

Artículo especial**Atención de la salud infantil en una comunidad toba de un medio urbano****Lics. MARIA A. COLANGELO* y LILIANA TAMAGNO**; Dr. MARCOS CUSMINSKY*******RESUMEN**

El presente artículo se centra en las representaciones y prácticas a través de las cuales las mujeres de un grupo indígena toba, establecido en la ciudad de La Plata, dan cuenta de la salud-enfermedad de sus hijos.

Tres sistemas de atención del proceso salud-enfermedad coexisten en el grupo estudiado: el de la "medicina oficial", el de la "medicina tradicional-popular" y el de la "medicina religiosa".

Estos sistemas son articulados, de forma compleja y diversa en las distintas estrategias de atención que se ponen en juego ante la enfermedad de un niño. En la configuración de dichas estrategias intervienen tanto las creencias y valores propios de la cultura toba como las limitaciones económicas que resultan de su posición social.

Palabras clave: grupo indígena, salud infantil, estrategias de atención.

SUMMARY

This article focuses on the representations and practices through which the women of a toba indian group living in the city of La Plata face the state of health and illness of their children.

Three systems of care of health and illness process coexist in the group studied: the "official medicine" system, the "traditional-popular medicine" system and the "religious medicine" system.

These systems are complexly and diversely articulated in the different care strategies that are operated in the presence of a child disease. The configuration of such strategies is affected by the beliefs and values of the toba culture as much as by the economic limitation derived from the social position of the group.

Key words: Indian group, child-health, care strategies.

ARCH ARG PEDIATR / 1998 / VOL. 96:
381

El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis de las distintas estrategias que, con respecto a la atención de la salud-enfermedad de los niños, ponen en práctica las madres de una comunidad toba establecida en un medio urbano.

El mismo ha sido elaborado en el marco de un proyecto de investigación más amplio denominado "Pautas de crianza en diferentes contextos socioculturales urbanos", desarrollado mediante una beca de la Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires.¹ Dicho proyecto tuvo como finalidad el análisis de las pautas de crianza en cuatro sectores de la población de la ciudad de La Plata y alrededores: grupo toba, inmigrantes bolivianos, pobladores de Villa Elvira y grupo de clase media, habiéndose tomado como ejes para su comparación la procedencia y la

posición de cada grupo en la estructura social.

Como punto de partida, definimos las pautas de crianza como aquellas prácticas mediante las cuales los integrantes de un grupo social enseñan a los niños cuáles son las conductas esperadas, valoradas positivamente o no permitidas en esa sociedad. Pueden referirse, por ejemplo, a la alimentación, la apariencia y el cuidado personal, la adquisición de habilidades tales como hablar, caminar, la manera de relacionarse con los demás. Como construcciones sociales, estas pautas varían según los contextos sociales e históricos particulares y su estudio no se agota en el de las prácticas concretas, sino que incluye la gran riqueza de significados y representaciones que se generan en torno a ellas. Asimismo, la crianza es mejor entendida cuando se la enmarca en el proceso más amplio de la socialización primaria, en el sentido que le dan Berger y Luckmann,² a saber: "La inducción amplia y coherente de un individuo en el mundo objetivo de una sociedad o en un sector de él", es decir, el proceso por el cual los individuos son iniciados en los significados de la cultura y

* Antropóloga. Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP.

** Antropóloga y Master of Arts. Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP, CONICET.

*** Médico. Consultor del Hospital Zonal Especializado "Noel H. Sbarra".

aprenden a aceptar los roles e identidades que conforman su estructura social.

Para esa investigación se seleccionaron algunos aspectos de la crianza que se consideraron especialmente significativos, entre ellos, el contexto tanto doméstico como grupal de la crianza, las fuentes de información o aprendizaje que las madres tienen en cuenta para la crianza de sus hijos, la lactancia materna, otras pautas tales como el aprendizaje del habla y de la deambulaci3n, las respuestas maternas ante el llanto, el modo de sancionar los comportamientos considerados incorrectos, la atenci3n de la salud y la vinculaci3n con el sistema sanitario. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas abiertas y entrevistas semiestructuradas, realizadas tanto con el personal de las instituciones del sistema sanitario (hospitales y centros de salud) a las que recurren las poblaciones, como con una muestra de quince madres de cada uno de los grupos considerados.

A lo largo del an3lisis, que se realiz3n en forma cuantitativa y cualitativa, el tema de atenci3n de la salud infantil y vinculaci3n con el sistema sanitario fue revelando una gran riqueza y complejidad que lo hacían merecedor de un estudio m3s detallado. Las pr3cticas y representaciones vinculadas al proceso salud-enfermedad-atenci3n³ constituyen un campo privilegiado de an3lisis, en tanto en 3l se manifiesta la gran variedad de saberes que poseen las madres de los distintos sectores socioculturales respecto a la crianza de sus hijos, la complejidad de las estrategias que se ponen en juego ante el hecho de la enfermedad de un ni3n y el entrecruzamiento entre diversidad cultural y desigualdad social que atraviesa a cada uno de los grupos estudiados. Esto es especialmente interesante en el caso de una poblaci3n indígena como la que se ha elegido: el grupo toba establecido en el barrio "Las Malvinas" de la ciudad de La Plata.

La poblaci3n toba del barrio "Las Malvinas"

Este grupo toba presenta una historia particular que permite comprender su modo de vinculaci3n con el sistema sanitario oficial y otros sistemas de atenci3n de la salud. Se trata de un conjunto de aproximadamente treinta familias indígenas, originarias de las provincias de Chaco y Formosa, que se encuentran viviendo en la ciudad de La Plata, a la que han llegado a trav3s de muy diferentes historias migratorias.⁴

Las primeras familias, vinculadas algunas entre s3 por lazos de parentesco, llegaron al barrio "Las Malvinas" en 1991 para emprender un plan de

autoconstrucci3n de viviendas a trav3s del Instituto Provincial de la Vivienda y el Plan Pro Tierra. Para llevar a cabo este proyecto lograron conformar una asociaci3n civil con personer3a jur3dica: la Asociaci3n Civil "Ntaunaq Nam Qom". Sus integrantes provenían, en su mayor3a, de distintas localidades del conurbano bonaerense, donde se habían asentado luego de una primera migraci3n desde las provincias de origen. Algunas familias tienen m3s de veinte a3os de residencia en el Gran Buenos Aires, por lo que en las 3ltimas generaciones son pocos los nacidos en la regi3n chaqueña. Otros grupos familiares van llegando directamente desde all3 a trav3s de migraciones producidas en los 3ltimos a3os.⁵

La primera etapa del plan de autoconstrucci3n se cumpli3n en 1992 y la segunda en 1996, por lo que todas las familias est3n ya habitando sus viviendas definitivas, despu3s de haber morado provisoriamente en casas prefabricadas de madera en el mismo barrio.

La mayor3a de los hombres trabaja como albañiles; algunos son obreros de la construcci3n asalariados y otros realizan "changas". Dado que con frecuencia se encuentran desocupados, otro aporte a los ingresos dom3sticos proviene, en algunos casos, de la confecci3n y venta de artesan3as, de las que se ocupan tanto hombres como mujeres. De 3stas, pocas trabajan fuera de su casa (s3lo dos o tres mujeres j3venes que se han empleado en el servicio dom3stico). En general son amas de casa y artesanas, y tambi3n algunas de ellas han aportado horas de trabajo para el plan de autoconstrucci3n.⁶

Atenci3n de la salud-enfermedad infantil

La atenci3n de la salud-enfermedad en los ni3os no puede ser realmente comprendida si no se la enmarca en la concepci3n de la salud y la enfermedad que maneja el grupo toba. Para los tobas no existen las enfermedades puramente biol3gicas, sino que forman parte de una totalidad que abarca cuerpo y esp3ritu, cuerpo y mente, siendo explicadas a trav3s de una multiplicidad de causas.⁷ De ah3 que para enfrentar las enfermedades que se presentan en la infancia se apele a diferentes estrategias de atenci3n, que no son percibidas como excluyentes entre s3, sino como complementarias. Estas estrategias corresponden b3sicamente a tres sistemas de salud que coexisten en el grupo, cada uno de los cuales es visto como m3s apropiado para un cierto tipo o cierto grado de gravedad de la dolencia. Nos referimos b3sicamente al sistema de medicina tradicional-popular, al sistema de la

medicina oficial y al sistema de medicina religiosa: la sanación propia del culto pentecostal, que es la religión practicada por el grupo.

Coincidimos con Arrúe y Kalinsky en su definición de la medicina oficial como "aquella práctica que tiene un reconocimiento oficial extendido a través de las instituciones profesionalizadoras correspondientes (en especial las estructuras universitaria y hospitalaria), con un ejercicio profesional reglamentado".⁸ Corresponde a un modelo de salud-enfermedad-atención identificado con la ciencia positiva, con un énfasis predominante en lo biológico y que desde su institucionalización hegemónica ha subalternizado otros saberes y enfoques.

Con el sistema de la medicina oficial las madres tobas se vinculan a través de los hospitales públicos y de los centros de salud de la zona donde se encuentra el barrio. Recurren a alguna de estas instituciones de salud para que a sus hijos se les realice el control pediátrico, para hacerlos vacunar o cuando éstos tienen fiebre o abundantes vómitos o diarrea.

La proporción de madres que afirman llevar a sus hijos al control de salud durante el primer año de vida asciende al 86%. Las mujeres tobas coinciden en la importancia de este control periódico:

"Para el control, principalmente son los chicos. Porque a ellos siempre les pasa cualquier cosa: catarro, fiebre, cualquier cosa ya uno no sabe lo que tiene, por ahí le agarra una neumonía. Nosotros al tenerlo en la casa le hacemos pasar el tiempo, y es lo que más se complica la enfermedad. Entonces sería lindo atenderlos a ellos primero." (Entrevista N° 4).

"Sí, es importante. Más cuando uno es primeriza porque no sabe, viste, qué es lo que le puede llegar a pasar a la criatura; o por qué esto, por qué lo otro." (Entrevista N° 13).

Sin embargo, más allá de esta valoración positiva, la frecuencia con la que las madres llevan a sus hijos al control no siempre es alta. Así, un 50% de las entrevistadas dice concurrir al control pediátrico una vez por mes; un 21,5%, cada dos o tres meses; un 7%, cada cuatro meses o más, y un 14% dice no haber realizado ningún control en lo que va del primer año de vida del niño. Muchas veces se aprovecha para hacer controlar al niño cuando se lo lleva a vacunar y por eso la frecuencia no es mensual. Esto es corroborado por el personal de los centros de salud que plantea la irregularidad de la concurrencia de las madres tobas con sus hijos al control; aunque, por otro lado, en esto no hay demasiadas diferencias con el resto de la

población de la zona.

Si bien se afirma que tanto en los hospitales como en la "salita" "atienden bien", se muestra preferencia por el hospital porque allí siempre disponen de remedios y vacunas, lo que no siempre sucede en los centros de salud.

Tal vez el elemento de la medicina oficial más altamente valorado por las madres tobas sea la vacunación. El 79% de los hijos de las entrevistadas tenía el esquema de vacunación completo y de los tres casos en que esto no sucedió sólo había un niño que no tenía ninguna vacuna. Las entrevistadas consideraron que las vacunas son importantes para que el niño crezca sano, en tanto protegen contra las enfermedades:

La vacunación es importante "para que no le agarre ninguna enfermedad de esas que andan, esas pestes que andan." (Entrevista N° 12).

"Por eso, principal, yo me preocupo más por las vacunas. Porque los chicos tienen que estar... todos los chicos tienen que estar vacunados, dicen los doctores. Por cualquier cosa, sí." (Entrevista N° 1).

El sistema tradicional-popular de atención de la salud opera, por un lado, mediante la acción de curadores populares: "alguien que cura", para casos vinculados a enfermedades como el empacho, el "ojeo", la "pata de cabra". Es de señalar que estos curadores no pertenecen necesariamente al grupo toba, sino que son compartidos con otros sectores populares de la zona. Por eso preferimos hablar de medicina tradicional-popular y no exclusivamente de medicina tradicional o medicina aborigen, ya que aquí es difícil que se recurra a un *pioxonak*, el chamán que curaba a los "antiguos" o que sigue curando en el Chaco. El *pioxonak* no se limita a curar, sino que la sanación es parte de su papel de mediador y restablecedor del equilibrio entre el mundo de los hombres y el mundo sobrenatural.⁹ Si bien su rol en la sociedad toba ha perdido la centralidad que antiguamente tenía, sobre todo a partir de la influencia del pentecostalismo, sigue siendo consultado para ciertas enfermedades. En alguna ocasión, personas del barrio "Las Malvinas" han viajado al Chaco para hacerse curar por alguno de estos chamanes o lo han hecho venir para que efectuara alguna curación en el barrio. En estos casos, poco frecuentes, la dolencia se vinculaba a un "daño" muy fuerte recibido por la persona, y los *pioxonak* consultados combinaban características del chamán tradicional con elementos religiosos cristianos. Los curadores populares, además de utilizar la oración, suelen indicar alguna infusión o baño con

hierbas.

Por otro lado, muchas madres saben preparar distintos "remedios frescos": tés, infusiones de plantas medicinales, que sí tienen más que ver con la medicina tradicional toba, aunque su utilización se ve dificultada por el hecho de no encontrar aquí las plantas propias de la región chaqueña.

Desde estas distintas formas de la medicina tradicional-popular se maneja una concepción de la salud-enfermedad que reconoce la articulación de componentes biológicos y psicológicos.

La sanación producto de la oración y el descenso del Espíritu Santo, conducida por el pastor durante el culto pentecostal, se revela eficaz en casos desesperantes o cuando el grupo doméstico no dispone de medios económicos como para recurrir al médico o a algún curandero:

"El Dani estuvo muy enfermo, casi se murió, casi. Pero no se le fue en el médico, así, los médicos, no se fue. Lo llevaba, sí, pero no le hacían nada, le daban remedios, pero no le hizo nada. Y yo le mandé a mi marido, se fue a Buenos Aires a un pastor evangélico, y le oraba él (...) y en ese momento él ya se sanó." (Entrevista N° 3).

"Como somos creyentes nos ponemos a orar porque no tenemos a veces medios ni tenemos plata, no tenemos donde agarrarnos, y entonces nos ponemos a orar, nos unimos. Como somos creyentes nos ponemos a orar y se sana el chico. Y cuando se sanan ellos eh... o sea que nos daría más tiempo para poder llevarlo al médico después, para hacer las vacunas completas, qué es lo que tiene. Y se sanan ellos, a veces los llevan al médico pero ya están sanos. ¿Cuál era el remedio?" (Entrevista N° 9).

El pentecostalismo se extendió y fortaleció entre los indígenas de la región chaqueña a partir de las décadas del 40 y del 50, con la conformación de la Iglesia Evangélica Unida.¹⁰ La curación de enfermedades es un elemento central de esta práctica religiosa y se basa en el "don de sanidad" recibido de Jesús. La enfermedad aparece asociada a la idea de pecado y al demonio y, por el contrario, la sanación es una de las evidencias del poder de Dios y de su presencia en el culto. La técnica curativa empleada es la imposición de manos y la oración.

A través de lo anteriormente expuesto, vemos que la respuesta de las madres a las enfermedades de sus hijos no es homogénea, sino que tiene que ver con una serie de elecciones en las que se ponen en juego desde factores económicos ligados a la posición del grupo en la estructura social, hasta los sistemas de creencias y valores propios

de la cultura toba, así como el grado de compromiso que esto ha generado con los diferentes sistemas de salud. Es en este sentido que hablamos de estrategias de atención de la salud infantil, estrategias en las que se conjugan procesos de reproducción social, de resistencia y de impugnación. Módena denomina "cultura de la salud" a estas diferentes formas que genera un grupo para resolver los problemas de salud y enfermedad.¹¹ Esta cultura de la salud está determinada estructuralmente por las posibilidades de acceso a ciertos servicios y recursos materiales, pero puede presentar cierta autonomía relativa, dada por factores como el reconocimiento de la eficacia de prácticas tradicionales, normas de pudor, concepciones particulares sobre la salud y la enfermedad.

El análisis de las distintas estrategias utilizadas por las madres ha permitido establecer distintas secuencias o "circuitos" de atención. Encontramos dos modelos predominantes. En ambos, a los primeros signos de enfermedad se responde con elementos de autoatención en el ámbito doméstico, ya sea con paliativos de la medicina oficial que se han revelado eficaces y fáciles de aplicar (las aspirinetas y los "vaporcitos" son los más utilizados, sobre todo para las gripes y las congestiones respiratorias) o con remedios caseros tradicionales (tés de plantas como paico, boldo, ruda, "burro" y otros, sobre todo para los trastornos digestivos). En esto coincidimos con Módena,¹² quien en su estudio de las diferentes formas de atención primaria de la salud en una comunidad campesina de México también encuentra que las madres de familia incluyen como parte de su actividad doméstica la atención de las dolencias familiares en el momento de su irrupción, para lo cual combinan elementos de la medicina casera con remedios comprados en la farmacia. Si esta primera instancia de autoatención no da resultado, se abren dos posibilidades:

- Algunas madres concurren al médico del hospital o del centro de salud. "Lo llevo directamente al médico" –afirman, por no confiar demasiado en la medicina popular y por temor a que su hijo se intoxique con los "yuyos" recetados por el curandero.
- Otras mujeres, en cambio, llevarán a sus hijos a la casa de "alguien que cure". Pasado un tiempo determinado, generalmente dos o tres días, si esta segunda instancia no ha resultado eficaz y hay signos de empeoramiento, como fiebre o deshidratación, posiblemente el mismo curandero indique a la madre la consulta al médico.

"Y acá me lo curó del ojeo el hombre este.

Porque toda esa vuelta, cuando se me enfermó, tenía ojeo y tenía empacho. Vomitaba todo, y a lo último lo llevé al doctor.” (Entrevista N° 2).

“A veces, vio, cuando le agarra esa diarrea o vómitos, lo primero que hacemos a veces es... lo llevamos a una mujer que cura el empacho. Si dice que está empachado, entonces le controlamos nosotros mismos, le damos un remedio casero, hasta los tres días. Y cuando llegan esos tres días que uno ve que no corta esa diarrea, entonces a lo mejor tiene otro problema, entonces de ahí directamente lo llevamos al hospital.” (Entrevista N° 3).

Cuando nada de esto da resultado, sólo queda confiar en el culto. Como dice una informante refiriéndose a la curación casi milagrosa de su hija por medio de la oración: “ya no era para doctor, era mano de Dios”. En otros casos, se recurre a la sanación religiosa en forma paralela a cualquiera de los dos circuitos de atención que hemos mencionado.

COMENTARIO

De una manera muy general hemos mostrado cuáles son las principales estrategias de atención de la salud-enfermedad infantil que las madres de este grupo toba ponen en práctica. A través del modo en que estas estrategias son utilizadas y combinadas en los distintos circuitos de atención que se ponen en marcha ante la enfermedad de un niño, es posible ver la compleja articulación que se establece entre los sistemas de la medicina oficial, la medicina tradicional-popular y la medicina religiosa. Se han observado utilidades complementarias y pasajes de uno a otro sistema. Sin embargo, esta coexistencia no se da sin conflictos, tensiones o ambigüedades, pues las relaciones —en este caso, de un grupo indígena— con la salud y la enfermedad están atravesadas por las relaciones de desigualdad que atraviesan las sociedades complejas. Por ejemplo, si bien la población toba utiliza tanto el sistema de la medicina oficial como el sistema tradicional-popular, estos dos sistemas no poseen igualdad en cuanto a las fuentes y grados de legitimación reconocidos, dado que la legalidad

está puesta del lado del primero.

Así, cada conjunto social genera distintas prácticas y saberes con respecto a la salud infantil, pero a estos modelos se superpone la medicina oficial, que se presenta, desde lo hegemónico, como la única respuesta a la enfermedad. Como resultado, se producen complejos procesos de aceptación/rechazo que llevan a que algunas categorías sean incorporadas e internalizadas como propias (como la importancia concedida a la vacunación), otras sean resignificadas y utilizadas de modo diferente y otras sean rechazadas. El resultado depende de la inserción particular, a lo largo del proceso histórico, del grupo en la sociedad total y su vinculación con las instituciones de los distintos sistemas de salud. Sólo desde esta perspectiva podremos entender a los sistemas de salud-enfermedad-atención a la vez como producto de la construcción de saberes y prácticas de los distintos conjuntos sociales y como emergentes estructurales de las condiciones históricas de una sociedad dada.¹³ En este sentido encontramos que, si bien muchas estrategias empleadas por las madres tobas tienen que ver con universos de significado gestados desde su pertenencia étnica (creencias propias del grupo toba sobre el origen de las enfermedades, idea del “daño”, conocimientos sobre utilidades medicinales de ciertas plantas), más allá de estas particularidades existen condicionamientos determinados por su posición en la estructura de la sociedad total, condiciones materiales concretas que ponen límites a las posibilidades de elección, restringiendo, por ejemplo, su acceso al sistema oficial de atención de la salud. Esta perspectiva nos evitará caer en un culturalismo ingenuo, que llevaría a la falsa idea del grupo indígena como una comunidad homogénea, cerrada en sí misma, regida sólo por pautas tradicionales y atemporales. Por el contrario, creemos que sólo teniendo en cuenta el entrecruzamiento complejo entre diversidad cultural y desigualdad social podemos aproximarnos a un conocimiento productivo sobre la atención de la salud y la enfermedad en los pueblos indígenas de la actualidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Colángelo María A. Pautas de crianza en diferentes contextos socioculturales urbanos. Informe Beca de Estudio de la Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires, período 1994-96.
2. Berger P, Lukmann T. La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
3. Grinberg M. Proceso salud-enfermedad-atención y hegemonía. Guía para la discusión. Documento de trabajo, ICA-UBA, 1992.
4. Tamagno LE. La identidad étnica y el contexto de la lucha por el espacio urbano: indígenas en el área metropolitana bonaerense. III Congreso de Antropología Social, Rosario, 1990.
5. Tamagno LE. Los tobas del barrio "Las Malvinas": su proyección a nivel regional. Informe Proyecto de Extensión Universitaria, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, 1992-1994.
6. Tamagno LE. Una comunidad toba en al Gran La Plata: su articulación social. Informe Proyecto de Investigación, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Ciencias Naturales y Museo, 1996.
7. Tamagno LE, Schneider Castel F. Salud y enfermedad en un grupo indígena urbano. IV Congreso Argentino de Antropología Social, Olavarría, 1994.
8. Arrue W, Kalinsky B. De "la médica" y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia del Neuquén. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1991.
9. Miller E. Los tobas argentinos. Armonía y disonancia en una sociedad. Buenos Aires, Siblo XXI, 1985.
10. Modena ME. Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica. México: Ediciones de la Casa Chata, 1990.
11. Singer M. Reinventing medical anthropology: toward a critical realignment. En: Singer M. Social Science & Medicine, Londres: Pergamon Press: 1990: 30, 2.