

IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile, 2001.

Comportamiento reproductivo en mujeres mapuches de Cushamen.

María Cristina Chiriguini., María Elina Vitello. y Nélida Luna.

Cita:

María Cristina Chiriguini., María Elina Vitello. y Nélida Luna. (2001). *Comportamiento reproductivo en mujeres mapuches de Cushamen. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/10>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ef8V/d9d>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

mandas de dichos pueblos. Ya no se trata de elaborar programas de salud pública para los pueblos indígenas, sino con la participación activa y fundamental de ellos. En este caso la oposición médica es una postura que se aparta de la evolución histórica que ya tienen los pueblos indígenas americanos.

Bibliografía

(1) Organización Internacional del Trabajo: Convenio nº 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países indepen-

dientes. Serie: Documentos 89/1, 1989

- (2) Campos-Navarro, R. La hamaca: historia, etnografía y usos médicos de un mueble americano. *Rev. Med. IMSS (Mex)* 35(4): 287-294 (1997)
- (3) Campos-Navarro, R. La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México. *Rev. Med. IMSS (Mex)* 35(4): 265-272
- (4) Menéndez, E. Estructura, relaciones de clases y la función de los modelos médicos. *Nueva Antropología* (23):71-102 (1984)

Comportamiento reproductivo en mujeres mapuches de Cushamen

María Cristina Chiriguini*, María Elina Vitello y Nélide Luna

Introducción

El presente estudio se inscribe dentro de un proyecto de investigación más ambicioso donde nos planteamos estudiar la reproducción biológica y cultural de la población perteneciente a las etnias tehuelche y mapuche de los departamentos rurales de la provincia de Chubut - Patagonia Austral -, entre los años 1995 y 2000. La investigación toma en cuenta dimensiones socioculturales, biológicas y ambientales para aproximarse en toda su complejidad a la dinámica de la población estudiada, mediante la convergencia de diferentes enfoques.

Esta presentación trata en particular de describir el comportamiento reproductivo de la población indígena del Departamento Cushamen, buscando respuestas que permitan explicar el alcance del accionar del sector salud y la asistencia pública como factores condicionantes de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Es pertinente señalar que en nuestro estudio consideramos la identidad étnica como una dimensión de la realidad social, que ha estado presente en la historia de estos pueblos otorgándoles un sesgo propio y diferenciador. Esta especificidad estaría dada por el uso de la lengua, por mantener experiencias vitales comunes, por la continuidad y permanencia como grupo ét-

nico, y por desarrollar una praxis social cotidiana específica, evitando de este modo limitar lo étnico a una simple enumeración de rasgos culturales. Asimismo consideramos el término indio como una categoría supraétnica que no hace referencia a las características de los grupos que abarca, sino a la particular relación de éstos con la sociedad global de la que forman parte (Bonfil Batalla, 1992). Las mujeres con las que hemos trabajado reivindican su identidad mapuche o tehuelche y son reconocidas como tales por el resto de la sociedad.

Si bien acordamos con la definición de salud reproductiva como un estado de bienestar físico, mental y social propuesta en la últimas conferencias internacionales sobre la mujer, debemos incorporar a esa noción los factores sociales y culturales que le otorgan contexto, significados y valores singulares a este proceso. Ser mujer y ser madre es una construcción social y cultural que sólo puede desgranarse al amparo del contexto histórico donde estamos poniendo la mirada. La naturaleza prepara biológicamente a las mujeres para convertirse en madres; cómo ellas llegan a serlo y cómo desarrollan sus prácticas y experiencias es una situación a explicar histórica, social y culturalmente. En el marco de estas consideraciones el tratamiento de la salud reproductiva en mujeres indígenas nos in-

* Licenciada en Ciencias Antropológicas - Universidad de Buenos Aires, Profesora de Antropología - U.B.A.

introduce en el ámbito de la salud-enfermedad-atención donde se visualiza la tensión entre identidad cultural y modernidad. Las nuevas perspectivas que asume la situación de la mujer plantean una redefinición de la relación entre género, modernidad y cultura, con claras implicancias en la salud reproductiva y la familia.

El concepto de salud reproductiva como declaración de derechos de las mujeres a ejercer su maternidad, a conocer sus riesgos y a poder elegir cómo y cuándo llevarla adelante, se convierte en una abstracta declaración de principios si no especificamos a qué mujeres nos estamos refiriendo. Justamente es en Antropología donde se ha señalado la importancia de interpretar categorías como la de "mujer", en contextos sociales e históricos determinados. Sobran ejemplos de cómo la cultura occidental ha universalizado sus propios conceptos e impuesto herramientas de análisis homogéneas sobre realidades complejas y diversas. En nuestro caso, las mujeres de Cushamen son también mujeres indias y mujeres pobres.

Ambas variables, la etnicidad y la pobreza condicionan además las relaciones que en el ámbito de la reproducción establecen las mujeres con el médico, con el hospital como institución y con los agentes sanitarios. Hemos tratado de indagar las percepciones mutuas en ese proceso.

Metodología

La metodología incluyó la revisión de fuentes secundarias: Censos Nacionales de Población, Estadísticas Vitales y fuentes historiográficas. Si bien se privilegió la aproximación cualitativa, se efectuaron encuestas semiestructuradas a las mujeres en edad reproductiva. Se relevaron datos personales, adscripción étnica, nivel de escolaridad, patrones de nupcialidad, edad al primer hijo, cantidad de hijos, frecuencia de los nacimientos, lugar y modalidad de los partos, tamaño ideal de familia, uso de plantas medicinales, conocimiento de métodos anticonceptivos. Se entrevistaron 58 mujeres con hijos, 40 residentes en el área cercana al hospital y el resto en las zonas más alejadas de la reserva. La información cualitativa estuvo orientada a la realización de entrevistas en profundidad a 16 mujeres, cuya selección obedeció a la empatía y buena disposición de la informante. La investigación en salud reproductiva se introduce en ámbitos de privacidad que involucra temas y refiere a personas que sólo pueden profundizarse con el consentimiento total, libre e infor-

mado de las entrevistadas. Las entrevistas se llevaron a cabo en el ámbito doméstico, permitiéndonos observar la cotidianeidad de las familias.

Con el objeto de reunir información sobre las posibles dificultades en la relación de la comunidad con el sistema de salud, fueron entrevistados los agentes de salud, la enfermera y el médico del hospital rural a fin de obtener los siguientes datos: motivos de la consulta, frecuencia de las mismas, cantidad de partos hospitalarios, partos domiciliarios, conocimiento del personal de salud de prácticas tradicionales y recomendación de uso de métodos anticonceptivos.

Escenario histórico y sociodemográfico

La Colonia indígena de Cushamen donde se llevó a cabo nuestra investigación, fue fundada en el año 1899 por el cacique Miguel Ñancuche Nahuelquir. Originalmente la colonia ocupaba una superficie de 125.000 hectáreas divididas en 200 lotes de 225 hectáreas cada uno. Los mismos fueron asignados a 52 familias. La población total de los 12 parajes que conforman el área de atención sanitaria dependientes del Hospital Rural fue estimada para el año 1997 en 1650 habitantes, 550 residentes en el pueblo y 1100 distribuidos en la vasta zona rural.

El departamento cordillerano de Cushamen es el que cuenta con el mayor número de población entre los departamentos rurales de la provincia de Chubut, estimada en 15.359 residentes para el año 1997. A diferencia del resto de los departamentos de la provincia, esta jurisdicción se caracteriza por menores niveles relativos de migración que se manifiesta en una tasa de crecimiento medio anual positiva a pesar de contar con el 41 por ciento de la población con las necesidades básicas insatisfechas. El índice de masculinidad asciende a 108.8 hombres cada 100 mujeres en el año 1997, estos valores sin un indicador de estructuras en equilibrio entre los sexos y que diferencia a este departamento del resto de los departamentos rurales.

Indicadores más cercanos con el comportamiento reproductivo nos dicen que el 40 por ciento de las mujeres comienzan a tener sus hijos antes de los 20 años y que el 34 por ciento no ha terminado su escolaridad primaria de acuerdo a los últimos datos publicados en el año 1994. Esta realidad se agudiza en las poblaciones de ascendencia indígena según nuestros datos para el año 2000, como se verá a continuación.

Resultados

1- Características de las unidades domésticas

La totalidad de las unidades domésticas corresponden a hogares con necesidades básicas insatisfechas de acuerdo con algunos de los indicadores de privación utilizados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Es importante señalar el porcentaje relativamente alto de hogares con ambos progenitores presentes (el 73 por ciento); es probable que esa presencia en los hogares garantice una mayor protección para los niños y mujeres, a pesar de las condiciones de vulnerabilidad social a que están sometidos.

2- La fecundidad de las mujeres

Nuestro estudio en el departamento de Río Senguerr anticipaba para estas comunidades un patrón de fecundidad elevado, con niveles superiores al resto de las mujeres rurales (Chiriguini: 2001). En Cushamen, del total de mujeres analfabetas con fecundidad completa 9 de ellas han tenido 5 y más hijos; tres de ellas con 9 hijos, dos con 10 hijos y una mujer con 14 hijos. De las treinta y dos mujeres con uno o dos años de escolaridad, quince han tenido más de 6 hijos. Siete mujeres con primaria completa tienen menos de treinta años, por lo tanto no se puede aventurar un cálculo sobre su comportamiento reproductivo. El único indicador que nos permitiría arriesgar un número elevado de hijos estaría dado por la edad al primer hijo. El 67 por ciento (39 mujeres) tuvieron sus hijos antes de los veinte años. El 24 por ciento entre los veinte y veinticuatro. Estos datos expresan, sin lugar a dudas, una fecundidad de cúspide temprana. Esta característica del comportamiento reproductivo es propia de regiones donde las uniones se dan tempranamente como es el caso de Río Senguerr y Cushamen. Por otro lado, esta información nos permite medir la fecundidad adolescente. El 28 por ciento de las jóvenes han tenido su primer hijo antes de los dieciséis años, indicador de una fecundidad adolescente precoz y como se ha dicho más arriba, el 67 por ciento antes de los veinte años.

3- El sistema de salud y las prácticas tradicionales

El Hospital Rural Cushamen se encuentra ubicado en el núcleo urbano. De acuerdo con la información aportada por el médico a cargo "se trata de un establecimiento sanitario con nivel de complejidad III", con una capaci-

dad de internación de 9 camas, un médico generalista, 4 auxiliares de enfermería, 7 agentes sanitarios y 8 integrantes de servicios generales (choferes, maestranza). La institución no cuenta con sala de partos, quirófano, equipo de rayos X y laboratorio de análisis. Los métodos complementarios de diagnóstico se realizan en el Hospital de El Maitén y en el Hospital Zonal de Esquel que constituyen el segundo nivel de referencia en la estructura de la Red Sanitaria Provincial. Emplean una ambulancia para el traslado de pacientes a las localidades mencionadas y una camioneta para servicios generales. El edificio se encuentra en buenas condiciones de mantenimiento y limpieza, pero lo más llamativo es que es un hospital con camas vacías.

Este hospital atiende una amplia zona rural con una población muy dispersa. Los agentes sanitarios son los que tienen a su cargo las visitas domiciliarias. Realizan tareas de atención primaria y en su totalidad son integrantes de las mismas comunidades que han sido capacitados en el Hospital de Esquel. Es el personal que tiene un contacto real con la población y que a través de las visitas regulares a los hogares registran los problemas que aquejan a las familias a su cargo. Su función principal es la de "multiplicadores de educación sobre la salud", según sus propias expresiones. Detectan a las mujeres embarazadas, realizan primeros auxilios, atienden los partos sin complicación, imparten conocimientos básicos de anticoncepción, se encargan del control del agua para consumo, fumigan las viviendas, controlan la pediculosis, administran las pastillas contra la hidatidosis a los perros. También están a cargo de los esquemas de vacunación. En la actualidad están confeccionando historias clínicas y estadísticas vitales que en un futuro reflejarán con más precisión el cuadro sanitario de la población. La detección temprana de los embarazos es una tarea donde ponen especial énfasis porque dada la infraestructura del hospital rural, los partos de riesgo tienen que ser derivados a El Maitén o a Esquel, distantes a 3 y 4 horas respectivamente.

Percibimos mucha preocupación por las serias limitaciones para visitar zonas tan extensas. Recorren los parajes a caballo o en bicicleta, y cuando está disponible, en la ambulancia. Es preciso señalar que los caminos que llevan a las viviendas son bastante intransitables, en muchos casos son sólo huellas y estas dificultades se multiplican durante los rigurosos meses de invierno.

Estas características climáticas y geográficas condicionan la concurrencia de los pobladores al hospital. En el

caso de las mujeres embarazadas, se enfrentan a la situación que los controles de embarazo se realizan solamente en el consultorio, es decir, tienen que trasladarse largas distancias por sus propios medios, generalmente a pie; a veces con niños pequeños en brazos. Como resultado, los controles son esporádicos y muchos partos terminan resolviéndose en el hogar.

En estos casos las parteras que aún quedan en la comunidad, desempeñan un rol importante, ya que sus conocimientos tradicionales les otorgan idoneidad en la resolución de todo el proceso de la gestación y el parto. Controlan a la madre durante el embarazo, calculan la fecha de nacimiento, acomodan a la criatura masajeando el vientre materno y asisten el parto. Hemos podido entrevistar a tres de ellas. Sus relatos describieron con naturalidad todo el proceso del trabajo de parto, la importancia de mantener a la madre caminando, la posición en cuclillas, el conocimiento y uso de plantas medicinales, que en forma de infusión se le administra a la parturienta antes y después del nacimiento para que "el cuerpo no se enfríe" y, por último, las rogativas especiales en el entierro de la placenta. A ninguna de estas parteras se le murió una mujer en el parto, según relatan.

En ocasiones es el marido, una vecina, pariente o algún hijo el que interviene y ayuda en el parto. Sin embargo, hemos entrevistado a cinco mujeres que han tenido a alguno de sus hijos en total soledad. Todas las mujeres refieren tener conocimiento de las prácticas adecuadas para resolver un parto, siendo fundamental cuando en pleno invierno, las viviendas quedan aisladas.

En la actualidad los esfuerzos del sistema de salud están encaminados a que los partos se lleven a cabo en el espacio hospitalario. Desde 1997 la tendencia es positiva. Los registros muestran que ese año el 40 % de los partos fueron domiciliarios. Esta cifra descendió en 1999 al 33 %. A diferencia del parto en el hogar, vivido en la intimidad del mundo cotidiano, el nacimiento institucionalizado transcurre en presencia de extraños, con la madre separada de su grupo familiar, acostada en una camilla desde los primeros síntomas y subordinada a las decisiones del médico y de la enfermera de turno. En este contexto el parto se convierte en un hecho médico, meramente biológico.

De las 58 mujeres entrevistadas, 19 de fecundidad completa y analfabetas, han tenido todos sus hijos en el hogar y por lo tanto son las que más defienden el parto a la manera tradicional; 32 mujeres en edad reproductiva (entre 20 y 49 años) y con 1 o 2 años de escolaridad representan al grupo que han tenido sus primeros hijos

en el hogar y los últimos en el hospital. Y las 7 restantes, con primaria completa (entre 13 y 19 años) han concurrido regularmente al hospital.

En la percepción de la comunidad, el médico y el hospital no son un marco de referencia positiva. La institución no se utiliza como un espacio de prevención y consulta. La población recurre sólo en casos de urgencia y tal como lo hemos expresado más arriba, el nexo entre la comunidad y el sistema de salud son los agentes sanitarios.

4. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

El hecho más significativo de esta población fue el alto desconocimiento de los métodos anticonceptivos. Los métodos mencionados con mayor frecuencia en las entrevistas fueron las pastillas, las inyecciones y el DIU. Respecto al uso de alguno de estos métodos, 17 mujeres (30 por ciento) se declararon usuarias, en alguna oportunidad, de manera eventual y discontinua. Un porcentaje bastante bajo si tenemos en cuenta que las entrevistadas residen en su mayoría en la zona cercana al hospital. Asimismo solamente siete mujeres consultadas hicieron referencia al conocimientos de prácticas anticonceptivas tradicionales.

Se podría pensar que el desconocimiento y el desinterés sobre este tema indicaría falta de deseo en modificar el tamaño de familia. Sin embargo, cuando se indagó sobre la edad más conveniente para tener el primer hijo, las respuestas mostraron un cuadro diferente. Se hizo consciente, en muchas de ellas, el deseo de retrasar el hecho de ser madres: 37 mujeres contestaron que la edad ideal sería después de los veinte años; 8 mujeres eligieron entre los 18 y 19 años, una sola a los 16 y el resto no contestó.

Reflexiones finales

La presencia de saberes tradicionales relacionados con los partos, con el uso de plantas medicinales, con rituales referentes a la placenta y con los cuidados especiales que la partera dispensa a las mujeres durante y después del nacimiento del niño, deben interpretarse como una recuperación de prácticas culturales del pasado para sortear de la mejor manera posible y en las actuales condiciones de vida, la situación de vulnerabilidad social en las que transcurre su existencia. No es un simple retorno a costumbres ancestrales, más bien, debemos entender su presencia en un nuevo espacio social, como estrategias actuales de vida en el proceso

de reproducción social. A su vez y relacionado con lo anterior las mujeres saben como actuar si se presenta un parto y están solas, y por otro lado, hablan de ese momento con gran naturalidad, en tanto la maternidad es la función que da sentido a sus vidas y traza los rasgos de su identidad femenina.

Además, estas estrategias no sólo se dan en el ámbito del comportamiento reproductivo sino que las vemos reproducidas en otros ámbitos como en el de la alimentación, donde estas poblaciones apelan a prácticas relacionadas con su pasado cazador recolector para sobrevivir en las épocas de crisis. Para la percepción de estas comunidades el ambiente es rico y generoso conteniendo elementos básicos para la vida, siempre y cuando los principios de solidaridad y ayuda mutua propia de los cazadores recolectores, sigan vigentes y simultáneamente la población no aumente su tamaño (Pinotti y otros:2000).

Las prácticas tradicionales relacionadas con la salud cumplen una función positiva en tanto actúen en forma articulada con el sistema oficial de salud implementado desde los comienzos de la década del ochenta por el estado provincial. Las políticas asistenciales y preventivas han dado como resultado una disminución de la mortalidad infantil y general según los últimos datos publicados y un patrón de crecimiento normal en la población (Pinotti y otros: 2001), que serían indicadores del buen resultado de esa articulación en poblaciones pobres, sujetas a una gran fragilidad social y ecológica. Cabría preguntarse de aquí en más ¿cuáles serán las condiciones materiales de existencia para estas familias indígenas, en tanto la realidad brutal de la crisis social y económica que atraviesa la Argentina en general y los estados provinciales en particular, impidan asegurar la continuidad de las políticas asistenciales y de salud?. ¿Podrán estas comunidades elaborar nuevas respuestas para enfrentar los desafíos de la modernidad?

En cuanto a la fecundidad, estamos en presencia de una tasa elevada con respecto a otras mujeres rurales y también de una fecundidad adolescente importante. Por otro lado nos encontramos con el deseo manifestado en muchas mujeres de retrasar el nacimiento de su primer hijo. Creemos que ambas proposiciones podrían significar la aspiración de disminuir el número de hijos o por lo menos planificar su espaciamiento.

Si realmente fuese éste el deseo de las mujeres ¿se podría garantizar en forma efectiva y regular la provisión de pastillas, por citar un método? Tenemos que contemplar que la mayoría reside en lugares muy ale-

jados y aislados, prácticamente no manejan dinero, no hay ninguna farmacia en la zona y no siempre los agentes sanitarios podrían asegurar su distribución.. En este contexto el uso de anticonceptivos depende de muchas más variables que la sola toma de decisión de las usuarias. Sabemos además, que un aprovisionamiento discontinuo termina ocasionando las consecuencias contrarias. Asimismo, el hecho de que todos los agentes sanitarios sean hombres dificulta el tratamiento de estos temas. Todo lo relacionado con la maternidad es considerado como "cosas de mujeres" y "hablado solo entre mujeres".

Otro aspecto a señalar es la relación que ellas establecen con el sistema de salud cuando éste las enfrenta a tomar decisiones sobre la constitución de su descendencia y la regulación de su fecundidad. La mayoría se ven conducidas a un proceso de individuación (Quesnel y Lerner:1994) en tanto, las opciones sobre el tamaño de familia se vuelven de su responsabilidad y elección; es decir, la adopción de un nuevo comportamiento reproductivo queda a su cargo. No solamente tiene que contar con los medios para usar alguna técnica moderna de control sino, además, tiene que asumir esa decisión frente a su compañero, o ante su familia en el caso de las más jóvenes. En consecuencia, se transforman en depositarias de nuevos valores culturales relacionados con la salud reproductiva. No podríamos aseverar si estos cambios pueden llegar a ocurrir en un mediano plazo, porque toda transformación en el orden de las prácticas y comportamientos deben operarse primero en el ámbito de las representaciones simbólicas.

En cuanto a la disminución de los partos domiciliarios que se propone el sistema de salud, observamos que la relación asimétrica que se establece entre los profesionales y las mujeres pueden resultar un obstáculo que retrase este objetivo. Son profundas las diferencias con las relaciones de afecto y solidaridad que se genera cuando son atendidas por las parteras y/o familiares.

La perspectiva holística sobre la salud, habitual en estos grupos, transforma el parto en un hecho social que involucra el saber tradicional y las prácticas simbólicas. Este acontecimiento pierde valor y sentido en la soledad del hospital. El parto hospitalario coloca a las mujeres solas frente al médico o la enfermera, son los "otros" ajenos a su cotidianeidad, quienes dominan la situación.

Por último, consideramos que toda explicación sobre la fecundidad y/o la fecundidad adolescente a través de los indicadores clásicos de la sociodemografía (edad, residencia, escolaridad) en una población con las ca-

racterísticas de la presentada en este trabajo, son necesarios pero no suficientes. Todo intento de interpretar un comportamiento como el reproductivo exige, además, tomar en cuenta las dimensiones de la realidad étnica registradas exclusivamente a través de una aproximación cualitativa. Desde esta perspectiva debemos incluir en todo estudio la percepción de la mujer y su familia respecto a la maternidad, el valor de los hijos y la expectativas que se generan hacia ellos, las creencias y opciones sobre la formación de la familia, la situación de la mujer en el contexto familiar. La transformación de una práctica social significa nuevas representaciones sobre la salud reproductiva que, en este caso, involucran al campo biomédico, a las mujeres y a las familias.

Bibliografía

- Bonfil Batalla, Guillermo 1992 *Identidad y Pluralismo cultural en América Latina*. Fondo Editorial del CEHASS, Buenos Aires, Argentina.
- Breilh, J. 1979 *Epidemiología, economía, medicina y política*. Ed. Universitaria. Quito
- CELADE 1991 *Condiciones de vida de los pueblos aborígenes. Estudio realizado en reducciones mapuches seleccionadas de la IX Región*. Chile
- CELADE 1994 *Seminario taller de investigación sociodemográfica contemporánea de pueblos indígenas*. Chile.
- Chiriguini MC 2001 *Una mirada hacia la fecundidad de las mujeres mapuches y tehuelches. Sus voces, sus testimonios*. En *Sin embargo existimos. Reproducción biológica y cultural de una comunidad tehuelche*. EUDEBA Buenos Aires.
- Chiriguini MC; Vitello ME y Luna N 2000 *El pasado en tiempo presente. Estrategias de vida en mujeres mapuches y tehuelches del Chubut*. III Jornadas de Arqueología e Historia de las regiones pampeanas y patagónica. Universidad Nacional de Luján. En prensa.
- Hernández, I. *Salud reproductiva y pueblos indígenas en América Latina*. En *Temas de Salud Pública. El nuevo contexto de la salud reproductiva (varios autores)* OPS-CENEP_FNUAP
- INDEC 1997 *Situación y evolución social provincia. Chubut. Síntesis Nro 1*
- INDEC Censo Nacional de Población y Vivienda 1991. Serie D
- Menéndez, Eduardo L. 1981 *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata. México
- Minayo, M.C.S. 1994 *O Conceito De Representacoes Sociais Dentro Da Sociologia Clássica* In P. Guareschi & S. Jovchelovitch, eds, *Textos em Representacoes Sociais*. Petropólis: Vozes, pp.89-111
- Nardi, R. 1982 *Los mapuches en Argentina. Esquema histórico*. En *Cultura Mapuche en Argentina*. INA. Buenos Aires
- Oyarce, A.M.; Schkolnik, S. 1991 *Una investigación multidisciplinaria en reducciones indígenas de Chile*. CELADE. Chile
- OPS-OMS 1994 *La salud de las mujeres en América Latina y el Caribe: Viejos problemas y nuevos enfoques*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington
- Pantelides, E. y MS Cerrutti 1992 *Conducta reproductiva y embarazo en la adolescencia*. CENEP. Cuadernos del CENEP Nro. 47. Buenos Aires.
- Pantelides, E. 1995 *La maternidad precoz. La fecundidad adolescente en la Argentina*. UNICEF Argentina
- Pinotti LV; Ferrari M; Palacio Tejedor V; Borgia S; Morazzani F; Pecenko F y Marconi G. 2001 *Carne de choique, yeguarizo y piche. Una elección con eficacia nutricional*. En: *Patrimonio intangible*. En prensa
- Pinotti LV (compiladora) 2001 *Sin embargo existimos. Reproducción biológica y cultural de una comunidad tehuelche*. EUDEBA Buenos Aires
- Instituto Nacional Indigenista 1993 *La salud de los pueblos indígenas de México*.
- Quesnel, A., Lerner, S. 1994 *Salud reproductiva en el medio rural mexicano: aspectos sustantivos y metodológicos para el análisis de las trayectorias reproductivas en estudios sociodemográficos de las poblaciones indígenas*. CELADE. Chile
- Torrado, S. 1981 *Sobre los conceptos de estrategias familiares de vida y proceso de reproducción de la fuerza de trabajo. Notas Teórico- Metodológicas*. Demografía y Economía XV 2 CEUR Buenos Aires.
- Vitello, ME 2001 *La última tribu, el último lugar. Los tehuelches del Chubut*. En EUDEBA Buenos Aires