

Prácticas terapéuticas en el tratamiento de enfermedades reumáticas en población qom.

Fernandez, Sofía, Orzuza stella maris, Valdata, Marcela Isabel, Gil, Andrés, Iglesias, Paola y Bensi ana celeste.

Cita:

Fernandez, Sofía, Orzuza stella maris, Valdata, Marcela Isabel, Gil, Andrés, Iglesias, Paola y Bensi ana celeste (2014). *Prácticas terapéuticas en el tratamiento de enfermedades reumáticas en población qom. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-081/826>

Prácticas terapéuticas en el tratamiento de enfermedades reumáticas en población qom de la ciudad de Rosario.

Ana Bensi, Paola Iglesias, Sofía Fernandez, Andrés Gil, Stella Maris Orzusa y Marcela Valdata.

Facultad de Humanidades y Artes, UNR.

En la presente comunicación expondremos los objetivos, la metodología y los avances realizados en la fase antropológica del proyecto GLADERPO (**Grupo Latinoamericano de Estudios de Enfermedades Reumáticas en Pueblos Originarios**) aplicada en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, Argentina. El proyecto GLADERPO surge en respuesta a la necesidad de estudiar la prevalencia de malestares músculo-esqueléticos y enfermedades reumáticas, en pueblos originarios en el contexto de varios países latinoamericanos tales como Venezuela (donde se aplicó en grupos karima, chaimo y warao), México (grupos mayas, mixtecas, chontales y raramuris) y Argentina (grupo qom). Este proyecto consta de tres etapas: epidemiológica, genética y antropológica. En Argentina se llevaron a cabo en la ciudad de Rosario en tres barrios con población qom. Sobre la fase antropológica presentaremos los mecanismos a los que recurre dicho grupo como prácticas terapéuticas en relación a las dolencias músculo-esqueléticas que padecen. A partir de la sistematización del material reunido se advierte la recurrencia de una serie de prácticas terapéuticas, estrategias de acceso y circuitos de atención dentro del proceso por el cual los actores sociales buscan atención biomédica o tradicional para su malestar. Nos proponemos contribuir de este modo con la comprensión del padecer en distintos contextos multiculturales y a la reflexión sobre el quehacer del sistema de salud.

Objetivos de la fase antropológica.

Respondiendo a la necesidad de indagar la manera en la cual las enfermedades reumáticas afectan al desenvolvimiento cotidiano de las personas en diversos contextos sociales y culturales, el grupo de investigación GLADERPO incorpora estudios antropológicos que, desde un enfoque cualitativo, pueda dar cuenta de dichos aspectos.

La fase antropológica tiene como objetivos específicos: a) la exploración de la percepción de vivencias que tienen las poblaciones originarias (qom) y población general de los padeceres músculo esqueléticos y enfermedades reumáticas, el proceso de búsqueda de ayuda para su atención y los procesos de auto cuidado, y b) comparar las narraciones de las poblaciones qom y población general en torno a los malestares musculo-esqueléticos y enfermedades reumáticas. En la presente ponencia presentaremos un avance de investigación respecto del primer objetivo específico. En Rosario, la fase antropológica del proyecto GLADERPO se aplicó a grupos de la comunidad qom, los cuales viven en tres asentamientos: Travesía, Barrio Los Pumitas y Barrio Toba Rouillón, correspondientes a los distritos Norte, Noroeste y Oeste de dicha ciudad. Los grupos sociales donde se realizó la investigación fueron previamente delimitados a partir de una encuesta (metodología COPCORD¹) aplicada en la etapa epidemiológica del proyecto.

Trabajo de campo: técnicas aplicadas y grado de avance.

La información en la que basamos el desarrollo de la presente comunicación fue recabada en el marco de la etapa antropológica del proyecto. Se aplicaron como técnicas de recolección de datos, a saber: observación participante y entrevista. La población seleccionada para realizar el estudio se encuentra conformada por adultos hombres y mujeres mayores o iguales a 18 años miembros de la comunidad qom residentes en el espacio geográfico delimitado según el territorio correspondiente a los Centros de Atención Primaria de la Salud de los distritos Norte, Noroeste y Oeste de la ciudad de Rosario.

De acuerdo con el actual estado de avance del estudio etnográfico, se llevan realizadas un total de dieciséis entrevistas, semiestructuradas y abiertas, a once interlocutores distintos, a partir del listado de casos positivos para

1 En el año 1981 la Liga Mundial contra el Reumatismo (ILAR) junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) dieron inicio a un programa para la prevención y el control de las enfermedades reumáticas en el ámbito comunitario, se denominó COPCORD (CommunityOrientedProgramforthe Control of RheumaticDiseases). El objetivo de este programa es obtener información epidemiológica confiable, por medio de estudios de bajo costo, realizados en terreno, para relevar la realidad comunitaria, generalmente diferente a la demanda asistencial. Los estudios iniciales, utilizando el programa COPCORD, se realizaron en países asiáticos y posteriormente esta metodología fue validada en varios países Latinoamericanos, entre ellos: Brasil, Chile, México, Cuba, Perú y Argentina.

enfermedades reumáticas o malestares musculoesqueléticos detectados durante la etapa epidemiológica del proyecto. En todos los casos se procedió de la siguiente manera:

- 1) Visita de contacto y proceso de consentimiento informado (CI, versión 1.0. – Fecha 15 Nov. 2010) lo cual implicó una explicación previa a cada uno de los encuestados en su propia lengua y fue autorizada por medio de firma o huella digital.
- 2) Entrevista semiestructurada de acuerdo con una serie de ejes consensuados por el equipo académico interviniente en la presente etapa a nivel local, al que se agregaron pautas adicionales de acuerdo con las observaciones señaladas por la directora general del proyecto, Dra. Ingris Peláez Ballestas, a los fines de asegurar la comparabilidad de los casos sin dejar de atender a las particularidades del caso como teniendo en cuenta que en el estudio se incluyen un total de siete pueblos originarios tal y como fuera mencionado en la introducción.
- 3) La segunda entrevista se realizó en todos los casos previa lectura y ordenamiento preliminar de la primer entrevista y de acuerdo con las problemáticas, inquietudes y temáticas surgidas en encuentros anteriores.

La totalidad de las entrevistas, fueron desgrabadas y sometidas en la “fase de organización de la información” (I. Paraez-Ballestas y R. Burgos-Vargas, 2005), a una sistematización preliminar de acuerdo con una serie de ejes considerados relevantes, no sólo de acuerdo con los objetivos de investigación planteados de antemano, sino también con aquellos que fueron emergiendo y resultaron recurrentes en la prosecución de las entrevistas, a saber:

-Salud/enfermedad: búsqueda de atención (biomédica, tradicional), tratamiento (accesibilidad a la medicación, atención biomédica, relación con el CAPS de referencia).

-Vida cotidiana: alimentación, relaciones interpersonales/familiares, vivienda, condiciones laborales.

-Migración / residencia.

-Sistema de creencias y Sistema de parentesco.

Contextualización de la población bajo estudio.

En la década del sesenta comenzaron las migraciones de población aborigen desde Chaco y Formosa a ciudades con mayor densidad poblacional y con mayor desarrollo económico como el conurbano bonaerense y Rosario.² El factor principal de estos procesos migratorios fue la depresión económica vinculada a la falta de trabajo y al cierre de los ingenios en el Gran Chaco, como así también la destrucción de sus formas de vida tradicionales.

Los movimientos migratorios a la ciudad de Rosario continuaron hasta el presente de forma ininterrumpida, las décadas del '80 y del '90 tuvieron un alto índice de movilidad. Los grupos qom llegaron a Rosario y se ubicaron en la periferia de la ciudad, zona caracterizada por altos índices de marginalidad y pobreza. La población se encuentra distribuida:

- Distrito Norte: Travesía, Los Andes, Las Moras
- Distrito Noroeste: Los Pumitas
- Distrito Oeste: Villa Banana, Cerrito, Barrio Toba Municipal, La Cava, Tacuarita, Cariñito, Barrio del Sol, Barrio La Amistad.

A los fines de nuestro trabajo consideramos fundamental realizar una caracterización de los barrios habitados por la población bajo estudio. La importancia de una caracterización radica en que las condiciones materiales de vida varían en función del barrio.

El distrito Norte comprende el barrio conocido como Empalme Graneros o Travesía. Fue uno de los asentamientos con mayor índice de precarización. A partir del 2009 por ordenanza Municipal 8429/09 y conjuntamente con la Fundación Madres de Plaza de Mayo y el Estado Nacional comienza la construcción sobre 8 hectáreas, de un barrio que comprende 500 viviendas, equipamiento comunitario e infraestructura. Algunas viviendas ya han sido entregadas, sin embargo un número considerable de familias siguen viviendo en casillas porque no han sido todavía adjudicadas y otras porque no pudieron

² Terán, Buenaventura (1994): *Lo que cuentan los Tobas*, Ediciones del Sol. Bs.As. Argentina.

acceder a este plan. El tipo de construcción de vivienda corresponde al tipo de trazado en damero propio del ejido urbano. El barrio cuenta con un Centro de Salud provincial ya en funcionamiento, un SUM para la comunidad y la Escuela San Juan Diego N° 1485, el Centro de Salud Municipal “Juan B. Justo”, un Centro de Convivencia Barrial “Travesía”, y una Escuela primaria y Secundaria provincial bilingüe intercultural N° 1334. Acompaña a la obra la reapertura de calles, nueva iluminación y una modificación en la traza de la calle como avenida (doble traza) en Juan José Paso. Dos referentes de la comunidad junto con el gobierno Municipal acompañaron la conclusión y seguimiento de la obra, concretándose la segunda etapa en los dos años venideros con fondos de la Nación.

En el Distrito Noroeste se encuentra el barrio “Los Pumitas” sobre las márgenes del Arroyo Ludueña, esta población es la que presenta mayor riesgo habitacional debido a que una franja de viviendas están enclavadas en zona barrancosa y sobre terrenos privados. A diferencia del barrio del oeste cuyo asentamiento estaba en tierras fiscales, esto ha dificultado la posibilidad de construcción de viviendas o entrega de la tierra. Otra particularidad es el tipo de construcción de las viviendas que aunque precarias mantienen un patrón circular, con patio de tierra y vegetación. Las mismas se comunican entre sí y cuentan con pasillos tanto de material como de tierra. Este barrio ha contado con algunas casas de madera del programa “Un techo para mi país”³ emplazadas en el mismo trazado circular. Dicha estructuración se asemeja más al ordenamiento espacial de las poblaciones rurales de la región de Gran Chaco. Además, se está construyendo en pleno corazón del barrio un Centro de Salud Provincial, a pocas cuadras de allí se encuentra el Centro de Salud Municipal Juana Azurduy; el Centro de Convivencia Barrial Ludueña, la escuela bilingüe intercultural N° 1334 “TayGoye” y poseen un Centro Cultural propio de la comunidad llamado “Qadhuoqte” que en lengua qom significa “Pilar”. De los tres barrios considerados en nuestro estudio éste es el más nuevo, su población corresponde a las últimas migraciones.

3 Un Techo para mi País (UTPMP) es una organización Latinoamericana sin fines de lucro liderada por jóvenes de distintos países de América Latina. Día a día miles de estudiantes universitarios y jóvenes profesionales de todo el continente trabajan junto a los pobladores de los asentamientos marginales para mejorar su calidad de vida a partir de la construcción de viviendas de emergencia.

En cuanto al Distrito Oeste, el “Barrio Toba Municipal” también conocido como “Barrio toba Rouillón”, fue producto de una relocalización realizada mediante la interacción de los Caciques de la Comunidad con la Municipalidad de Rosario. En el año 1992 se entregaron 80 viviendas. Este es el barrio más numeroso y hoy se encuentra rodeado de nuevos asentamientos irregulares producto de ampliación de familias por alianzas matrimoniales, nuevos familiares llegados de otras provincias tales como Corrientes, Chaco o Formosa y otros habitantes pertenecientes a países limítrofes. Su área de expansión cubre aproximadamente 20 por 10 cuadras de 100 mts. cada una.

Este barrio cuenta con dos escuelas primarias provinciales, una bilingüe (qom/español) N° 1333 y de escolaridad común otra no bilingüe N° 1381; una escuela secundaria bilingüe (qom/español) N° 518; dos Centros de Salud de Atención Primaria (1° nivel de atención con derivación al 2° nivel-Hospitales con alta complejidad-) uno Municipal “Centro de Salud Toba” y otro Provincial “Centro de Salud Libertad”; dos Centros de Convivencia Barrial, dependiente de la Secretaría de Promoción Social Municipal: 1- Rouillón: que atiende a primera, segunda infancia y adolescencia y 2- 23 de Febrero: atiende a jóvenes; un Centro Cultural dependiente de la Secretaría de Cultura Municipal llamado “El Obrador”; un Salón de usos múltiples (SUM) dependiente del Centro de Salud para uso comunitario; y además cuenta con dos Aulas Radiales⁴.

En relación a los servicios públicos cuenta con un tanque de agua que provee a todo el barrio, en la actualidad se está realizando una planta potabilizadora por ser un recurso insuficiente. Es uno de los graves problemas que padece la población y aunque se lo complementa con camiones cisterna provenientes de contrataciones de Aguas Santafecinas (única compañía provincial de provisión de agua) transportando en ellos agua para la población, sigue siendo uno de los puntos de conflicto entre el Estado y la comunidad. El servicio de energía eléctrica es provincial, cuentan con red de alumbrado público, servicio del cual penden los cables a la mayoría de las viviendas, teniendo de este modo una conexión irregular y precaria, muchas veces poniendo en riesgo la vida de las personas. Hay pavimentación o mejorado (RAC) en varias cuadras y servicio de recolección de basura.

⁴ Programa del Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe. Educación primaria para jóvenes desde 14 años en adelante, cubre desde 1er a 7mo grado.

De la población total relevada en los tres distritos, de acuerdo con la encuesta realizada durante 2012, en la etapa epidemiológica del proyecto, participaron 1.049 vecinos del Barrio Toba Municipal (Distrito Oeste) y 278 del asentamiento conocido como “Los Pumas” (Distrito Noroeste), y del asentamiento conocido de forma indistinta como “La Travesía” o “El piso” (Distrito Norte) 430, siendo el total de la muestra de 1.757 personas, lo que arroja un porcentaje cercano al 10% de la población qom estimada por los referentes de la comunidad para la ciudad de Rosario. La población encuestada se encuentra conformada por 662 hombres (37,7%) y 1.095 mujeres (65,3%) mayores de 18 años. Del total de la muestra, 82% dijo vivir en Rosario por un período superior de cinco años, el 9,4% ente 1 y 5 años, mientras que el 7,8% no alcanza al año de residencia en la ciudad.

Condiciones habitacionales

Respecto de la modalidad de convivencia, el 51% de los encuestados comparte la vivienda con su grupo nuclear, el 25,1% convive con su grupo familiar ampliado, el 15, 7% con otras personas, el 4,4% con su pareja, mientras que el 3,7% declaró vivir solo.

En lo que refiere a las características de la vivienda, el 59,5 % de la población vive en casas de material, mientras que el 40, 5% restante lo hace en casillas. Desagregados por distrito, las cifras arrojan los siguientes porcentajes:

	Distrito Noroeste	Distrito Norte	Distrito Oeste
Casa	22,7%	50,2%	73%
Casilla	77,3%	49,8%	27%

Si se tiene en cuenta el número de habitaciones por vivienda, el 34,7% de la muestra consignó vivir en una vivienda de tres habitaciones; el 29,9% en viviendas de dos habitaciones, 29,9%; en viviendas de una habitación el 21,9%;

en viviendas de habitaciones el 9,2%, mientras que el 4,3% reside en viviendas de cinco habitaciones o más.

En relación al tipo de piso de la vivienda, el 69,7% reportó piso de material, mientras que el 30,8% dijo tener piso de tierra. En cuanto a la propiedad del terreno en la que se encuentra plantada la vivienda, el 65,3% se encuentra asentada sobre terrenos fiscales, el 34,7% en terrenos propios. Ello muestra que, para un porcentaje importante de la población originaria local, aún no se ha cumplido con el derecho histórico de los pueblos originarios sobre este territorio, con la adjudicación de forma individual o colectiva de tierras aptas y suficientes para el desarrollo humano.

En lo que respecta al servicio sanitario, el 50,2% de la población cuenta con baño instalado y el 49,8% con letrina. En cuanto a la ubicación del mismo, el 53,1% reportó tenerlo por fuera de la vivienda, el 46,9% dijo que el mismo se encontraba en el interior.

Por último, en lo que a servicios públicos se refiere, el 100% de la población cuenta con agua potable lo cual implica diversas modalidades de conexión: agua potable por cañería dentro de la vivienda, fuera de la vivienda pero dentro del terreno, y fuera del terreno. Si solamente se considera la provisión de agua por cañería dentro de la vivienda, las cifras se reducirían considerablemente. Además, el 100% cuenta con servicio de luz eléctrica (No discriminándose conexiones legales e ilegales). La totalidad de la población encuestada no cuenta con servicio de red cloacal sino desagües a cielo abierto, ni posee acceso a la red de gas natural.

Cobertura en salud

El 87,9% es usuaria del sistema de salud público; el 9,8% cuenta con obra social; el 1,5% se encuentra cubierto por PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados), con mutual prepaga el 0,5%, y con servicio de emergencia domiciliaria 0,3% de la población encuestada. Los resultados muestran que el sistema público de salud es la principal cobertura de salud de la población encuestada.

En lo que refiere a la utilización del sistema de servicio público, el 85,04% de la población declaró asistir a algún Centro de Atención Primaria de la Salud

(CAPS) tanto municipales como provinciales; mientras que el restante 14,06% declaro no asistir a ninguno. El porcentaje mayor de no asistencia se observa en el distrito Norte, aunque las cifras son muy similares entre los tres distritos.

Personas con enfermedades reumáticas o musculo-esqueléticas

De las personas encuestadas (1757), en el 46,4% (816) se identificaron enfermedades musculo-esqueléticas o reumáticas. Del amplio grupo de enfermedades que implican, el 2,3% presentó artritis reumatoide. Dentro de este último grupo de personas se realizaron las entrevistas durante la etapa antropológica del estudio. Los resultados siguientes corresponden a estas entrevistas.

Sistema de salud. Diagnóstico, tratamiento, circuitos alternativos y estrategias de atención.

El amplio desarrollo de la estrategia de atención primaria de la salud en Rosario, garantiza la presencia de efectores del primer nivel de atención cercano a los asentamientos irregulares en el municipio, con 80 centros de gestión provincial y municipal. La red de atención se cumplimenta con 16 establecimientos de segundo y tercer nivel de atención estableciendo un sistema de referencia-contrareferencia. La referencia implica la derivación de un paciente desde un efector de menos capacidad de resolución hacia otro de mayor o igual capacidad de asistencia, para complementación diagnóstica o terapéutica, mientras que como contrarreferencia se entiende la derivación del paciente en sentido inverso, se lo reenvía al establecimiento al que adscribe, junto con la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial. Si el profesional evalúa la necesidad de una interconsulta con el segundo o tercer nivel de atención, se deriva al paciente con turno programado a alguno de los hospitales del segundo nivel. De esta manera funciona un sistema de cupos y gestión de turnos para consultas a especialistas y prácticas provistas por el segundo y tercer nivel de atención. En los hospitales se realizan los estudios y las internaciones cuando son necesarias. Luego el paciente debe continuar su tratamiento ambulatorio con el médico del centro de salud, incluyendo la recepción de la medicación en el centro de atención primaria. De este modo se conforma una red que se completa con la distribución gratuita de

medicamentos y el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES), con ambulancias para traslados y emergencias.

Por otra parte, en lo referido a las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas no poseen un programa nacional específico de cobertura que garantice el seguimiento del tratamiento de cada paciente ya que este grupo de enfermedades no han sido priorizadas por la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles del Ministerio de Salud Pública. Ello también implica que no se cuente con información específica desde el área de Vigilancia Epidemiológica para este grupo de enfermedades por no encontrarse dentro de los 95 eventos de notificación obligatoria.

Circuitos de atención de la salud y prácticas terapéuticas a las que recurren los grupos de comunidades qom

A los fines de analizar las prácticas terapéuticas vinculadas a tratar enfermedades reumáticas en población qom de la ciudad de Rosario nos proponemos describir tanto los dispositivos que desde el sistema sanitario se ponen a disposición de dicha población como las estrategias desplegadas por ellos mismos en relación a sus padecimientos.

Acordamos con Lorenzetti quien entiende a “la producción de salud, desde la biomedicina, como una forma de instituir un ordenamiento social donde distintos agentes sociales, con desigual capacidad de decisión y acción social participan definiendo cómo y qué cuestiones conciernen al ámbito de la salud” (Lorenzetti 2011:2) Desde este punto de vista, el ordenamiento social que presupone la producción de la salud remite a una lógica que permea tanto a los mecanismos burocráticos de atención de la salud como a la relación médico paciente; dicha lógica es ajena a la de los pueblos originarios.

Los relatos recuperados por las entrevistas en relación al proceso de diagnóstico y atención en el sistema público de salud, evidencian una serie de dificultades que encuentran los pacientes. Los problemas identificados son: 1- Los relacionados con la articulación de la red de servicios de salud, y los 2- Relacionados con las diferentes concepciones respecto de la “salud/enfermedad”.

En relación a la primera instancia de análisis encontramos la implementación de una serie de mecanismos que regulan el modo de acceso a

los diferentes servicios y moldean el tipo de demanda que será recepcionada. Se identificaron, en relación a esta instancia, problemas de articulación entre los niveles de complejidad entre: efectores de gestión municipal y provincial, y en relación a la distribución de medicamentos y con el Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES). La articulación de los efectores de distinto nivel de complejidad a través de la entrega personalizada de turnos, en el primer nivel de atención, no logra la efectividad necesaria en la atención, lo cual se refleja, en muchos casos en la falta de un temprano diagnóstico de las enfermedades reumáticas. Los entrevistados atribuyen la falta de diagnóstico al largo tiempo recorrido entre la atención en el primer nivel y en el segundo. Por otro lado, también expresan que las condiciones en que tienen que esperar por los turnos (como la espera en la calle en horas de la madrugada, expuestos al frío o al calor) afectan a su estado de salud, lo cual influye en la pérdida de interés del afectado a seguir participando del sistema médico. Una de las mujeres entrevistadas expresa:

S: *“Y yo a veces moribunda me iba a las cuatro y media de la mañana, frío o calor, como sea, pero yo me ponía ahí para conseguir turno para el doctor H” (médico del centro de salud) Registro 6*

Por otro lado, la población elabora estrategias para agilizar los tiempos como la consulta directa al efector del 2º nivel de atención, pero eso rompe con la estrategia de los CAPS que, al priorizar como puerta de entrada al primer nivel de atención, pretende facilitar a la comunidad el acceso a los servicios de salud. La consulta directa de la población al 2º nivel de atención invalida esta política.

Así mismo, se suma al primer grupo de problemas mencionado anteriormente, que la distribución gratuita de medicamentos no siempre se traduce en la adquisición, por parte del enfermo, de la medicación correspondiente a su enfermedad, ya que en muchos casos, los entrevistados no contaban con parte de la medicación que necesitaban. Algunas posibilidades explicativas a esta falencia podrían ser que hubiera faltante de insumos en las instituciones de salud, o podría tratarse de una expresión de la falta de continuidad del paciente, en relación a su tratamiento biomédico. Ambas posibilidades podrán evaluarse en futuras indagaciones.

Otro de los problemas identificados se vincula con la relación médico/paciente. En primer lugar nos parece importante destacar que el personal médico de CAPS tiene movilidad, muchas veces solicitada por el propio profesional, otras determinada por el efector. Consideramos que la rotación de los profesionales de sus puestos de trabajo genera una pérdida de la eficacia del tratamiento, desde el punto de vista del paciente, ya que se pierde la relación de confianza que existía con el médico que se ha trasladado. Los cambios en el personal generan malestar en la población que pueden ser determinantes de abandono de tratamientos o cambios de efector para la atención de su salud.

Por otro lado, desde los sectores de la salud pública se interpreta la interrupción de los tratamientos a causa de “barreras culturales”: “los qom tienen otros tiempos, no hablan, no entienden, no concurren al hospital, tienen alta tolerancia al dolor y vienen cuando están muy deteriorados”, etc. Sin embargo hay una recurrencia en el discurso qom sobre la idea de que falta comunicación entre el médico y el paciente: “no me explican nada” “no me dice nada” “cuando le pregunto a la doctora me dice siempre: después hablamos”.

Además, advertimos que en la práctica médica concreta, el cuerpo es concebido como una máquina, al que se somete a todo tipo de prácticas invasivas. Mostrar un cuerpo doloroso y sufriente es “evidencia” de la enfermedad. Desde tal concepción las acciones apuntan a paliar el dolor, a reducir el dolor físico por medio de la medicalización. Sin embargo las nociones de dolor y de cuerpo están integradas a una visión del mundo, que cada sociedad elabora simbólicamente, siendo la visión del cuerpo occidental distinta de la de los pueblos originarios.

Las áreas corporales más comprometidas por la enfermedad en los casos diagnosticados son las manos, pie, piernas, rodillas llegando en algunos casos a impedir el normal desenvolvimiento en su vida cotidiana. El avance de la enfermedad genera distintos grados de incapacidad: en los casos más leves el dolor impide la realización normal de las tareas (trabajo, tareas domésticas) mientras que en los casos más graves se observan cuadros de discapacidad permanente y dependencia total de terceros.

Las trayectorias terapéuticas adoptadas por la población estudiada se encuentran relacionadas no sólo con la forma de acceso a Salud pública sino con el significado atribuido a la enfermedad, adhiriendo a otros sistemas de referencia

como: tratamientos realizados por iniciativa del paciente con herbolaria o remedios caseros, curas tradicionales en manos de shamanes o piogonak y curas relacionadas con la danza o el rezo en el marco de rituales pentecostales, religión que atraviesa a gran cantidad de la población qom.

En cuanto a la concepción del origen de la enfermedad encontramos que es asociado por los integrantes de la comunidad a diversas causas: consumo de carne vacuna, condiciones climáticas, cansancio y daño (retomaremos este punto más adelante en nuestra exposición).

I: Y yo ya pensaba de otra cosa, pensaba de mal. YO le dije, al final si no tengo nada que es, qué es lo que tengo entonces... como no van a detectar los doctores, son los especialistas, yo decía no sé, ya... Hay muchos, viste que nuestra... osea, nuestra raza dice otra cosa, que te pueden hacer mal, maldad... (Registro N°9 – p.6)

Las condiciones ambientales son muy importantes para la persistencia de la inflamación reumatoidea. En algunos entrevistados percibimos una asociación directa de mejoría cuando retornaban a su lugar de origen. Este hecho puede ser explicado de diferentes maneras:

1- Retornar a su lugar de origen implica una búsqueda de su medicina tradicional, sus propias herboristería, sus propios médicos.

2- Aunque no todos creen aún en sus piogonak por causa del lucro que ellos efectúan con la cura, muchos de nuestros entrevistados refieren una mejoría no permanente en ese acercamiento. La eficacia que produce el reencuentro con sus valores simbólicos, repercute en una mejoría física, la cura shamánica vuelve comprensible esas causas de enfermedad.

3- El alivio en el dolor quizá se deba a la comprensión de cuál es el mal que lo aqueja a diferencia de la falta de explicación o falta de comprensión simbólica a las respuestas de los profesionales de los CAPS. Del mismo modo se manifiesta la falta de poder terapéutico en cuanto a la disminución del dolor, cuando la pastillas otorgadas cambian su color.⁵

5 Fue interesante observar que los pacientes atribuían la falta de efecto del diclofenax porque el laboratorio que utilizaban con frecuencia en la Salud Pública realizaba las cápsulas de color verde a diferencia de las monodrogas realizadas en LEM (Laboratorio de especialidades médicas) quienes las

4- Si bien no hay cura, el alivio puede ser producto de las diferencias climáticas, viajan a climas secos de una ciudad terriblemente húmeda como Rosario.

Estrategias de atención/diagnóstico por fuera del circuito biomédico

Junto con el sistema biomédico – en algunos casos de forma paralela – simultánea- hemos podido identificar un conjunto de estrategias que buscan atención del padecer de acuerdo con sistema de creencias, valores y de acción ajeno a aquel de la medicina occidental y que podrían calificarse, no sin discusión, como “tradicionales”. Dichas estrategias pueden clasificarse atendiendo a tres grandes categorías, a saber:

- 1) Chamanismo (práctica que aparece la mayor parte de las veces vinculada a la concepción de la enfermedad como daño-envidia)
- 2) Sanación en el contexto de los “cultos evangelio”
- 3) Farmacopea

Como veremos, en la práctica las mismas no son excluyentes entre sí ni con el sistema de atención biomédico, aunque las contradicciones que a nivel del sistema de valores ideal queda evidenciada en la reserva de nuestros interlocutores a la hora de referirse a ellas, particularmente en lo que a las prácticas chamánicas refiere. A continuación reproduciremos de forma mayormente descriptiva, sin mayores pretensiones analíticas cómo consignan dichas alternativas/ u opciones a la hora de buscar atención y sobre todo, alivio, para sus padeceres. Lugo expondremos algunas reflexiones a partir de las cuales pensar la articulación de todos estos mecanismos/métodos sin mayores pretensiones analíticas (teniendo en cuenta el carácter provisorio de nuestros resultados de un trabajo de campo aún en curso.

- **Prácticas chamanísticas y noción de daño**

La referencia a la consulta a médicos tradicionales, chamanes o piogonaq presenta en nuestro trabajo de campo algunas características que vale la pena resaltar, en la medida en que presentan cierta singularidad respecto a lo

producción de color blanca. La pérdida de eficacia estaba vinculado a ese atributo “desconocido” por los pacientes.

mayormente señalado por la bibliografía especializada en el tema (Arenas 2003; Martínez 2011): la consulta o contacto con los médicos de la comunidad o pi'oGonaq no fue consignada abiertamente por nuestros interlocutores en la primer entrevista. En los casos en los que se hace referencia a ella, en ninguno fue apuntada como la primera opción de atención, aunque la noción de daño ha aparecido en algunos casos como una interpretación de la causa del padecer.

Asimismo, los informantes apelan a lo que puede señalarse como doble criterio a partir del cual suelen referirse a los individuos que actualmente practican el chamanismo: temporal ("los antiguos eran mejores") y espacial ("los del chaco son poderosos"). De tal modo los relatos se establece una clara diferencia entre pi'oGonaq grandes, con poder, que habitan en el Chaco y que suelen ser referidos como originarios de otras parcialidades y pi'oGonaq chicos, para referirse a los que pululan por el barrio y, que al decir de nuestros interlocutores, solo sirven para hacer daño.

A: No, no, eso si que no. Médicos de acá del barrio, no. No casi no hay... no hay médicos que son de acá del barrio, que sea un médico más o menos bueno, no, no.

E: ¿Acá en el barrio no?

A: No, no. Hay médicos, dicen, pero son médicos que muy poco, poco entienden.

E: ¿Y allá en el Chaco?

A: En el Chaco hay médicos fuertes, son médicos que, son médicos grandes, ya, que entienden todo, que hacen cosas, son... médicos que te sanan, dicen, que te sacan la enfermedad que tenés, o lo que vos quieras (Registro N°7 - p.8)

En tal sentido, la noción de daño- concebido como acto mágico cuyo objeto es procurar por medio de un mal que se causa a objeto sustituto de la persona a la que se desea dañar- cobra especial relevancia para nuestra descripción, particularmente entre los vecinos de Barrio Toba Municipal (Rouillón).

"C: que se yo digo... acá la gente, porque tu familia, digamos, nunca vio nada, digamos, pero aquí el daño existe, y hay mucho por la ignorancia de uno piensa, pero no, me voy a ver al doctor digo...

primero, ya veo que es otra cosa y no es lo que estoy pensando. (sonríe) Porque ya, como le decía a mi mamá, a veces soñaba cosas feas, como que si fuera nos estaban haciendo algo malo, pero bueno, si nos hacen digo, Dios nos está protegiendo, y le digo, bueno, voy al doctor. Para ver lo que me está pasando, si es lo que yo me imaginaba o si era por mi salud, pero tampoco sabía... Tan joven” (Registro 8).

A: Hay enfermedades que no. Y hay enfermedades que sí, que viene por daño. Hay de todo. Hay gente enferma por daño, pero esas personas (a las) que le hacen daño vos las vez que flaquita que está, que piel y hueso están, porque ese por daño viene a ser. Ese se mata, porque lo hacen sufrir, sufrir y sufrir, porque es daño. Pero la enfermedad, enferma que es una enfermedad que es una enfermedad nomás, se puede curar, eso se va al doctor, le dan remedios, al poco tiempo ya está, ya anda bien (...) al que le hacen daño le mandan al doctor y no sabe que es lo que tiene; le sacan... como es, le hacen los análisis, buscan la enfermedad, el doctor no sabe, no sabe lo que tiene ese paciente; es daño eso. Tiene que se otro médico el que sabe, pero entre médicos nomás. Y hay médicos grandes y hay médicos chicos (Registro N°7)

El carácter contradictorio y muchas veces ambiguo que adquiere la relación entre prácticas chamánicas y el cristianismo evangélico pentecostal qom, resultado de la crítica predicada por el movimiento “evangelio” (término nativo) hacia la religiosidad etnográfica toba– más aguda en sus comienzos durante la década de 1950, en la actualidad se presenta matizada como producto de la convergencia de un conjunto de factores cuyo análisis excede largamente los objetivos de la presente comunicación- se advierte en la siguiente descripción brindada durante la segunda de las entrevistas que realizáramos con uno de los vecinos del Barrio Toba Municipal del distrito oeste:

A: Como son médicos, y ese de noche cura, viste. Vos tenés una enfermedad, (...) en el medio del patio, una silla, y una mesa, y una sábana, y un plato y elte cura. Es como los dancistas, viste el vestimiento que tienen, idéntico

E: ¿el médico se viste igual que los dancistas?

A: Si, si. Bueno, empieza a correr al lado del enfermo...

E: ¿Corre también el médico, el pi'oxonaq? ¿és también un pi'oxonaq aunque sea de otra raza?

A: Si, pero él solo, el solo corre al lado del paciente. Y ese hombre es, tiene un cuchillo y con el mismo cuchillo se hinca la panza

E: ¿El mismo se hinca la panza?

A: El mismo. Y como es, es como si te está operando de la enfermedad, te está sacando la enfermedad, no es que es él... es como si que le está operando al paciente. Y después, viste que el paciente está tapado con una sábana blanca, y le ponen un plato ahí (se toca sus rodillas)

E: Sobre la falda del paciente

A: Si, aja. Y bueno, ahí saca todo, no seque, la enfermedad que tenía cae dentro del plato y ahí te muestra qué es esa cosa la enfermedad (...)
Algunos dicen que los que hay acá en el barrio nomás para hacerle daño a la otra persona. Por eso que hay alguno que dicen _'Mirá, te pago tanto y vos hacele daño a aquel', pero nada más. Por qué tiene que hacer eso? Pero como ese ya está, vos me decís lo que dice la Biblia dice que ya es hijo del diablo.

(Registro N°7 p. 9)

Aun cuando en el último tramo del pasaje anterior se señala el origen precristiano de estas prácticas, otorgándole una carga valorativa fuertemente negativa, también se señala una clara asociación entre los elementos rituales de estas últimas y las características de la liturgia en los cultos qom aparece al comienzo del relato, particularmente en relación a la danza, de allí el carácter ambiguo al que nos referíamos líneas arriba. La asociación entre danzas etnográficas y las expresiones dancísticas que tienen lugar en los cultos pentecostales qom ha sido profusamente señalada por la gran mayoría de las etnografías dedicadas al estudio del pentecostalismo toba (austral (Karsten 1915, Cordeu y Siffredi 1971, Miller 1979, Citro 2002; 2006; 2009; 2010; Ceriani Cernadas 2008 Ceriani Cernadas y Citro 2005) en las que prevalece una noción de la enfermedad como especie de posesión, la enfermedad como cuerpo extraño que habita el cuerpo y que requiere ser expulsarse (por extirpación, con la participación de un especialista que ejecuta la cura; por secreción por un enfermo que busca

expulsarla a partir de los fluidos corporales exudados a partir de la extenuación física; por medio de una secuencia que combina ambos mecanismos). Como veremos en el siguiente punto, también desde la doctrina de la *sanidad divina*, tal y como ésta es practicada por los qom en sus iglesias, se mantiene implícita esta concepción de la enfermedad.

- **Sanidad divina y danza**

Lo que hoy conocemos como pentecostalismo toba es el fruto de un largo proceso de evangelización que puede remontarse a los primeros contactos de los grupos guaicurúes con los colonizadores, en tanto primeros antecedentes de contacto con el cristianismo. La experiencia evangelizadora católica, que incluyó la creación de algunas misiones católicas como las de Laishí y Tacaglé (en lo que constituye en la actualidad el territorio de la provincia de Formosa) y Nueva Pompeya (en la provincia del Chaco), a nuestro juicio la incidencia que históricamente ha tenido el catolicismo entre los qom ha sido muy moderada⁶. En contraste, la conversión al pentecostalismo de gran parte de los qom tobas argentinos (de las provincias del Chaco y Formosa por igual) ha impactado fuertemente en su religiosidad etnográfica. La expansión del movimiento “evangelio” entre los tobas ha resultado en la gestación de una forma propia religiosidad, producto del sincretismo religioso entre cristianismo y el sistema de creencias de estos grupos aborígenes del Chaco.

A juicio de Heusch (1973) “(...) todo sistema mágico-religioso se encuentra fundado sobre la prohibición de la enfermedad de la que se deriva un conjunto variable de reglas positivas y negativas con las cuales tanto hombres como dioses, hacen trampa”. En tal sentido, siguiendo a Heusch (1973) no pocos aspectos de los sistemas mágico-religiosos representan una respuesta tanto a las alteraciones del espíritu como a las del cuerpo. Al interior de dichos sistemas la enfermedad, concebida por el autor como epifanía, resulta o bien de la intrusión

⁶ Tener en cuenta la Misión San Javier, en el chaco Santafecino con los mocovíes (ver a este respecto Dalla Corte) y un intento actual de intento de evangelización como el encarado, ya en un contexto periurbano como es el barrio Los Pumas en el NO de la ciudad de Rosario, por la hermana franciscana María C. Jordán.

de un objeto o espíritu patógeno o bien de la captura del alma del enfermo, siendo el primero el caso mayormente presente para la comunidad com.

Esta afirmación le cabe tanto a la religiosidad etnográfica de los qom (chamanismo), como a al pentecostalismo en general, que como señaláramos anteriormente, fuera adoptado por los tobas hacia mediados del pasado siglo, y que profesa como una de sus doctrinas más características la creencia en la **sanidad divina**. De acuerdo con el Diccionario de Historia de la Iglesia (Nelson 1989):

“Otra doctrina distintiva de los pentecostales es la de sanidad divina, doctrina que se basa en la creencia de que Cristo murió expiatoriamente por nuestras enfermedades tanto como por nuestros pecados y por consiguiente uno puede obtener por medio de la fe no sólo la sanidad espiritual sino también la sanidad física” (Vaccaro, G. O. y W. Nelson 1989: 840).

De acuerdo con esto, cobra especial relevancia en nuestro registro la referencias, algunas de forma directa y otras de forma indirecta a través de los sueños, la danza en los cultos pentecosles qom como forma de aliviar el padecer.

-Suegra de Oscar: Yo voy los viernes allá, hoy no fui porque me sentía “dolorosa”, la semana pasada fui un sábado. Y llegué el lunes.

Allá están haciendo un encuentro de dancistas, llegaron dos colectivos del Chaco. Ayer vinieron más gente todavía, pero de la otra iglesia, de la pentecostal, la anterior era de la “Evangélica Unida”.

-Marcela: ¿Y ustedes danzan?

-Suegra de Oscar: ¡Sí! ¡Todos! Eso a veces andamos así un día bien un día mal, pero confiamos a Dios, esa es la única forma.

-Marcela: ¿Y después de la danza como quedan sus huesos?

-Suegra de Oscar: Te sentís bien, yo el jueves cuando me fui estaba re mal, dolorida triste, así estoy. Y a los dos días me sentía bien. Pero ayer me agarró otra vez ese dolor de la hinchazón de cara.

Coincidimos plenamente con Heusch cuando señala, desde una perspectiva que podría calificarse de mausseana, la existencia de técnicas corporales específicas en la búsqueda de la comunicación con lo divino. Es en tal sentido sostenemos que, la rueda espiritual, constituye una forma particular de plegaria o ***plegaría dancística***(Jáuregui 1997; Bonfiglioli 2004) concebida como técnica corporal extracotidiana como tal tiene por objeto lograr la comunicación entre dos términos polares situados en distintos niveles: por un lado la divinidad, por el otro los dancistas/fieles (Fernández 2008). En tal sentido, puede sostenerse que al menos para cierta parte del pentecostalismo qom, la rueda espiritual se erige como técnica corporal por excelencia del pentecostalismo toba para alcanzar la sanidad divina.

Sin ánimos de realizar un análisis exhaustivo de las prácticas terapéuticas no biomédicas que enmarcamos en los dos primeros puntos del presente apartado y aparecen descritas en los testimonios de nuestros informantes puede, adelantarse a modo de reflexión que, a diferencia de lo que ocurre con las danzas ejecutada por especialistas en las prácticas de cura, en la danza evangélica de los cultos la actuación de los dancistas se desdobra: por una parte obedece al esquema de la motivo individual (en este caso aliviar el padecer “gozo”, entendido la mayoría de las veces por los estudiosos del tema simple y llanamente como placer) en el caso resaltado por los autores que han estudiado las expresiones dancísticas de los qom desde la perspectiva de la performance⁷; por otra, es una actuación grupal realizada en representación y en beneficio de la comunidad entera (la homogeneidad de la indumentaria, de la coreografía, de la denominación de los danzantes) hace patente la existencia de un grupo como tal. En efecto, con el propósito de ser incluyentes, las coreografías son de una sencillez extrema). Igualmente importante resulta la reiteración coreográfica, uno de los elementos medulares de estos tipos de danza⁸, cuya importancia radica, más que en la transmisión de determinados sentidos, en la función de vehiculizar significados. Por último, en términos de ethos dancístico, coincidiendo con lo

⁷Es dicho desdoblamiento el que, a nuestro juicio, ha sido desatendido por los estudios de la danza y el canto del pentecostalismo qom desde la perspectiva de la performance en el ámbito de la antropología social y cultural argentina.

⁸Bonfiglioli señala un paralelo entre la repetición de patrones coreográficos sencillos viene a ser también el equivalente formal y semántico del mantra oriental

expresado algunas líneas arriba acerca de las técnicas corporales extracotidianas, lo importante es participar intensamente, sacrificando, si es posible, mucha energía muscular: cuanto mayor sea el sacrificio (dinero o energía corporal) mayor será la posibilidad de ser escuchados.

Así, en los rituales de cura citados subyace la misma concepción de la enfermedad como intrusión de un agente patógeno, puede decirse, como especie de posesión. Sin embargo, encontramos en dichas narraciones mecanismo distintos, que se dan ora por separado, ora combinados en el mismo ritual de sanación:

- Extirpación
- Soplo
- Secreción

Mientras las dos primeras implican el rol activo del médico especializado, en la que el enfermo adopta en estas técnicas un rol pasivo, en el tercer caso, quien padece la enfermedad adopta un rol activo en la cura. De tal forma, tenemos los siguientes pares de oposiciones correlativos:

Enfermo performer	/	Medico performer
Poseso	/	Especialista
Secreción	/	Extirpación

La continuidad se plantea en términos tanto de los mecanismos de cura como de la concepción de la enfermedad que subyace a cada uno de ellos. Sin embargo, el primer tipo implica una serie ritual de índole metafórica, mientras que el segundo implica un encadenamiento de carácter metonímico. Ambos tipos se encuentran vinculados por una relación de contigüidad en el tipo de sanación relevada y que describiéramos en destalles más arriba.

- **Remedios tradicionales**

En el actual grado de avance de nuestro trabajo de campo, se han relevado dos casos en los se hizo referencia al uso de plantas medicinales en el tratamiento de enfermedades reumáticas y malestares musculoesqueléticos. Ambos fueron relevados en entrevistas recabados a participantes del estudio radicados en los barrios del distrito noroeste de la ciudad, estando completamente ausente en el relato de las estrategias de tratamiento del padecer entre los vecinos encuestados en el Barrio Toba Municipal del distrito oeste.

Otro aspecto que resulta interesante señalar para estos dos casos refiere al tipo de medicación empleada, alcohol con ruda, lo cual recuerda a la difundida práctica del consumo de caña con ruda el primero de agosto de cada año.

“Mujer de Oscar: Le dieron unas pastillas pero tiró todo.

Marcela: ¿Te hacían mal?

Oscar: No yo preparo mi remedio.

Andrés: ¿Y qué te preparas?

Oscar: Alcohol con ruda” (Reg. P4)

- Se le preguntó si utilizaba remedios caseros. Respondió: *alcohol... y me calma bastante el dolor...* Cuando se le pregunta quien se lo dijo respondió: *mi abuela, mi abuela que vive en el Chaco, cuando fui en mayo me dijo que consiga...* Ella me dijo: *conseguite alcohol, ruda, tabaco, pero yo tabaco no se... no se conseguí. Todo eso lo mezclas en un alcohol y todas las noches te pasas en la parte por donde te duele. No solo donde te duele, sino,... en los nudos de los huesos en todo eso y si calma, calma bastante el dolor...* (Reg. P N°1)

Por último, tal vez el aspecto de mayor relevancia respecto a la articulación de las estrategias terapéuticas sea el hecho de que la utilización de esta forma de medicina tradicional supuso, el abandono del tratamiento biomédico.

Consideraciones finales.

Estudios epidemiológicos multicéntricos y multinacionales desarrollados en Latinoamérica por los grupos de estudio de lupus (GLADEL) y de artritis reumatoidea (GLADAR) han demostrado que existen diferencias significativas entre los distintos grupos étnicos estudiados, particularmente en cuanto a sus características sociodemográficas, edad de comienzo de la enfermedad, demora en el diagnóstico, características clínicas, como así también en la actividad y severidad de estas enfermedades. En el caso de GLADERPO resta aún establecer el trabajo comparativo entre los diferentes pueblos originarios, una vez finalizada las tres etapas aplicadas a los grupos seleccionados, se efectivizará la comparación. Si bien podríamos decir que los casos estudiados presentan similitudes en torno a la enfermedad, su condición de vida, su cercanía a efectores de salud o posibilidad de tratamiento terapéutico es muy disímil en los diferentes países, respondiendo a políticas públicas en salud con criterios inclusivos o exclusivos, sobre lo cual queda un trabajo pendiente aún.

Es importante resaltar que las formas de trabajo también pueden incidir en la enfermedad sobre todo desde el punto de vista que desde temprana edad realizan trabajos de mucho esfuerzo y expuesto a condiciones climáticas desfavorables. No es que recurren a la medicina tradicional porque falla el sistema de salud, sino que se duda de la efectividad del tratamiento médico porque opera simbólicamente el sistema tradicional, se duda de la eficacia del médico porque no se tiene participación alguna en la cura, interacción propia de los shamanes con los pacientes.

Nos parece importante destacar que paradójicamente, en la Universidad Nacional de Rosario se brinda la especialidad Reumatología, la cual garantiza la formación de recursos humanos capacitados para atender este tipo de patologías, sin embargo una de las dificultades que encuentran los equipos de salud, es la insuficiencia de dichos recursos para atender la demanda de la población. Algunas de las explicaciones que encontramos es la tendencia a los efectores privados, sumado a la falta de protocolo nacional.

Respecto de la articulación entre el sistema biomédico y las estrategias de atención por fuera del mismo, en la mayor parte de los casos la adopción de alguno de estas prácticas terapéuticas “alternativas” no supuso el abandono del

tratamiento biomédico sino que parecen articularse tanto entre sí como con el sistema de salud "formal". La articulación que en la práctica se da con gran fluidez, a nivel del sistema de creencias y valores aparece como ambiguo o contradictorio. Dicha contradicción, sin embargo, no parece presentarse entre sistema biomédico y sistema tradicional, sino entre prácticas chamanísticas y la sanación cristiana.

En los casos en los que sí se produjo tal abandono, el mismo se presenta más como una consecuencia de la falta de efectividad del tratamiento biomédico (en gran medida como consecuencia de lo que nuestros informantes consignan como falta de accesibilidad, demora en la entrega de la medicación entre otros factores) que como una primera opción a la hora de la búsqueda de alivio del malestar.

Por último, creemos pertinente resaltar que las reflexiones volcadas en el presente trabajo constituyen aproximaciones parciales y provisionarias, abiertas a la más amplia discusión académica.

Referencias bibliográficas

Bonfiglioli, C.

(2004) *La Epopeya de Cuauhtémoc en Tlacoachistahuaca. Un estudio de Contexto, Texto y Sistema En Antropología de la Danza*. Ed. Casa abierta la tiempo, UAM. México DF.

(2003) "La perspectiva sistémica en la antropología de la danza. Notas teórico metodológicas" En *Gazeta de Antropología*, N°19 – Artículo 30

<http://hdl.handle.net/10481/7345>

Ceriani Cernadas (2008) *Nuestros hermanos lamanitas. Indios y fronteras en la imaginación mormona*. Buenos Aires: Biblos,

Ceriani Cernadas y Citro (2005) "El movimiento del Evangelio entre los toba del Chaco Argentino. Una revisión histórica y etnográfica". En Guerreiro Jiménez, B.

(comp.) *De Indio a hermano: pentecostalismo indígena en América Latina*.

Iquique: Campus.

Citro, S.

(2010) "Memories of the 'Old Aboriginal Dances': The Toba and Mocoví Performances in the Argentine Chaco" En *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology*, Vol 15, No.2 pp.363-386.

(2009) *Cuerpos significantes. Travesías de una etnografía dialéctica*. Ed. Biblos. Buenos Aires, Argentina.

(2006) "El análisis de la performances: el caso de los cantos-danzas de los toba orientales." en Wilde, G. y P. Schamber (comp.) *Simbolismo, ritual y performance*. Ed. SB. Buenos Aires, Argentina.

(2003) "Navegando por las corrientes culturales y sus diques: una travesía etnográfica por los símbolos de autoadcripción de los toba takshik".

Ciências Sociais e Religião 5:68-98

- (2002) "Los cuerpos del poder: un análisis de las celebraciones religiosas tobas." *Religiao e sociedade*. Instituto de Estudos da Religiao, Río de Janeiro 22(1):123-142
- Cordeu, E.
1969, "Aproximación al horizonte mítico de los tobas" en *Revista Runa, archivo para las ciencias del Hombre*, vol. XII. Buenos Aires, Argentina.
- Cordeu, E. y A. Siffredi.
1971, *De la algarroba al algodón*. Juárez Editora. Buenos Aires, Argentina.
- Fernández, S.
(2008) "Religión y etnicidad. Los cultos pentecostales en el marco de la comunidad qom (toba) de Rosario". Tesis de licenciatura.
- Heusch, L. de
(1973) *Estructura y praxis. Ensayos de antropología teórica*. Ed. Siglo XXI. México.
- I. Peláez Ballestas y R. Burgos Vargas (2005) *La aproximación cualitativa en salud: una alternativa de investigación clínica de las enfermedades reumáticas*, En revista *ReumatolClin*. 2005; pp. 66-80, (Localizador web: Artículo 114.148).
- Jaúregui, 1997 "Plegaria musical y dancística" en *Rev. Alteridades* 7(13) pp. 69 – 82.
- Karsten (1915) *Indian Dances in the Gran Chaco*. Centraltryckeri: Helsingfors
- Lévi-Strauss, C.
(1968) *Lo crudo y lo cocido*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
(1972) *De la miel a las cenizas*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- (1979) "Introducción a la obra de Marcel Mauss" en Mauss, Marcel *Sociología y Antropología*. Ed. Tecnos. Madrid, España.
- (1984) *Antropología Estructural*. Ed. Eudeba. Buenos Aires, Argentina.
- (1993) *Antropología Estructural*. Ed. Planeta. Buenos Aires
- (2006) *El pensamiento salvaje*. Ed. Fondo de cultura Económica, México.
- Lorenzetti, M. (2011) "Relaciones interétnicas y prácticas de atención de la Salud en Chaco Salteño. Corpus archives virtuales de la alteridad Americana. Vo1, N° 2, Segundo semestre 2011 [http:// ppct.caicyt.gov.ar/index](http://ppct.caicyt.gov.ar/index).
- Mauss, Marcel. (1979) *Sociología y Antropología*. Ed. Tecnos. Madrid, España.
- Miller, E. (1979) *Los tobas argentinos. Armonía y disonancia en una sociedad*. Ed. Siglo XXI, México DF.
- Nelson, W.
(1974) *Diccionario Historia de la Iglesia. Una ventana a los primeros veinte siglos de la Iglesia*. Ed. Caribe. Miami. EE.UU.
- Valdata, M.
(2013) **Análisis antropológico sobre la aplicación de políticas públicas a Pueblos Originarios en la provincia de Santa Fe, República Argentina. Un estudio de caso. Universidad Regional Integrada, Sao Angelo, Brasil (en prensa)**
- (2011) "Breve ensayo sobre el canto y sus representaciones entre los qom". En Renold, J. M. (comp.) *Miradas antropológicas sobre la vida religiosa II. Una mirada al núcleo de religiosidad de la Fundación Niños del Mañana y otros ensayos*. Buenos Aires: Ciccus.
- (2004), "Los tobas frente a la omnipresencia del discurso colonial". III Jornadas Nacionales Espacio, Memoria e Identidad. Septiembre de 2004. Facultad de Humanidades y Artes. Universidad Nacional de Rosario. CD-ISBN 987-95463-9-3.

Wright, P. (2002) "Ser católico y ser evangelio: tiempo, historia y existencia en la religión toba" en Revista Antropológicas Año 6, vol. 13, Pp. 61-81
(2003) "Colonización del espacio, la palabra y el cuerpo en el Chaco argentino"
Horizontes Antropológicos nº19. Porto Alegre. Pp. 137-152
[http://www.ufpe.br/revistaanthropologicas/internas/volume13\(2\)/Artigo%203.pdf](http://www.ufpe.br/revistaanthropologicas/internas/volume13(2)/Artigo%203.pdf)