

Políticas, sentidos y vulnerabilidad sociocultural asociados al VIH-Sida en las poblaciones qom de Rosario, Argentina

Fabiana A. Fernández y Matías A. Stival

En este trabajo recuperamos parte de nuestra trayectoria personal en proyectos de prevención del Programa Municipal de Sida de Rosario, Argentina, dirigidos a pueblos originarios. A partir del enfoque etnográfico utilizado en el marco de nuestra investigación antropológica, presentamos una aproximación a las condiciones específicas de vulnerabilidad de las poblaciones indígenas qom (llamados también tobas) de la ciudad de Rosario frente al VIH-Sida en el contexto global de sus condiciones de vida. Hacemos énfasis en los mecanismos políticos que operan durante el proceso de elaboración y gestión de proyectos destinados a las comunidades migrantes pertenecientes a pueblos indígenas, sobre todo en las acciones vinculadas con problemas de salud.

PALABRAS CLAVE: poblaciones qom, vulnerabilidad social, VIH-Sida

► 29

Meanings, Policies and Social Vulnerability Associated with HIV/AIDS among Qom Migrant Peoples in Rosario, Argentina

This paper presents an anthropological approach to specific conditions of vulnerability regarding HIV/AIDS among qom (tobas) aboriginal populations in Rosario, Argentina. Our interpretation bears in mind both our personal experience in prevention projects within indigenous communities, managed by AIDS City Program of Rosario (Santa Fe, Argentina), and the ethnographical perspective used in our antropolgical research. The paper also analyzes how political mechanisms operate in the elaboration and management processes in development projects destined to migrant aboriginal communities. We thus propose to shed light upon the analysis of different actions associated with diverse health care issues.

KEYWORDS: Qom peoples, social vulnerability, HIV/AIDS

FABIANA A. FERNÁNDEZ: Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina
dioxdlsol@yahoo.com.ar

MATÍAS A. STIVAL: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
matiasstival@yahoo.com.ar

Desacatos, núm. 35, enero-abril 2011, pp. 29-40
Recepción: 9 de marzo de 2009 / Aceptación: 26 de junio de 2009

INTRODUCCIÓN

Presentamos parte de los resultados de una investigación antropológica más amplia, cuyo objetivo fue estudiar las políticas y los programas de VIH-Sida dirigidos a las poblaciones indígenas qom (tobas)¹ de la ciudad de Rosario, Argentina, y sus representaciones y prácticas en torno a este problema. Recuperamos parte de nuestra trayectoria personal en proyectos de prevención del Programa Municipal de Sida de Rosario dirigidos a los pueblos originarios.² Además, nos detendremos en el análisis de los mecanismos políticos que operan en el proceso de elaboración y gestión de proyectos destinados a las comunidades migrantes pertenecientes a pueblos indígenas, sobre todo en las acciones vinculadas con problemas de salud.

LAS MIGRACIONES DE PUEBLOS ORIGINARIOS HACIA ROSARIO

30

Describiremos el contexto de las poblaciones qom en Rosario, particularmente la migración y las condiciones socioeconómicas en que viven. Los qom o tobas habitan en la región geográfica conocida como Gran Chaco, que incluye el norte de la provincia de Santa Fe, la provincia de Chaco y el oeste de la provincia de

Formosa. Pertenece a la familia lingüística guaycurú, con los toba-pilagá, los mocovíes y los pilagá (Arenas, 2003; Braunstein, 1983; Censabella, 1999).

La ciudad de Rosario recibió un intenso flujo migratorio de comunidades qom desde fines de los años sesenta (Griva y Stroppa, 1983). Esta migración fue producida en el marco de la descomposición sistemática de las economías regionales. La persistente destrucción de sus modos de reproducción económicos —la mayoría de estas poblaciones subsistía con la cosecha de algodón o el trabajo en obrajes—, sociales y culturales produjo constantes migraciones del campo hacia la periferia de las ciudades, principalmente Rosario y la provincia de Buenos Aires.

En 1968 llegan las primeras familias qom, porque la sequía, el exceso de lluvias u otra causa que disminuyera la producción de algodón tenía efectos directos en sus vidas. Estas migraciones, periódicas y limitadas, cobraron una agudeza inusual a partir de 1982, cuando la provincia de Chaco fue afectada por inundaciones sin precedentes. Así, los años 1983 y 1984 son clave en el aumento de la presencia de pueblos indígenas en la ciudad, debido a las mencionadas inundaciones y al sistemático avance de los latifundios. Esto hizo que los expulsasen de la poca tierra de que disponían y forzó a una importante cantidad de familias qom a migrar (Garbulsky, 1994; Trinchero, 2000). Esta situación, ya crítica, se deterioró en el transcurso de la década de los noventa y principios de 2000, como consecuencia de la profundización del proceso de desmonte para impulsar el cultivo de soya.

Las poblaciones qom de Rosario, aproximadamente 20 000 personas, se localizan en la actualidad en dos grandes zonas de la ciudad.³ Por un lado se encuentra el barrio Empalme Graneros, en la zona norte, el cual contiene espacios urbanos periféricos conocidos como El Piso, Los Pumitas, Barrio Industrial y Los Andes. El otro gran asentamiento está en la zona sudoeste conocida como Municipal Toba o Rouillón, un desarrollo habitacional construido por la Municipalidad de Rosa-

¹ En este trabajo los términos “qom” y “toba” en singular o plural se utilizan indistintamente y ambos se refieren a la misma colectividad étnica.

² En 2001 y a través de la invitación del coordinador del Programa Municipal de Sida de la ciudad de Rosario y de un capacitador del área de Promoción de la Salud comenzamos a participar con un grupo de estudiantes de antropología de la Universidad Nacional de Rosario en un proyecto de investigación-acción que tenía por objetivo establecer prácticas preventivas en relación con el VIH-Sida para las comunidades migrantes pertenecientes a pueblos indígenas asentados en la ciudad de Rosario, llegados desde el noreste del país, en su gran mayoría qom (tobas). El proyecto se desarrolló en los tres barrios de la ciudad con mayor concentración de comunidades qom: Barrio Municipal Toba (Rouillón), Barrio Travesía y Almafuerte (El Piso), Barrio Los Pumitas (Empalme Graneros).

³ En estos asentamientos también viven, aunque en menor número, otros indígenas que pertenecen a las etnias mocoví y wichí.

rio a través del Servicio Público de la Vivienda, luego de las inundaciones que afectaron a Empalme Graneiros en 1986, cuando llegaron al lugar.

Se puede distinguir entre familias que proceden de contextos urbanos: Resistencia, Roque Sáenz Peña, Florencia y Formosa capital, y otras familias de origen rural: Castelli, Miraflores, Impenetrable y Colonia Aborigen. Estos grupos conforman los cinturones de pobreza urbana conocidos como “villas miseria” asentados en terrenos fiscales y privados, con viviendas precarias y alto grado de hacinamiento, cuya distribución responde a “un sistema de lealtades y parentescos y su organización familiar no tiende a conformar una estructura nuclear sino extensiva” (Bigot, Rodríguez y Vázquez, 1992: 83). Asimismo, se registra un alto índice de desocupados u ocupados ocasionales (Markevich y Huerta, 1989: 4).

CONDICIONES ESPECÍFICAS DE VULNERABILIDAD DE LAS POBLACIONES QOM DE ROSARIO FRENTE AL VIH-SIDA

En el estudio del problema “VIH-Sida y poblaciones qom” nos propusimos ir más allá de los enfoques de riesgo (grupos de riesgo, factores de riesgo, poblaciones de riesgo) para adoptar una perspectiva que se aproximara a las condiciones de vulnerabilidad y que permitiera analizar las representaciones y prácticas sociales de los indígenas, sus propias definiciones, modos de problematizar, definir y establecer cursos de acción, así como el conjunto de relaciones y condiciones económicas, sociales y políticas en que se inscriben.

Consideramos que el concepto de “vulnerabilidad social”, planteado por Bibeau (1994) y retomado críticamente por Grimberg (2003), puede ser útil para aproximarnos al estudio del problema Sida-indígenas porque ofrece una perspectiva de análisis que parte de las condiciones particulares en las cuales el Sida hace su aparición y se constituye en un problema en las poblaciones indígenas, en nuestro caso, para las poblaciones tobas de Rosario.

Siguiendo a estos autores, las condiciones de *vulnerabilidad social* abarcan tanto los procesos de fragilización como los de protección social, e incluyen el conjunto de relaciones y condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de vida que “impactan negativamente a sujetos y grupos” y también “los soportes, las redes, las estrategias que posibilitan afrontar, resistir o modificar las condiciones de precariedad” (Grimberg, 2003). Proponemos este concepto para separarnos del modelo esencializador de riesgo que ha contribuido al etiquetamiento de personas y grupos y para referirnos al modo en que las condiciones de pobreza y relaciones de desigualdad “se tornan realidad física y social en las experiencias de sufrimiento, enfermedad, daño, padecimiento y muerte de los afectados” (Margulies, 2006). Desde este marco, avanzamos en la descripción de las condiciones de vulnerabilidad diferenciales y específicas que presentan las poblaciones tobas ante el VIH-Sida, con base en la descripción de los procesos de fragilización y protección.

► 31



Federico Tinivella

Sin título, 2008.



Sin título, 2008.

A partir de la utilización de un enfoque etnográfico⁴ nos aproximamos al universo de significados y sentidos otorgados por estas poblaciones al VIH-Sida, lo cual nos permitió captar algunas de sus preocupaciones en torno de la enfermedad y entrever su grado de vulnerabilidad frente a éste y otros padecimientos en el contexto global de sus condiciones de vida y de acceso a la salud. Las características generales de los procesos de fragilización-protección se relacionan con los históricos y las condiciones actuales de vida de las poblaciones tobas en Rosario. Las trayectorias colectivas de

estas poblaciones se inscriben en los procesos migratorios mencionados, marcados por la tensión y el conflicto permanentes con el “blanco”. Los relatos de las trayectorias familiares hablan de persecuciones y matanzas que se registran en la expansión de la frontera agraria (Trinchero, 2000). Las tensiones históricas con los “blancos” se resignifican y parecen condensarse en las relaciones conflictivas actuales en Rosario.

La mayoría de los integrantes de estas poblaciones no cuentan con trabajo estable, se desempeñan en el “sector informal”, realizan “changas”, cirujeo,⁵ venta de artesanías, trabajo doméstico en el caso de las mujeres

⁴ El trabajo de campo fue desarrollado entre mayo de 2004 y abril de 2007. Se emplearon técnicas combinadas: observación con participación, entrevistas en profundidad y talleres. Para poder expresar la heterogeneidad al interior de los conjuntos qom de Los Pumitas, la selección de nuestros interlocutores se realizó según los siguientes criterios: edad, sexo, lugar de procedencia de su migración (urbano/rural), tiempo de permanencia en el asentamiento.

⁵ Cirujeo: palabra del lunfardo argentino. Se refiere al trabajo de recolección de residuos reciclables como actividad de subsistencia. Changas: acepción argentina para empleos temporales o eventuales, por ejemplo trabajos de albañilería, ventas callejeras: “hacer una changa”.

y recientemente en el sector de la construcción en el de los hombres. Los asentamientos se encuentran en condiciones de pobreza: se calcula que 90% de esta población vive con necesidades básicas insatisfechas —alimentos y vivienda digna— y prevalece entre ellos una alta tasa de analfabetismo.⁶ Los grupos tobas de Rosario visualizan ciertas mejorías en sus condiciones de vida respecto de las de su lugar de origen. Destacan mayores posibilidades de acceder a ciertos recursos, como el agua potable, centros de salud, educación y changas, aunque denuncian la estigmatización y el hostigamiento permanente desde distintos sectores sociales hacia ellos.

En cuanto a los servicios de salud, si bien predomina una valoración en términos positivos, los tobas entrevistados, algunos trabajadores del centro de salud municipal y los usuarios qom, refieren dificultades para acceder al tratamiento satisfactorio, oportuno y eficaz de las necesidades en salud y de los efectos de las enfermedades. Los grupos tobas aseguran recibir un trato desigual respecto del que reciben los criollos y plantean situaciones de exclusión y discriminación. En relación con la utilización del sistema tradicional de salud, en Rosario viven y atienden *piogonaq* (médicos tradicionales). La mayoría de nuestros interlocutores en algún momento de sus vidas han demandado sus servicios por padecimientos propios o de algún familiar. Hemos observado que en el marco de las modalidades de resolución en las trayectorias de atención de ciertos padecimientos es frecuente la recurrencia simultánea de los servicios de salud biomédicos y los tradicionales, los cuales, desde la perspectiva de los usuarios, no son antagónicos, sino complementarios. En este contexto, la utilización de las redes de parentesco en los recorridos

migratorios entre Chaco y Rosario tiene una gran vigencia, pues sirven como soporte y apoyo ante diversos conflictos y padecimientos,⁷ lo que sugiere su importancia para un eventual análisis de las estrategias colectivas de protección.

SIGNIFICADOS Y SENTIDOS ASOCIADOS AL VIH-SIDA

En este entramado de relaciones hace su aparición el vih-Sida. Con el objetivo de analizar las condiciones particulares nos aproximamos al universo de significados y sentidos que estas poblaciones le otorgan. Un punto clave y que debió ser contemplado en el transcurso de toda la descripción y el análisis de los sentidos asociados a la enfermedad fue que ninguno de nuestros interlocutores había conocido personalmente a un indígena que viviera con vih-Sida. La ausencia de una vivencia personal del padecimiento y el no tener la experiencia de conocer a un toba que viviera con vih delimitan un momento particular del proceso de construcción de las representaciones sociales en torno al vih-Sida. El momento particular de dicho proceso se caracterizó por el surgimiento de los primeros sentidos asociados a esta “nueva enfermedad”.

El vih-Sida es considerado como “una enfermedad (*nalolagá*) que se lleva en la sangre”. En la perspectiva de los tobas, la sangre (*ntago'q*) indígena es más fuerte que la del blanco. Esta fortaleza se asocia a una mayor defensa frente a las enfermedades. Sin embargo, cabe señalar que esta visión sobre el papel “defensivo” de la sangre no se puso en juego al momento de pensar la transmisión del padecimiento. Al preguntar si la fortaleza de la sangre indígena impedía el ingreso del

⁶ Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2005), la tasa de analfabetismo para la población indígena en Argentina es de 8.35%, mientras que para el resto de la población total es de 2.6%. Si bien algunos trabajos señalan que dicha tasa está subestimada para el caso de los pueblos originarios, sosteniendo que supera el 9% (Del Río, 2007), la diferencia detectada es muy significativa, lo que evidencia la desigualdad en la que se encuentran los pueblos originarios frente al sistema educativo nacional y las dificultades del Estado para garantizar el derecho a la educación.

⁷ Los motivos que hemos encontrado son: problemas de jóvenes con el uso de drogas, sobre todo inhalación de pegamentos; conflictos con la ley, con la policía; conflictos con otros integrantes de la comunidad toba; situaciones de “no hallarse” en Rosario; visita a familiares; padecimientos que requieren consulta a *piogonaq* de Chaco; trabajos en la cosecha, principalmente de algodón; búsqueda de materia prima para sus artesanías (hoja de palma que cambian por ropa); participación en festejos en sus lugares de origen.

VIH, se puso de manifiesto el consenso entre nuestros interlocutores de que las posibilidades eran las mismas que para el resto de la población.

La visión dominante de los grupos tobas sobre la transmisión del virus se inscribe en el campo de las relaciones construidas con el blanco o criollo, ya que se afirma que de él proviene. Desplegada en el marco de las relaciones interétnicas, la transmisión se imbrica en las permanentes situaciones de conflicto y tensión con los blancos, reactualizando las construcciones históricas de estigmatización y discriminación social. Las referencias principales relativas a los modos de transmisión del virus remitieron a relaciones sexuales con personas infectadas. Sin embargo, fue reconocida la utilización del preservativo —la forma de protección más mencionada— en el nivel de las prácticas, tanto por jóvenes como por adultos, como sumamente escasa.

Un dato interesante es que las personas que dijeron desconocer por completo el VIH-Sida eran migrantes de contextos rurales, dato que sugiere la necesidad de profundizar en torno a la implicancia de los procesos migratorios desde la distinción del origen rural o urbano de dichos recorridos y contemplar al mismo tiempo los “procesos de urbanización” por los que transitán estas poblaciones. La asociación entre el consumo de alcohol y drogas y VIH-Sida fue presentada principalmente por los jóvenes, quienes señalaron a los usuarios de alcohol y drogas como proclives a la infección por VIH. No obstante, con dicha asociación no se aludió en ningún momento a la vía de transmisión sanguínea en el uso de drogas endovenosas sino a su vinculación con el descontrol sexual.

En los diálogos y discusiones con nuestros interlocutores en torno al VIH y sus modos de transmisión se vinculó el padecimiento con una *enfermedad “tradicional”* de transmisión sexual llamada por los tobas *llaga* o *llagaitoq*. La *llaga* es percibida como un padecimiento asociado a “no portarse bien” o “portarse mal”, a las relaciones con “personas que no se conocen” o con quienes “no podés relacionarte”, lo que expresa así un fuerte contenido normativo referido a las relaciones sexuales. Cabría señalar en este punto que la relación

entre los significados dados a los padecimientos denominados “tradicionales” como la *llaga* y los sentidos construidos en torno al VIH-Sida sugeriría una vía para indagar las “estructuras de significados previas en las que se arraiga la representación naciente” (Farmer, 1994: 801) de esta “nueva enfermedad” y también las maneras en que ambas se “nutren” mutuamente en el contexto de los modos de vivir, enfermar, atenderse y morir de los tobas asentados en Rosario.

En lo que corresponde a la construcción de los afectados se efectuó una *distinción generacional*, que clasifica a los jóvenes como el grupo más afectado. A la diferenciación generacional se incorporó la asociación Sida -mujeres, que surgió del planteamiento de varones y mujeres que indicaron que entre los jóvenes tobas las más proclives a enfermar de VIH-Sida son las mujeres. Ante la pregunta sobre quiénes pueden atender este padecimiento, se manifestó de manera consensuada, tanto entre jóvenes como adultos, que los médicos blancos. Asimismo, la atención del VIH-Sida no entraría en el campo de atención del *piogonaq*, principalmente porque la causa de la enfermedad no está relacionada con los llamados daños o males enviados por otro miembro de la comunidad. Pese al consenso sobre la no competencia del *piogonaq* en la atención de esta enfermedad, algunas personas plantearon la pertinencia de recurrir a él de manera complementaria, como “apoyo espiritual” en el transcurso de los procesos de atención biomédica. Para la atención del mal llamado *llaga*, ciertos interlocutores varones comentaron la frecuente utilización de un yuyo⁸ denominado *palam palam*, cuya principal propiedad consistiría en curar este padecimiento. La preparación consiste en disolverlo en agua hasta que quede “como un aceite”, su gusto es considerado “muy fuerte”, “picante”, “muy agrio y feo al olor”. Si bien los varones tobas descartaron su eficacia para la atención del VIH-Sida, afirmaron que la utilización de este remedio casero contribuiría a fortalecer la sangre del enfermo.

Entre los modos de diagnosticar el padecimiento se mencionó rápidamente y de manera principal la realización del análisis de sangre. Todos nuestros interlocutores refirieron tener conocimiento de la gratuidad del mismo en los centros de salud públicos. El análisis de sangre se asoció con el diagnóstico de otros padecimientos en los servicios de salud, como el “mal de chagas”⁹ y la “tuberculosis”. El VIH-Sida pone al descubierto una serie de tensiones y conflictos entre las generaciones tobas sobre la vigencia de ciertos saberes y prácticas tradicionales de protección y cuidado en las relaciones sexuales. La *comunicación* y el *diálogo* y ciertas prácticas tradicionales como “tomarse el pulso” son señaladas por los adultos como no adoptadas por los jóvenes. Estas tensiones intergeneracionales también pareceríanemerger en la utilización de “yuyos caseros” como práctica anticonceptiva (Stival, 2008). Las rupturas, las continuidades y los conflictos que entran en juego a partir del VIH-Sida entre las distintas generaciones tobas sugieren nuevos aspectos que resultan transversales al análisis de este problema en los pueblos indígenas: migración, el carácter rural/urbano, la experiencia con el sistema de salud, la sexualidad, la relación con los blancos, los quiebres en las prácticas tradicionales de cuidado, etcétera.

La dimensión intergeneracional no ha sido atendida en los proyectos de prevención estudiados que han abordado la asociación Sida-indígenas, y sin embargo a nuestro entender resulta clave en la comprensión del modo en que este padecimiento se inscribe en la vida cotidiana de las poblaciones tobas de Rosario. Como sugieren Belaúnde y colaboradores (2007), analizar el VIH-Sida en el marco de las relaciones intergeneracionales posibilitaría el discernimiento del entramado de procesos migratorios, interétnicos, de urbanización, de escolarización. Asimismo, enfatizar las rupturas, continuidades y conflictos que se ponen en juego a través del Sida entre las distintas generaciones de indí-

genas puede ser una vía para analizar dos núcleos centrales que se articulan con este problema: las relaciones de género construidas entre estos conjuntos y las prácticas y relaciones sexuales. Así, podemos plantear que el acercamiento a los temas de género y sexualidad requiere de un abordaje etnográfico en profundidad que ayude a describir minuciosamente los sentidos asociados a las sexualidades y las prácticas y relaciones sexuales, que no se han desarrollado en este trabajo.

A partir de los datos desplegados hasta aquí se puede sostener que desde el punto de vista de los grupos tobas la construcción del problema VIH-Sida se instala, se expresa y se reproduce en los núcleos de tensión de las relaciones inter e intraétnicas, de las relaciones de género y generacionales. Es decir, los significados y sentidos asignados al VIH-Sida se organizan en torno a la vida misma de estas poblaciones, y en este sentido estamos de acuerdo con Herzlich y Pierret cuando advierten que la concepción sobre la enfermedad es también la concepción de su relación con los otros y con la sociedad en su conjunto, de modo que “a través del discurso sobre la enfermedad se expresa un discurso sobre la sociedad entera” (Herzlich y Pierret, 1988: 27).

▶ 35

LA CONSTRUCCIÓN DE LA ASOCIACIÓN VIH-SIDA Y PUEBLOS ORIGINARIOS

El modo en que se ha construido la relación entre VIH-Sida y pueblos originarios en la ciudad de Rosario no es un proceso aislado, sino que se inscribe en un contexto más general de salud. Las experiencias que la abordan se enmarcan en las “agendas” de los organismos internacionales financiadores. A partir de un análisis que hemos realizado de distintos proyectos y experiencias de nuestro país —promovidas y ejecutadas por los Estados en sus distintos niveles y dirigidos a las poblaciones indígenas (Stival, 2008)—, presentamos a continuación una breve síntesis de las principales características de la manera en que se ha construido dicha relación:

⁹ Mal de chagas: conocida como enfermedad de chagas, se trasmite por picadura de vinchuca, la causa común para contraerla son las condiciones de pobreza, sobre todo habitacionales (casas de adobe o madera). Su gravedad puede ocasionar la muerte.

- I. No se contó, ni se cuenta hoy, con datos sobre la situación de la epidemia en las poblaciones indígenas de Argentina. Tampoco la Secretaría de Salud Pública de Rosario dispone de datos epidemiológicos específicos sobre las condiciones sanitarias de las comunidades tobas. Esto se debe a que los registros que se utilizan en los servicios de salud pública no distinguen la pertenencia étnica de los pacientes. Si bien desde el Programa Municipal de Sida se estima que la prevalencia del VIH-Sida en estos conjuntos es menor que en el resto de la población, los grupos tobas son considerados por este organismo como uno de los segmentos más vulnerables a la epidemia.
- II. Los diferentes proyectos y experiencias se focalizaron en el desarrollo de actividades de promoción y prevención (actividades comunitarias, talleres informativos, confección de afiches, folletos y videos en la lengua indígena y en español, etcétera). Si bien en distintos proyectos se enunciaron las condiciones de vida que generan deterioro, enfermedad y muerte en estas poblaciones, los trabajos y proyectos, dados los “formatos” y tiempos planteados, no lograron focalizar las condiciones de vulnerabilidad que denunciaban. No se abordaron, por ejemplo, los problemas de acceso de las poblaciones indígenas al sistema de salud ni la relación VIH-Sida/sífilis, tuberculosis y desnutrición.
- III. Un aspecto central alude al lugar que ocuparon las organizaciones y referentes indígenas en la implementación de los proyectos. A partir de nuestros registros no tenemos información de organizaciones indígenas que hayan realizado una demanda específica al Estado sobre el problema VIH-Sida. En ciertas experiencias han ocupado determinados espacios de coordinación —o consultivos—, pero sobre trabajos que ya estaban en marcha, incidiendo solamente en la implementación de los mismos y no sobre los procesos de elaboración. En Rosario, el “problema VIH-Sida” no fue una preocupación ni una demanda de los referentes indígenas. El proyecto de prevención derivó del interés del Programa Municipal de Sida y los lineamientos generales del mismo fueron elaborados por el equipo

de antropología que se conformó para tal fin en el marco del formato de financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida. En efecto, la idea de iniciar un proceso de trabajo que abordara la problemática del VIH-Sida en las poblaciones tobas provino del coordinador del Programa Municipal de Sida y de un estudiante de antropología que trabajaba en éste, quienes, tras registrarse los primeros casos de Sida entre miembros de esta comunidad evaluaron que las actividades de prevención “no llegaban” a estos grupos. Se basaron además en documentos y conclusiones de encuentros internacionales en los que se alertaba sobre el avance de la epidemia en pueblos indígenas de otras regiones —específicamente en Australia, Centroamérica y el África subsahariana—, de ahí que plantearan la necesidad de “adelantarse” al problema que advertían.

A partir de nuestra indagación, la experiencia de Rosario fue la primera en instalar en Argentina la relación VIH-Sida/pueblos indígenas. En el transcurso de todo el proceso de trabajo las organizacio-



Federico Tinivella

Sin título, 2008.

nes indígenas tobas fueron involucrándose lentamente en el proyecto y en ciertas instancias de decisión. Por ejemplo, durante el último año definieron, con el equipo responsable de ejecutar la propuesta, cuáles eran las actividades preventivas a desarrollar en sus comunidades. Sin embargo, no formaron parte de la elaboración ni de la formulación de los proyectos, de sus líneas de acción principales, del presupuesto y demás, como tampoco de la gestión y administración de los mismos. En sus distintas etapas, la propuesta del Programa Municipal de abordar el “problema Sida” fue recibida con interés por las organizaciones indígenas. La participación en este proceso les implicó contar con recursos para realizar trabajos y actividades comunitarias que fortalecieron sus espacios organizativos, y les permitió ampliar su horizonte de trabajo, ya que por la “novedad” del tema pudieron difundirse y distinguirse del trabajo que desarrollaban otros referentes y organizaciones indígenas. Asimismo, gracias a la discusión sobre el problema del VIH-Sida estuvieron en condiciones de incluir algunas demandas históricas de los pueblos indígenas en relación con su salud. Plantearon ante la Secretaría de Salud Pública Municipal la necesidad de crear la figura de los agentes de salud indígenas y el reconocimiento de sus propios curadores. Así quedó plasmado en un video elaborado por los adultos de un barrio indígena en el que se dramatiza la atención médica en el servicio de salud público, en el que se propone la figura de un traductor o facilitador que labore en el proceso de atención, en complementariedad y convivencia con el médico blanco. Estos elementos permiten generar interrogantes en un marco más amplio de debate referido a los significados otorgados a lo que se concibe como “participación de los pueblos indígenas” en este tipo de experiencias.

IV. En cuanto al modo en que se han financiado los proyectos estudiados, a saber, a partir de fondos de organismos internacionales de salud, una cuestión clave remite a la continuidad de estas experiencias una vez concluidos los aportes externos. En Argentina el proceso es paradigmático, ya que la preocupación

expresada por el Programa Nacional de ITS-Sida en 2005¹⁰ respecto de la amenazada existencia de estos grupos étnicos se inicia y concluye con la realización de un estudio de comportamiento, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida. De ese estudio no se desprendió ninguna línea de acción, por lo que nos preguntamos: ¿qué significa “abordar” la problemática en estas poblaciones? Habrá que analizar qué sucederá con estas preocupaciones con la retirada del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida de nuestro país, prevista para agosto de 2008.

En el caso de Rosario, el Proyecto 386 fue pensado desde el gobierno local, sostenido por la voluntad del coordinador del Programa Municipal de Sida de Rosario, pero mantenido por financiamiento y técnicos externos a la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario. Este proyecto —en que el equipo en que participamos estuvo involucrado como ejecutor— ha sido otro antecedente a nivel municipal de una política que pretende ser intercultural. El trabajo que abordó el problema VIH-Sida en las poblaciones tobas implementado desde el Programa Municipal de Sida tuvo cierta continuidad. Si bien dicho programa destinó pequeñas cantidades de dinero en las etapas de confección de los proyectos, la experiencia se sostuvo económicamente mientras se mantuvo el financiamiento del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida. El abordaje del problema se diluyó cuando se dejó de contar con la subvención de agentes y fondos externos.

De la tensión entre la forma en que se construyó la asociación VIH-Sida/pueblos originarios como iniciativa del Estado, de los organismos internacionales financiadores y el diálogo sobre la forma de problematizar de la comunidad surgió la necesidad de reflexionar sobre las matrices de financiamiento de estas líneas de trabajo en relación con su condicionamiento sobre los procesos de trabajo, con la continuidad de los proyectos, con el “lugar” que se le

¹⁰ Véase Boletín sobre VIH-Sida en Argentina, Programa Nacional de Sida, núm. 24, año 10, diciembre, 2005.

otorga a la investigación, lo mismo que respecto de la urgencia de canalizar recursos para investigaciones que iluminen el rol del Estado en la formulación de las políticas interculturales, la problematización del concepto de “interculturalidad”, los sentidos otorgados al VIH-Sida por parte de los pueblos originarios y la vulnerabilidad específica de estas comunidades (Arrieta, Ciotta, Fernández, Ricordi y Stival, 2007).

En el marco de esta necesidad de dialogar con la noción de “interculturalidad” en las políticas públicas de salud dirigidas a pueblos originarios, el trabajo de campo realizado nos permitió sostener en nuestras tesis que el análisis de las mismas no debe sustraerse del contexto sociopolítico en que fueron producidas, ya que no son sólo una lógica instrumental, sino que se inscriben en un campo de disputa más amplio, entre las diversas significaciones sociales de las mismas.

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD E INTERCULTURALIDAD

38

En tal sentido, y en un intento por reflexionar sobre estos puntos, advertimos que las políticas públicas, en particular las de salud, expresan, a la vez que reproducen, modalidades de relaciones interétnicas. Podemos decir que estas políticas o programas responden a una lógica que —como afirma Guillaume Boccara (2004, 2007) en sus trabajos sobre los mapuches de Chile— se ha consolidado en una *etnogubernamentalidad*, es decir, la expresión de un nuevo multiculturalismo *de Estado*, que puede ser definido como un *nuevo arte de gobierno*. La propuesta de Boccara hace una aportación en el sentido de investigar un conjunto de prácticas institucionales y de técnicas de gobierno que ubican lo *étnico* en el centro de sus preocupaciones. Boccara recupera la noción de *interculturalidad* no sólo como una esfera de intervención del Estado, sino como un nuevo campo social y semántico en juego.

Visualizamos en estas conceptualizaciones un acercamiento a la idea de una nueva esfera de disputa de poder del Estado en cuanto a su rol de controlador de los conflictos de identidad. Desde esta perspectiva hemos pue-

to el énfasis en la producción de las nuevas subjetividades que emergen de estos proyectos. Las políticas interculturales en salud podrían constituirse, a través de sus implementaciones, en mecanismos de control social, pero también generar una herramienta política que propiciase una mayor participación de sectores que sufren altos niveles de aislamiento y desigualdad. Se trata entonces de describir este proceso a escala local y en los distintos niveles de implementación. Esta aproximación, que articula formulación e implementación, nos permitirá ver la trama de relaciones sociales y estrategias complejas en la que estas políticas se insertan, modelando las relaciones interétnicas y cómo se vinculan en ese contexto sociopolítico específico. En este sentido, Boccara anota:

Son estas nuevas modalidades de regulación de las poblaciones indígenas que van más allá de la imposición de un sistema de reglas o de la simple represión de las prácticas y representaciones terapéuticas indígenas que hemos propuesto abarcar bajo el término de *etnogobernamentalidad*, puesto que contribuyen a formar nuevas subjetividades, a acrecentar la vida, a inducir a los usuarios a adoptar una buena conducta, a medicalizar el espacio de las figuras políticas comunitarias, a despolitizar los problemas de salud desvinculándolos de la estructura socio-económica y a incitar a los individuos a que se gobiernen por sí mismos de la mejor manera posible (Boccara, 2007: 37).

Y sigue, este *nuevo espacio de la interculturalidad* es, como cualquier otro espacio social, un espacio “contestado” y tensionado:

Es así como concomitante a la emergencia de este subcampo de la salud intercultural, advertimos el surgimiento de nuevas disputas de significaciones y clasificaciones en torno a los mismísimos términos de salud y cultura. De hecho, los agentes sociales indígenas tienden a desarrollar, dentro de este nuevo campo y en función de las posiciones que ocupan, estrategias contra-hegemónicas que contribuyen a la configuración del nuevo espacio de la interculturalidad (Boccara, 2007: 37).

Apropriada por el Estado, la interculturalidad en salud se convierte en arena con que se construyen nuevas subje-

tividades y donde se opacan las relaciones de desigualdad económica y social. Contrariamente, apropiada por los intersticios que genera la participación comunitaria, exige y asume poder de decisión en muchos aspectos de la vida social, como bandera de lucha política para promover mayores niveles de participación (Diez, 2004; Lérin, 2005; Boccaro, 2007). Observamos, por tanto, que este nuevo objeto de la salud pública –la interculturalidad— debe ser aprehendido en su dimensión política, ya que a través de las políticas de salud se expresan relaciones sociales, y a partir de la descripción de prácticas y sentidos vemos cómo estos espacios sociopolíticos se abren y se cierran en torno a la salud intercultural.

PALABRAS FINALES

A partir de nuestra intervención en el Proyecto 386 “La problemática del VIH-Sida en poblaciones migrantes étnicas en contexto de pobreza urbana de la ciudad de Rosario” y del trabajo de investigación realizado, consideramos que las políticas interculturales en salud dirigidas a comunidades migrantes de pueblos indígenas constituyen mecanismos de control social, a la vez que configuran un espacio social y político que puede ser cuestionado, resistido, tensionado, por distintos colectivos y sujetos sociales. Es necesario mencionar entonces que en el caso de los miembros de la comunidad qom que participaron en el proyecto de prevención del VIH-Sida (y también ésta fue una respuesta concreta a la problemática de salud de su comunidad), éstos pudieron articular con este tipo de estrategia y modificar su cuota de poder dentro de la relación que establecen con el Estado. Se generaron mecanismos de demanda, reflexiones sobre la situación de salud, se empoderó a los jóvenes y se debatieron en el seno de las organizaciones comunitarias las estrategias pertinentes para abordar la problemática del VIH-Sida. Esta tensión, disputa o conflicto, requiere de la demanda al sistema médico, pero reivindica también, como respuesta en sí misma, la posibilidad de una acción colectiva. Por otra parte, sosteneremos que éstos son los intersticios que se generan, espacios alternos, que ten-

sionan y evidencian esta disputa entre representaciones y significados de los sujetos involucrados, generando nuevas significaciones que pugnarán de alguna manera para dejar de ser alternativas.

En el “problema VIH-Sida” y pueblos indígenas insistimos en la necesidad de adoptar una perspectiva de análisis que parte de las condiciones particulares en las cuales el Sida hace su aparición y se constituye en un problema en estas poblaciones. Enfatizamos, asimismo, la urgencia de analizar los sentidos y los significados asociados al VIH-Sida en el marco de los procesos históricos y condiciones actuales de vida y salud de las poblaciones indígenas. Destacamos esto debido a que constatamos que numerosas experiencias y proyectos dirigidos a los indígenas centraron el desarrollo de sus actividades en la promoción y prevención, exaltando la dimensión cultural y las diferencias culturales en el problema Sida-indígenas, sin abordar las condiciones de vida que ocasionan deterioro, enfermedad y muerte en estas poblaciones, lo cual tiende a opacar las condiciones de pobreza y las relaciones de desigualdad en donde se inscribe el problema. De este modo, y en este contexto, como proponen Barnett y Whiteside, la prevención parecería operar como una respuesta “correcta” que, sin embargo, concluye focalizando en acciones grupales “culturalmente sensibles”, dejando intactos “los orígenes sociales y económicos de la susceptibilidad a la infección” (Barnett y Whiteside, 2002: 69).

Desde este marco, creemos indispensable avanzar hacia una descripción de la manera en que estas políticas se insertan en modos de vida más amplios. Esto nos permitirá, por un lado, profundizar los sentidos que el Estado otorga a estas prácticas y, por otro, describir cómo las experimentan las poblaciones mismas, a partir de la restitución de tramas relationales de los sujetos a gobernar, para ahondar en mecanismos cotidianos de demanda e iniciativa, y focalizar cómo se modifican éstos en el contexto urbano (demandas sobre trabajo, salud o educación). En definitiva, se tratará de desarrollar un análisis que habilite la reflexión sobre relaciones sociales que supongan procesos de apropiación, reelaboración y resignificación, dando lugar a prácticas de reproducción y subordinación, pero también de resis-

tencia y cuestionamientos a estrategias de dominación. Un análisis con tales características es un aporte que aún resta por realizar.

Bibliografía

- Arenas, Pastor, 2003, *Etnografía y alimentación entre los toba-ñachilamile#ek y wichi-lhuku'tas del Chaco Central (Argentina)*, Pastor Arenas, Buenos Aires.
- Arrieta, Melina, José L. Ciotta, Fabiana Fernández, Gustavo Ricordi y Matías Stival, 2007, "Construyendo prevención de VIH-Sida con la comunidad qom de Rosario", en *Abstracts del Congreso Nacional de Sida de Argentina*, vol. 15, supl. 1, Paraná.
- Barnett, Tony y Alan Whiside, 2002, *AIDS in the Twenty-First Century: Disease and Globalization*, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Belaúnde, L., U. Macedo y C. Mccallum, 2007, "Socorrendo a mulher e aparando o menino: 'resguardo quebrado' uma inserção etnográfica no universo das mulheres e das parteiras indígenas Tupinambá (Ilhéus/Itabuna-BA)", ponencia, VII Reunión de Antropología de Mercosur, Porto Alegre, 24-26 de julio.
- Bibeau, Gilles, 1994, "¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino para la antropología médica de nuestros tiempos", en *Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social*, Instituto Colombiano de Cultura, Instituto Colombiano de Antropología, Bogotá.
- Bigot, Margot, Graciela Beatriz Rodríguez y Héctor Vázquez, 1992, "Los asentamientos tobas en la ciudad de Rosario", en J. Radovich y A. Balazote (comps.), *La problemática indígena*, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- Boccara, Guillaume, 2004, "Del buen gobierno en territorio mapuche: notas acerca de una experiencia en salud complementaria", en *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 20, Facultad de Filosofía y Letras-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- , 2007, "Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile", en *Chungara*, vol. 39, núm. 2, Universidad de Tarapaca, Arica.
- Braustein, José, 1993, "Algunos rasgos de la organización social de los indígenas del Gran Chaco", en *Trabajos de Etnología*, núm. 2, Facultad de Filosofía y Letras-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Censabella, Marisa, 1999, *Las lenguas indígenas de la Argentina: una mirada actual*, Eudeba, Buenos Aires.
- Del Río, P., 2007, "Los pueblos originarios en Argentina. Una mirada crítica desde la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas y el Censo 2001", en *Revista de la Escuela de Antropología*, vol. 13, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.
- Diez, María Laura, 2004, "Reflexiones en torno a la interculturalidad", en *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 19, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- , 2005, "Entre la celebración de la diversidad y la profundización de la desigualdad social. Disputas en torno a la definición de las políticas interculturales: análisis de un caso en educación", I Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, Argentina.
- Farmer, Paul, 1994, "AIDS-Talk and the Constitution of Cultural Models", en *Social Science & Medicine*, vol. 38, núm. 6.
- Garbulsky, Edgardo, 1994, "Cuestión étnica-cuestión social. Las fronteras contemporáneas de los grupos toba (qom) en Rosario en el umbral del siglo XXI", en *Revista Andes. Antropología e Historia*, núm. 6, GOFICA, Salta.
- Grimberg, Mabel, 2003, "Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH", en *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, Facultad de Filosofía y Letras-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Griva, Edelmi y María Cecilia Stroppa, 1983, *Yo, Montiel Romero, de raza toba. Historia de vida de un indio toba del Chaco argentino*, Mar de Cortés, México.
- Herzlich, Claudine y Janine Pierret, 1988, "De ayer a hoy: construcción social del enfermo", en *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 43, Rosario.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas, 2005, *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Encuesta Complementaria para Pueblos Indígenas 2005*, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Argentina.
- Lerín, Sergio, 2005, "Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social", I Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, Argentina.
- Margulies, Susana, 2006, "Crecer, vivir y atenderse por VIH-Sida. Un estudio antropológico de las experiencias de vida cotidiana y de tratamiento médico de personas viviendo con el VIH-Sida", Proyecto UBACyT Bienio 2006-2007, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Markevich, Ana, Adriana Arcas, Adriana Huerta, 1989, "Situación de la población toba de Empalme Graneros", Buenos Aires, mimeo.
- Stival, Matías, 2008, "El problema VIH-Sida en las poblaciones tobas (qom) de Rosario", en *Revista de la Escuela de Antropología*, vol. 14, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario, Rosario.
- Trinchero, Héctor, 2000, *Los dominios del Demonio*, Eudeba, Buenos Aires.