

Título: Mujeres madres y modelos de atención de Salud. El caso de la salud wichí en la Cuenca del Río Bermejo, San Martín, Salta, en la actualidad.

Autora: Camila Liberal

Estudiante avanzada de en la Lic. en Sociología, Universidad Nacional de Villa María- UNVM-. Integrante del equipo de investigación Intersecciones de género, raza/etnia, clase y edad en torno al ejercicio de los derechos sexuales y (no)reproductivos. UNVM, y del equipo de investigación E.L.A.P.S (Espacio Laboratorio de Arte/s, Performance/s y Subjetividad/es) Centro de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad. Nacional de Córdoba-UNC

Email: camilaliberal87@gmail.com

Mesa43; Los mercaderes del templo: la salud en tiempos de capitalismo global

Área del conocimiento: Sociología médica y estudios de género

Palabras claves: salud, wichí, mujeres madres, terapias de cuidado, modelo médico hegemónico, modelo médico tradicional

Resumen: Esta ponencia, tiene como objetivo, acercar el inicio del trabajo final de grado, para enriquecer este proceso con los aportes que surjan en estas jornadas. Como también aportar al debate en la discusión en el ámbito de la sociología de la salud y los estudios de género. Cabe aclarar que aquí no se comparten resultados finales obtenidos, sino todo lo contrario, los primeros interrogantes que surgen del dialogo de la teoría y los iniciales acercamientos a campo.

La propuesta del trabajo final de grado implica describir y analizar las terapias de cuidado que aplican las mujeres madres a sí mismas y dentro de su grupo familiar, permitiendo advertir cómo se articulan las relaciones de poder basadas en el género, la etnia y los modelos de salud. Esto también permitirá explicar el surgimiento, las tensiones entre modelo médico hegemónico y el modelo médico tradicional que surgen en las terapias de cuidado que se utilizan.

Teniendo en cuenta que el propósito de esta mesa es “*poner en común y discutir paradigmas, teorías y métodos de las ciencias sociales que procuran desentrañar distintos aspectos del proceso de salud/enfermedad/atención, en especial las desigualdades sociales y sus consecuencias en la salud de los colectivos sociales*” (Tercera Circular De Las Terceras Jornadas De Psicología UNCuyo, p 46), es que realice esta ponencia, para enriquecer a mi formación con el debate que de la misma surja.

Esta ponencia, tiene como objetivo, acercar el inicio del trabajo final de grado, para enriquecer este proceso con los aportes que surjan en estas jornadas. Como también aportar al debate en la discusión en el ámbito de la sociología de la salud y los estudios de género. Cabe aclarar que aquí no se comparten resultados finales obtenidos, sino todo lo contrario, los primeros interrogantes que surgen del dialogo de la teoría y los iniciales acercamientos a campo.

Para dar cuenta de mis primeros pasos en esta investigación estructurare el trabajo en tres apartados, el primero; *tema, pregunta de investigación, objetivos e hipótesis*, el segundo; *Una propuesta teórica para nuestro abordaje.*, y por ultimo; *Metodología, primeros acercamientos al campo y el dialogo con el marco teórico.*

i. Tema, pregunta de investigación, objetivos e hipótesis.

La cuenca del río Bermejo¹, constituye un área cultural en la que la interacción entre los distintos grupos indígenas desde antes de la Conquista ha generado rasgos compartidos en las prácticas de subsistencia, la organización sociopolítica y la cosmología (Gordillo, 2006; Dasso, 1999). Estos pueblos indígenas; wichí, toba, pilagá, fueron reclutados hasta aproximadamente mediados de siglo XX como mano de obra en la consolidación y expansión de la agroindustria azucarera en Salta y Jujuy, siendo sometidos a formas extremas de explotación (Gordillo, 1995). A partir de la mecanización de la zafra salto-jujeña en los años 60 y la interrupción de este empleo

¹ En estas poblaciones existe una gran dificultad para conocer la cantidad de población y su origen. A pesar de poder conocer por otros medios un dato estimativo, la mayoría de las comunidades están censadas por el INDEC como población rural (Esta categoría reúne a las localidades con una población menor a los 2.000 habitantes y que no forman parte de un aglomerado que supere dicha población). Los casos de las comunidades a estudiar no existen datos específicos del INDEC que den cuenta del total de la población de cada comunidad.

Por otro lado, en El 2004 y 2005 el INDEC relevó la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) con el objetivo de cuantificar y caracterizar la población que se reconoce perteneciente y/o descendiente de pueblos indígenas. De acuerdo a los resultados de la ECPI, hay 600.329 personas con esta característica. Si bien no existe un dato que cuantifique la cantidad de Wichí de esta zona en particular, podemos conocer la cantidad de Wichí en el total del país 40.036 de los cuales 36.149 pertenecen a Chaco, Formosa y Salta y 3.887 al resto del país.

temporal, acabó la fuente de ingresos que cubría la subsistencia de estos pueblos indígenas durante siete meses al año, que condujo a un mayor empobrecimiento relativo y a un incremento de la presión sobre la pesca, la caza y la recolección (Gordillo, 1995).

A pesar de las fuertes transformaciones que han sufrido en el territorio tras el avance de la frontera agrícola y ganadera (Boffa, 2014). Actualmente subsisten de las actividades de la recolección, la caza y la pesca en menor medida y de acuerdo a las estaciones del año (Dasso, 1999). Estas conviven con la principal actividad actual para la generación de ingresos en las comunidades wichí del este de Salta, en la cuenca del río Bermejo; la ocupación en trabajos temporales y la venta de artesanías. Que para las mujeres son los tejidos de *chaguar* y, para los hombres, producciones en madera de palo santo. Las materias primas necesarias se extraen del monte en el que viven. Paralelamente, se le suman algunos subsidios a los que les es posible acceder pero que resultan insuficientes para resolver la totalidad de sus necesidades elementales, como son la vestimenta, la alimentación, la escolaridad de sus hijos, el transporte, la atención a la salud, entre otras.

Este proyecto de investigación intenta contribuir al conocimiento de las prácticas de salud de la medicina wichí, a través de las actividades de documentación y difusión académica. De esta manera, aportar al debate que permita entender cómo surgen los cambios en el territorio, cuáles son los factores que operan y los significados que de los mismos existen en la comunidad.

La importancia de proyectar el estudio de las prácticas de medicina wichí y el significado que de ellas tienen los y las integrantes de la comunidad, resulta relevante para reconstruir los lazos entre la academia y las poblaciones que son privadas de participar en estos espacios. Por otro lado, permitirá entender cuáles son las prácticas sociales de la medicina wichí que siguen vigentes en la comunidad, y comprender cómo el proceso de incorporación al sistema hegemónico ha generado profundas transformaciones en ellas. Y más aún, pensar si es que las mismas han ido perdiendo legitimidad frente al avance de la medicina hegemónica, implementada principalmente desde el Estado. Los resultados de este proyecto pueden servir para evidenciar la necesidad de repensar las políticas públicas y las intervenciones en materia de salud en estas comunidades.

Por otra parte, este proyecto se plantea desde una perspectiva de género que contribuya a problematizar el lugar de las mujeres madres en las terapias de cuidado de

la salud en las comunidades wichí. Para esto se retomarán lecturas de la teoría feminista que deconstruyan el espacio doméstico y de cuidado como un lugar exclusivo de la mujer en la división sexual del trabajo. Además, se parte también de la sociología de la salud, con la intención central de estudiar cómo la variable étnica estaría incidiendo en relación a la aplicación de las diferentes terapias que conviven en las comunidades wichí en la actualidad. Se busca así problematizar la relación que existe entre los diversos modelos de atención a la salud y la enfermedad que conviven en las comunidades indígenas rurales y que son aplicados por las mujeres madres a sus hijos y grupos familiares que tiene a cargo (Modena, 1990).

La propuesta implica describir y analizar las terapias de cuidado que aplican las mujeres madres a sí mismas y dentro de su grupo familiar, permitiendo advertir cómo se articulan las relaciones de poder basadas en el género, la etnia y los modelos de salud. Esto también permitirá explicar el surgimiento, las tensiones entre Modelo Médico Hegemónico² (en adelante MMH) y el Modelo Médico Tradicional³ (en adelante MMT) que surgen en las terapias de cuidado que se utilizan.

Cabe aclarar que el MMH está representado por el centro de salud zonal público que cuenta con un médico, un odontólogo, dos enfermeros y agentes sanitarios en la zona programática⁴ a estudiar. En cambio, en el MMT destacamos el uso de plantas nativas y de remedios caseros, la asistencia de parteras, el tratamiento de algunas dolencias con la curandera, entre otras. La intención es dar cuenta de cómo se articulan y conviven en la práctica estos modelos de atención, permitiendo observar la pluralidad de posibles aplicaciones de terapias de cuidado. Es decir, si esta articulación es complementaria, contradictoria, excluyente o subordinada en cada problemática de salud, ya sea respiratoria, digestiva, ginecológica⁵ (embarazo, parto, menstruación, cáncer de útero), entre otras.

² Menéndez (1992) explica que dentro del MMH se pueden reconocer las siguientes características estructurales, en sus palabras: “Biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, sociabilidad, individualismo(...), la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores”, en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada,” (102).

³En contraste, el MMT se presenta como la otra parte necesaria de la relación de hegemonía/subordinación, presentes entre ambos modelos. Una de las características fundamentales de este MMT es en primer lugar, su la eficacia simbólica, en contraste con la eficacia racional del MMH. En segundo, su tendencia al pragmatismo. Y por último su legitimidad comunal e identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica (Menéndez 1994, 1992).

⁴ La zona programática es aquella que el Estado le ha asignado al médico y a los agentes sanitarios como zona geográfica de trabajo.

⁵ El uso de la palabra “ginecológica” es propia del MMH y no correspondería trasportarla al MMT. Sin embargo, en este proyecto se utiliza como categoría para referenciar a situaciones de embarazo, control de

Objetivo del trabajo

Objetivo General

- Analizar las terapias del cuidado de la salud que aplican las Mujeres Madres y su lugar como terapeutas familiares en la comunidad indígena Wichí de la cuenca del Río Bermejo, departamento de San Martín, Salta, en la actualidad.

Objetivos Específicos

- Caracterizar el uso de la medicina tradicional wichí, y su relación con otros modelos de atención que existen en la comunidad.
- Identificar las particularidades que adopta el MMH en la atención de la salud y la enfermedad de la comunidades wichí de en la cuenca del Río Bermejo.
- Reconstruir el concepto de salud que tiene la propia comunidad.

ii. Una propuesta teórica para nuestro abordaje.

a- Marco Teórico

En el marco de este trabajo, es imprescindible evidenciar lo que se entiende por los diferentes *modelos médicos* y reflexionar acerca de la relación que existe entre ellos. Para esto se parte de la perspectiva teórica expuesta por Eduardo Menéndez. Aunque este autor plantea la existencia de tres modelos médicos, aquí se retomarán sobre todo dos: el *modelo médico hegemónico* (MMH) y el *modelo médico tradicional* (MMT).

Menéndez (1992) explica que dentro del MMH se pueden reconocer las siguientes características estructurales, en sus palabras:

“Biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, sociabilidad, individualismo(...), la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores”, en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada,” (p, 102).

Estas características permiten su permanencia como hegemónico. Por ejemplo, que sea legítimo jurídica y académicamente le asegura un lugar privilegiado en relación a

embarazo, parto, “mal de matriz”, menstruación, anticoncepción y aborto, entre otros cuestiones del sistema reproductor femenino.

otros modelos de atención a la salud, que conviven en el mismo espacio social. Como en nuestro caso son las comunidades wichí de la cuenca del río Bermejo, donde conviven el MMH y el MMT. Asimismo, Menéndez (1992) agrega más características estructurales al MMH: la *“identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, (...) tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia en dominio a la cuantificación sobre la calidad.”* (102). Estas refuerzan aún más su posición hegemónica. En específico, este modelo MMH, está representado en las comunidades a investigar en el sistema de salud pública, nucleado en Misión Chaqueña y cuenta con un centro de salud

En contraste, el MMT se presenta como la otra parte necesaria de la relación de hegemonía/subordinación, presentes entre ambos modelos. En nuestra investigación buscaremos dar el matiz particular de cada uno de estos modelos y de su relación, en estas comunidades wichí. Donde las mujeres madres son las que articulan y sintetizan la aplicación y uso real de los mismos, al descansar sobre ellas las tareas de cuidado dentro del grupo familiar.

Parafraseando a Menéndez (1994), la articulación entre ambos tipos de atención debe ser pensada primero en el nivel de las prácticas y representaciones de los grupos subalternos y, posteriormente, en el de los servicios y los curadores especializados. Ya que son los sujetos y grupos sociales los que, crean en sus vidas, en función de sus necesidades y posibilidades, estas articulaciones independientemente de que los servicios de uno u otro tipo se opongan, reconozcan y/o incluyan dichos procesos de articulación.⁶

De esta manera buscar lo “tradicional en sí” constituiría un error metodológico, al aislarlo del conjunto de prácticas y representaciones que opera en el grupo concreto a investigar. Por lo que basarse en el *sistema relacional* en el cual se desarrolla este sistema es la clave para llevar a cabo nuestro trabajo de investigación. Por otro lado, existe la tendencia en América Latina⁷ de pensar lo tradicional como no modificable o poco modificable, lo que remite a una suerte de esencialismo cultural, donde esta se

⁶ Más aún, son los conjuntos sociales los que, en función de sus necesidades, construyen nuevas eficacias simbólicas. Si bien los diferentes procesos económico-políticos e ideológicos erosionan y eliminan formas “tradicionales” de eficacia simbólica “curativa”, ello no supone que la eficacia simbólica desaparezca del proceso s/e/a. (Menéndez, 1994, p. 81)

⁷ Menéndez (1994) explica que opera en tendencias académicas pero también ideológico-políticas, según las cuales la medicina tradicional es pensada como no modificable, poco modificable o no modificable en lo sustantivo. Remite, conscientemente o no, a una suerte de esencialismo que en sus versiones más radicales propone la reproducción cultural de sí misma o inclusive su desaparición por incompatibilidad con los procesos dominantes.(p. 75)

autoreproduce o tiene a su desaparición. Para observar el MMT en las comunidades wichí, debemos dar cuenta de las transformaciones que han surgido en el mismo a raíz de la relación con el conjunto de prácticas que operan en estas comunidades.

Una de las características fundamentales de este MMT es en primer lugar, su la eficacia simbólica, en contraste con la eficacia racional del MMH. En segundo, su tendencia al pragmatismo. Y por último su legitimidad comunal e identificación con una determinada racionalidad técnica y simbólica (Menéndez 1994, 1992). De esta manera, la medicina tradicional wichí podría ser problematizada desde este concepto de MMT, teniendo en cuenta que existen terapias de cuidado reconocidas como tradicionales y vinculadas a un pasado cargado de valores, pero ampliando su alcance al uso que se hacen en el presente de las mismas. En ese sentido, el proyecto intenta dar cuenta de cómo las prácticas de medicina Wichí han subsistido, se han transformado y permanecen vigentes con nuevos significados. Asimismo, Menéndez plantea que la relación que existe entre ambos es, más bien, de carácter de complementación y subordinación, y no de oposición. Sin embargo, se buscará reflexionar sobre la dinámica de este vínculo en el caso concreto a investigar.

Estudiar los *modelos médicos* permite observar su funcionamiento en un momento histórico concreto y las vinculaciones entre ellos. Sin embargo, considero necesario dar cuenta de las condiciones sociales de existencia⁸ que constituyen el escenario donde estos modelos se despliegan. Asimismo, poder reflexionar acerca del proceso social de la salud. Para esto se retoma el concepto de *factores determinantes de la salud* de Roberto Castro.

El autor analiza cómo la sociología construye sus objetos, postulando un modelo social: “*Los factores culturales y socioeconómicos juegan un papel más importante que los biológicos en la producción de las variaciones en los niveles de salud que se advierten en las diversas sociedades*” (Castro, 2013, p. 15). En específico propone tres niveles para estos determinantes sociales de la salud. El primero, de mayor alcance, implica la globalización y el calentamiento global. El segundo nivel, el modo de producción, la clase social (pobreza) y la condición de género. Y el tercer nivel hace referencia a variables intermedias como el proceso de trabajo y apoyo social. En este

⁸ “El proceso salud/enfermedad/atención, así como sus significaciones, se ha desarrollado dentro de un proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Este proceso histórico está caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que opera entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos”. (Menendez, 1994, p. 72)

trabajo se preguntará acerca de “*los determinantes sociales (no biomédicos) de salud y la enfermedad, y en segundo nivel, problematizar el concepto mismo de salud y demostrar su carácter socialmente construido*” (Castro, 2013, p. 16).

Al sostener que los determinantes sociales de la salud se encuentran más en el plano social que en el biológico, considero que será necesario para esta investigación analizar el contexto en el que las mujeres madres desarrollan su terapéutica, como lo es el impacto del avance de la frontera de producción, la expropiación de las tierras y el desmonte, propios del modo de producción capitalista. Permitiendo a su vez, dar cuenta de la construcción relacional del MMT,⁹

Chris Van Dam (2008) explica que Salta es una de las provincias con mayores índices de concentración de la propiedad, donde solo el 0,4% de las tierras son parcelas de menos de 25 has. Mientras que el 63% son de más de 5000 has.

Hacia finales del siglo XX, en la región Chaco-Salteña el avance de la tecnología permitió a los propietarios privados convertir estas grandes extensiones de territorios (con sus ríos, bosques y selvas), hasta el momento marginales para la agricultura, en lugares aptos para actividades extractivas y -sobre todo- para el cultivo de la soja (Lattud y Neiman, 2005, p. 60).

Por lo que, el histórico proceso de concentración territorial fue acompañado por la creciente sojización del terreno y consecuentes desmonte. (Boffa, 2014, p. 4). La situación de las comunidades rurales Wichí con respecto al avance de la frontera agrícola en el departamento de San Martín, Salta, durante el periodo desde 1990 a 2011, fue una historia de degradación ambiental y cultural progresiva. Esta degradación fue variando en etapas, fue lenta entre 1990 a 2004 y acelerada hacia el 2007, aminorando los últimos 3 años (2008 a 2011), pero sin esperanza de desaparecer, más bien al contrario, cobró una nueva fuerza en la actualidad (Boffa, 2012).

Por otra parte, ya en el plano de los individuos, se retoma el concepto *de terapias de cuidado* para hacer referencia a las diversas prácticas de cuidado que las mujeres madres como administradoras de los recursos, conocedoras de la realidad de sus hogares, cuidadoras de la familia y salud, realizan a sus hijos principalmente y a ellas

⁹ Es obvio que en la medida que incluyamos los procesos de hegemonía/subalternidad de los grupos indígenas americanos el conjunto de características enumeradas respecto de procesos de salud/enfermedad/ atención, debe ser relacionado con procesos económico-políticos que condicionan y, en algunos aspectos, determinan estos procesos diferenciales. (Menéndez:1994, p. 79)

mimas. Esta tarea la llevan a cabo ante una necesidad de asistir, colaborar, prevenir, atender el cuidado de la salud. Una terapia puede ser aplicada por ellas mismas, por un médico, un curador.

Asimismo, con terapias entendemos tanto las que responden a la medicina tradicional, la medicina alopática, como también prácticas de autoatención. No solamente están circunscriptas al momento de una enfermedad, sino que tienen que ver con un concepto de cuidado más amplio.

Es necesario aclarar que se trabaja con *mujeres madres indígenas* porque, en la división sexual del trabajo, en ellas descansa la responsabilidad de atender, entre múltiples prácticas del cuidado, a la salud de la familia, especialmente menores y ancianas y ancianos. La perspectiva de género permite problematizar esta naturalización al partir de la distinción de los conceptos sexo y género. Esteban plantea que:

En el caso concreto de las mujeres supone teorizar, por ejemplo, que la responsabilización de las mujeres respecto al cuidado de las criaturas o enfermos, una división sexual del trabajo que restringe la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, se explica por una biología y una psicología diferencial que, en último extremo, se relaciona siempre con la capacidad reproductiva femenina (2006, p. 11).

Paralelamente, Modena señala que “*siempre eje e intermediario de las terapéuticas y fuente de decisiones y afectividad, la madre de familia (o una figura femenina sustituta) incluye en su actividad doméstica cotidiana la atención de dolencias familiares en el momento de su irrupción*” (1990, p. 126). Sin embargo, no son sólo mujeres madres, sino que además se trata de mujeres indígenas. Por consiguiente, será necesario considerar las especificidades de la división sexual del trabajo y otras dimensiones del género que son propias de las comunidades indígenas.

En ese sentido, no todas las mujeres son iguales, sino que existen otros criterios de diferenciación y subordinación como la etnia. Es necesario reconocer que el género no es el único principio rector de desigualdades. El concepto de *interseccionalidad* permite un análisis completo que defina relacionamente el género, la sexualidad, la raza y la clase como elementos que estructuran las relaciones de poder (Lugones, 2012, p. 133). Pese a esta aclaración, la intención de este trabajo es hacer foco en las problemáticas de género sin olvidarnos las otras dimensiones que definen conjuntamente las posiciones de poder e intervienen en la construcción de legitimidad y reconocimiento. Asimismo,

la interseccionalidad en tanto categoría nos permite pensar que hay jerarquías entre las mujeres y que algunas de ellas tienen poder cultural y económico sobre otras.

b- Antecedentes

Los pueblos originarios en Argentina han sido estudiados desde múltiples perspectivas, constituyéndose como sujetos de una problemática que cada vez adquiere mayor relevancia en el debate académico. En este apartado se recuperan los antecedentes más importantes que aportaron significativamente al proceso de elaboración del proyecto de investigación. En concreto, se pueden subdividir en dos grupos: por un lado, los que problematizan a la mujer indígena y, por el otro, los que se refieren a la salud en las comunidades wichí.

En primer lugar, el libro *Mujeres Indígenas en la Argentina: cuerpo, trabajo y poder*, coordinado por Silvia Hirsch (2008) constituye un antecedente fundamental para el estudio de género en las comunidades indígenas de Argentina. Esta es una de las primeras producciones que abordan la temática desde esta perspectiva. Hirsch da cuenta de la ausencia de los estudios de género en la etnografía argentina. Por ende, esboza los primeros antecedentes que pueden considerarse parte de este acervo que comienza sobre los estudios de la mujer indígena y finaliza con algunas contribuciones para pensar la antropología de género. Asimismo, se aborda el estudio de mujeres de diferentes comunidades indígenas, pero aquí nos interesa específicamente los capítulos referidos a las mujeres wichí. En concreto, Dasso (2008) investiga la menstruación y los rituales de iniciación desde una perspectiva clásica que busca reconstruir los mitos y creencias vinculados a este proceso biológico.

En esta línea de estudio de mujeres indígenas, centrándose en la problemática de género, Mariana Gómez (2016) investigó a las mujeres tobas (qom) del Oeste de Formosa. Su estudio problematiza la construcción cultural de la mujer toba en Lapacho Mocho, ubicado a 300 kilómetros aproximadamente de las comunidades donde se realizará el trabajo de campo. Es significativo recuperar elementos de la metodología, ya que realiza un estudio etnográfico y da cuenta de su llegada a la comunidad a través de una fundación, al igual que nuestro caso.

En cuanto a la cuestión de la salud, Mariana Lorenzetti ha estudiado en la provincia de Salta, específicamente el departamento de San Martín en donde realizaremos nuestra investigación. La autora problematiza la dimensión política de la salud, analizando la salud pública y la cuestión interétnica. De esta manera, pone en tensión las prácticas de

la Atención Primaria a la Salud y las nociones de salud-enfermedad propias de la comunidad wichí. En sus trabajos demuestra que *“los wichí desafían las concepciones de Salud- enfermedad hegemónicas, introduciendo otros aspectos que no quedan reducidos a una cuestión biomédica”* (Lorenzetti, 2013, p. 147). Este antecedente es fundamental para comprender los procesos de salud wichí.

Por otra parte, Gastón Gordillo (2006) ha estudiado en profundidad la zona del Gran Chaco desde diversas problemáticas, constituyéndose en un referente relevante para investigar este territorio. Él estudió los procesos de dominación y, desde la óptica de la salud tradicional, ha indicado al chamanismo como proceso de resistencia a la cultura hegemónica. En esta misma línea, Santamaría (2007) también estudia los procesos de dominación y ha advertido que tanto los sistemas de educación y salud son las dos formas centrales de penetración de la cultura hegemónica.

Por su parte Iosa y otros, (2013), desde un enfoque de psiquiatría comunitaria y en las comunidades wichí, tiene por objeto a la transmisión transgeneracional del trauma psicosocial. Describen la percepción del daño en el pasado y el presente, generado por el avance del ejército argentino en el proceso de consolidación del Estado Nacional. Asimismo, plantean que el genocidio va asumiendo diversas reconfiguraciones, siendo en la actualidad la invisibilización y la discriminación de los pueblos indígenas.

A través de entrevistas a mujeres madres de Las Lomitas, Formosa sobre las terapias de cuidado, Sturzenegger (1994) señala en su estudio que el itinerario terapéutico:

No es la obra de un terapeuta que guía a su paciente, sino de las decisiones a tientas del enfermo o de quien lo tiene a su cargo. Y en tal itinerario, no hay un encadenamiento de recursos en secuencia organizada; a lo sumo suele aparecer una combinación sincrónica de recursos que sigue, en especial, un criterio de complementariedad (p. 54).

Finalmente, los siguientes antecedentes han abordado la salud indígena desde una perspectiva de género y dando cuenta de los diferentes modelos de salud. En otras palabras, estos son las investigaciones más cercanas a este proyecto, pero se diferencian en cuanto a los pueblos indígenas que estudian. Drovetta señaló que, en la Puna, aun cuando la población es predominantemente indígena, *“el modelo de atención alopático se ha extendido a toda la región, dando lugar a la instalación de prácticas en salud que antiguamente resultaban impensadas en este tipo de comunidades, como el control del embarazo y el parto institucionalizado”* (2010: 189). Sin embargo, la autora plantea que

perduran ciertas prácticas terapéuticas tradicionales utilizadas sobre todo por las mujeres, pero también por los curadores indígenas especializados. De manera similar, en México, Canto y otros (2011) sostienen que, si bien existe una creciente demanda de la medicina hegemónica, no significa una pérdida de la medicina tradicional. En cambio, se da una continuidad dinámica y sujeta a transformaciones.

En cuanto a la vinculación de las mujeres indígenas con la salud, la investigación de Remorini (2010) sobre las comunidades Mbya nos permite relevar ciertos elementos a observar. Entre ellos está el papel principal de las mujeres en la resolución de problemas de salud, la utilización alternativa o combinada de terapias de cuidado de distintos modelos y la articulación con el “afuera” de la comunidad.

iii. Metodología, primeros acercamientos al campo y el dialogo con el marco teórico. *De la tierra al cielo*

a- Aspectos metodológicos

El diseño de investigación es de tipo cualitativo y de carácter descriptivo. El universo de estudio está compuesto por las comunidades wichí de la cuenca del Rio Bermejo, departamento de San Martín, provincia de Salta. Se ha optado por trabajar con las comunidades que corresponden al área programática del Centro de Salud Zonal de APS a cargo del Dr. Franco. En concreto son Misión Chaqueña (centro de referencia), La Esperanza, Misión Salim y Carboncito. Estas comunidades se encuentran a 45 km de la ciudad de Embarcación.

La factibilidad de este proyecto se sostiene por el contacto existente con los miembros de las comunidades, lo que asegura la posibilidad de acceso a campo. Desde hace dos años se han realizados viajes al territorio en el marco de mi trabajo en la Fundación Deuda Interna. De esta manera se ha logrado un vínculo de confianza y cercanía con las mujeres indígenas.

En cuanto a las técnicas de recolección de datos, se utilizarán la observación participante, entrevistas y análisis de documentos. En cuanto a la primera, se realizarán en la sala de espera del centro de Salud de la Zona, durante las visitas del Hospital Comunitario Móvil Dr. Salvador Maza¹⁰ y en el recorrido de plantas con las curanderas locales.

¹⁰ El Hospital Comunitario Móvil es uno de los proyectos de la Fundación Deuda Interna y suele realizar entre cuatro a cinco visitas anuales a las diferentes comunidades de la zona. Tiene un equipo de atención interdisciplinaria que cuenta con profesionales de la salud y de las ciencias sociales.

Las entrevistas se realizarán a las mujeres madres wichí de acuerdo a su disposición para colaborar con el proyecto. El método de muestreo será por bola de nieve y hasta alcanzar la saturación. El número muestral está prefijado en 10 casos; sin embargo, se deja abierta la posibilidad de desarrollar más entrevistas. Las entrevistas a mujeres de la comunidad busca indagar sobre el lugar que ocupan dentro de la división sexual del trabajo en la comunidades wichí, y el análisis de las diferentes terapias que son aplicadas por ellas, para llevar a cabo el cuidado de los miembros de su grupo a cargo.

Además, se realizarán entrevistas a actores sociales y miembros de la comunidad que se consideren relevantes como informantes clave. Entre ellos se han identificado: curadores tradicionales locales, parteras, profesionales de la salud de la zona (médico, odontólogos y enfermeras/os, agentes sanitarios), miembros del Hospital Comunitario Móvil “Dr. Salvador Maza” y caciques de las comunidades. Las entrevistas buscaran indagar sobre aspectos relacionados a los determinantes de la salud y las terapias de cuidado que son aplicadas y escogidas por las mujeres madres.

Finalmente, el análisis documental se centrará en los siguientes elementos: último censo del INDEC, la normativa jurídica referida a los derechos de las comunidades indígenas, los programas de salud (Médicos Comunitarios y Programa de Salud indígena), los relevamientos sociosanitario del Hospital Comunitario Móvil y el documento T.I.E.R.R.A (Tratado Interétnico para la refundación del Estado Argentino) y Manifiesto Wichí. Explorar la regulación jurídica que da marco a la atención de salud pública en las comunidades nos permitirá conocer la intervención estatal en materia de salud.

b- Primeros acercamientos al campo

De las primeras visitas al territorio, orientadas al cumplimiento de los objetivos que se plantean en el proyecto de investigación, se desprenden varias cuestiones a abordar en profundidad en las nuevas visitas y análisis de las entrevistas. Sin embargo, ya podemos observar primeros indicios acerca de la necesidad que existe en la comunidad de encontrar una solución al dialogo entre el MMH y el MMT, y asimismo un cuestionamiento al MMH (a pesar de exigir su presencia en la comunidad). Por otro lado, existe una necesidad de revalorizar el saber ancestral, esto surge a raíz de las demandas de la comunidad que se expresan en el documento T.I.E.R.R.A¹¹.

¹¹ Tratado Interétnico para la Refundación de la República Argentina. Este documento fue elaborado por la comunidad hace 7 años en el año 2010, en el primer congreso de los pueblos originarios en la Misión Chaqueña, donde se reúnen cada año los caciques y miembros de la comunidad, a revisarlo,

Queremos además la preservación y difusión del conocimiento ancestral medicinal y natural para que se institucionalice como aporte al conocimiento de las naciones del mundo y para que sea utilizado para el bien y la curación de nuestras enfermedades presentes y futuras. Exigimos también la inclusión en el sistema sanitario de los médicos tradicionales (chamanes) matronas de nuestras comunidades y facilitadores interculturales para que se vean reflejadas nuestras necesidades idiomáticas y culturales dentro del sistema sanitario nacional. (Documento T.I.E.R.R.A, 2015)

Tal como ha sido desarrollado, el MMH se caracteriza por su *“ahistoricidad, sociabilidad, individualismo(...), la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los “consumidores, legitimación jurídica¹² y académica de las prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada,”* (Menéndez, 1992, p.102). De las primeras entrevistas, en particular a la curandera y la partera, se desprende una fuerte preocupación por la legalidad. Ya que las demandas más importantes en sus relatos están vinculadas a resolver la amenaza que implica el riesgo latente a una denuncia penal en caso de que surja un resultado no esperado en la atención de los partos.

Aquí podemos ver claramente la *legitimación jurídica* que tiene el MMH, mientras que las parteras representan al MMT, que en este sentido no goza de ninguna *legitimidad legal*. Y aquí es necesario problematizar ¿Cómo podemos pensar nuevas formas de articular prácticas de salud de las parteras en un contexto de mayor seguridad sanitaria tanto, para la mujer que será atendida, como para las mismas parteras? ¿Es posible pensar una forma que contemple la cosmovisión de las prácticas de salud de la comunidad y garantizar la mayor seguridad en salud y en el ejercicio de la medicina?

Por otro lado, de una lectura de los programas de salud, se observa que en su mayoría no tienen en cuenta la variable étnica. Recién en el año 2005, cuando se crea e implementa una línea de acción tendiente a mejorar la salud y calidad de vida de los Pueblos Originarios basado en intervenciones socio-sanitarias con equipos comunitarios interdisciplinarios a través de programa de médicos comunitarios.¹³ Este da cuenta de

modificarlo, y defenderlo. En él se manifiestan las demandas más importantes para las comunidades de la Zona de Embarcación y la cuenca del Río Bermejo.

¹² El resaltado es personal, para destacar un rasgo a problematizar.

¹³ Objetivos específicos de Salud Indígena

una política pública en salud que tiene en cuenta la variable étnica en forma exclusiva (diferente a los programas de atención primaria a la salud, donde la atención a estas comunidades está contenida en categorías más amplias). En esta línea, será necesario problematizar cómo se configuró en la comunidad la aplicación de este programa e interrogarnos acerca de cuál fue el impacto que generó. Y, por otro lado, el cambio de las políticas públicas de salud y sus programas, con el cambio de gestión presidencial.

En marzo del año 2015, cuando se llevó a cabo el 1° Encuentro Intercultural de Mujeres las preocupaciones que surgieron ponían a la salud como prioridad y se hacía expresa esta carencia en la voz de las mujeres que participaron. Preocupación que fue renovada en los siguientes encuentros anuales (2° marzo de 2016 y 3° marzo de 2017) en la comunidad de Las Llanas.

Por otro lado, en estos encuentros se concluyó en la necesidad de encontrar una solución a las problemáticas de salud, no solo la salud de su grupo a cargo y las demandas de mejoras sanitarias, sino además, pensando a la salud como un proceso que afectaba a la comunidad en su conjunto, como el alcoholismo, el desmonte, las violaciones, la violencia de los hombres en sus hogares, y los riesgos que esto implicaba para la comunidad y sus familias.

Estas instancias tienen por objetivo generar un espacio de encuentro, desde las palabras, los saberes, las miradas, las dudas, los silencios, los cuerpos, las danzas, y las culturas. Como resultado del mismo se gestó un diálogo y creación intercultural de una voz propia de las mujeres de las comunidades, para alzar un grito que formará parte del Documento T.I.E.R.R.A en mayo del mismo año.

Luego del 1° encuentro de mujeres en marzo del 2015, se realizó en mayo el 1° Pre encuentro de Mujeres al V Congreso de los Pueblos Originarios. Donde se elaboró una propuesta escrita con las modificaciones e incorporaciones al documento T.I.E.R.R.A. presentada por ellas mismas, para ser debatido en congreso de Misión Chaqueña. Luego de su aprobación se incorpora este nuevo punto al Documento T.I.E.R.R.A:

Exigimos una atención de salud respetuosa y sin discriminación para todos nosotros y en especial a las mujeres durante el embarazo, el parto y

-
- Incorporar Agentes Sanitarios Indígenas a los Equipos de Salud y garantizar que todas las Provincias con población indígena organicen equipos comunitarios para su atención.
 - Promover que los Agentes Sanitarios sean seleccionados a propuesta de las Comunidades.
 - Instituir como lineamiento del PMC la promoción de prácticas interculturales basadas en la consulta previa e informada, el reconocimiento del modo de vida, y cosmovisión de los pueblos indígenas.
 - Aportar a la constitución de un diálogo fluido, participativo, e intercultural entre Nación y los representantes de los Pueblos Indígenas en el marco de la legislación nacional e internacional vigente.

posparto. Queremos parir en libertad eligiendo dónde, cómo y con quién parir, con una atención que no intervenga nuestros cuerpos sin consentimiento y que se brinde para ellos toda la información necesaria, que se respete nuestra lengua y nuestra cultura de salud. Para ello exigimos el cumplimiento de la ley nacional de parto humanizado n° 25.929. (Punto 11, Documento T.I.E.R.R.A, 2015)

Y se ampliará el punto número 12

Y exigimos un la creación de un espacio donde las abuelas parteras de la comunidad puedan transmitir y compartir sus saberes a las mujeres más jóvenes interesadas en continuar acompañando a las mamás con este saber ancestral. (Documento T.I.E.R.R.A, 2015, Punto 12)

De aquí se desprende, no sólo la fuerte preocupación de las mujeres en el ámbito de la salud sino la exigencia del cumplimiento del derecho a la salud. Desde el acceso a la medicina del MMH, la demanda de mejoras sanitarias y mayores recursos, como la no discriminación étnica al hacer uso de este modelo de atención. Que se les presenta como violento, y privándolas del acceso a la información efectiva, ya sea por no hablar la lengua, o por desconocimiento de su funcionamiento ante la falta de explicación por parte de los que brindan el servicio, a esto se suma la exclusión inherente del MMH. Asimismo, existe la necesidad de revalorizar su cultura y sus propias prácticas de salud tradicional, y por lo tanto el respeto a las mismas. Esto se plasma como un problema de salud, como la demanda al acceso a partos en la forma tradicional y el reconocimiento de sus parteras para ejercer libremente esta práctica.

Es necesario destacar también, que las políticas públicas de salud destinadas para mujeres (MMH) están orientadas a la salud sexual y reproductiva en términos en forma casi exclusiva. Y en esta dirección surgen preguntas como ¿Se han volcado con mayor intensidad los recursos sanitarios a la atención de la salud sexual y reproductiva, y materno infantil? ¿Existe una gran tendencia hacia la institucionalización de los partos en estas las comunidades? Estos puntos deberán ser tenidos en cuenta a la hora de llevar a cabo la investigación en profundidad.

Hemos podido ver como la mujer en el ámbito de la salud, se ve atravesada por múltiples dimensiones, partiendo que se trata de ser mujer, originaria y pobre. Y a todos los determinantes de salud que afectan a la comunidad en su conjunto, en el caso de las mujeres, se agregan, las opresiones de su condición de ser mujer originaria. Desde una experiencia individual, que se experimenta en su propio cuerpo, ya que desde las

políticas públicas, se piensa a las mujeres y sus problemas de salud, desde una perspectiva donde la sexualidad está fuertemente anudada a la reproducción. Y a su vez, al ser mujeres originarias ya que quedan excluidas en la alteridad de la concepción de mujer universal presente en estos programas.

Mientras que por otro lado, en el nivel social, dentro de la división sexual del trabajo, a las mujeres les ha sido relegado el ámbito privado. Esto en el ámbito de la salud es muy notorio, ya que es sobre ellas que recaen las tareas de cuidado de su unidad doméstica.

A modo de cierre

Sin dudas que en la comunidad conviven diferentes modelos de atención, y son las mujeres madres las que al estar a cargo del cuidado de sus hijos y otros miembros de su familia, articulan estos modelos, esto ya ha sido demostrado, por Modena, Drovetta, para otras comunidades. Las preguntan que surgen se orientan a pensar ¿cómo son articuladas estas prácticas de atención, y en qué caso se recurre a las diferentes terapias? Como también cabe preguntarnos acerca de ¿qué relación existe entre estos modelos, y si es a partir de la aplicación en cada caso particular en virtud del tipo de padecimiento que pueden existir diferentes vínculos entre ellas, en forma complementaria, opuesta, o subordinadas?

En esta dirección, dar cuenta de cuáles son los determinantes sociales de la salud que afectan a las comunidades de la cuenca del río Bermejo, como procesos de avance de la frontera productiva, expropiación de las tierras y desmontes, la pobreza, el género y sumado a ello, agregar a este nivel la cuestión étnica racial. Sin dudas el avance del modo de producción capitalista y su cultura hegemónica, han avanzado sobre las comunidades y su territorio, atentando con su fuente de vida directa como es el monte. En ese sentido debemos preguntarnos ¿cómo estos procesos, de avance de la frontera productiva, expropiación de las tierras y desmontes, impactan en las problemáticas sanitarias de la comunidad?, y, ¿cómo afectan estos a los procesos de salud?

De esta manera arribamos a la hipótesis, las terapias de cuidado de la salud que aplican las Mujeres madres wichí combinan de distintas maneras elementos del MMH y MMT en la atención de la salud y la enfermedad. Se pueden encontrar distinciones en su articulación dependiendo de las problemáticas de salud, ya sea digestivas, respiratorias o ginecológicas, entre otras. En concreto, cuando las mujeres están embarazadas,

escogen realizar los controles en el centro de salud; pero, al momento del parto, pueden recurrir a la partera de la comunidad. Esto nos evidenciaría que la medicina tradicional wichí constituye un proceso de resistencia a la cultura hegemónica y, asimismo, nos advertiría que es sobre las mujeres madres sobre quienes recae la tarea de cuidado de la salud de la unidad doméstica. Ellas representan el primer recurso de atención y aplicación de las diferentes terapias.

iv. Bibliografía

- Boffa, Natalia (2012) “Avance de la frontera agrícola: la situación de las comunidades Wichí en el departamento de San Martín, Provincia de Salta, Argentina” en “Monitoreo de deforestación de montes nativos en región Chaqueña, Argentina”. Observatorio de tierras, recursos naturales y medio ambiente Red Forestal Chaco, Argentina (REDAF)
- Boffa, Natalia (2014) “Periodización de las movilizaciones y organizaciones Wichí en la zona rural del chaco salteño (1983-2011)”. Segunda jornada interdisciplinarias de estudios agrarios del NOA en “Monitoreo de deforestación de montes nativos en región Chaqueña, Argentina”. Observatorio de tierras, recursos naturales y medio ambiente Red Forestal Chaco, Argentina (REDAF)
- Canto Ortega, Judith; Santos Hoil, Jolly; Santana Carbajal, Andrés; Andueza Pech, Guadalupe (2011), Genero, generaciones y transacciones: eje desde la epidemiología cultural, En: Haro, Jesús Armando, Org, Epidemiologia Sociocultural, Un dialogo en torno a su sentido, métodos y alcance, Lugar Editorial, Sonora, 271-306
- Castro, Roberto (2013), De cómo la sociología construye sus objetos: el carácter problemático de los “determinantes” sociales de la salud-enfermedad, En *Idéias-Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas-Unicamp*, 2013, vol. 1, no 6. Disponible en: <http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/ideias/article/viewFile/1391/965>
- Dasso, María Cristina; Franceschi, Zelda Alice (2010), *Etno-grafías: la escritura entre los wichí*, Corregidor, Buenos Aires.

- Dasso, María Cristina; Franceschi, Zelda Alice y Barua, Guadalupe (2008), El papel femenino en la convivencia wichi del Chaco central, en Hirsch, Silvia (coord.), Mujeres indígenas en la Argentina, cuerpo, trabajo y poder, Biblos, Buenos Aires, 117-151.

- Drovetta, Raquel I. (2012), Subjetividades y prácticas en salud sexual y reproductiva. Mujeres indígenas usuarias de programas estatales de salud en Argentina, En Carossio, (Coord.) Feminismo y Cambio Social en América Latina y el Caribe. Colección Grupos de Trabajo. CLACSO Editores: Buenos Aires. . 204-229. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/gt/20120912031117/Feminismoycambiosocial.pdf>

----- (2010), Prestadores de servicio de salud alopática y usuarios indígenas en la Puna de Atacama, En Drovetta, Raquel I.; Rodríguez, María L. (coord.) Padecimientos en grupos vulnerable del interior de Argentina: procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención, Ferreyra Editor; Centro de Estudios Avanzados - Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 183-210

- Esteban, Mari Luz (2006), El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista, En Salud colectiva, 2(1), p. 9-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/731/73120102.pdf>

- Gómez, Mariana D. (2016), Guerreras y tímidas doncellas del Pilcomayo: las mujeres tobas QOM del este de Formosa, Biblos, Buenos Aires.

- Gordillo, Gastón (2006), En el gran Chaco: antropologías e historias, Prometeo libros, Buenos Aires.

----- (1995a), La subordinación y sus mediaciones: dinámicas cazadora-recolectora, relaciones de producción, capital comercial y Estado entre los tobas del oeste de Formosa, En Hugo Trincherro, producción doméstica y capital: estudios desde la antropología económica, Biblos, Buenos Aires, 105-138.

----- (1995b), Después de los ingenios: la mercantilización de la zafra saltojujeña y sus efectos sobre los indígenas del Chaco Centro Occidental, desarrollo económico 35(137), 105,126.

- Hirsch, Silvia (coord.) (2008), Mujeres indígenas en la Argentina, cuerpo, trabajo y poder, Biblos, Buenos Aires

- Iosa, Emilio; Iosa, Tomás; Lucchese Marcela; otros (2013) Transmisión transgeneracional del trauma psicosocial en comunidades indígenas de Argentina:

percepción del daño en el pasado y presente y acciones autoreparatorias, Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro. 85-91. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-462X2013000100013>

- Lattuada, Mario; Neiman, Guillermo (2005), El campo argentino, ediciones capital intelectual, Buenos Aires.

- Lorenzetti, Mariana Isabel, (2013), Experiencias de sufrimiento, memorias y salud en las comunidades wichí de Tartagal, Cuadernos de Antropología Social N° 38, 131–151, FFyL – UBA, Buenos Aires. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850275X2013000200006

- Menéndez, Eduardo (1994), La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? En Alteridades 4 (7) Págs. 71-83. México. Disponible en: <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf>

----- Menéndez, Eduardo (1992), Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. En Navarro Campos, R Comp., La antropología Médica en México, México, Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana, T.I. P. 97-114 Modena, María Eugenia (1990), Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica, ediciones de la casa chata, Distrito Federal, México.

- Modena, M. E. (1990). Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica, ediciones de la casa chata, Distrito Federal, México.

- Pasarin, Lorena (2011). Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos de salud/enfermedad/atención. En Los aportes del Análisis de Redes Sociales a la Psicología, Editorial de la Universidad del Aconcagua, Mendoza. Disponible en: <https://www.aacademica.org/lorena.pasarin/21>

- Remorini, Carolina (2010), ¿De qué y por qué se enferman los niños Mbya? Representaciones y prácticas en torno a la salud en contextos socioculturales y ecológicos vulnerables, en Drovetta, Raquel I.; Rodríguez, María L. (coord.) Padecimientos en grupos vulnerable del interior de Argentina : procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención, Ferreyra Editor; Centro de Estudios Avanzados - Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 145- 182

- Santamaría, Daniel J. (2007), Etnicidad y Globalización, Purmamarka Ediciones, Jujuy, Argentina.

- Sturzenegger, Odina (1994), El Camino A Tientas. Reflexiones En Torno A Un Itinerario Terapéutico. Suplemento Antropológico, vol. 29, no 1-2, 163-227, Asunción. Disponible en: <http://studylib.es/doc/125854/el-camino-a-tientas.-reflexiones-en-torno-a-un-itinerario...>

v. **Fuentes**

- Área de Salud Indígena (2011), n/a, disponible en: www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/area-de-salud
- Documento T.I.E.R.R.A (2015).
- INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.
- INDEC. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) 2004-2005.