “el otro”, rescatando solamente su función reproductiva. Las políticas de salud, entonces, no escapan a esta visión, donde las nociones de derechos reproductivos y sexuales no se encuentran presentes. 6

Consideramos que para proveer una asistencia en salud, los programas en general, deben contemplar los aspectos sociales significativos, ligados a la particularidad de los grupos étnicos. Deben ser adecuados a sus construcciones y prácticas relativas al proceso de salud-enfermedad, y a las construcciones de género, ya que es esencial comprender en su totalidad sus concepciones y prácticas. Con este objetivo es fundamental la existencia de trabajos interdisciplinarios.

Bibliografía:

- BARTH, F. (1976): “Los grupos étnicos y sus fronteras”. FCE. México.
- CARRACEDO, E. y VIGLIANCHINO, M. (1996). “Control social y representaciones sociales sobre salud y familia en un grupo de migrantes tobas”. En: “Papeles de Trabajo”, N°5. CICEA-UNR.
- CARRACEDO, E. (1993): “Representations and beliefs about pregnancy and childbearing in a group of Toba women”. En: “Collegium antropologicum” 17/2, Zagreb.
- Idem (1995): “Representaciones y prácticas sobre los procesos de salud y enfermedad infantil de un grupo de mujeres tobas”. En: “Revista de la Escuela de Antropología”. N°3. Facultad de Humanidades y Artes (UNR)
- CASTELLANOS, P. (1989): “Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud”. OPS/OMS, Boletín Epidemiológico. Vol. 10, N° 4.
- CHIAROTTI, S. y otros (1995): “Derechos Humanos de las Mujeres”. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario.
- Idem (1997): “Derechos Humanos de las mujeres y las niñas”. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario.
- de los RIOS, R. (1997): “Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción”. Apunte de la carrera de Epidemiología. Instituto Lazarte. Fac. de Medicina (UNR).
- DIAZ POLANCO, H. (1995): “Etnia y nación en América Latina”. CNCA. México
- GARCÍA NUÑEZ, J. (1995): “Guía para la evaluación de programas y proyectos en Salud Reproductiva”. Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA.
- GALACHO, G. y PALENA, J. (1998): “Intercambio socio-cultural. Experiencia en la comunidad Toba”. (en prensa) Sociedad de Pediatría.
- GOOD, B. y M. del VECCHIO (1981): “The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for clinical practice in the relevance of social science form Medicine”. D. Reidel Publishing Co.
- KLEIMAN, A. (1974/75): “Estructuras cognitivas de los sistemas médicos tradicionales: manejo, explicación e interpretación de la experiencia humana de enfermedad”. Ethnomedizin III 1/2, 1974/75
- Idem (1980): “Patients and Healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry”. University of California Press. Berkeley: University of California.
- LANGDON, E. (1994): “Representações de doenças e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia colombiana”. En: “Saúde e Povos indígenas”. Ed. Fiocruz.

Idem (s/f): “A docença como experiência: a construção de doença e seu desafio para a prática médica”. Publicación N° 12. Programa de Pos Graduação em Antropologia Social. Universidad Federal de Santa Calina.

MENÉNDEZ, E. (1992): “Grupos domésticos y proceso de salud/enfermedad/atención”. En: “Cuadernos Médicos Sociales”, N° 59. CES.

MINISTERIO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE de la PROVINCIA DE SANTA FE (1999): “Metas provinciales de salud 1999”.

Idem (1995): “Metas provinciales de salud materna e infantil, 1995 - 2000”.

OPS/OMS (1993): “Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Salud de los pueblos indígenas.

Idem (1996): “Acciones de salud materno-infantil a nivel local: según las metas de la cumbre mundial en favor de la infancia”.

RODRIGUEZ, G. (1991): “Identidad étnica y procesos identificatorios. Reflexiones desde la problemática Toba (qom)”. En: “Papeles de Trabajo” N°1. CICEA -UNR.

STRATHERN, M. (1993): “Una relación extraña: el caso del Feminismo y la Antropología”. En: “De mujer a género”, Cangiano y Du Bois, comp. CEAL, Bs.As.

VIGLIANCHINO, M. (1996): “Mujer y familia: algunas reflexiones sobre la problemática de la mujer indígena”. Actas de las “II Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural”. Escuela de Antropología. Fac. de Humanidades. UNR.

Idem: “En torno a la división sexual del trabajo. Apuntes sobre las mujeres tobas migrantes. En: “Revista de la Escuela de Antropología”. N°4. Facultad de Humanidades y Artes(UNR)

1 Docente de la Escuela de Antropología, Facultad de Humanidades y Artes, UNR.

2 Docente de la Escuela de Antropología, Facultad de Humanidades y Artes, UNR.

3 Maestranda: Elida Carracedo: Maestría en Salud Pública, Instituto Lazarte, CEI-UNR. Tema: “Interacciones entre los efectores de salud y la población toba demandante: Análisis sociocultural y epidemiológico de las enfermedades infantiles en los grupos tobas asentados en el barrio de Empalme Graneros de la ciudad de Rosario”.

Doctoranda: Matilde Viglianchino, Doctorado en Humanidades y Artes, mención Antropología, Facultad de Humanidades y Artes, UNR. Tema: “Mujeres y derechos reproductivos: el caso de las mujeres tobas en Rosario”.

4 Entre los documentos se encuentran el “Programa de Acción de El Cairo”, y la “Plataforma de Beijing”. Ver: S. Chiarotti-Matus:1997.

5 Según nuestros informantes, existe una intención de parte de las autoridades del Area Ocho de la Provincia de Santa Fe, de cerrar este centro. El personal, aparentemente sería reubicado en el Centro de Salud Guadalupe, situado en French y Liniers, fuera del barrio Toba. El centro actual no puede crecer, ya que se encuentra en terrenos del Club “La Gloria”. Hubo algunos intentos de vecinos de buscar otro predio para que la provincia lo comprase y construir de nuevo el centro, pero nada se ha logrado hasta ahora. El cierre del centro es resistido por muchos vecinos del barrio. Gran parte de nuestros informantes tobas vivencian dicho cierre como una situación de discriminación.

6 Una de las excepciones es la Municipalidad de Rosario, que si tiene un Programa de Procración Responsable.