

Salud intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas

Autor:

Lorenzetti, Mariana Isabel

Tutor:

Briones, Claudia

2010

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título en Doctor de la Universidad de Buenos Aires en Antropología

Posgrado

Tesis
14-5-15

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
Nº 860.570
29 ABR 2010
AGE ENTIDADAS

**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS**

**TESIS DE DOCTORADO CON MENCIÓN EN
ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

Salud intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas

**Tesista: Lic. Mariana Isabel Lorenzetti ✓
Directora de tesis y consejera de estudios: Claudia N. Briones.**

Buenos Aires, Abril de 2010

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
Dirección de Bibliotecas

Índice

Agradecimientos	4
------------------------------	---

Abertura

Presentación de la investigación.....	6
Estructura de la tesis.....	9

Capítulo I

La relación entre políticas de reconocimiento indígena y políticas sociales en el campo de salud.

Puntos de partida: la “salud intercultural” como problema de investigación.....	14
El carácter neoliberal de las políticas sociales.....	21
La biopolítica como marco de los programas de intervención social.....	25
Hacia un re-ordenamiento de las relaciones sociales.....	29
Las estrategias de investigación: elecciones prácticas de indagación y el trabajo de campo.....	34

Capítulo II

La construcción de la “salud intercultural” como campo de intervención: los lineamientos de los programas.

Introducción.....	45
La salud indígena como cuestión problematizada.....	46
La formulación del ANAHI: el marco normativo.....	52
El Sub-Programa Equipos Comunitarios Para Pueblos Originarios.....	55
La conformación de una “matriz diagnóstico-terapéutica”.....	57

Capítulo III

La configuración de las relaciones interétnicas en el Chaco Salteño: una contextualización posible

Introducción.....	69
La conformación de las subjetividades socio-políticas.....	71
“Lo criollo” y “lo indígena” en el Chaco Salteño a través de la historia.....	76
La ciudad de Tartagal.....	88
La recreación de los imaginarios sociales.....	93
El Tartagal en los tiempos de cólera.....	106

Capítulo IV

La construcción de “alteridades” y de “lo saludable” desde las intervenciones de Atención Primaria de la Salud.

Algunas bases para el abordaje de las relaciones interétnicas en el campo de salud....	110
La proximidad de “lo indígena” como señal perturbadora del espacio social.....	112
La administración de los “riesgos”.....	121
Algunas reflexiones finales.....	130

Capítulo V

La visita de los agentes sanitarios.

Puntos de partida.....	133
------------------------	-----

El perfil del agente sanitario.....	135
Hacia el “sentido práctico” de las <i>visitas domiciliarias</i>	143
Cinco casos, cinco situaciones etnográficas.....	145
Las <i>visitas domiciliarias</i> como situaciones etnográficas: un análisis posible.....	164
Recapitulando.....	181

Capítulo VI

La normalización en el marco de la Atención Primaria de la Salud

Procesos de normalización.....	183
El riesgo como política de gestión diferencial de poblaciones.....	184
La percepción social del riesgo y la distribución de recursos en el sector de trabajo...186	
El <i>consejo</i> y la <i>ayuda</i> como medios para conjurar los riesgos.....	193
Recapitulando.....	210

Capítulo VII

Los circuitos de atención: itinerarios posibles en el sistema de salud formal

Introducción.....	218
Los circuitos de atención: itinerarios posibles.....	219
La configuración de las “vías de atención”: entre agentes sanitarios, médicos y asistentes sociales.....	220
La experiencia del Equipo Comunitario: la creación de la figura <i>referente comunitario</i> como nexo entre el hospital y la comunidad.....	232
Recapitulando: a modo de cierre provisorio.....	237

Capítulo VIII

Consideraciones finales

Alteridad y biopolítica: articulaciones en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas.....	242
--	-----

Anexo

Mapas y fotografías	258
---------------------------	-----

Bibliografía y fuentes.....	272
-----------------------------	-----

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a todas las personas de Tartagal que me permitieron acercarme a su cotidianidad y compartir diferentes momentos que hicieron posible este trabajo. Una cotidianidad que, como el recorrido de estas páginas demuestra, se ha tornado avasalladora y llena de sobresaltos, instándolos a retos y desafíos constantes.

Me siento especialmente agradecida a Claudia Briones, directora de tesis, por su acompañamiento, por la confianza que depositó en mí, por su mirada siempre atenta y estímulo constante en el proceso de análisis y escritura del trabajo de tesis. Claudia me brindó un cálido espacio de reflexión para que pudiera desplegar ampliamente mis inquietudes y mis motivaciones.

Mi reconocimiento más profundo a mi hermana Liliana y a Gabriela Rodríguez –hermana del alma- quienes muy de cerca han compartido conmigo lecturas preliminares de mis escritos y que, con reflexiones y consejos, han estado allí siempre con su enorme generosidad y afecto infinito.

A Fabiana Nahuelquir que, con la fortaleza que la caracteriza, me invitó a no bajar los brazos y a seguir. A Andrea Szulc siempre dispuesta a orientarme y a despejar dudas sobre el quehacer antropológico.

A Morita Carrasco por facilitarme material bibliográfico e interesarse por mi trabajo, brindando su apoyo como directora de beca y compartiendo su experiencia de trabajo de campo. También a Andrés Cuyul quien, además de proporcionarme bibliografía, me invitó a participar en distintos encuentros sobre “salud intercultural” a partir de los cuales pude comenzar a desnaturalizar las distintas significaciones asociadas a este ámbito particular de la salud.

En este mismo sentido quiero expresar mi agradecimiento a los integrantes del Grupo de Estudios en Aboriginalidad, Provincias y Nación (GEAPRONA) pues, a través de las reuniones compartidas, tales encuentros se constituyeron para mí en una instancia de aprendizaje continuo.

A mis amigas Alejandra Capdevila, Paula Bernardez y Sandra Painefilu por su aliento, comprensión y contención.

A Gabriela Seghezzo y Karina Mouzo quienes gustosamente aceptaron leer partes de la tesis, aportando sus comentarios y sugerencias. A Mariana Galvani que supo despejar dudas acerca de los distintos menesteres académicos.

Y por supuesto, a mi familia, muy especialmente a mis padres y a mi hermano, a los cuales les estoy enormemente agradecida por el apoyo y el afecto de cada día.

A todos, a cada uno, pues sin ustedes no habría sido posible transitar este camino.

Abertura

Presentación de la investigación

Encuadrados en la tendencia de reconocimiento de “derechos específicos”, se ha ido conformando, durante las dos últimas décadas del siglo XX y la primera década del siglo presente, toda una grilla de programas sociales destinados al “colectivo indígena” bajo la órbita de distintas agencias estatales.¹ Dentro de este esquema, formas de intervención política y espacios/campos de saber dan forma a la cuestión indígena como problema, otorgándole una visibilidad particular.

De este modo, si hasta hace poco tiempo en Argentina el ámbito de la salud parecía impermeable o indiferente a la incorporación de la “interculturalidad” como tópico de intervención, en los últimos años asistimos a la conformación de programas dirigidos al colectivo indígena que adoptan dicho tópico al momento de fundamentar la perspectiva de sus iniciativas.

En este marco, esta disertación tiene como propósito problematizar las relaciones entre políticas de reconocimiento indígena y políticas sociales en el campo de salud, en tanto es en el cruce de ambas dimensiones que la “salud intercultural” ha emergido como nuevo “dispositivo” (Foucault, 1985: 128-131) a partir del cual se articulan ciertas intervenciones desde los estados nacional y provincial.²

¹ El proceso de reconocimiento jurídico de los derechos indígenas comenzó en Argentina durante la década de 1980, con el surgimiento de las llamadas “leyes indigenistas integrales”, tanto a nivel provincial como nacional. A nivel nacional, tal proceso se expresa en la Ley N° 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Indígenas sancionada en 1985. Una década después, sumándose a las once provincias que incluyen dentro de sus cuerpos constitucionales la temática indígena, se encuentra el artículo 75 inc. 17 de la Constitución Nacional reformada en 1994. En éste se reconoce la preexistencia étnica y cultural de los Pueblos Indígenas argentinos, el derecho a una educación bilingüe e intercultural, el reconocimiento de la “personería jurídica de sus comunidades y la posesión y propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan”. Esto también involucra, “regular la entrega de otras (tierras) aptas y suficientes para su desarrollo humano” junto a “su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten” (GELIND, 2000^a y 2000^b). Como veremos en el capítulo 2, a partir de este proceso, la “cuestión indígena” fue cobrando “visibilidad”, instituyéndose paulatinamente ciertas iniciativas dentro de la agenda estatal. Las aristas de algunas de esas iniciativas vinculadas a la salud y los efectos de las mismas serán desarrolladas en el transcurso del trabajo.

² Por dispositivo debe entenderse “la red de relaciones que pueden establecerse entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, proposiciones científicas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no dicho. El dispositivo establece la naturaleza del nexo que puede existir entre estos elementos heterogéneos” (Foucault en Castro, 2004:98). En este sentido, entonces, por dispositivo debe entenderse una “especie de formación”, esto es una “red que puede establecerse entre estos elementos” (Foucault, 1985: 128-129).

Como espacio emergente dentro de la agenda pública, el dominio de la “salud intercultural” ha implicado un re-ordenamiento de las “diferencias” definidas como “culturales”. Así, en tanto clave configuradora de una forma de gestión de alteridad, la “interculturalidad” en el campo de la salud ha dado lugar a que distintos nudos problemáticos vuelvan a re-emergir. Nociones de “salud”, “cultura”, “espacios terapéuticos”, “procesos de salud-enfermedad-atención”, entre otras, fueron y van siendo puestas en discusión (Boccaro, 2007; Menéndez, 2001).

Así pues, si en términos generales los programas enmarcados en el discurso de la “salud intercultural” plantean una “adecuación cultural” de los servicios y las intervenciones, me interesa dar cuenta de cómo juegan y se actualizan las relaciones entre la “promoción de la salud” y el “reconocimiento de identidades” a través del seguimiento de dos iniciativas del Ministerio de Salud de la Nación en un emplazamiento específico: el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAHI) y el Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. Ambos programas se inscriben dentro de la denominada estrategia de Atención Primaria de la Salud.³

Teniendo en cuenta estas consideraciones, mi propósito es reponer cómo y en qué términos la “salud intercultural”, en tanto dispositivo biopolítico (Foucault, 2000), es construida por las distintas iniciativas estatales, para luego analizar cómo las intervenciones socio-sanitarias de dichos programas cobran particular textura en la localidad de Tartagal (Pcia. de Salta), lugar donde tuvo lugar mi trabajo de campo.

Para ello, abordo los programas a partir de la narrativa oficial a fin de restituir la letra de los mismos tal como surge de los distintos documentos. Aquí el propósito pasa por examinar categorías e instrumentos, a fin de poder luego analizar cómo tales directrices y procedimientos son puestos en juego en un contexto particular. A este respecto, realizar un análisis situado de las iniciativas federales de salud en la localidad de Tartagal resulta de reconocer que ellas no operan en un vacío. Por el contrario, las mismas se asientan sobre la sedimentación de experiencias históricas y dinámicas sociales estructurantes de las relaciones interétnicas y contextualmente instituyentes de maneras diversas de procesar la “problemática indígena”.

³ A través del Programa ANAHI, fue creada una red de agentes sanitarios indígenas que se incorporaron al primer nivel de atención de salud. Con el Programa Equipos Comunitarios se conformaron equipos interdisciplinarios de trabajo destinados a zonas geográficas con población indígena.

La pregunta acerca de qué procesos históricos dieron forma a la producción de una “matriz de alteridad” localmente específica (Segato, 2007) que gravita en y ordena la estructuración de las relaciones interétnicas presentes, conjuntamente con el interrogante de cómo las modalidades de intervención sobre el colectivo indígena son moldeadas desde y contra dicha producción de alteridad constituyen las cuestiones que han guiado la investigación. En síntesis, se trata de ponderar hasta qué punto prácticas estatales de intervención en apariencia novedosas, performativamente recrean y/o modifican formas sedimentadas de alterización.

De este modo, teniendo como eje las intervenciones socio-sanitarias de los programas mencionados, abordo cómo se “hace vivir” al colectivo indígena, prestando especial atención a los procedimientos que ello implica. La extensión de una Atención Primaria de la Salud (APS) basada en el concepto de “riesgo” y atenta a las “diferencias”, ha ido configurando un modo particular de “normalizar” (Foucault, 2006) al colectivo indígena. Considero que, a través del análisis de tales intervenciones, es posible dar cuenta de cómo las “desigualdades” traducidas en términos de “riesgos” y las “diferencias” leídas desde lo “cultural” se van entrelazando, para dar paso a una “promoción de la salud y prevención de enfermedades” dirigida a la población indígena que adquiere una textura compleja y que no está exenta de tensiones.

En este sentido, retomando el planteo de Lurbe I Puerto (2005), el reto de la presente disertación se inscribe en el doble juego de (de)construir los diferentes discursos sobre la “alteridad/aboriginalidad” (Beckett, 1988; Briones, 1998^a y 1998^b) e identificar el carácter de las relaciones que se dan en el escenario de la Atención Primaria de la Salud con los dos programas diseñados para indígenas, anteriormente mencionados.

Dentro de este marco, entiendo el campo de la “salud intercultural” y el retorno del concepto “cultura” como “dispositivo de intervención” (Foucault, 2006), es decir, en tanto mecanismo por el cual se gestiona aquello que se construye como “lo otro”. A través de las experiencias de quienes trabajan en el sistema de salud formal, el propósito es describir y analizar el tratamiento otorgado a la “alteridad/ aboriginalidad” (Briones 1998^a y 1998^b), dando cuenta que ella es producto de una determinada “relación entre heterogeneidades” (Lurbe I Puerto, 2005).

Este enfoque implica por tanto (de)construir el dominio de la “salud intercultural” en su carácter dado, e inscribirlo dentro de lo que Fassin denomina “biológicas”, es decir en “las lógicas sociales que ponen lo viviente y la vida al examen de la política” (2004:287)

Bajo estas coordenadas, el trabajo emprendido sobre los procesos de normalización -organizados en la gestión de la vida del colectivo indígena, ligados a una forma de distribuir lo viviente en un dominio de valor y utilidad mediante una serie de operaciones ligadas a calcular, medir, calificar, apreciar y jerarquizar, en suma a distinguir lo “normal” de lo “anormal” (Foucault, 2002a:174; Foucault, 2002b)- constituye el punto de partida para pensar el modo en que ciertos cuerpos (gestos, comportamientos) son “etnicizados” bajo relaciones interétnicas específicas (criollos-indígenas).

En este sentido, la presente disertación apunta a analizar las modalidades de gobierno del “cuerpo indígena” -aprehendido tanto en forma colectiva como individual-inscriptas en el dominio de lo que se ha dado en llamar “salud intercultural”. Modalidades de gobierno que refieren a formas de acción orientadas a actuar sobre las posibilidades de acción de los otros (Foucault, 2001).⁴ El propósito es entonces dar cuenta de cómo cobra encarnadura el registro intercultural en las micro prácticas implementadas desde los programas de salud.

Preguntarse entonces por las intervenciones socio-sanitarias especialmente diseñadas para la población indígena es la cuestión que moviliza el ejercicio analítico de los capítulos que a continuación se presentan y cuyo derrotero busca dar cuenta de las distintas dimensiones y aristas implicadas en la construcción del “espacio político de la salud” (Fassin, 2004).

Estructura de la tesis

Con la intención entonces de dar cuenta de la “salud intercultural” como campo emergente, realizo en el primer capítulo un recorrido sobre los trabajos consultados que

⁴ Siguiendo la conceptualización que Foucault trabaja en el artículo *El sujeto y el poder*: “El ‘gobierno’ no se refiere sólo a estructuras políticas o a la dirección de los Estados; más bien designa la forma en que podría dirigirse la conducta de los individuos y los grupos (...). Gobernar, en este sentido, es estructurar un campo posible de acción de los otros (2001: 253-254).

recortan, desde distintas perspectivas de análisis, dicha temática. El propósito es ver cómo y qué aspectos son trabajados desde y por las Ciencias Sociales para dar cuenta de la compleja textura que adquieren las intervenciones socio-sanitarias “interculturales”. A partir de ello, voy señalando convergencias y divergencias respecto de algunos planteos, delimitando al mismo tiempo las dimensiones que considero significativas en virtud de las preguntas que guían mi trabajo de investigación. En un segundo momento, paso a explicitar el marco teórico-metodológico que he construido a ese fin, estableciendo las coordenadas conceptuales que ordenan el análisis y explicitando las estrategias del trabajo en terreno que diseñé para producir los materiales originales sobre los que se apoya esta disertación. A manera de una cartografía, se trata de presentar ciertas nociones que constituyen el andamiaje desde el cual abordo el problema que he delimitado. Con este objetivo busco reponer la clave de lectura, en otras palabras, las herramientas conceptuales que me han orientado dando forma a esta investigación.

En el segundo capítulo, me aboco a presentar y analizar los lineamientos de los programas, en tanto éstos constituyen parte de las condiciones que habilitan las intervenciones en determinadas direcciones. En este sentido, me interesa problematizar qué visibilidad de “lo indígena” tienen y performativamente promueven. Me refiero a ver cómo se va recortando a partir de los documentos oficiales un ámbito de intervención, constituyendo al cuerpo indígena en tanto sujeto/objeto de gobierno (Foucault, 2006). Buscando distanciarme de aquellas posturas que conciben el dominio de la “salud intercultural” como “dato de la realidad”, el punto de partida pasa por desnaturalizar los sentidos asociados a ese dominio y analizarlos como forma de pensar, construir e intervenir sobre “lo indígena”.

El tercer capítulo está centrado en la contextualización histórica y social del Chaco Salteño, región en la cual tuvo lugar mi trabajo de campo. Pues, sólo a partir de la configuración de las relaciones interétnicas, legible desde una formación de alteridad histórica y situada (Briones, 2005), puede avanzarse en el análisis de las modalidades que adquieren las intervenciones socio-sanitarias dirigidas a la población indígena. Por tal razón, en este capítulo, rastreo los procesos constitutivos de determinados sentidos sedimentados de las “diferencias culturales y/o raciales”, cuya articulación con condiciones político-económicas presentes nos advierten de ciertos acoplamientos, pero

también de ciertos desplazamientos ocurridos en la manera de procesar las alteridades. Retomando argumentos de Segato (2007) y Briones (1998^a y 2005), quienes plantean imposible entender la atribución de identidades por fuera del juego histórico que las produjo, me interesa entonces detenerme en las significaciones que fue asumiendo la “aboriginalidad” (Briones, 1998a) de los grupos indígenas del Chaco Salteño, en la medida en que las mismas son re-actualizadas en las relaciones presentes y aún sirven de encuadres de interpretación y justificación de las intervenciones socio-sanitarias activadas.

Retomando esta historización y contextualización para caracterizar al campo socio-sanitario, en el cuarto capítulo trabajo cómo, a través de la implementación de actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, se va construyendo “lo saludable” en contraposición a “lo no saludable” (Crawford, 1994). Anclándome en algunas situaciones etnográficas de mi trabajo de campo, repongo los modos en que adquieren sentido las identidades atribuidas a los “indígenas” y “criollos” dentro del campo de la salud, específicamente entre los profesionales que trabajan en la Atención Primaria de la Salud (APS). De este modo, analizo la textura de las relaciones establecidas entre “criollos” e “indígenas”, centrándome en concepciones de “salud” que, guiadas por la construcción de “riesgos”, re-actualizan formas de manejar y gestionar “diferencias” constituidas en otros ámbitos entre los destinatarios de esos programas. A partir de las demarcaciones sociales configuradas en torno a “lo criollo” y “lo indígena” realizadas por quienes trabajan en APS, voy señalando cómo se van identificando y distinguiendo los “comportamientos saludables” de los “no saludables”, y cómo estas ideas sobredeterminan y a la vez recrean categorizaciones racializadas y etnicizadas.

El quinto capítulo está centrado en reconstruir la/s lógica/s de las formas de intervención socio-sanitaria específicamente implicadas en los programas de salud que inciden en la población indígena, tomando en consideración las prácticas discursivas y no discursivas de los distintos agentes involucrados. A través del análisis de las situaciones sociales registradas, busco reponer los sentidos de las prácticas en sus contextos según y desde la perspectiva de los distintos actores sociales, no para reificarlos, sino para situarlos dentro de las condiciones que recrean pero también de las que son producto. En este sentido, el punto de partida es el “carácter perspectivo” del

mundo social, entendiendo con ello una “pluralidad de puntos de vista coexistentes” (Bourdieu, 1999: 9) que, no obstante, muestra ciertas regularidades en su dispersión y puntos de condensación (Hall, 1985). Desde esta clave de lectura, analizo cómo la experiencia de la posición ocupada por los distintos actores implicados es afectada por las interacciones sociales acontecidas en el marco de la estructuración de las relaciones sociales. En suma, el trabajo en este capítulo apunta a re-construir en qué consisten las intervenciones socio-sanitarias desplegadas, qué presupuestos ellas implican, sobre qué cuestiones concretas se opera y alrededor de qué situaciones se generan o expresan los conflictos. Apunto con ello a ir desbrozando el espacio social construido por tales intervenciones, dando cuenta del entramado de las interrelaciones sociales y reglas de juego que ellas implican. Desde estas coordenadas trabajo algunos aspectos ligados a la incorporación de agentes sanitarios indígenas como “nexos” en la “adecuación de los servicios de salud”. Particularmente los referidos a qué significa desempeñarse como “facilitador intercultural” dentro del sistema formal de salud y a las implicancias que el tipo de intervenciones desarrolladas desde la APS, tiene para el agente sanitario indígena.

En el capítulo sexto, me centro en los procesos de normalización que, orientados por la lógica del “riesgo” y la construcción de lo “vulnerable”, van incidiendo en distintos aspectos de la vida social de los destinatarios: las comunidades indígenas peri-urbanas de la localidad de Tartagal. Busco hacer inteligible cómo se gestiona y administra la vida del “colectivo indígena”, entretejiendo tanto “técnicas reguladoras” como “técnicas disciplinarias” (Foucault, 2006). A través del análisis de la trama de intervenciones es posible avanzar en la manera en que los programas de salud dirigidos hacia la población indígena van construyendo una manera de “hacer vivir” que -más allá de las metas proclamadas- va tallando en bajorrelieve formas de “dejar morir” selectivamente distribuidas entre la población local.

Por último, el séptimo capítulo está abocado a reconstruir los circuitos de atención en el sistema de salud formal de la población indígena, mediante la instrumentación de ciertos mecanismos creados para tal fin. Me refiero concretamente a “las derivaciones” realizadas por los agentes sanitarios que trabajan en el equipo de Atención Primaria de la Salud y a la experiencia del Equipo Comunitario para Pueblos

Originarios orientada a crear un “nexo” directo entre el hospital y la comunidad indígena donde el mismo venía desarrollando sus tareas.

Particularmente, me interesa desentrañar el modo en que los indígenas, dentro del ámbito de la salud, son diferenciados del resto de la población y contruidos como destinatarios de un tratamiento especial, mediante la “adecuación” de los canales de atención previstos para el “usuario normal”, particularmente en lo relativo al acceso de la atención médica.

A través del análisis de estos itinerarios, es posible abordar el carácter de la relación que otros servicios del hospital -particularmente los que se refieren a la atención médica- tienen respecto a la población indígena. De este modo, busco asimismo dar cuenta cómo determinados procedimientos implican cierta forma de recepción y a su vez de formateo de las demandas de las comunidades indígenas.

El último capítulo corresponde entonces al de las consideraciones finales. En él retomo la pregunta que ha guiado el proceso de investigación: ¿cómo se gestionan “las diferencias” en el marco de los programas de salud para indígenas?

Al respecto, me interesa subrayar dos cuestiones que hacen a mi principal argumento. La primera apunta a señalar cómo los programas de salud para indígenas, que plantean una “adecuación cultural” de los servicios y formas de intervención sanitaria, tienden a modificar -a través del despliegue de ciertas estrategias- lo mismo que suponen valorar: las “prácticas culturales” que se les reconocen (atribuyen) como propias. La segunda cuestión está vinculada a argumentar en qué sentido, en el contexto de implementación de los programas analizados, se verifica no sólo una “culturalización de la pobreza”-esto es, un trabajo hegemónico de significación por el cual la “pobreza” comienza a ser explicada en términos étnicos o culturales- sino también una “biologización de lo social”-expresada en la administración de mínimos biológicos mediante paquetes y programas adjetivados como “básicos”- mostrando además de qué manera estas dos tendencias se estarían reforzando mutuamente.

Es a partir del despliegue de estas estrategias implicadas en la valoración de los indígenas como “sujetos de derecho” y “sujetos vulnerables” que dichas intervenciones sanitarias pueden inscribirse como parte constitutiva de modalidades de “regulación de la población” insertas dentro de un gobierno de la vida, esto es, de cierta “inversión de lo político en lo biológico” (Fassin, 1999: 2).

Capítulo I

La relación entre políticas de reconocimiento indígena y políticas sociales en el campo de salud.

Puntos de partida: la “salud intercultural” como problema de investigación

Durante las últimas dos décadas, la “interculturalidad” como tópico de intervención ha ido conquistando un espacio preponderante en la arena pública a la hora de fundamentar los lineamientos de los programas dirigidos a la población indígena.

La configuración de la cuestión indígena en términos de “multiculturalidad”, de “diversidad cultural” o de “interculturalidad” trajo aparejada una proliferación de trabajos abocados a analizar diferentes propuestas de gestión de la heterogeneidad sociocultural que hacen de las “diferencias culturales” el eje de sus intervenciones.⁵

Muchos de los trabajos académicos que abordan las iniciativas de “salud intercultural” presuponen tales enfoques como posibilidad de “superar” viejas formas disciplinantes de incidir sobre las relaciones interétnicas, volviéndolas más “respetuosas”, “complementarias”, “armoniosas” (Albó, 2004). De esta forma, dichos trabajos se abocan a discutir si se tratan o no efectivamente de iniciativas “interculturales”, como si existiese una “interculturalidad autentica/verdadera” por fuera de aquellas concepciones y prácticas que se implementan en nombre de ella. Así, la “escasa eficacia” o “poca pertinencia” de los programas interculturales queda atribuida a “problemas de definición del término” o a “problemas en el uso” del mismo (Ramírez Hita 2006: 406), como si se tratara además de una falta de correspondencia entre la formulación y la implementación de los proyectos.

De allí que en tales trabajos por ejemplo se sostenga que “se opera desde una visión parcial de la salud intercultural” (Ramírez Hita, 2006: 406), o se señale que “las políticas sanitarias interculturales repercuten en forma no apropiada en la población beneficiaria” (Fernández Juárez, 2004), o incluso se indique una “falta de adecuación de los programas a los códigos sociales y culturales que operan en cada minoría étnica”

⁵ En términos generales, se han trabajado diversas experiencias de “salud intercultural”, focalizando sobre todo en la formulación e implementación de programas en distintos contextos locales y nacionales (Albo, 2004; Arrue y Kalinsky, 1991; Boccara, 2004 y 2007; Boccara y Bolados, 2008; Colangelo 2009; Cuyul, 2008; Fernández Juárez, 2004 y 2006; Lerín, 2004; Lerín y Reartes, 2009; Ramírez Hita, 2005, 2006 y 2008).

(Ramírez Hita, 2006: 409). Desde esta perspectiva de análisis, la repercusión de los programas es leída en términos de “falencias” que “atentan contra una eficiente aplicación de la salud intercultural” (Ramírez Hita, 2006 y 2008).

En este sentido, dichos trabajos retoman como problema de investigación los problemas de agenda que desde los programas de intervención se construyen, apoyándose en y compartiendo los mismos supuestos con que éstos se elaboran. Conciben las “diferencias culturales” como algo “evidente”, frente a lo cual debiera erigirse la “interculturalidad” de manera programática como paradigma de gestión. En consecuencia, el aporte crítico a las “experiencias interculturales de salud” queda entrampado en las mismas reificaciones que son propias de las iniciativas analizadas, al tomar como “datos” los problemas y las representaciones tal como son planteados por quienes se hallan implicados en ellas, es decir, por los que diseñan e implementan los programas.

Se asume así un régimen discursivo que pone el acento en las “diferencias”, codificándolas en términos “culturales”. Las atribuciones culturales, más que ser pensadas en relación a procesos de alterización, son pensadas como “algo que se tiene” o “portan” ciertos sujetos, por fuera de las relaciones sociales en las que son producidas.⁶ De este modo, se recae en posturas sustancialistas que opacan los mecanismos de marcación por los cuales solo algunos conjuntos sociales devienen “culturales” en contraposición a otros “no culturales” (Briones, 1998^a y 1998^c). En este marco, la “salud intercultural” se convierte en el enfoque “natural” por el cual es posible reconocer la “diversidad” o “multiplicidad” cultural existente en la “realidad”, pasando inadvertido el carácter construido de tal visibilidad.

Me interesa, entonces, desplazar el eje del debate sobre el cual actualmente se entabla la problematización de la “salud intercultural”, instalando otros interrogantes que estén vinculados a abordar el campo de la “salud intercultural” y el retorno del

⁶ Resulta pertinente entonces pensar, como sostiene Briones, la categoría de cultura desde una perspectiva (meta) cultural, teniendo presente que lo que en un momento histórico es considerado como ‘cultura’ constituye una articulación contingente asociada a un ‘régimen de verdad’ que establece una distinción entre lo que es cultural de lo que no lo es, visibilizando también aquello que aparece como diacrítico de la diferencia cultural. En este sentido, “(...) la cultura no se limita a lo que la gente hace y cómo lo hace, ni a la dimensión política de la producción de prácticas y significados alternativos. Antes bien, es un proceso social de significación que, en su mismo hacerse, va generando su propia metacultura (...), su propio ‘régimen de verdad’ acerca de lo que es cultural y no lo es” (1998c: 6-7).

concepto “cultura” como “dispositivo de intervención” (Foucault, 2006), es decir, en tanto mecanismo con el cual se gestiona aquello que se construye como “lo otro”.⁷

En este sentido, el problema de investigación que he recortado no busca replicar las definiciones de los problemas sociales de las agencias estatales. El ejercicio al que me aboco más bien busca, retomando las palabras de Bourdieu “...combatir por todos los medios la inclinación a concebir el mundo social de modo realista...” (1995: 170). La propuesta de trabajo es de-construir qué es lo que se problematiza y cómo se lo hace, tratando de ir desbrozando “...aquello que posibilita la experiencia dóxica del mundo social, es decir, no sólo la representación preconstruida de este mundo, sino también los esquemas cognoscitivos que forman la base de la construcción de dicha imagen” (Ibíd.: 184).

En consecuencia, tal corrimiento implica no tomar el dominio de la “salud intercultural” en su carácter dado, sino dar cuenta del movimiento por el cual se instituye un campo de verdad, correlativo a la construcción de un objeto/sujeto de intervención (Foucault, 2006). En esta clave de lectura, la “interculturalidad” se entiende como una forma de procesar las diferencias inscriptas en una racionalidad política que va conformando y dando espesor a un dominio práctico que se instituye como experiencia, delimitando, qué es posible - y qué no - pensar, decir y hacer (Rodríguez y Seguezzo, 2009). Siguiendo las argumentaciones de Restrepo referidas a la “etnicidad”, sostengo que la “interculturalidad” debe ser entendida “como una experiencia histórica singular que merece ser analizada desde los campos de saber a los cuales refiere, los tipos de normatividad que regulan sus prácticas y sus formas de subjetividad asociadas” (2004a: 74).

La perspectiva desde la cual parto busca, entonces, no sólo de-construir qué es lo que se problematiza y cómo se lo hace, sino también reparar en los procedimientos implicados que aparecen bajo el término “interculturalidad” y los efectos que producen sobre las subjetividades de los colectivos sociales construidos a partir de ellos.

De este modo, entiendo los programas de salud intercultural en tanto “dispositivos de intervención” (Foucault, 2006), esto es, como conjunto de prácticas discursivas y no discursivas configuradoras de un campo de saber e intervención que

⁷ Como señala Gordillo (2006) entre otros, la construcción del indígena como “otro” no puede dejar de analizarse como una articulación histórica, dependiente de un contexto específico en el cual emerge y que, además, una vez producida, pasa a configurarlo.

implica una manera de individualizar y visibilizar “lo indígena”. Desde este enfoque, la “letra de los programas” -su enunciación discursiva- no es una “representación” más o menos ajustada a una “realidad” existente por fuera, sino que es co-constitutiva de la materialidad de las tramas de la existencia social.⁸

Por lo tanto, la “interculturalidad” como modalidad constructora de diferencias no se desprende de un objeto preexistente (pueblos indígenas), sino que se configura y transforma con los regímenes de enunciabilidad y visibilidad que la constituyen y en los cuales dicho objeto emerge. Bajo estas coordenadas, el trabajo apunta a pensar cómo la “interculturalidad” va inscribiendo específicamente “lo étnico” -la aboriginalidad- en relación con sus límites y las formas de decibilidad. Límites y formas que encuentran su anclaje dentro de una singularidad socio-histórica de la cual es preciso también dar cuenta.⁹

Se trata, en suma, de abordar el campo de la “salud intercultural” analizando cómo “la etnicidad ha emergido en el orden de lo decible y de lo visible, definiendo ‘entramados de intelegibilidad’ específicos a través de los cuales ha sido desplegada una jerarquía de distinciones en percepciones y prácticas” (Restrepo, 2004a: 84).

De este modo, en el entrecruzamiento de políticas de reconocimiento del colectivo indígena y programas de salud destinados al sector, como señala Menéndez (2001), las atribuciones efectuadas en términos de “diferencias culturales” y los sentidos otorgados a las mismas no pueden dejar de ser analizados a la luz de los usos sociales

⁸ Como arguye Restrepo retomando a Stuart Hall, “... la noción de formación discursiva no supone reducir lo “existente” (ni siquiera “lo social”) a lo discursivo. Afirmar que la realidad social es discursivamente constituida no significa que lo (socialmente) existente es simplemente discurso” (2004a:76). Cabe recordar que la noción formación discursiva entiende al discurso como práctica social y, en este sentido, es tan material y tiene efectos tan reales como lo no-discursivo. Además, en este sentido, el esfuerzo está orientado a romper con una representación ontológica del mundo que piensa en términos de “realidad” por un lado y “representaciones” por otro.

⁹ Siguiendo los argumentos de Briones (1998a y 1998b) y Gordillo (2006), la aboriginalidad debe entenderse como un tipo específico de etnicidad. En este sentido, tal como sostiene Gordillo, la membresía de ciertos grupos como “indígenas” es producto directo de la conquista y colonización de América. La creación de un “otro indígena” fue inseparable de la legitimación de la conquista y la construcción de un sujeto civilizado. De acuerdo al planteo Beckett (1988), la “aboriginalidad” remite al hecho histórico de que había gente viviendo -con anterioridad a la colonización- en los territorios conquistados, y que esa gente tiene en la actualidad descendientes en los resultantes Estados-nación descolonizados.

La propuesta de Briones (1998a), que retoma la noción de aboriginalidad de Beckett, permite pensar tal concepto como un proceso de construcción social en constante re-creación, en el cual no sólo intervienen los aborígenes/indígenas -con sus experiencias para comunicar su sentido de identidad- sino también otros actores sociales: Estados nacionales y provinciales, agencias supranacionales, entre otros. Para un análisis detallado de la aboriginalidad como forma de alteridad interna basada en los principios de autoctonía y perdurabilidad ver el trabajo de Claudia Briones (1998a).

que los distintos actores implicados construyen en el juego de las relaciones configuradas dentro de un espacio social determinado.

Dentro de esta perspectiva, resulta interesante el aporte de los trabajos realizados por Guillaume Boccara sobre la formación del campo de la “salud intercultural” en Chile, donde el autor analiza la configuración de un neo-indigenismo dentro de un nuevo diagrama de saber/poder que denomina “etnogubernamentalidad” (2007 y 2008).¹⁰ Entendiendo a la “salud intercultural” como subcampo dentro de la salud pública, en tanto juego concreto de los agentes -de acuerdo a la noción de Bourdieu (1991)-, Boccara nos advierte que no se trata de una “entidad abstracta”, sino de un espacio socialmente construido y con una historicidad específica que es preciso restituir y analizar.

Ahora bien, no obstante la cantidad de trabajos dedicados al análisis de las políticas de reconocimiento del colectivo indígena y a la “interculturalidad” como eje de los programas sociales dirigidos a dicha población, han sido relativamente recientes los que fueron incorporando en sus análisis el carácter que han asumido las políticas sociales de cuño neoliberal y los procesos que acompañaron dichos cambios (Füller, 2002; Ameigeiras y Jure, 2006; García Vázquez, 2009; Tamagno, 2009).

Me refiero puntualmente a que muchos de los trabajos centrados en la “explosión de los particularismos” -como fenómeno emergente- en principio enfatizaron tal cuestión más como “logros” del activismo de movimientos sociales, que su relación con otros procesos re-estructurantes del ordenamiento social (Assies, 2005). Así, si el escenario inaugurado en la década del 90, con el reconocimiento jurídico de derechos indígenas, parecía propiciar un giro importante respecto a generar condiciones para una política indigenista -en un Estado, como el Argentino, carente de lineamientos políticos sostenidos y sistemáticos frente al sector indígena- una lectura a la luz de los procesos de reconfiguración en los que se inscribieron dichos reconocimientos fue paulatinamente arrojando sombras sobre la dirección de éstos.

En consonancia, fue a partir del desencantamiento por el alcance de los cambios de la convivencia pensada como “multi o pluri” cultural/ étnica que se incorporaron al

¹⁰ En sus trabajos, Boccara analiza el “Programa de desarrollo Integral de Comunidades Indígenas” llamado “Orígenes”, abocándose específicamente al componente de salud que contempla “el diseño e implementación de un modelo de salud intercultural mediante el fortalecimiento de la medicina indígena y la sensibilización de los funcionarios del sistema de salud a la temática indígena (2007: 2).

análisis dimensiones que hasta el momento sólo aparecían de manera secundaria. Los trabajos académicos comenzaron a reparar con más detenimiento en las tensiones inherentes a una “nueva discursividad política” que procuraba articular “el reconocimiento a la diferencia” -derechos colectivos específicos- y la extensión de derechos sociales generales, en un marco signado por crecientes procesos de exclusión social (Lorenzetti, 2006).

En este terreno, entonces, numerosos trabajos se han abocado a distinguir y definir analíticamente nociones como “diversidad cultural”, “multiculturalidad”, “multiculturalismo” y/o “interculturalidad” invocadas desde diferentes agencias y actores.

De esta manera, reconociendo la polisemia semántica de los conceptos, algunos autores diferencian entre “multiculturalidad” y “multiculturalismo”. Mientras con el primer término (multiculturalidad) se hace referencia a una “situación de hecho”, con el segundo (multiculturalismo) se alude a los proyectos políticos desplegados a raíz de los derechos culturales reconocidos, tendientes a apuntalar o no determinadas articulaciones de multiculturalidad (Domenech, 2003; Füller, 2002; Restrepo, 2004b).

Así, se sostiene por ejemplo que “la multiculturalidad, al igual que la globalización o mundialización, y a pesar de las apariencias, no es un fenómeno problemático reciente, sino que lleva más de 500 años de existencia” (Domenech, 2003: 34). Afirmándose asimismo, en esta dirección, a la multiculturalidad como rasgo característico fundante de las sociedades latinoamericanas (Füller, 2002) o señalándose que la “diversidad cultural es tan remota como el hombre mismo” (García Vásquez, 2009: 9). De esta manera, a pesar de los intentos por problematizar las “políticas de las diferencias”, tales deslizamientos asumen como piedra de toque ideas de “lo cultural” como más o menos obvias, dándoles un peso inusitado en tanto “referente externos” desgajados justamente de los programas políticos que los constituyen como tales. En este marco, el “multiculturalismo” aparece más como proyecto que viene a reconocer “diferencias existentes”, que como proyecto que configura y re-crea “diferencias” mediante nuevas formas de ponderación, sustentadas en relaciones interétnicas específicas y dentro de contextos socio-históricos particulares.

Considero, entonces, que los planteos que hacen esta distinción entre multiculturalidad como una situación de hecho y multiculturalismo como situación de

orden político corren el riesgo no sólo de naturalizar o deshistorizar ciertas marcaciones sociales, sino también, de inadvertir las re-modeladas y/o re-creativas improntas que ciertos factores políticos-económicos ejercen en las formas de construcción de las diferencias. Pues, si la multiculturalidad existió desde siempre, cabe la preguntarse ¿qué especificidad guarda entonces dicha noción? ¿Por qué razón emplear este nuevo término para designar a lo ya existente?

En este sentido, sostengo que las perspectivas propuestas pierden claridad explicativa al escindir o disociar -por medio de estas demarcaciones- la “multiculturalidad” del “multiculturalismo” como si existiera, por un lado una “realidad cultural existente” y, por otro lado, “políticas multiculturales” que se han venido a ajustar, más o menos adecuadamente, a esas entidades culturales cuan antes des-historizados e inmanentes.

Con el propósito de sortear estos obstáculos, otros autores han preferido adoptar el término “intercultural” y distanciarse de las posturas que refieren a la “multiculturalidad” como mera “diversidad cultural” (Walsh, 2002; Mignolo, 2002). Asimismo, con tal concepto, buscan eludir el entrapamiento de los enfoques tendientes a resaltar una coexistencia armónica y horizontal y por lo tanto no conflictiva y jerárquica, de una variedad de formas o grupos culturales, pasándose “por alto muy concretas (y actuales) relaciones de poder y violencia intercultural, en las que las diferencia o hibridez es la coartada perfecta de la más brutal desigualdad y dominación” (Grüner en Domenech, 2003: 36). De allí entonces que se sostenga el abordaje de la “interculturalidad” como fenómeno problemático sólo en la medida que permita relacionar desigualdad y diferencias a través de nuevos y (viejos) mecanismos, procesos y formas de sujeción y resistencia (Walsh, 2002; Assies, 2003).¹¹

En este punto mi propuesta -retomando el planteo de Briones (2002 y 2009) y Retrepo (2004b)- es abordar el registro de lo “multicultural” o lo “intercultural” como la emergencia de la “diferencia cultural” en tanto producción social dentro de “regímenes de verdad” y de experiencias en contextos sociales y situaciones concretas.

¹¹ Desde la óptica de Walsh, la interculturalidad se inscribe en un doble registro donde “(...) están en juego perspectivas que, por un lado, intentan naturalizar y armonizar las relaciones culturales a partir de la matriz hegemónica y dominante (el centro, la verdad o la esencia universal del Estado nacional globalizado). Por el otro, denuncian el carácter político, social y conflictivo de estas relaciones y conciben la cultura como campo de batalla ideológico y de lucha por el control de la producción de verdades y por la hegemonía cultural y política...” (2002: 116).

Desde esta perspectiva, las “diferencias” deben entenderse como efecto de la conformación de prácticas y subjetividades sociales enmarcadas en políticas de alteridad a partir de las cuales se disputan los sentidos y el carácter de las relaciones entabladas en términos de agregación/desagregación social. Se entiende, asimismo, que las políticas de alteridad no surgen de la nada, sino que se vinculan con estrategias de diferenciación que las han precedido y con las cuales se articulan de formas que es oportuno examinar.

Ahora bien, teniendo en cuenta estas consideraciones, me interesa retomar algunos aspectos para re-situar el análisis de las políticas de alterización definidas como “interculturales”. Pues, considero que no es posible abordar cómo las políticas de reconocimiento se encarnan en programas sociales concretos sin inscribirlas dentro de la racionalidad política de la cual forman parte al mismo tiempo que las constituye como tales.¹²

El carácter neoliberal de las políticas sociales

Tal como señala Álvarez Leguizamón (2005), las políticas sociales expresan hoy una transformación semántica ligada a la conformación de un paradigma de desarrollo donde la focalización, la provisión de paquetes básicos, el fortalecimiento de “capacidades” y la instauración de la idea de agencia, aplicada a la satisfacción de “necesidades básicas”, conforman, entre otros, sus rasgos más sobresalientes.

De acuerdo a Rose (1997 y 2003), toda una nueva grilla de ideales regulatorios, vinculada a una emergente concepción de sujeto, debe ser entendida en términos de nuevas racionalidades de gobierno y nuevas tecnologías para la conducción de la conducta.¹³ La instauración de un “vocabulario ético” estructurado en torno a la

¹² De acuerdo con el planteo de De Marinis, entiendo por “racionalidades políticas los campos discursivos de configuración cambiante, en cuyo marco se produce una conceptualización del ejercicio del poder, (...) son racionalidades prácticas orientadas a resolver problemas mundanos que se les presentan a los sujetos que intervienen en cada ejercicio concreto de poder (...) Racionalidad no tiene, entonces, un valor normativo asociado a una Razón en mayúsculas y en singular, sino que tiene un significado relativo a determinadas prácticas históricas: se trata de una forma de concordancia de reglas, formas de pensar, procedimientos tácticos, con un conjunto de otras condiciones, bajo las cuales, en un determinado momento, resulta posible percibir algo como un problema, tematizarlo como tal y generar alternativas prácticas de resolución del mismo (...)” (1999: 87).

¹³ Retomando el argumento de De Marinis: “El análisis de las tecnologías de gobierno nos remite no a los grandes esquemas políticos de conjunto, sino a los mecanismos prácticos y reales, locales y aparentemente nimios, a través de los cuales los diversos tipos de autoridad pretenden conformar,

autonomía, la elección, la libertad, la autenticidad, la identidad, la eficacia y eficiencia ha impactado sobre toda una serie de ámbitos diferentes, donde se presupone que la persona es un agente activo, deseoso de ejercer una responsabilidad informada, autónoma y secular respecto a su propio destino.

Particularmente, este lenguaje de la autonomía, la identidad, la autorrealización y la búsqueda de satisfacción ha cobrado en las últimas décadas un relieve singular en las propuestas organizativas para la realización de las intervenciones sociales. De allí que los programas sociales, inspirados en esta discursividad propia de la racionalidad política del neoliberalismo, incluyan la autogestión de los actores como principal motor de cambio en la creación y superación de las limitaciones de los recursos y el ejercicio de derechos (McNeish, 2005).

Tal como señala Álvarez Uría (1998), dicho redireccionamiento tiene que ver no sólo con la crítica realizada al carácter “universal y abstracto” de las políticas sociales al que se le atribuye la desatención a los grupos más desfavorecidos, sino sobre todo a la idea de que con ellas se habría contribuido a mantener al individuo en una posición subordinada en un sistema de protecciones sociales que, lejos de promover su autonomía, retroalimentaban su dependencia y pasividad con ayudas indiscriminadas y unilaterales, financiadas con fondos públicos que no reclamaban ninguna contrapartida.

Dentro de este marco de intervención neoliberal, donde ya no se piensa la “pobreza” en “singular” sino en la existencia de “pobrezas en plural” (Danani, 1999; Álvarez Leguizamón, 2002), los indígenas son interpelados como “sujetos de derecho”, al mismo tiempo que como “sujetos vulnerables”. La conjunción de las dos figuras dentro de las políticas sociales hace del indígena un “pobre especial”: pobre por su condición de vulnerabilidad y especial en tanto que, jurídicamente, le son reconocidos derechos específicos, siendo factible entonces la atribución de capacidades y prerrogativas igualmente específicas a partir de los mismos (Lorenzetti, 2006, 2007a y 2007b).

En este contexto, el entrelazamiento de políticas sociales y cuestiones relativas al reconocimiento mediante políticas de “identidad” ha instalado la cuestión indígena en

normalizar, guiar, instrumentalizar las ambiciones, aspiraciones, pensamientos y acciones de los otros, a los fines que ellos consideren deseables (...). La noción de tecnología apunta, en resumen, a los procedimientos prácticos por los cuales el saber se inscribe en el ejercicio práctico del poder, la autoridad y el dominio” (1999: 89).

la agenda pública estatal bajo nuevas coordenadas. Coordenadas donde los “factores culturales” comienzan a re-calibrarse en el campo semántico, convirtiéndose en denotativos de “recursos” que habilitan la intervención en múltiples dimensiones (Domenech, 2003; Briones, 2005). Reconvertidos en “capitales sociales”, tales recursos formarán parte del proceso de economización de lo social, en tanto no sólo se apunta a las “capacidades” reconocidas en el acervo cultural que estos grupos portarían, sino también a suministrar desde un “enfoque intercultural” servicios sociales adjetivados como básicos.

En consonancia con este enfoque activo de autopromoción responsable, tiene lugar una nueva percepción de quiénes son ubicados al margen de la civilidad: los excluidos o marginados que, por voluntad, incapacidad o ignorancia, no pueden o no quieren ejercer esa responsabilidad (Rose, 2003). De esta manera, si bien determinados grupos o individuos en principio no son merecedores de asistencia, pues de algún modo se los considera causantes de su propia pobreza, tales casos ameritan no obstante un reforzamiento de las intervenciones a fin de activar aquellos capitales sociales necesarios para la superación de “su” condición de pobreza. Es en este sentido que el concepto “capital social” se constituye en la piedra angular de las intervenciones sociales. A través de él se busca configurar un nuevo tipo de sujeto capaz de bastarse a sí mismo y de ser responsable en su propio mejoramiento.¹⁴

Así, mientras que el “multiculturalismo neoliberal” (Hale, 2002) ha implicado la postulación de la “interculturalidad” como recurso, valor y dato diagnóstico, en tanto pivotes para la fijación de políticas sociales, al mismo tiempo ha conllevado a un paulatino afianzamiento de un lenguaje donde la retórica de los derechos reconocidos constituye uno de los pilares a partir del cual se fue introyectando a los individuos cierta idea de agencia ligada a la asunción de ciertas responsabilidades (Briones, et al. 2004).

De este modo, la subsunción del colectivo indígena dentro de las intervenciones sociales se realiza mediante mediaciones más complejas que las que operaban antes. Nos referimos a que deja de concebirse al indígena como sujeto totalmente pasivo, para

¹⁴ Como sostiene Hintze, la noción de “capital social” desde la perspectiva “disposicional o cultural” aparece “como un fenómeno subjetivo, compuesto por valores y actitudes de los individuos que determinan que se relacionen unos con otros, apoyados en la confianza social y pautas de reciprocidad y valores de cooperación compartidos” (2004: 6). Se supone que redes, normas y confianza orientadas a la cooperación y coordinación en beneficio mutuo conforman la clave vital para el desarrollo de los colectivos sociales.

promoverse un involucramiento “más activo” en la igualmente valorada y pendiente consecución de civilidad, a través de tácticas que van desde una valoración de algunas de sus pautas culturales como “capital social”, hasta prácticas de consulta y participación; desde el fomento de lazos asociativos hasta la consideración de percepciones y valores “propios” de los grupos que hagan sostenible y sustentable el programa.

Es dentro de esta clave de lectura que nuestra mirada está dirigida a analizar cómo los programas de “salud intercultural” construyen la “visibilidad indígena”, no sólo en lo que respecta a la formulación sino también a la implementación de los programas, en tanto instancias co-constitutivas de un mismo proceso. En este sentido, los trabajos realizados por Danani (1996 y 1999) y Grassi (2003 y 2004) -donde se propone abordar los procesos de construcción de los programas no como producto de “reacciones” del Estado frente a determinada cuestión, sino como la forma estatal de construirla y problematizarla como tal- constituyen el punto de partida con el cual es posible comenzar a desbrozar la cuestión indígena en el presente.

Como advierte Grassi (2003), las políticas sociales no derivan su carácter, ni definen sus dispositivos de intervención a partir de una voluntad estatal autónoma, sino a partir de un complejo entramado de relaciones de fuerza entre actores y agencias, donde intereses políticos-económicos y luchas sociales van conformando sujetos y “problemas sociales” sobre los cuales intervenir. En consecuencia, los procesos de reforma en materia de políticas sociales no pueden verse como “respuestas” a “crisis” o “conflictos” ajenos a las “cuestiones sociales”, sino como “parte activa de un nuevo modelo de construcción social”, a través del cual se van imponiendo los términos con los que se nombra y describe aquellos “problemas sociales” en los que se pretende intervenir (Danani, 1996: 24). Retomando el planteo de Grassi, resulta pertinente entender las políticas sociales y los programas en que éstas se materializan como el resultado de disputas y re-interpretaciones (siendo más un proceso que un plan) pero, no obstante, consustanciales a la misma definición del problema y a la configuración de los sujetos sociales en ese devenir que implica la intervención estatal (2003: 221).

Teniendo en cuenta estas consideraciones, el trabajo de investigación está centrado en problematizar la intersección entre políticas de reconocimiento indígena y programas sociales de salud desde una doble perspectiva, esto es, inscribiéndola tanto

dentro de una economía política más amplia (nivel macro), como dentro de uno de los escenarios más acotados en los cuales ella tiene su despliegue: en el caso que nos ocupa, la localidad de Tartagal, cabecera del departamento de San Martín, provincia de Salta.¹⁵

La biopolítica como marco de los programas de intervención social

Las iniciativas que invocan lo “intercultural” no pueden ser pensadas si no es dentro de un contexto más amplio donde el “multiculturalismo”, en tanto forma de procesar las diferencias, ha emergido como posición “condescendiente y/o respetuosa para con las culturas locales...”, dando paso a lo que Zizek (1998: 172) caracteriza como “...una forma de racismo negada”. Siguiendo su planteo, podemos decir que se trata de un “racismo con distancia: ‘respetar’ la identidad del Otro, concibiendo a éste como una comunidad ‘auténtica’ cerrada, hacia la cual el multiculturalista mantiene una distancia gracias a una “posición universal privilegiada” que, en tanto “punto vacío de universalidad”, hace posible que pueda apreciar (y despreciar) adecuadamente las otras culturas particulares, siendo entonces el respeto multiculturalista por la especificidad del Otro una forma precisamente de reafirmar la propia superioridad”(1998: 172).

En este sentido, la “visibilidad” de la cuestión indígena atravesada por la exaltación, así como por la naturalización de las “diferencias”, ha instaurado un campo de intervención en el cual es preciso detenerse.

Como hemos señalado, en los últimos años la creciente convergencia entre la cuestión indígena y los planteos en términos de “acceso a la salud” ha venido ganando preponderancia en la agenda política como uno de los problemas a resolver. Un proceso que nos remite a una creciente preocupación que instituye como problema la tarea de “administrar la vida” de la “población indígena”, en tanto épitome de vulnerabilidad y riesgo social a través de la gestión de programas de salud.

La pregunta, pues, eje de este apartado es cómo pensar la implementación de estos programas desde la noción de “biopolítica”. Si por “biopolítica” entendemos “aquello que hace entrar a la vida y a sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana”

¹⁵ En este capítulo me abocaré a trabajar el contexto más amplio en el que se inscriben las iniciativas de salud intercultural, para luego, en el tercer capítulo abocarme a los procesos que han ido configurando en el Chaco Salteño la configuración de una economía política de la diferencia étnica/cultural particular.

(Foucault, 2002a:173), ¿en qué consiste “hacer vivir” al “colectivo indígena” desde las iniciativas centradas en la “Atención Primaria de la Salud”?; ¿de qué modo esas operaciones para “hacer vivir” inscriben ámbitos de desatención donde, en apariencia, prima el “dejar morir”? O más complejo aún: ¿cómo determinado “hacer vivir” supone simultáneamente, en el mismo ejercicio, un “dejar morir” a partir del cual, una y otra instancia se hacen tan borrosas que se tornan indistinguibles?

Para comenzar a esbozar una respuesta tentativa a dichos interrogantes es necesario, en primer lugar, establecer dentro de qué cuestiones se inscribe la biopolítica como forma de poder, y a través de qué conjunto de mecanismos la misma se ejerce sobre los procesos de vida que tiene por objeto, pues es a partir de ambas cuestiones que se despliegan tanto controles precisos como regulaciones generales. Esto nos remite, entonces, al planteo que Foucault trabaja en el curso “Seguridad, Territorio, Población” cuando, en función de elucidar si es posible definir a nuestras sociedades como “sociedades de seguridad”, avanza simultáneamente en dos direcciones, para caracterizar lo que debe entenderse por “seguridad” -distinguiéndola de los mecanismos jurídico-legales y disciplinarios- y establecer el tipo de relación que existe entre éstos mecanismos dentro de lo que denomina “dispositivo de seguridad”. Pues como aclara Foucault:

...“no tenemos de ninguna manera una serie en la cual los elementos se suceden unos a otros y los que aparecen provocan la desaparición de los precedentes. No hay era de lo legal, era de lo disciplinario, era de la seguridad. No tenemos mecanismos de seguridad que tomen el lugar de los mecanismos disciplinarios, que a su vez hayan tomado el lugar de los mecanismos jurídico legales” (2006:23).

En este sentido, se trata más bien de entender los cambios en el sistema de correlaciones entre mecanismos jurídico-legales, mecanismos disciplinarios y mecanismos de seguridad, para entender en función de cuáles transformaciones uno de ellos deviene dominante. Pues para Foucault, la activación de los mecanismos de seguridad, tal como se desarrollan en la época contemporánea, no implica la puesta entre paréntesis, sustitución o anulación de las estructuras jurídico-legales y de los mecanismos disciplinarios; por el contrario, esas tecnologías de seguridad conllevan una reactivación y transformación de técnicas jurídico-legales y disciplinarias. De allí, entonces, la relevancia de desentrañar de qué manera y bajo qué lógica y correlaciones se articulan tanto técnicas jurídico-legales, como disciplinarias y de seguridad

específicas bajo un mismo “dispositivo de seguridad” en un contexto sociohistórico particular.

Resulta, por consiguiente, oportuno reponer para el propósito del trabajo cuáles son esos rasgos distintivos de la “seguridad” y qué relación existe entre el despliegue del “dispositivo de seguridad” con nociones como “población”, “gobierno” y “biopolítica”.

En primer lugar, podemos señalar que los mecanismos de seguridad implican una nueva manera de concebir y programar las relaciones-imbricaciones de los hombres y las cosas. Con ellos, el ordenamiento y la organización no se da a partir de la división binaria permitido-prohibido (mecanismos jurídicos), ni través de mecanismos prescriptivos de control y vigilancia hacia los más mínimos detalles (mecanismos disciplinarios), sino circunscribiendo el fenómeno en cuestión dentro de límites socialmente aceptables a través de un cálculo de costos, fijando una media considerada óptima y, situando al mismo, dentro de una serie de acontecimientos probables (Foucault, 2006: 21). Lo que se procura, entonces, es la puesta en marcha de procedimientos capaces de asegurar una regulación.

Así, más que evitar o impedir tal o cual fenómeno mediante toda una serie de restricciones, limitaciones, prohibiciones, coacciones y vigilancia, se trata de un “dejar hacer”, “dejar pasar” en virtud de lo cual es posible captar el punto donde las cosas indeseables o deseables van a producirse y puede aprehendérselas en el plano de la realidad efectiva. El ordenamiento a través de los dispositivos de seguridad procura maximizar los elementos positivos y minimizar los aspectos riesgosos e inconvenientes, sin desconocer que éstos últimos aspectos jamás se los suprimirá por completo.¹⁶

En palabras de Foucault, mientras:

... “la ley prohíbe, la disciplina prescribe y la seguridad, sin prohibir ni prescribir, y aunque eventualmente se dé algunos instrumentos vinculados con la interdicción y la prescripción, tiene la función esencial de responder a una realidad de tal manera que la respuesta la anule: la anule, la limite, la frene o la regule. Esta

¹⁶ Retomando el planteo de Foucault desarrollado en el curso “Defender la sociedad”, se trata intervenir en el nivel de esos fenómenos generales, en lo que tienen de global (modificar y bajar la mortalidad, alargar la vida, estimular la natalidad). Es decir, de establecer mecanismos reguladores que puedan fijar un equilibrio, asegurar compensaciones, mantener un promedio, establecer una especie de homeostasis. A través de los mecanismos de seguridad se procura controlar una serie de acontecimientos riesgosos que pueden producirse en una masa viviente. Se procura controlar y (eventualmente modificar) su probabilidad o, en todo caso, compensar sus efectos. Estos mecanismos operan reagrupando los fenómenos de masas propios de una población -también concebida estadísticamente- de manera tal de obtener estados globales de equilibrio y regularidad (2000: 223).

regulación en el elemento de la realidad es, creo, lo fundamental en los dispositivos de seguridad” (2006:69).

De este modo, los dispositivos de seguridad articulan el juego capaz de hacer interactuar esos elementos de la realidad que, tomados como “datos naturales”, permiten regular los procesos de una “población” en tanto ésta aparece objeto-sujeto de intervención. Este doble carácter de la población, objeto y sujeto, remite no sólo a su condición de blanco al que apuntan los mecanismos para obtener de ella determinado efecto, sino también al hecho de que se le solicita que se conduzca de tal o cual manera (Foucault, 2006: 63). Dentro de las tecnologías de seguridad, lo relevante es entonces la “población” como objeto y objetivo, siendo los individuos o los grupos de individuos instrumento, relevo o condición para obtener algo en el plano de la población. De allí que a aquellos individuos cuyos comportamientos se ajusten a un determinado funcionamiento se los considere miembros de la población, mientras que aquellos que no actúan conforme a lo esperado se los ubique al margen de ella, en tanto devienen “(...) elementos resistentes a la regulación de la población, elementos que tratan de sustraerse al dispositivo por cuyo conducto la población existe, se mantiene y subsiste, y lo hace en un nivel óptimo” (Ibíd.: 65).

Con el desenvolvimiento de los dispositivos de seguridad, estamos frente a un ejercicio de poder que no adopta exclusivamente la forma de prohibición, ni tampoco la forma de una vigilancia exhaustiva de los individuos. Se trata más bien de todo un conjunto de mecanismos que incorporan dentro de su dominio unos fenómenos muy específicos que no son exactamente los fenómenos individuales, aunque de alguna manera figuren en ellos los individuos y los procesos de individualización sean uno de sus rasgos específicos. Se trata pues de “... toda otra manera de poner en juego la relación colectivo/individuo, totalidad del cuerpo social/fragmentación elemental, otra manera que va a actuar en lo que llamamos población” (Ibíd.: 87).

En el marco de esta nueva economía de poder basada en la seguridad, la “población” es entendida como conjunto de procesos que es menester manejar en sus aspectos “naturales” y a partir de éstos. Dentro de este esquema, la población no es un dato básico, sino que depende de toda una serie de variables. Es la noción de una “naturalidad de la población” la que constituye su superficie de agarre y permite actuar en concreto sobre la población a través del cálculo y el análisis (Foucault, 2006).

En este sentido, la biopolítica es, como forma de intervenir para “hacer vivir”, tanto práctica gubernamental como manera de racionalizar los problemas planteados por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivientes en tanto población, es decir, una forma de problematizar aquellos aspectos vinculados a la natalidad, la mortalidad, la salud pública, entre otros. Dentro de este diagrama, el ejercicio de poder recae en los individuos en la medida en que ellos constituyen en conjunto una “población” que presenta una regularidad cierta y constante. De allí que, más que plantearse las intervenciones sobre el cuerpo individual y los mecanismos disciplinarios como antitéticos o antagónicos a los dispositivos de seguridad, pueda pensárselos como soporte o refuerzo de las intervenciones situadas a nivel de la población. Unos y otros se implican mutuamente a través de un plexo de relaciones que, en todo caso, es necesario desentrañar.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, me interesa analizar cómo en un momento determinado y para un sector específico -el colectivo indígena- una “tecnología de seguridad (...) hace suyos y pone en funcionamiento dentro de su propia táctica elementos jurídicos, elementos disciplinarios, y a veces llega a multiplicarlos” (Foucault, 2006: 24). El análisis que pretendo encarar apunta a entender las políticas de salud para indígenas como formas de regulación de población que operan “sobre la manera de vivir, y sobre el “cómo” de la vida” (Foucault, 2000: 224).

Hacia un re-ordenamiento de las relaciones sociales

Veamos en qué configuración hoy se inscribe la cuestión del biopoder (Foucault, 2000; 2002^a y 2006)¹⁷, y bajo qué coordenadas pueden entenderse los giros operados en el “gobierno de la vida”. Comenzar a responder estas preguntas constituye unos de los puntos de partida para comprender el re-ordenamiento de las relaciones sociales producido con el despliegue de una gubernamentalidad neoliberal.¹⁸

¹⁷ Por biopoder, entonces, se debe sintéticamente entender la conjunción de una “anatomopolítica” -es decir, el control del “cuerpo-individuo” por tecnologías que intervienen sobre sus actitudes- y de una “biopolítica” que se impone a lo que designa como “cuerpo-especie”, a través de dispositivos que regulan su natalidad, su fecundidad, su morbilidad, hasta su muerte y su mortalidad, haciéndolo en términos de conocimiento, gracias a una demografía o a la epidemiología, como en términos de acción, por la planificación familiar o la salud pública (Fassin, 1999: 1).

¹⁸ Retomando el planteo de Foucault, entendemos gubernamentalidad como el “arte de gobernar”, donde se combinan ciertas racionalidades políticas y tecnologías de gobierno animadas por intenciones de

Nos hallamos de cara a una reestructuración que ha implicado, en términos de Foucault:

“...una especie de **desinversión**, como si el Estado se desinteresase de un cierto número de cosas, de problemas y de pequeños detalles hacia los cuales había [...] considerado necesario dedicar una atención particular [...] actualmente el Estado se halla ante una situación tal que ya no puede ejercer un poder omnipresente, puntilloso y costoso. Esta obligado a **economizar su propio ejercicio del poder**. Y esta economía va a traducirse, justamente, en ese cambio del estilo y de la forma del orden interior”. Este nuevo orden interior requerirá la conformación de “un consenso que [...] va a significar una cierta regulación espontánea que va a hacer que, el orden social se autoengendre, se perpetúe, se autocontrole a través de sus propios agentes de forma tal que el [Estado], ante una situación regularizada por sí misma, tendrá la posibilidad de intervenir lo menos posible y de la forma más discreta, incumbiendo a los propios interlocutores económicos y sociales el resolver los conflictos y las contradicciones, las hostilidades y las luchas que la situación económica provoque, bajo el control de un Estado que aparecerá, a la vez desentendido y condescendiente” (1991b: 164 -166, énfasis propio).

En consonancia, esta nueva configuración no puede reducirse meramente -tal como algunos presurosamente sostienen- a “un achicamiento del Estado”, pues los cambios acontecidos constituyen una “técnica positiva de gobierno”; “positiva” en tanto “sentido estratégico que realza la activa participación que el Estado todavía sigue realizando, así como la reconfiguración que experimenta la relación entre instancias estatales y no-estatales” (De Marinis, 1999). En este sentido, como señala Rose (1997: 33), es preciso tener presente que “el neoliberalismo no abandona la voluntad de gobernar”: si bien se economizan los medios de gobierno, se trata de gobernar aprovechando la mayor cantidad de energía que, para su propio gobierno, suministren los mismos gobernados.

De este modo, en lo que se refiere en términos generales al carácter asumido de las políticas sociales, es menester no perder de vista que la apelación a la “participación” de los destinatarios, mediante diferentes modalidades, constituye una forma de interpelación a través de la cual se instituye cierto tipo de relaciones que deben ser ponderadas en función de la atribución de responsabilidades que propician.

Concomitantemente, también es necesario entender el abandono de la retórica del “carácter universal” de las políticas fundadas en derechos económicos-sociales como un cambio de paradigma en la administración de lo que se constituye hoy como

dirigir, guiar, modelar y modular la conducta de una o varias personas, dando lugar a la configuración de relaciones específicas (Foucault, 1991a; De Marinis; 1999; Gordon; 1991).

“cuestión social” (Castel, 1997). En principio, debemos recordar que lo “universal” más que expresar:

“...la concreción de un mito de integración social basado en solidaridades, producto de un contrato social mítico que une a las personas de manera homogénea asignándoles identidades universalizables como las de ciudadano o trabajador [...]”, da cuenta de “una variada forma en que los vínculos jurídicos-sociales (contrato y tutela) y las desigualdades sociales (de clase, étnicas, de género, entre otras) se materializan” (Álvarez Leguizamón, 2002: 22).

Se trata entonces de cambios en los patrones de agregación/desagregación social caracterizados previamente por anclar el contenido “universal” y los “derechos sociales” en la figura del “trabajador varón asalariado” (Jenson y Phillips, 1999) -figura de la cual quedaban por fuera otros colectivos sociales (indígenas, mujeres, niños) a quienes les tocaba, en el mejor de los casos, las denominadas políticas de asistencia.¹⁹

En este sentido, puede decirse que las nuevas políticas sociales y los sujetos de intervención -con y a través de ellas configurados- constituyen una nueva forma de regular la inclusión/exclusión y la pertenencia a una totalidad social.²⁰ Simultáneamente al proceso de fragmentación social, asistimos al reconocimiento de distintos grupos sociales como sujetos de derecho. De este modo, en función de distintas categorías adscriptivas -tales como mujeres, niños, indígenas- nuevas “figuras” adquieren status jurídico (Procacci, 1999).

Ahora bien, en el caso del colectivo indígena advertimos que, en la fundamentación de las políticas sociales especiales, se apela tanto a un marco jurídico de “derechos reconocidos” como se alude a un estado de “vulnerabilidad” mayor que la existente entre la población no-indígena. Se trata pues de iniciativas que articulan dos aspectos que en otro momento discurrían por carriles paralelos.²¹ Nos referimos a que, si antes ambos aspectos suponían tratamientos disociados (los indígenas eran antes que

¹⁹ Como señalan Jenson y Phillips, el derecho social se confería al ciudadano modelo: “el trabajador varón asalariado”, quedando los derechos de otras categorías como una declinación de esta forma primaria: “(...) Las pensiones eran para los trabajadores viejos; los estudios y la capacitación estaban dirigidos a trabajadores potenciales jóvenes. Las actividades no relacionadas con el trabajo pagado (maternidad y crianza de niños, por ejemplo) o se abonaban en un programa aparte (e inferior) o se consideraban prestaciones para familias de Trabajadores (1999: 98).

²⁰ Al respecto, es interesante el planteo que realiza Young, quien retomando las categorías de inclusión y exclusión sugeridas por Lévi Strauss en “Tristes Trópicos”, señala que todas las sociedades tragan y expulsan, es decir poseen ambos aspectos: son antropofágicas y antropoémicas, en tanto diferentes secciones de la población pueden ser incluidas o excluidas en el mismo proceso (2001: 37).

²¹ Una aproximación a las interpelaciones previas al proceso de reconocimiento de los indígenas como sujetos de derecho, puede encontrarse en los trabajos realizados por José Bengoa 1994 y 2000.

nada y mayormente pobres), hoy, en las políticas sociales para indígenas, aparecen conjugados (indígenas como poblaciones vulnerables y, a la vez, como sujetos de derechos especiales), reforzando ideas de necesidad y particularidad de las mismas. Siguiendo el planteo de Fassin (1999), podemos decir que estas combinaciones entre nociones, esta renovación de la retórica, es reveladora de una nueva topografía del espacio social. Una topografía que, a partir de invocar “derechos”, hace posible la subsunción del colectivo indígena en programas enmarcados para la atención de “poblaciones vulnerables”.

Me interesa detenerme puntualmente en el campo de la salud para esbozar cuál sería la particularidad de nominar a la población indígena como “vulnerable”, pues ello nos remite a cómo se leen los problemas de salud y nos habla de cómo toma forma la inversión de lo político en lo biológico, en palabras de Fassin, el “gobierno de la vida” (1999: 2).

En este sentido, el trabajo de Castel, “De la peligrosidad al riesgo” (1986), aporta algunos instrumentos analíticos para comenzar a pensar el carácter específico de las políticas sanitarias basadas en la “prevención y promoción de la salud”. Es en ellas que “vulnerabilidad” y “riesgo” se articulan a partir de una nueva administración, orientadora de las estrategias preventivas y educativas neo-higienistas. En la medida en que el “estado de vulnerabilidad” es traducido a ciertas “variables de riesgo”, nos encontramos de cara a “nuevas fórmulas de gestión de las poblaciones (que) parecen inscribirse en un plan de gobernabilidad característico de las sociedades actuales” (Castel, 1986: 220).

Con las transformaciones de las modalidades de las políticas preventivas, las nuevas estrategias implican la disolución de la noción de sujeto o individuo concreto, dando lugar a la construcción de un flujo de población a partir de factores abstractos que son susceptibles de producir un riesgo. Tal re-definición en las bases de la política preventiva deriva, según Castel (ob.cit.), del reemplazo de la noción de “peligrosidad” por la de “riesgo”, convirtiéndose éste en el blanco privilegiado de estrategias. Se trata entonces de una “prevención primaria” donde “(...) se autonomiza [relativamente] la noción de riesgo respecto a la del peligro”, en tanto:

“Un riesgo no es el resultado de un peligro concreto del que es portador un individuo o incluso un grupo determinado, sino el efecto de la correlación de datos abstractos o factores que hacen más o menos probable la materialización de comportamientos indeseables” (Castel, 1986: 229).

Dentro de este nuevo esquema, intervenir no consiste, en un primer momento, en tener por blanco a un individuo concreto (para reformarlo, corregirlo, castigarlo o curarlo), sino la construcción de factores, correlaciones estadísticas de elementos heterogéneos. Es a partir de ellos que el sujeto concreto de intervención es reconstituido en una combinatoria de todos los factores susceptibles de producir riesgos, siendo el principal objetivo no tanto una situación peligrosa concreta (aunque eventualmente este tropo emerja en las arenas políticas), sino la capacidad de anticipar todas las figuras posibles de irrupción del peligro. Esta forma de individualización se asienta en una nueva modalidad de vigilancia que busca anticipar, impedir o regular la emergencia de un suceso no deseable (enfermedad, anomalía, comportamiento desviado o protesta “politizada”), pero economizando los medios e instrumentos con los cuales se realiza. En principio no parte de una situación conflictiva observable por experiencia, sino que se deduce de una definición general de peligros que se quiere prevenir. Será la presencia de un conjunto o de determinados factores de riesgo la que desencadene automáticamente una señal de alerta de “peligro” y haga factible una intervención más o menos minuciosa de acuerdo al número o concatenación de factores detectados (Castel 1986, 230-232). En dichas coordenadas, la asistencia no desaparece, sino que su forma de ejercicio es reconfigurada. Son estas nuevas orientaciones las que otorgan un nuevo carácter a la regulación de poblaciones que articulan aspectos correccionales o prescriptivo-asistenciales, mediante la conformación de perfiles poblaciones asentados en la “construcción del riesgo”.

Elevados y dotados de “cientificidad”, esos factores conjuntamente con el cálculo de probabilidades van instituyendo formas de gestión que abstraen los “problemas sociales” de todas las determinaciones sociales, desplazándose hacia las conductas como la cuestión gravitante que los explicaría.²² Nuevas tecnologías de prevención en materia de salud autonomizan esos factores de las condiciones sociales que los producen, haciendo de las consideraciones “étnicas o culturales” las

²² Para un análisis del riesgo como forma de gestión social, ver el artículo de Robert Castel (1995). Para un abordaje posible sobre la percepción social del riesgo y los tratamientos según niveles de tolerancia de riesgos, puede consultarse el trabajo de Mary Douglas (1996). Los aspectos relacionados con la “administración de riesgos” serán desarrollados con más profundidad en el capítulo sexto de la tesis.

“características del pobre” y el blanco de sus intervenciones (Procacci, 1999).²³ En este sentido, estas intervenciones parecen apuntar a las “trayectorias individuales de marginación” y a un tratamiento “personalizado”, frente al carácter impersonal de las disposiciones generales. Se describe así, una disgregación social y se la hace coincidente con actores individuales que padecen sus consecuencias (ob.cit.).

¿Qué implica, entonces, pensar las intervenciones hacia el “colectivo indígena” en términos de factores de riesgo? ¿Cómo se concreta esta conjunción entre “riesgos” y “etnicidad” en los programas de salud que buscan una “adecuación cultural”? En el capítulo siguiente, abordaré en qué términos los programas de Atención Primaria de la Salud dirigidos hacia la población indígena instituyen una “cesura” respecto a los “no-indígenas” y la constituyen en blanco de intervenciones, para poder en los siguientes capítulos analizar cómo las intervenciones socio-sanitarias articulan en su despliegue tanto “dispositivos de seguridad” como “mecanismos disciplinarios” bajo la lógica del “riesgo” y lo “vulnerable”. En este sentido, pretendo desbrozar qué formas adquieren las políticas de y sobre la vida indígena, a través de una cartografía de las micro prácticas de asistencia desarrolladas dentro de los programas de salud implementados en las comunidades indígenas peri-urbanas de Tartagal.

No obstante antes de comenzar a responder y trabajar los aspectos señalados, pasaré a explicitar la estrategia de investigación diseñada que me permitió ir construyendo el corpus empírico sobre el que se apoya esta disertación.

Las estrategias de investigación: las elecciones prácticas de indagación y el trabajo de campo

Teniendo presente que, como señala Bourdieu, “las elecciones técnicas más ‘empíricas’ son inseparables de las elecciones más ‘teóricas’ de construcción del objeto” (1995:167), expongo a continuación las instancias de análisis y las herramientas metodológicas implicadas en la producción de los materiales originales que sustentan la argumentación de la tesis.²⁴

²³ Me referiré puntualmente a los factores de riesgo que se manejan desde la Atención Primaria de la Salud en los capítulos 4, 5 y 6 de la tesis.

²⁴ Haciendo propia la propuesta expresada por Bourdieu, al final del libro “La Miseria del Mundo”, considero oportuno tratar de explicitar los procedimientos, intenciones y principios puestos en práctica

Tal como ya anticipé, mi objeto de indagación lo constituyeron dos programas de salud destinados al colectivo indígena: el ANAHI y el Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. A través de tales iniciativas busqué dar cuenta de cómo -en el dominio de la “salud intercultural”- la “alteridad” era construida en términos de problema de orden sanitario. En este sentido, “tomar por objeto de estudio el trabajo social de construcción de ese objeto preconstruido” (Bourdieu, 2005: 319) implicó abordar diferentes dimensiones, esto es, no sólo analizar fuentes documentales a fin de acercarme a las directrices que van configurando las intervenciones socio-sanitarias, sino también trabajar las instancias de implementación en el marco más general de la Atención Primaria de la Salud (APS), donde ellas tienen su despliegue, y en un contexto particular: la localidad de Tartagal.²⁵

El esfuerzo estuvo dirigido a analizar este particular “campo de salud” como el resultado de competencias y luchas entre diferentes sujetos que se esfuerzan por imponer determinadas visiones sobre lo que concierne a la salud o lo que se constituye como problema de salud (Fassin, 2004). Partí de entender, asimismo, que la “salud” no es una particularidad de lo viviente, o algo existente por fuera del establecimiento de una “normalidad” fisiológica, biológica, y/o social (Fassin, 2004: 286). Se trata, más bien, de una “salud” construida históricamente y objeto de disputa.

Siguiendo el planteo de Lurbe I Puerto, la noción de salud aquí definida implica un doble distanciamiento: por un lado, de los planteamientos positivistas que asumen la preexistencia de la salud y, en consecuencia, se limitan a un trabajo de reconocimiento de la “realidad”; por el otro, del relativismo absoluto en el que la salud se reduciría a una convención entre sujetos independientemente de condicionamientos simbólicos-materiales (2005: 46).

Consecuentemente, es en esta clave analítica que cabe referirse a “la producción de la salud” como forma de instituir un ordenamiento social, a partir de reconstruir las

durante la investigación, para que el lector pueda reconstruir en la lectura de la tesis el trabajo de construcción y comprensión del cual esta disertación es producto (1999: 527).

²⁵ El trabajo de campo en Tartagal fue organizado mediante una serie de viajes, durante un período que abarca desde septiembre de 2006 hasta junio de 2009, realizándose un total de diez estancias prolongadas en dicha localidad. En los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 2006 el trabajo estuvo abocado principalmente a las tareas implementadas en el marco del Sub-programa Equipos Comunitarios. No obstante, fueron éstas primeras instancias las que posibilitaron el contacto con los referentes del Equipo de Atención Primaria local. Los sucesivos viajes a partir de febrero-marzo de 2007 estuvieron centrados al acompañamiento de los agentes sanitarios en las actividades que estos desarrollan diariamente.

lógicas de intervención imperantes en los programas implementados, donde participan diversos agentes sociales, con desigual capacidad de decisión y acción social (Criado, 1998).

Así, la postura adoptada significó ir delineando mi objeto de análisis sin tomar prestados los problemas, conceptos e instrumentos de conocimiento del mundo social (Bourdieu, 2005: 328), es decir, las preocupaciones gubernamentales, las categorías burocráticas y los indicadores técnicos, sino justamente atendiendo cómo esos “problemas legítimos” (reconocibles, públicos y oficiales) han sido socialmente producidos mediante un trabajo colectivo de construcción de la realidad social (Ibíd.: 332).²⁶

Siguiendo el planteo de Foucault, ello conllevó un trabajo de deconstrucción para realizar un triple desplazamiento/descentramiento respecto de la institución de salud y sus programas, de su función y del objeto (2006: 140-144). Es decir, más que tomar al sistema de salud en sí mismo en relación a su tratamiento de la cuestión indígena, se trató de ubicarlo dentro de una economía de poder más amplia en la que se inscribe. En vez de dar por sobreentendida la “función” manifiesta o explícita de las intervenciones socio-sanitarias y asumir acríticamente su carácter prescriptivo, se fue desbrozando cómo tales procedimientos implican tanto una manera de “normalizar” como de establecer criterios de agregación/desagregación social. Por último, antes que aceptar el objeto prefabricado “la salud indígena”, se trató de no abordar esas prácticas instituidas e instituyentes (esos dominios y saberes) dando por sentada la vara y la norma de ese objeto establecida de antemano (2006: 143).

En este sentido, el trabajo emprendido buscó analizar la manera de gestionar la “alteridad” implicada en las actividades y prácticas de los programas, teniendo presente que ellas forman parte de procesos de normalización, sustentados en determinados criterios bio-disciplinantes, y en una cierta racionalización que supone y distingue los comportamientos “adecuados” de los “no adecuados” -racionalización a través de la cual se va estableciendo la “norma de salud”. Para ello, entonces, me fue necesario

²⁶ Tal recaudo, sugerido por Bourdieu, se hace más que pertinente en los trabajos referidos al análisis de las políticas públicas. En este terreno, tal como advierte el autor, es común que lo que se constituye en un asunto sociopolítico termine acríticamente convertido en un área legítima de indagación “académica”, convalidando y dando un aura de “cientificidad” a los problemas definidos y consagrados del campo burocrático (2005: 327-334). De este modo, la elección del problema y la elaboración de conceptos y categorías analíticas se delega al mundo social, tal cual es, al orden establecido, contribuyendo a ratificar la experiencia dóxica del mundo social (340-342).

abordar las intervenciones socio-sanitarias atendiendo tanto al contexto donde éstas se despliegan y a las respectivas lógicas que las orientan, como al “sentido práctico” (Bourdieu, 1991) de quienes trabajan en el sistema de salud formal.²⁷ Dentro de este marco, entonces, fue preciso captar el “sentido del juego social” entendido como la relación entre las relaciones objetivas que condicionan las prácticas y el “sentido vivido” de los agentes que conlleva a los mismos a experimentar como “evidente” o “natural” el sentido instituido y objetivado en las instituciones (Bourdieu, 1991: 113-135).²⁸

En consonancia con el planteo realizado por Lurbe I Puerto, el esfuerzo por comprender el significado que los propios actores dan a sus experiencias y por hacer inteligible la lógica de las acciones sociales implica concebir las realidades sociales como construcciones históricas cotidianamente actualizadas por éstos (2005: 61-62). Desde esta perspectiva, por lo tanto, fue necesario atender simultáneamente a los productos y efectos de elaboraciones anteriores y a los procesos de (re) estructuración en curso. Es decir, abordar el movimiento continuo donde determinado ordenamiento social debe concebirse como resultado y, al mismo tiempo, como proceso de las relaciones sociales entre distintos sujetos sociales.

De este modo, muchos de los aspectos vinculados a cómo las intervenciones socio-sanitarias van inscribiendo “lo étnico” dentro de las “modalidades de gobierno” - es decir, en formas de acción orientadas a actuar sobre las posibilidades de acción de los otros (Foucault, 2006; Fassin, 2005)- fueron trabajados desde un “enfoque relacional”

²⁷ Ello implicó una manera de entender las prácticas sociales desde una perspectiva particular. Aprender el “sentido práctico” de quienes realizan las intervenciones socio-sanitarias conllevó a tener presente que el mismo implica un conjunto de actitudes prácticas, de “disposiciones a actuar” de cierta manera, que se encuentran delimitadas por un conjunto de reglas más o menos implícitas, pero siempre socialmente construidas (Bourdieu, 1991). Como aclara Martínez -siguiendo los planteos de Bourdieu- pensar en términos de “sentido práctico” implicó pensar las acciones sociales en tanto “disposiciones que orientan las acciones”, teniendo presente que: “decir que el agente está dispuesto no es decir que actuará mecánicamente de determinado modo (...), sino “que se inclina a actuar a partir de unos “haberes”, que son a la vez saberes, sentimientos, preferencias, “acumuladas” en experiencias anteriores y convertidas en principios más o menos estables de operaciones” (2007:81).

²⁸ En esta dirección, el análisis estuvo centrado en atender al doble carácter del mundo social, esto es: no se limitó a las construcciones de las relaciones objetivas, porque la experiencia de los significados es parte integrante de las mismas. Asimismo, tampoco soslayó que, si bien “los actores sociales construyen realidad social (...) ellos no han construido [ex machina] las categorías que ponen en funcionamiento en este trabajo de construcción” (Bourdieu en Wacquant, 2005: 35). Se trabajó, por lo tanto, en la mutua imbricación entre las divisiones objetivas y principios de visión y sentidos de los actores sociales con el propósito de dar cuenta de la lógica del entretreído social. Para un abordaje detallado de la perspectiva analítica desarrollada por Pierre Bourdieu, pueden consultarse los trabajos realizados por Gutiérrez (2006) y Martínez (2007).

(Bourdieu, 1999 y 2005). Así, fue preciso no sólo analizar los dos programas dirigidos a la población indígena en relación al campo de salud más amplio referido a la Atención Primaria de la Salud -cuyo signo epocal de gestión ha instalado la “necesidad de una adecuación cultural” en la “promoción de la salud y prevención de las enfermedades” (CEPAL, 2007)- sino también la configuración de la relación “indígena-criollo” en Tartagal, para atender simultáneamente las trayectorias y experiencias de quienes llevan a cabo las intervenciones socio-sanitarias.²⁹

La reconstrucción del “contexto” se realizó teniendo presente que el mismo “no es un objeto que esta ahí”, sino que implicaba una formulación analítica capaz de “situar” el “problema” a abordar en relación a procesos más abarcativos y referenciales, indispensable éstos para comprenderlo, describirlo e interpretarlo (Oszlak y O’Donnell, 1995). A través de fuentes primarias y secundarias, junto con la elaboración de datos durante el trabajo de campo, fui reponiendo los procesos de largo alcance en los que se inscriben las relaciones indígenas-criollos, conjuntamente con aquellas situaciones político-sociales actuales que se encuentran gravitando en las mismas.

Con el seguimiento de las actividades realizadas en el marco de los dos programas (Equipos Comunitarios y ANAHI), me interesaba dar cuenta de sobre qué cuestiones se intervenía, así como atender cómo a través de ciertos procedimientos prácticos se orientaba y moldeaba aquellos comportamientos considerados perjudiciales para el mantenimiento de la salud. De este modo, el enfoque se circunscribió particularmente a las experiencias de trabajo de quienes llevan a cabo las actividades de los programas, como también del personal que trabaja en los distintos servicios del hospital.³⁰

A través del acompañamiento realizado al Equipo Comunitario de Pueblos Originarios y a los agentes sanitarios criollos e indígenas, fue posible restituir tanto las prácticas cotidianas de las intervenciones como el “sentido vivido” de las mismas. Mediante el trabajo de campo pude ir reconstruyendo las lógicas que las orientan según

²⁹ En este sentido, si bien tomé como referentes a los distintos “efectores de salud”, retomando el planteo de Lubre I Puerto (2005), el trabajo apuntó a desentrañar “las relaciones sociales entre heterogeneidades que componen una determinada formación social”, ubicando la preocupación por el “cuerpo indígena” en el marco del sistema sanitario nacional y local, en tanto lugares donde se decide sobre la distribución de los recursos sanitarios.

³⁰ La “entrada” al campo y los aspectos relacionados a dicha cuestión son trabajados con más detenimiento en los capítulos tres y cuatro. Por el momento me interesa aquí señalar sólo aquellas dimensiones generales que guiaron el abordaje teórico- metodológico, quedando ciertas aristas y sus implicancias explicitadas en el desarrollo del análisis de los capítulos subsiguientes.

la perspectiva de los distintos actores sociales, dando cuenta asimismo de los contextos situacionales en que ellas encuentran su despliegue. En el marco de las distintas intervenciones socio-sanitarias, fueron entonces las interacciones sociales las instancias de análisis a las que se les otorgó especial atención. De este modo, el trabajo de campo se desarrolló sobre la base de estrategias de investigación que combinaron fundamentalmente la observación participante, con la realización de entrevistas abiertas, no dirigidas, y en profundidad (Guber, 2001).³¹

En la reconstrucción de las interacciones, identificando prácticas y discursos como unidades analíticas producidas en contextos coyunturales diversos, se tuvo presente que “el sentido no está disociado de la forma, de que aquello que se dice no puede estar desvinculado de lo que se hace, como tampoco de quién dice qué, en qué circunstancias, en frente de quién y para quién” (Quiroz, 2006:45). Desde esta perspectiva, el análisis prestó especial atención a la situación social en la que se generaban sentidos y prácticas, como así también a la posición social de las personas implicadas. Retomando las consideraciones realizadas por Criado, me centré en las situaciones sociales teniendo en cuenta: las apuestas en juego presentes en el marco de las interacciones, así como los grupos o personas en presencia y las reglas de aceptabilidad (según la aceptación) de unas prácticas u otras (1998: 65). Pues, las “normas” que regulan y determinan la aceptabilidad de sentidos y prácticas dependen, por una parte, de la situación y, por la otra, de los sujetos implicados que negocian la valoración de sentidos y prácticas, donde el poder de negociación es función de su posición relativa en el espacio social que le impone ciertos imperativos simbólicos-materiales.

Cabe aclarar que el trabajo de campo no se circunscribió ni a una sola comunidad indígena, ni únicamente al acompañamiento de los agentes sanitarios indígenas. Circunscribirme a una sola comunidad y a los agentes sanitarios indígenas hubiese implicado perder de vista que las intervenciones socio-sanitarias adquieren

³¹ La observación participante me permitió no sólo identificar, de primera mano, las prácticas e interacciones sociales, sino también conocer el escenario en el cual se desarrollaban. Asimismo ella fue posibilitando una serie de intercambios verbales con los actores intervinientes a fin de acceder al significado que éstos dan a su acción e ir forjando mis interpretaciones sobre las relaciones de similitud o diferencia, de regularidad o excepción, de simultaneidad o sucesión entre acontecimientos y las acciones en el transcurso del trabajo de campo, al contar con la posibilidad de pedir a los mismos actores referencias y aclaraciones sobre sus propias acciones o sobre la tipicidad o atipicidad de un acontecimiento o acción respecto a la cotidianidad de sus tareas.

modalidades diferentes según a qué comunidad van dirigidas -de acuerdo a la pertenencia/ pueblo de la misma-, y según quién es el que lleva a cabo las tareas, esto es, si se trata de un agente de salud criollo o indígena. De esta manera, progresivamente con el avance del trabajo de campo y en la medida en que las circunstancias y mis interlocutores me lo permitieron, realicé también acompañamientos a “barrios criollos” y de los agentes sanitarios criollos.³² El acceso al personal médico y a otros agentes intervinientes -los administrativos, de otros servicios (como el servicio social o de los laboratorios, exámenes clínicos) o de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)- tuvo un carácter más fragmentario y estuvo mediado por el contacto previamente establecido con los miembros del Equipo Comunitario para Pueblos Originarios y los agentes sanitarios criollos e indígenas que trabajan en el equipo de Atención Primaria de la Salud (APS).³³

La aproximación al área de trabajo de APS fue de algún modo facilitada por mi acercamiento, en primer lugar, al Equipo Comunitario para Pueblos Originarios, dependiente del Programa Nacional Médicos Comunitarios. Si bien el trabajo del equipo interdisciplinario estuvo abocado a una sola comunidad y con una dinámica de funcionamiento diferente al equipo de APS local, el seguimiento de sus actividades -algunas vinculadas con dicho sector- me permitió entrar en contacto con quienes allí trabajaban. En este sentido, fue este primer acercamiento el que facilitó los contactos con quienes se desempeñaban en el primer nivel de atención local (APS).

No obstante, el Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios se dio por finalizado en diciembre de 2006, no teniendo continuidad en la provincia de Salta por no renovarse la firma del Convenio Nación-Provincia -vía los ministerios de salud respectivos.³⁴ A partir de tal momento, entonces, mi trabajo se abocó a relevar y sistematizar todas aquellas cuestiones que hacen al funcionamiento del sector de APS

³² Desarrollo esta cuestión en el capítulo quinto, donde analizo no sólo el perfil de lo que se considera un “buen agente sanitario”, sino también lo que constituye su tarea principal: la realización de las “visitas domiciliarias”.

³³ En este sentido cabe aclarar que los encuentros con el equipo médico y otros servicios del hospital fueron más discontinuos. No obstante, las dificultades para concertar alguna entrevista, se reconstruyó los vínculos que éstos tienen con el área de APS y las comunidades indígenas a través de distintas instancias que permitieron un acercamiento, tales como: jornadas de trabajo dentro del hospital, acompañamiento de los agentes sanitarios a los Centros de Atención de Primaria de Salud (CAPS) y encuentros ocasionales que permitieron algún intercambio respecto a su experiencia de trabajo.

³⁴ Los aspectos analizados del Programa Equipos Comunitarios son trabajados puntualmente en el capítulo dos y en el capítulo siete de la tesis.

local donde el programa ANAHI tiene anclaje y sin las cuales no puede entenderse el carácter complejo que reviste la figura del agente sanitario indígena.

A pesar del poco tiempo de vigencia del Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, el acompañamiento de las tareas realizadas en dicho marco hizo posible comenzar a desentrañar la relación entre las diferentes áreas del hospital y el sector de APS local, como así también la relación del personal del hospital respecto a la población indígena. El hecho de tratarse de un programa que dependía directamente del Ministerio de Salud de la Nación y donde la mayoría de los profesionales no pertenecía al sistema de salud local -siendo oriundos de otras provincias- despertaba, por un lado, ciertos resquemores entre quienes allí trabajan pero facilitó, por el otro, mi entrada y continuidad de trabajo con el sector de APS. Pues, si bien en varias oportunidades fue expresada la desconfianza y los cuidados frente a *la gente que viene y depende de nación* y puede controlar u objetar *las cosas que se hacen o no se hacen*, mi lugar como antropóloga, que se acercaba a la experiencia del Equipo Comunitario, me ponía ante sus ojos en un lugar de “neutralidad”, por ser percibida como quien a su vez podía estar “observando” al Equipo. De este modo, esta versión de los roles atribuida por quienes se desempeñan dentro del sector de APS local, junto con mi permanencia en el lugar y la periodicidad del trabajo, hizo posible ir generando las condiciones para poder expresar las motivaciones que me habían movilizado hasta allí, sin que ello despertara demasiadas reticencias o desconfianza para que nos fuéramos conociendo mutuamente.³⁵

Me interesa, por último, explicitar cuáles han sido los recaudos tomados a la hora de reconstruir las situaciones sociales, es decir, las interacciones sociales con las prácticas y los discursos de quienes fueron mis interlocutores en el campo. En primer lugar, es preciso aclarar que los nombres de las personas son ficticios, así como se han cambiado aquellos datos que pudieran servir para identificarlos. Respecto a las comunidades indígenas (*misiones*), no se hace alusión al nombre de aquellas donde se llevó a cabo la observación participante. Tal decisión responde a la precaución de preservar la identidad de quienes se convirtieron en mis referentes durante el trabajo de campo.

³⁵ Las palabras o frases en cursiva forman parte del “decir” de los actores, expresado en el curso de la interacción establecida en dichas ocasiones.

No obstante, lo señalado responde también a ciertas cuestiones relevantes sobre las que me detendré, a fin de ir terminando de exponer la perspectiva desde la cual busqué analizar el tratamiento de la “alteridad” en la atención a la salud, y que deben entenderse como una parte consustancial del abordaje. La pregunta realizada por Bourdieu en la introducción del libro “La Miseria del Mundo”, de algún modo ha acompañado todo el recorrido realizado desde que comencé mi trabajo de campo hasta el momento de escribir cada línea de los diferentes trabajos previos y de la presente tesis. Pues, tal como él mismo señala: “¿Cómo no experimentar, efectivamente, un sentimiento de inquietud en el momento de hacer *públicas* ciertas palabras *privadas*, confidenciales recogidas en un vínculo de confianza que sólo puede establecerse en la relación entre dos personas?” (1999:7). Dicha inquietud supuso, entonces, asumir ciertas exigencias ligadas a proporcionar a los lectores “los medios de comprender” (Ibíd.: 8) a quienes fueron mis interlocutores durante el trabajo de campo, mediante un ejercicio de inscripción de sus prácticas y discursos dentro de las condiciones sociales y los condicionamientos de los que son producto. De este modo, mi tarea apuntó a restituir el carácter social de las mismas, recordando que no hay experiencia de la posición ocupada que no este instituida y sea instituyente de las interacciones sociales dentro de esos microcosmos sociales donde encuentran sus despliegues (Ibíd.: 10).

Por consiguiente, traté de identificar que esas interacciones sociales se realizan bajo la ordenación de cierta estructuración social, con el objeto de no banalizar, ni quedar atrapada en una visión subjetivista, desconociendo el peso y el efecto de esas condiciones sociales sobre las interacciones sociales registradas y analizadas.³⁶

En este sentido, me pareció indispensable ir exponiendo aquellos esquemas interpretativos configuradores del análisis con el propósito de que “el acto político (...) que consiste en llevar al orden público -mediante la publicación [escritura]- lo que normalmente no llega allí o, en todo caso, lo que nunca lo hace *en esta forma*” (Bourdieu, 1999: 541), no quede tergiversado o totalmente vaciado de sentido. El esfuerzo de situar el punto del espacio social desde el cual nuestros interlocutores dirigen su vista a ese espacio, es decir, “el lugar en el que su visión del mundo se vuelve

³⁶ La relevancia de esta cuestión es doble pues, siguiendo a Bourdieu, no sólo se trata de desentrañar el efecto que las estructuras objetivas ejercen sobre las interacciones observadas, sino también reconocer cómo las estructuras objetivas y sus asimetrías concomitantes se encuentran presentes en la propia interacción del investigador con las personas con quienes interactúa durante el trabajo de campo.

evidente, necesaria”, constituyó una preocupación vinculada a ponerlos al resguardo o al abrigo de los peligros a los que expondríamos sus gestos, palabras o acciones si los abandonáramos a “un *laisser-faire* interpretativo” (Ibíd.: 539-543, cursivas en el original).

Entender a los sujetos sociales producto de un doble movimiento de objetivación/subjetivación implicó reconstruir los “modelos/esquemas” de aceptabilidad de prácticas discursivas y no discursivas, modelos/esquemas que conllevan determinadas “competencias sociales” configuradas por ciertas reglas de juego que hacen que determinados planteos tengan mejores condiciones que otros para ser escuchados/recepcionados (Criado, 1998). De modo que fui centrándome en los vínculos que se anudan entre “asistente-asistido”, atendiendo a los procedimientos mediante los cuales se ejercen formas de sujeción y son configurativos de las relaciones sociales en el campo de salud.

Tanto los aspectos recién señalados, trabajados a nivel local en el municipio de Tartagal, como el análisis de la configuración de los programas desde la esfera federal, identificados vía Ministerio de Salud de la Nación, no deben verse en una relación de discontinuidad, como si fueran dos niveles diferentes -uno microscópico y el otro macroscópico-, ni como una homogeneidad -como si uno fuese la proyección aumentada o la miniaturización del otro- (Foucault, 2002a: 121). Son por el contrario instancias que van mutuamente constituyéndose en soporte, en puntos de apoyo, a partir de las cuales se va tejiendo y entramando la gestión de alteridad.

En este sentido, la orientación teórico-metodológica buscó emplazar el objeto de estudio en las relaciones sociales y en los universos objetivados que crean y les sirven de apoyo, en tanto son constituyentes no sólo de los sujetos sociales sino también de los problemas hacia los cuales los mismos dirigen su atención.

En consecuencia, dos cuestiones se convirtieron en recaudos teóricos-metodológicos claves para emprender el análisis. Por un lado, busqué apartarme de una mirada sustancialista de “la salud intercultural” que la abordase como algo preexistente a la labor de sus hacedores. Por otro lado y al mismo tiempo, apunté a distanciarme de una pretensión propositiva, ligada a encontrar una solución práctica a los denominados “problemas de salud indígena”.

Desde esta perspectiva, lo que me propuse es un ejercicio capaz de desnaturalizar el ámbito de la “salud intercultural” a través del seguimiento de las relaciones entre representaciones, clasificaciones y prácticas de quienes intervienen activamente en él: los que se constituyen como los “administradores oficiales/oferentes” y quienes devienen “beneficiarios/ demandantes” de las soluciones de los “problemas de salud”. De este modo, mediante el seguimiento de las prácticas sociales que acontecen en nombre de la “salud intercultural”, es decir, desde el diseño de los programas hasta su implementación en la localidad de Tartagal, el objetivo fue dar cuenta de los modos de categorización e intervención de aquello que se instituye como “los problemas de la salud indígena”.

En el próximo capítulo, entonces, trabajaré el marco discursivo de los programas que conforman una “matriz diagnóstico-terapéutica” (Rodríguez y Seghezso, 2009), para luego comenzar a analizar algunas de las experiencias desarrolladas en el marco del Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios.

Capítulo II

La construcción de la “salud intercultural” como campo de intervención: los lineamientos de los programas analizados.

Introducción

Como señala Topalov, “las categorías que permiten pensar la realidad social, y las prácticas destinadas a modificarla (...) forman un sistema como un todo” (2004:52). Ellas, como claves de percepción y apreciación de un dominio determinado, son inseparables de las técnicas de acción que lo configuran como tal.

En este sentido, cabe aclarar que el propósito del trabajo de investigación no ha sido establecer el grado de correspondencia entre la formulación e implementación de los programas, reduciendo el análisis a visualizar la discrepancia entre lo que se dice y lo que se hace, o el nivel de eficiencia/eficacia de los mismos. Como ya he adelantado, el análisis emprendido busca complejizar la relación entre formulación e implementación, tratando de (de)construir los procesos de producción de los problemas que determinan qué es objeto de discusión y qué no, sobre quiénes se interviene y cómo se lo hace.

La idea de trabajar aquí los lineamientos de los programas de salud para indígenas no responde, entonces, al objetivo de establecer posteriormente la distancia o distorsión entre ellos y su implementación, sino justamente al de señalar cómo tales formulaciones tematizan (inscriben formas de decibilidad) y por ende abren un campo de incidencia sobre ciertos aspectos de la vida social de los destinatarios y cobran cuerpo en el plano de las interacciones sociales.³⁷

³⁷ Como argumenta Restrepo (2008), siguiendo el planteo de Foucault, se trata de abordar los modos de problematización a partir de los cuales “algo” se constituye en objeto de pensamiento, teniendo presente que “problematización no quiere decir representación de un objeto preexistente, así como tampoco creación mediante el discurso de un objeto que no existe”. “(...) hay una relación entre la cosa que es problematizada y el proceso de problematización” (Foucault citado en Restrepo, 2008:126). Pues, si bien las problematizaciones como respuestas dadas por individuos concretos implican algún tipo de creación, “no significa que se encuentran libremente flotantes sin ningún tipo de anclajes o amarres al contexto o situación específica en la que se despliegan, como tampoco son simples derivados o expresiones mecánicas de los contextos o situaciones históricas en las que emergen, se transforman o dispersan” (Ibid.: 127). En efecto, para que algún dominio de acción o comportamiento devenga en objeto de pensamiento, se requiere que el mismo haya perdido la familiaridad y certidumbre que lo mantiene al margen del campo de visibilidad y se le asocie una serie de dificultades que demandan ser encaradas.

En lo que sigue, pasaré por tanto a reponer la letra de los programas, con el propósito de dar cuenta de cómo ellos van definiendo a la población indígena en tanto blanco de prácticas, produciendo en/sobre ella efectos de individualización y visibilización. En primer lugar, entonces, en este capítulo la meta es abordar el marco discursivo general de aquellos documentos donde se delimitan los problemas de salud de los indígenas. En segundo lugar, analizar las disposiciones del Programa ANAHI y el Subprograma Equipos Comunitarios. Por último retomar cómo desde esos programas se va constituyendo una “matriz diagnóstico-terapéutica” (Rodríguez y Seghezzeo, 2009), a partir de la cual se entrelazan –no sin tensiones- la programática burocrática y las prácticas de los agentes en terreno.

La salud indígena como cuestión problematizada

La preocupación planteada por el “acceso a la salud” de la población indígena, desde ámbitos internacionales y dentro del ámbito nacional en términos de “asignatura impostergable”, es la que ha dado impulso a una serie de directrices a partir de las cuales se busca diagramar políticas y programas de salud especiales.

En este capítulo, me interesa reponer, a través del análisis de algunos documentos, cuál es el marco y el carácter de las directrices desde donde se discute la confección de políticas para el colectivo indígena.³⁸ Puntualmente, quisiera detenerme en la manera en que se establecen los criterios de desagregación social desde los cuales se establece una “cesura” constitutiva del colectivo indígena como población específica (Foucault, 2006). Es a partir de aquellos criterios que los programas de salud para indígenas van cobrando textura, conformando espacios y formas de intervención.

³⁸ Para ello, analizo los distintos documentos de trabajo presentados en el Seminario Taller “Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de Salud, ¿Cuánto y Cómo se ha Avanzado?”, organizado por la CEPAL en junio de 2007, y realizado en Santiago de Chile. Asimismo, los argumentos vertidos en el capítulo “Políticas y Programas de Salud de Pueblos Indígenas en América Latina” incluido en *Panorama Social de América Latina 2007* de la CEPAL. Allí se realiza un “diagnóstico de situación” a partir de la información obtenida de la encuesta que el organismo hiciera sobre el tema en 16 países de América Latina y del informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitido en el 2004 al cumplirse los 10 años del “Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas”. Dichos documentos, en conjunto, reflejan la tónica de planteos que se vienen vertiendo en la materia y que, como se desarrollará más adelante, han encontrado eco en el despliegue de las iniciativas locales.

En términos generales, en los documentos oficiales que trabajan dicha cuestión en Argentina también se invocan las transformaciones del marco jurídico, en calidad de “avances significativos” en el reconocimiento de los “pueblos indígenas” como “sujetos de derechos colectivos”, considerando -como se recomienda para otros países de América Latina- “necesario que las políticas públicas enfrenten el desafío en el cumplimiento de estos acuerdos” (CEPAL, 2007: 2). Dentro de esta tónica, discurren los argumentos bajo los que se encolumnan las distintas iniciativas propuestas de tratamiento específico, en tanto se apunta que:

... “se ha puesto en evidencia que **bajo un supuesto trato universal se reproducen las desigualdades preexistentes** que afectan a los pueblos indígenas, expresada en la marginalidad y exclusión y, en el caso particular de la salud, en condiciones más precarias asociadas a las dificultades de acceso, calidad y pertinencia de los servicios. **Urge, por tanto, un trato específico** que incorpore la perspectiva de derechos de los pueblos indígenas en las políticas y programas de salud, incluyendo la **dimensión intercultural**, así como un avance más decidido en torno a la ratificación de la normativa internacional y al desarrollo de una legislación acorde a su condición de sujetos de derecho colectivo” (CEPAL, 2007: 2, subrayado propio).

El actual enfoque de derechos en las políticas públicas constituye el marco conceptual tanto para orientar la cooperación internacional, como para guiar el proceso de construcción de programas de gobierno locales dentro de un escenario caracterizado como “globalizado y multicultural” (Ibíd.: 4). De allí que el “avance en la legislación”, en términos de “reconocimiento normativo” de derechos colectivos específicos, sea la piedra de toque en la que se fundamenta la necesidad de dar encarnadura a las políticas públicas de corte indigenista (Quilici, 2007; CEPAL, 2007).³⁹ Lo interesante aquí es que, entre otras cosas, la idea de multicultural constituye un concepto que se usa de manera meramente descriptiva, lo que constituye un movimiento a la facticidad (Briggs, 1997) que transforma una cierta forma de pensar lo social en un aserto naturalizante de la heterogeneidad constitutiva de lo social.

³⁹ Entre los cuerpos normativos mencionados por los documentos, se encuentran la Declaración de Naciones Unidas de los Derechos de los Pueblos Indígenas aprobada en junio de 2006; el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (1989) ratificado por Argentina en el año 2000; El Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del la OEA (aún en revisión), el convenio sobre la “Diversidad Biológica” (1992). A nivel nacional se mencionan las reformas constitucionales de los países de la región iniciadas en la década de los noventa y la “legislación especial” existente en cada uno de ellos sobre salud de pueblos indígenas.

En concomitancia con este marco discursivo a partir del cual se fundamenta un tratamiento específico, se señalan como indicadores diferenciales de la población indígena la elevada tasa de morbi-mortalidad y perfiles epidemiológicos más desfavorables en relación a la población no indígena (CEPAL, 2007: 4).⁴⁰ En este sentido, el colectivo indígena pasa a formar parte de los llamados “grupos vulnerables”. No obstante su “condición étnica”, en correlación con el índice de pobreza, recorta dicho colectivo del “universo vulnerable” como “el más pobre entre los pobres” (Lorenzetti, 2006). La externalidad de “lo indígena” respecto de los “otros pobres”, anclaría en “atributos culturales” que convierte esa población objeto en una entidad social particular. De este modo, se instaura una “cesura” que desagrega a la “población indígena”, por medio de la cual ésta deviene tanto objeto de intervención por ser “vulnerable”, como sujeto en tanto se le reconocen jurídicamente derechos y prerrogativas específicas (Lorenzetti, 2008).

En dicho diagrama, “vulnerabilidad” y “cultura” aparecen como binomio, donde ambos términos resultan vinculados a partir de la asociación del “estado de vulnerabilidad” a “su condición étnica”, y su condición étnica a “pautas culturales propias” que ahora le son reconocidas de manera particular. Pues, si antes tales pautas culturales eran signo de atraso para el desarrollo, ahora comienzan a ser re-calibradas en un nuevo campo semántico y ponderadas como capacidades que deben ser estimuladas para la consecución de lo que se ha dado en llamar “desarrollo sustentable”.

De allí que los lineamientos generales apunten a “cerrar las brechas de las disparidades en los indicadores de desarrollo humano entre indígenas y no-indígenas” (CEPAL, 2007: 6), a través de políticas sanitarias que planteen una “adecuación y accesibilidad cultural” en la atención de la salud (Ibíd.: 15).

En dirección a dicho objetivo, la reestructuración de los sistemas de salud estatales, que priorizan la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), aparece ponderada como escenario favorable para el desarrollo de “nuevos modelos de atención

⁴⁰ Los documentos oficiales de los organismos multilaterales de crédito -Banco Mundial (BM) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID)- también señalan en el trazado de los “mapas de la pobreza” “...un alto grado de correlación entre pertenencia a un grupo étnico y los altos índices de pobreza... demostrando que los indígenas, especialmente las mujeres, se encuentran en los estratos más pobres y marginados” (BID, 2004: 3).

de salud”.⁴¹ Al respecto se señala que el enfoque de APS sustentado en principios tales como: “la accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud”, “el compromiso, participación y auto-sostenimiento individual y comunitario”, “la acción intersectorial por la salud” y “el costo-efectividad y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles”, constituye el andamiaje sobre el cual es posible formular “políticas transversales destinadas a garantizar los derechos de grupos específicos (...) entre los que se encuentran los pueblos indígenas” (CEPAL, 2007: 15).

42

⁴¹ Fue con la Declaración de Alma Ata (URSS) en el año 1978 -organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)- cuando por primera vez quedó formulada la plataforma de la Atención Primaria de la Salud, cuya meta sería alcanzar la “Salud para todos en el año 2000”. Con tal enfoque en la gestión de salud se buscaba pasar de un modelo de asistencia curativo-rehabilitador a otro fundado en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. La iniciativa se encaminaba a generar cambios sustanciales en tanto, a través de la definición de la “salud comunitaria”, se daría paso a la “participación” procurando incorporar a la “comunidad” como protagonista y no como mera usuaria-receptora de programas de salud. Se pretendía, de este modo, reducir la preponderancia del equipo de salud y lograr una articulación entre curación y prevención que modificara el peso de la práctica médico-asistencial. Tal perspectiva apuntaba básicamente a la comunicación y educación en salud, con el fin de movilizar e incorporar a grupos y redes sociales en el desarrollo sanitario (Andía y Lignelli, 2007; Scaglia, 2006; Rozenblant 2007). Menéndez (1995) identifica tres tendencias generales en relación a las modalidades de la APS desarrolladas: la “Atención Primaria Integral”, la “Atención Primaria Selectiva” y la “Atención Primaria Médica”. Mientras que con la “Atención Primaria Integral” se buscaba modificar la orientación biomédica dominante, la “Atención Primaria Selectiva” surge como enfoque cuestionador de la concepción “Integral” por considerarla una concepción ambiciosa y poco realizable. Como alternativa la “Atención Primaria Selectiva” busca, entonces, seleccionar problemas prioritarios, trabajando focalizadamente con técnicas biomédicas baratas y eficaces. Con el enfoque de la “Atención Primaria Médica”, la orientación de la promoción de la salud y prevención está fuertemente supeditada al modelo curativo-rehabilitador biomédico. En el contexto latinoamericano, Menéndez (1995) señala que los sistemas médico-sanitarios estuvieron inclinados preponderantemente a la adopción de estos dos últimos lineamientos. Para un análisis de las implicancias de la adopción de la APS como estrategia puede consultarse el trabajo de Testa (1985): “Atención ¿Primaria o primitiva? de Salud”. Allí Testa señala cómo han calado en el discurso sanitarista tales concepciones al punto de que “primaria” y “primitiva” se han vuelto adjetivos reemplazables uno por otro. La desvalorización de este primer nivel de atención terminó por instalar más que la idea de “puerta de entrada” al sistema de salud, una “puerta giratoria” que encarna el techo del derecho de la asistencia médica para la población precarizada.

⁴² Desde que quedaron planteados en 1978 los ejes del enfoque en salud basado en la “atención primaria”, sucesivos encuentros y documentos -tanto en foros internacionales como en los ámbitos nacionales- fueron delineando los contenidos destinados a re-formular dicha estrategia en política sanitaria. Con el objeto de dar cuenta del carácter programático que el modelo asumió en los últimos años, resulta pertinente retomar el documento titulado “Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas” del año 2005 elaborado desde la OMS/OPS. Allí se sostiene que: “... los Sistemas de Salud basados en la APS son capaces de mejorar la equidad porque el enfoque de la APS es menos costoso para los individuos y más costo-efectivo para la sociedad cuando se comparan con sistemas de atención orientados hacia la atención especializada. Se ha demostrado que un enfoque fuerte de la APS puede garantizar mayor eficiencia de los servicios en ahorro de tiempo en la consulta, uso reducido de pruebas de laboratorio y menores gastos de atención de salud. La APS puede ayudar a liberar recursos que de otra forma no podrían ser utilizados para atender las necesidades de salud de los individuos en peor situación. Los sistemas de salud orientados hacia la equidad capitalizan estos ahorros al establecer objetivos para mejorar la cobertura de los pobres y dar poder a los grupos vulnerables para que jueguen un papel más importante en el diseño y operación del sistema de salud. Estas acciones minimizan los gastos de bolsillo

De este modo, en el balance realizado sobre los procesos de reforma del sistema de salud, se pone de relieve el fomento de la “participación de los usuarios” y la incorporación de las “líneas de medicina comunitaria y familiar” como dos aspectos centrales de “empoderamiento” a tener en cuenta en la configuración de “nuevos modelos de atención y gestión” (CEPAL, 2007: 15).

Dentro del panorama así planteado, el desarrollo de un “enfoque intercultural” en las políticas sanitarias encuentra su lugar y deviene crucial en la formulación de las intervenciones para el sector. El mismo se concibe como vía superadora de los problemas identificados como “persistentes”, esto es, “condiciones de salud más deterioradas que la población no indígena”, “inequidad en el acceso” y “poca oferta específica de salud para estos pueblos” (CEPAL, 2007:15). Tales problemas derivados de lo que se define como “falta de accesibilidad o poca integridad cultural de las acciones convencionales de salud” podrían encontrar resolución, según se propone, apelando a un proceso de “negociación y construcción de significados entre actores sociales de culturas distintas” respecto a “los hechos vitales y ciclos de vida” (CEPAL, 2007: 18-19). En todo caso, lo interesante aquí es que al delimitar un diagnóstico los problemas remiten más a metas que la población objeto no puede alcanzar/satisfacer por su propia condición que al carácter que asumen los propios programas, donde las revisiones al enfoque de APS dejan intactos los supuestos de costo/efectividad de los programas basados en una racionalidad orientada fundamentalmente a maximizar recursos escasos, subsumiendo las intervenciones sociales, como la promoción de la salud, a una lógica de mercado.

En cuanto a la adopción de dicha perspectiva intercultural, dos tendencias son identificadas en la formulación e implementación de programas para indígenas. Por un lado, los “programas especialmente diseñados”, centrados en el ejercicio de la “medicina tradicional” y “formación de recursos humanos” y, por otro, los “programas regulares” insertos en las líneas estratégicas o áreas programáticas de los sistemas de salud -como “atención primaria”, “salud sexual y reproductiva”, “enfermedades

que, como se sabe, son los medios más inequitativos de financiamiento de los servicios de salud, a la vez que ayudan a hacer énfasis en la universalización de la cobertura para eliminar los factores socioeconómicos que actúan como barreras para recibir los servicios que necesitan” (citado en Maceira, 2007: 16-17). Para un balance del despliegue de la adopción de la APS como estrategia en política sanitaria, a casi 30 años de su formulación, puede consultarse la compilación de trabajos realizada por Daniel Maceira (2007).

infecciosas”, “saneamiento básico”- pero que no obstante contemplan una “adecuación cultural de los servicios” (CEPAL, 2007: 14-22).

En términos generales, es en el marco de estas orientaciones donde se inscriben las iniciativas del Ministerio de Salud Nacional dirigidas hacia los indígenas. En el ámbito local, dichos lineamientos han venido replicándose en distintas propuestas, tales como: el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAHI), el Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, el Marco de Planificación para Pueblos Indígenas en el Proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública (FESP). Cada uno de ellos, aún trabajando con distintas modalidades y puestos en marcha en momentos coyunturales diferentes, tienen como propósito “mejorar la situación socio-sanitaria y el acceso a la salud de las comunidades de los pueblos indígenas” desde un “abordaje intercultural”, ligado fundamentalmente a “ampliar la cobertura de los servicios y los programas nacionales y provinciales”.⁴³

En el caso del ANAHI, se trata de un programa de formación y capacitación de agentes sanitarios indígenas, quienes integrados en los equipos de APS locales deberían desempeñarse como “facilitadores interculturales” y trabajar como nexo entre el sistema de salud formal y las comunidades indígenas. Con el Subprograma Equipos Comunitarios se busca capacitar profesionales de distintos campos disciplinarios en “salud comunitaria e intercultural”, a través de un “posgrado en servicio” en APS. El Proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) está vinculado a la confección de Planes Provinciales Indígenas que faciliten la “adecuación cultural” de los programas priorizados para las comunidades indígenas, en especial aquellos relacionados con la prevención de enfermedades crónicas.⁴⁴

⁴³ Para la reconstrucción de la letra de los programas mencionados, he recurrido a los distintos documentos publicados por el Ministerio de Salud de la Nación. Las palabras entrecomilladas forman parte de las expresiones textuales comunes encontradas en los distintos documentos. En cuanto al momento de implementación de cada uno, cabe aclarar que mientras el Programa ANAHI fue creado en el año 2000 durante la administración de la Alianza (Presidencia de Fernando de la Rúa) con la finalidad de dar continuidad y sistematizar las acciones iniciadas en los años 93 y 94 luego del brote de cólera que afectara a las provincias del NOA y NEA; el Subprograma Equipos Comunitarios inicia sus actividades en el año 2005 (administración Frente para la Victoria, durante la Presidencia de Néstor Kirchner), bajo la órbita del Programa Médicos Comunitarios cubriendo, además de algunas provincias del NEA y NOA, otras de Centro-Cuyo y Patagonia. Por su parte, el Proyecto FESP, financiado por el Banco Mundial, comienza a gestarse en el año 2006, teniendo como área de cobertura aquellas provincias en las que se activa la Política de Pueblos Indígenas del Banco Mundial, OP 4.10.

⁴⁴ Las funciones y programas priorizados del FESP fueron identificados en base a su “costo-efectividad e impacto en la carga de muerte y enfermedad de la población indígena” (FISA 2008).

Inscritos dentro de lo que se ha dado en llamar Plan Federal de Salud de Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, todos estos programas apuntan a la “prevención y promoción de la salud” mediante la “capacitación de recursos humanos” para la intervención sobre el “riesgo” y lo “vulnerable”. En este sentido, comparten un mismo diagnóstico donde se parte del “estado de vulnerabilidad” de los indígenas, procurando alcanzar:

“... una adecuación cultural del sector... [que] permita ir reduciendo las crecientes brechas sociales y económicas que separan esta población [indígena] del resto del país” (Ministerio de Salud, Documento FESP 2006:3).

En suma, se trata de iniciativas que procuran “usar” la cultura (Yúdice, 2002) para reparar desigualdades sociales y económicas, “ampliando” o “extendiendo” específicamente la “estrategia de Atención Primaria de la Salud”, cuyos principios básicos son “la accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud” (CEPAL, 2007: 15) mediante modalidades de intervención definidas como “específicas”. A través de la “formación de recursos humanos” se busca entonces extender programas de salud que alcanzan al resto de la población, pero que no logran llegar a la población indígena.

Ahora bien, para entender qué implica extender lo que se define como una “cobertura universal” mediante una “modalidad específica”, nos detendremos en el próximo apartado en el análisis de la letra de dos programas: el programa ANAHI y el Sub-Programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios.

La formulación del ANAHI: el marco normativo

El programa ANAHI es sucesor de otro programa denominado “Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud en Comunidades Aborígenes revalorizando su Cultura”, creado en el año 1993 en las áreas de riesgo de Cólera, luego de que dicha enfermedad se propagara en el país y afectara mayoritariamente a la población indígena (Quilici, 2007).

Fue entonces a partir de la “epidemia del cólera” en el año 1992 que, desde el Ministerio de Salud de la Nación, comienza a pensarse en la formación de una red de agentes sanitarios indígenas a fin de ampliar la cobertura de APS en las comunidades

indígenas. Es que, en ese entonces, el brote de cólera tomaba visibilidad (adquiría decibilidad) en la esfera pública como un “problema de los indígenas” ligado a “pautas culturales tradicionales o ancestrales” que los hacían propensos a ser afectados por la enfermedad (Trincherro, 2007: 221). El “problema cólera”, leído en términos culturales, ponía en marcha un programa destinado a la formación de agentes sanitarios indígenas que debían ampliar la cobertura de la APS, cuya tarea sería “educar” los “buenos hábitos” de salud tendientes a modificar aquellos aspectos “culturales” considerados causantes de las condiciones socio-económicas desfavorables.⁴⁵

En el año 2000, con la gestión de gobierno de La Alianza, se vuelve a re-lanzar el programa bajo otro nombre: Programa ANAHI. La iniciativa de dar continuidad a las acciones del programa anterior se justificaba en términos de unificar las partidas presupuestarias de distintos programas a fin de “racionalizar el gasto social”; procurar más puestos de trabajo para indígenas; y generar los medios para que las comunidades alcanzasen a satisfacer las “necesidades básicas” de salud al “igual que todos los demás ciudadanos” (Lorenzetti, 2006). El impulso para relanzar un “programa especial” apelando al reconocimiento de “pautas culturales y creencias ancestrales” descansaba, entonces, en concebir al agente sanitario indígena como “facilitador intercultural” que contribuiría a limar las interferencias que estarían impidiendo la accesibilidad a los servicios de salud. La retórica de tornar los programas “participativos” aparecía con fuerza. En ese marco, el indígena como portador de un “capital social” era invocado para ser incorporado en la gestión de las intervenciones atribuyéndole capacidad para el cambio.

Como adelanté, a pesar de haber pasado por varias etapas o instancias, el Programa mantuvo a lo largo del tiempo el mismo registro discursivo sin demasiadas modificaciones, ni respecto de su fundamentación ni de sus principales objetivos.

Así, si en el año 2000, el diagnóstico y el objetivo eran:

“...mejorar las condiciones de salud y bienestar de las diferentes comunidades indígenas que habitan en nuestro país...que en su totalidad se encuentran en un marcado **estado de vulnerabilidad**, como consecuencia de **inadmisibles condiciones de pobreza extrema** en que viven, [a través de] la concreción de acciones de salud centradas en la universalidad de las prestaciones y en su accesibilidad, utilizando la **estrategia de la Atención Primaria de la Salud**,

⁴⁵ Trabajaré con detenimiento la emergencia del cólera y la relación con las iniciativas estatales ensayadas en el próximo capítulo, cuando analice la conformación de la matriz de alteridad y su carácter gravitante en la configuración del “campo de salud” en la localidad de Tartagal.

respetando sus creencias y valores...” (Ministerio de Salud 2000, subrayado propio).

En el año 2005, la fundamentación y el objetivo general era planteado en estos términos:

... “Los pueblos indígenas constituyen **minorías étnicas en situación de vulnerabilidad** por lo que este Programa desarrollará acciones específicas basadas en el **respeto a la diversidad cultural y en un espacio de interculturalidad...**”
“...El programa se plantea como objetivo general mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de los pueblos indígenas promoviendo su desarrollo integral partiendo del **respeto y la valoración de sus particularidades culturales**” (Ministerio de Salud 2005a, subrayado propio).⁴⁶

Posteriormente inscripto dentro del Plan Federal de Salud -marco que apunta a ponderar la estrategia de Atención Primaria de la Salud como eje del sistema-, el Programa ANAHI tiene como propósito general alcanzar:

“una **adecuación cultural en el sector (...)** con un **enfoque de interculturalidad** [que] permita ir **reduciendo las crecientes brechas sociales y económicas** que separan esta población [indígena] del resto del país” (Ministerio de Salud 2006, subrayado propio).⁴⁷

Así, a partir de tales diagnósticos, el ANAHI ha mantenido como propuesta la formación y capacitación de una red de agentes sanitarios indígenas destinados a ampliar los servicios de salud en el primer nivel de atención: prevención y promoción de la salud.

Bajo la concepción del programa, el agente sanitario indígena como “facilitador intercultural” ayudaría a superar los obstáculos definidos como “diferencias lingüísticas, culturales y comunicacionales (...) [que] dificultan el éxito de una buena prestación” (Ministerio de Salud, 2005a). En consecuencia, su trabajo como traductor y nexo con el sistema de salud formal se convierte en el eje de esta iniciativa que busca extender el alcance de las prestaciones de aquél.

Mediante la contratación de agentes sanitarios indígenas, se busca entonces garantizar/facilitar la accesibilidad de la población indígena al sistema de salud formal.

⁴⁶ En este punto, es interesante reparar en la introducción de ciertos términos como “interculturalidad” o “diversidad” que dan cuenta de una “expertise” a partir de la cual parece haber un fuerte entrelazamiento entre los trabajos/discursos antropológicos y la programática burocrática desde la que se piensan las intervenciones.

⁴⁷ Si bien se supone que el Programa es de alcance federal, las provincias en donde se implementa son sólo aquellas que en su momento fueran afectadas por la epidemia de cólera: Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta y Tucumán.

A su vez, la presentación de una serie de “líneas de acción” va precisando los objetivos más específicos del programa, entre los que se encuentran: “...adecuar, en forma conjunta con los integrantes del equipo de salud, los programas nacionales y provinciales a las realidades y necesidades de la población beneficiaria”; “...privilegiar la estrategia de Atención Primaria de la Salud favoreciendo la participación comunitaria...”; “...reforzar las acciones dirigidas a miembros de poblaciones indígenas en situaciones particulares de vulnerabilidad: niños, mujeres, adultos mayores...” (Ministerio de Salud, 2005a).

Son estas directrices las que van guiando al programa. Ellas, como veremos en el próximo apartado, no son exclusivas de esta iniciativa. Lo particular del programa radica en que son los mismos indígenas a los que se apela en tanto “recurso humano” para la realización de las intervenciones socio-sanitarias del primer nivel de atención.⁴⁸

El Sub-Programa Equipos Comunitarios Para Pueblos Originarios

El Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios se inscribe dentro de un programa más amplio de salud denominado Médicos Comunitarios. Constituido como una modalidad diseñada para la población indígena, tiene por objeto “mejorar la situación sociosanitaria (...) desde un abordaje intercultural basado en el respeto por las tradiciones y costumbres de las distintas comunidades” (Ministerio de Salud, 2005b).⁴⁹

⁴⁸ Será en los próximos capítulos que nos abocaremos a analizar qué tipo de “nexo” supone la figura del agente sanitario indígena, a partir de las tareas desempeñadas en uno de los emplazamientos donde se implementa el programa ANAHI: la localidad de Tartagal (pcia. de Salta).

⁴⁹ Este programa estuvo vigente en la provincia de Salta desde septiembre de 2005 hasta diciembre de 2006. Si bien el programa tuvo continuidad en otras provincias, como ya he señalado, en el caso de Salta el desempeño de los Equipos Comunitarios se dio por terminado a los 18 meses. El nuevo convenio propuesto por el Ministerio de Salud de la Nación implicaba conservar su facultad para designar a los profesionales de salud que conformarían los equipos ahora reducidos (médicos generalistas, enfermera y asistente social) quedando como atribución de las provincias responsabilizarse de los viáticos e insumos necesarios para el desarrollo de las actividades del Equipo. Tal como me lo expresara en una comunicación personal un referente del Sub-programa, si bien el Ministerio de Salud se comprometía a contratar a profesionales de la misma provincia, haciéndose se cargo del pago de los salarios, desde el Ministerio de Salud Salteño fue objetada tanto la imposibilidad de incidir o decidir en la elección de los profesionales como también que los viáticos e insumos debían ser totalmente absorbidos por la provincia. En razón de tales argumentos entonces, la provincia de Salta había denegado la posibilidad de renovar el convenio firmado con el Ministerio de Salud de la Nación. Desarrollaré los aspectos ligados al Sub-programa Equipos Comunitarios a lo largo de este capítulo.

Al igual que el Médicos Comunitarios, este programa contempla la capacitación de los equipos de trabajo interdisciplinarios a través de un “Posgrado en Salud Social y Comunitaria orientado a Pueblos Originarios”. Con él se aspira no sólo a fortalecer la formación de profesionales en la Atención Primaria de la Salud, sino también a la resolución de los problemas locales y de trabajo en la comunidad. Definido como un posgrado en “servicio”, se destaca su cumplimiento en “terreno”, es decir, en el mismo ámbito asignado para el desempeño de las actividades que contempla el programa.⁵⁰

Las actividades están vinculadas a la prevención y promoción de la salud con la “participación activa de la comunidad”, con la búsqueda y seguimiento de “familias vulnerables y situaciones de riesgo socio-sanitario”, tareas asistenciales junto al centro de salud, con el objetivo de “ampliar la cobertura de los servicios y programas nacionales y provinciales en las comunidades indígenas, adaptando su implementación a la realidad local (Ministerio de Salud, 2005b).

Al respecto, resulta pertinente detenerse en las palabras del entonces ministro de salud, Ginés González García, quien en sus distintas presentaciones del programa va recreando lo que constituye el “espíritu” de ésta línea política sanitaria donde se refuerza la idea de “capital social” como motor del cambio para afrontar los problemas de “inequidad”:

“En salud tenemos una formidable posibilidad de disminuir las diferencias e inequidades, y sabemos que para esto, aunque son muy importantes los insumos y los medicamentos, lo son en mucha mayor medida los **recursos humanos**.

Nuestro **capital humano** dentro del sistema de salud es lo más valioso que tenemos. Por eso queremos reforzarlo a través del Programa Médicos Comunitarios con más profesionales y con una formación de Posgrado en Salud Social y Comunitaria (...) El objetivo es acompañarlos en el **fortalecimiento de las capacidades** del primer nivel de atención para la mejor implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud” (Ministerio de Salud, 2005c; subrayado propio).

En síntesis, se trata también de un programa que prioriza la “atención primaria” desde un enfoque definido como “intercultural” y enfatiza la “participación activa

⁵⁰ Lo particular del tipo de capacitación estaría que a diferencia “...de los posgrados que se realizan en el aula de las universidades, lejos de las situaciones de trabajo (...) el enfoque educativo se compromete en la integración de las teorías y las prácticas, apuntando a producir mejoras efectivas en la práctica profesional y en el desempeño de los equipos de salud, en el mismo contexto social y sanitario de los procesos de trabajo en salud (Ministerio de salud, 2005b). De este modo, como explicaré mas adelante, el equipo acabaría realizando tareas que requerirían empleados contratados bajo otras condiciones laborales. La condición de becario de los miembros del equipo los ubicaba al margen de las relaciones laborales del sistema de salud y de esta manera se abría la posibilidad de minimizar costos en el empleo de recursos humanos.

comunitaria” para la intervención sobre el “riesgo” y lo “vulnerable” a través de la “capacitación de recursos humanos”.

Dicha capacitación se la plantea de forma “continúa y permanente” e inserta en el mismo lugar de trabajo, de modo que “capacitación” y “acción” aparecen instancias indisociadas.⁵¹ El principal objetivo del Subprograma apunta, entonces, a la formación de recursos humanos a fin de “mejorar el nivel de salud y calidad de vida de los Pueblos Originarios a partir de intervenciones socio-sanitarias con equipos interdisciplinarios formados para tal fin que generen acciones integrales e intersectoriales” (documento del Ministerio de Salud de la Nación, 2005b: 2).⁵²

La conformación de una “matriz diagnóstico-terapéutica”

A partir de las consideraciones señaladas, me interesa ahora detenerme en la configuración de la “matriz diagnóstico-terapéutica” implicada en los dos programas analizados (Rodríguez y Seguezzo, 2009). Son estas directrices, inscriptas en una racionalidad política de gestión, las que van conformando y dando espesor a un dominio práctico que se instituye como experiencia, delimitando qué es posible -y qué no- pensar, decir y hacer respecto a la promoción de la salud de los indígenas.

En principio, entonces, es preciso analizar los entramados de significados presentes en los programas en tanto supuestos compartidos que conforman un sustrato interpretativo común a los diseños para la intervención, para luego detenerme en algunas de las tensiones suscitadas en la puesta en marcha de tales iniciativas.

⁵¹ No obstante, si bien la modalidad de la formación enfatizaba la importancia del trabajo durante 15 días en “terreno”, también contemplaba encuentros presenciales mensuales de 48 horas en el nivel central, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, organizados por el Ministerio de Salud de la Nación. Los encuentros presenciales estaban estructurados en 8 módulos, cuyos temas de capacitación eran: I- Salud, Cultura e Identidad; II Interculturalidad; III Participación Comunitaria; IV El Ambiente y la Salud; V Epidemiología de Comunidades Aborígenes; VI Integración entre medicina oficial y tradicional, VII Gestión Local, VIII Problemas Prevalentes de Salud. Del total de estos ejes, sólo el primero, segundo, tercero, cuarto y séptimo fueron desarrollados en los encuentros presenciales.

⁵² El sub-programa quedó conformado por un total de 16 equipos interdisciplinarios, cada uno con seis integrantes (2 médicos, 1 enfermero, 1 obstetra, 1 trabajador social y 1 antropólogo) designados para trabajar en comunidades indígenas predeterminadas por región. Dichos equipos tuvieron asimismo el acompañamiento de “equipos de apoyo” destinados a trabajar temas específicos de saneamiento ambiental y zoonosis (ingenieros, agrónomos, veterinarios, etc.). El sub-programa se estableció en localidades y parajes de 11 provincias: Catamarca, Chaco, Chubut, La Pampa, Mendoza, Misiones, Salta, San Juan, Santa Fe, Río Negro y Tucumán; y cubrió población indígena perteneciente a los Pueblos Wichi, Guaraní, Chané, Diaguita-Calchaquí, Toba, Huarpe, Mocoví, Ranquel, Mapuche, Tehuelche (Ministerio de Salud 2005b).

Como se desprende del análisis de los lineamientos generales de los programas, pobreza y pautas culturales, asociadas a la condición étnica, son categorías claves en la diagnosis, y es a partir de las mismas que se despliegan las intervenciones propuestas. Ahora bien, construidas en su carácter sanitario, ellas otorgan visibilidad a los indígenas como los “más pobres entre los pobres” y al mismo tiempo con “atributos culturales” particulares. Este doble registro de lo indígena implica, por un lado, su inscripción en una matriz más amplia, la pobreza y, por otro, una especificidad “cultural” a partir de la cual es posible reconocer al indígena como “sujeto con derechos particulares”, al que le cabe -por lo tanto- cierta “agencia” susceptible de ser interpelada en términos de “autopromoción” y “autocuidado” desde los programas de Atención Primaria de la Salud.

Como forma de gestión de lo social, tal concepción conllevaría un pasaje de las intervenciones de carácter “tutelar” hacia otras donde “agencia” y “empoderamiento” vienen de la mano de la “participación” e “involucramiento” de los beneficiarios. Sin embargo, como veremos, tutela y autopromoción aparecen torsionándose mutuamente, configurando un campo que termina por suturar, no sin tensiones, una ponderación ambivalente a las atribuciones "culturales" pensadas en términos de capacidades.

En este sentido, cobra singular relevancia una lectura de las desigualdades que traducidas en términos de “riesgos” -y convertidos éstos en los objetivos de las intervenciones- dan cuenta de una modalidad de gobierno donde, más que incidir en las condiciones sobre las que se asientan tales desigualdades, busca incidir sobre las “conductas desventajosas” que presuponen dichos riesgos, dando por sentado y naturalizando dichas condiciones y sus efectos. Es a partir de estas premisas que dichas intervenciones de salud son pensadas como posibilidad de reducir “las brechas sociales y económicas que separan esta población del resto del país” (Ministerio de Salud de la Nación, 2006). De este modo, ellas abren una serie de ambigüedades y tensiones sobre las cuales es necesario detenerse.

Veamos en esta dirección algunos aspectos relevados en mi trabajo de campo, en torno a la implementación del Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, que pueden ser tomados en cuenta con el propósito de analizar la tensión entre programática e implementación. Me interesa no tanto señalar una distorsión entre

ambas instancias, sino reparar justamente en el carácter complejo de la relación, en tanto la primera constituye y va moldeando la condición de posibilidad de la segunda.⁵³

El Equipo Comunitario para Pueblos Originarios destinado a Tartagal circunscribió sus tareas de promoción de la salud y asistencia médica en una comunidad Wichí, ubicada a tres kilómetros del centro urbano de dicha localidad. Adoptando como estrategia de intervención sanitaria la Atención Primaria de la Salud, el equipo dispuso su trabajo dando prioridad a la atención de *niños en riesgo* de 0 a 5 años de edad y al *control prenatal de mujeres embarazadas*, por considerar ambos grupos poblacionales los *más vulnerables* de la comunidad.⁵⁴ En este sentido, la estrategia apuntó a una focalización sobre la focalización, esto es, sobre el interior de la comunidad seleccionada se identificaron los focos problemáticos, tomando en consideración la tasa de mortalidad materno-infantil.

Así, el equipo centró sus actividades en la realización de charlas y talleres sobre el cuidado de la salud de niños, embarazadas y mujeres, visitas domiciliarias, la atención médica ambulatoria, acompañamiento de las familias, trabajos de articulación con los distintos centros de salud (el hospital, el centro de Atención Primaria de la Salud -CAPS- cercano a la comunidad) y la coordinación con algunos referentes locales de salud encargados de otros programas sociales.

⁵³ Trabajaré aquí los aspectos de la implementación del Sub-programa Equipos Comunitarios que fueron relevados mediante el trabajo de campo en el tiempo que estuvo vigente en la provincia. No obstante cabe mencionar que el seguimiento realizado estuvo condicionado por una serie de variables que dieron a la continuidad del programa una impronta particular. Durante el lapso en que se implementó, el Equipo Comunitario tuvo varios vaivenes que fueron incidiendo en su labor, otorgándole a la misma un carácter fragmentario. Por un lado, luego de las lluvias e inundaciones del verano 2006 que dejaron incomunicada a la ciudad de Tartagal -con la ruptura del puente carretero sobre la ruta n° 34- y declarado el alerta sanitario, el equipo fue puesto a disposición del hospital como recurso humano para atender la “situación de emergencia generalizada”, quedando momentáneamente suspendidas sus tareas en la comunidad indígena donde eran llevadas a cabo. Por otro lado, el equipo en principio conformado por una antropóloga, una asistente social, un pediatra, una médica generalista, una obstetra, una enfermera y un nutricionista fue reduciéndose, después de que dos de sus miembros renunciaran -la antropóloga y el pediatra-, y cuando parte de sus integrantes fueron incorporados a los Equipos Comunitarios destinados a trabajar en los departamentos vecinos de Bolivia. Durante el 2006, el gobierno nacional firmó un convenio con el gobierno boliviano, una vez que Evo Morales asumía la presidencia. A raíz de dicho convenio, se conformaron equipos de trabajo destinados a Bolivia con los “recursos humanos” que venían trabajando en las distintas provincias y comunidades indígenas, dando lugar a una re-estructuración de los grupos locales de trabajo. En el caso del equipo de Tartagal, quedaron sólo la enfermera y la asistente social a cargo de las tareas, debiendo articular con el otro equipo de trabajo -también fraccionado- que venía realizando su labor en la localidad de Coronel Cornejo, cercana a Tartagal.

⁵⁴ Las palabras en cursivas forman parte de las expresiones vertidas por los distintos actores en el curso de las interacciones entabladas con ellos durante mi trabajo de campo.

Con la realización de talleres y charlas en el marco de las tareas de prevención y promoción de la salud, el equipo trataba de generar *instancias participativas* con las cuales se buscaba *incentivar el protagonismo de las mujeres en torno al cuidado de la salud materno-infantil*. Ahora bien, llevadas a cabo en un contexto donde la valorización de los recursos humanos prevalece y se antepone sobre los medios y recursos materiales disponibles para encarar situaciones desventajosas, esas actividades ponían de relieve tensiones y conflictos en torno a los dispositivos implementados y básicamente orientados a incidir en los comportamientos. Así, el emprendimiento de las actividades relacionadas a la *prevención y promoción* ponía de manifiesto no sólo las limitaciones de no contar con los recursos materiales y medios necesarios con los cuales solventarlas o encararlas⁵⁵, sino sobre todo el hecho de enfrentarse a la *prevención y promoción de la salud* en un contexto particular. Contexto donde el comedor comunitario funciona sólo los primeros 15 días al mes por falta de provisiones para los restantes⁵⁶; el abastecimiento de agua potable en ciertos momentos se hace crítico; la entrega de los llamados *bolsones de alimentos* para las *familias en riesgo* es fluctuante; el trabajo de los destinatarios es precario y está sujeto a los vaivenes de la venta de artesanía, las changas, el trabajo estacionario en las fincas durante la cosecha de poroto, complementándose a veces esos ingresos con los 150 pesos recibidos por algún plan: el Programa de Empleo Comunitario (PEC), o el Jefes/as de Hogar desocupados/as, o el Programa Familia, entre otros.⁵⁷

En este marco, por ejemplo, hacer un taller sobre nutrición/alimentación en las circunstancias a las que aludimos, enfrentaba al equipo a contar únicamente con los medios y recursos que la comunidad aportara, por lo que básicamente sólo se llegó a

⁵⁵ La posibilidad de obtener recursos disponibles para sus actividades dependía de su articulación con el hospital, del contacto con otros sectores locales como el de acción social o, como veremos a continuación, de los recursos de la misma comunidad. El equipo no contaba con insumos o remuneraciones para cubrir los gastos de material que dichas actividades pudieran requerir. En muchas ocasiones, distintos servicios del hospital veían al equipo en este aspecto como *una carga más*, como generador de *gastos extras* que pesaban sobre los escasos recursos del hospital en relación a las demandas que recibía. Además del estipendio mensual del “posgrado en servicio”, el equipo recibía únicamente una suma de 10 pesos por día para la comida y 30 pesos para cubrir los gastos de alojamiento. Recordemos que el equipo permanecía en terreno 15 días y luego viajaba a Buenos Aires para asistir a las jornadas de capacitación en “salud comunitaria”.

⁵⁶ Hasta el año 2007, los comedores comunitarios recibían 0,60 centavos por chico/mujer embarazada en concepto de gastos para cocinar. A partir del 2008, la cifra aumentó a 1,20 \$ (un peso con veinte centavos). Al comedor comunitario pueden asistir niños menores de seis años, mujeres embarazadas y, eventualmente, personas mayores.

⁵⁷ Volveré sobre este punto en el próximo capítulo, donde trabajo específicamente el contexto social más amplio en el que tienen lugar este tipo de intervenciones.

trabajar en indicaciones plausibles de cómo preparar la comida según los *recursos* efectivamente *disponibles*. El eje giraba, entonces, en torno a acrecentar la capacidad y el mejoramiento de las familias en la administración de medios y bienes escasos. En consecuencia, el mejoramiento de las condiciones de salud quedaba encuadrado en la promoción de la vida al nivel de mínimos biológicos. Se trataba en definitiva de adecuar las conductas de las familias a fin de amortiguar el impacto de las situaciones desventajosas por las que atraviesan los integrantes de la comunidad.

De este modo, las condiciones de vida de la comunidad y de trabajo del equipo plantearon en numerosas oportunidades diferencias entre los integrantes del equipo con relación al qué y cómo hacer. Fueron recurrentes las discusiones generadas en torno al temor de caer en lo que pudiese considerarse -retomando la palabra en discusión- en un *asistencialismo*, definido como la contracara de lo que ellos consideraban sus objetivos: *incentivar, concientizar, movilizar, motivar*. El término *paliativo* con que muchas veces ellos mismos definían a sus tareas, al encontrarse frente a las limitaciones descritas, se entroncaba al mismo tiempo con expresiones tales como *movilizar, despertar interés, estimular inquietudes respecto a la salud*. Pues, si por un lado se reconocía que las actividades realizadas por el equipo sólo tenían un carácter mitigante, por otro lado no se renunciaba al mandato de *promover* o *incentivar*. De allí que, frente a la preocupación por el escaso nivel de respuesta a la convocatoria a las charlas o talleres por parte de la comunidad, el equipo intentó diferentes estrategias para *despertar el interés* de la misma.⁵⁸

No obstante, los diferentes puntos de vista respecto a esta cuestión ponían de manifiesto las expectativas de las mujeres de la comunidad en relación al trabajo del equipo y lo que el equipo creía que estaba a su alcance resolver o en condiciones de responder/hacer. Así, en numerosas oportunidades, mientras se esperaba a que se acercasen más mujeres o se discutía si se empezaba la reunión con las presentes o se posponía, cada una iba expresando su parecer: *creímos que ustedes venían para otra cosa..., pensábamos que iban a ayudarnos, a traer cosas, no a hablar nomás..., acá*

⁵⁸ La convocatoria se realizaba casa por casa. Al momento de la reunión, se tocaba la campana de la iglesia. En las reuniones, se le solicitaba a las mujeres que participaban que hicieran *ellas mismas* la *convocatoria de boca en boca*, y que le contaran a las demás lo que habían *aprendido y trabajado* en las charlas. Las charlas se abocaron a diversos temas: salud sexual y reproductiva, cuidado del cuerpo de la mujer, cómo preparar la leche y otros productos que vienen incluidos en los bolsones de alimentos: sémola, fécula de maíz, etc.-, distinguir cuándo se debe recurrir a la guardia del hospital, cuándo a la consulta, la higiene bucal, entre otros temas.

seguimos igual, para ir al hospital necesitamos ir acompañadas, es que ustedes dicen, dicen, pero no traen nada. Ante esto, los integrantes del equipo iban remarcando que de *entrada* les habían aclarado que ellos no venían a traer cosas, que sólo intentaban fortalecer los lazos comunitarios que ayudasen al cuidado de la salud, intentando lograr una unidad; y que, respecto al acceso al hospital, ellos procuraban construir *una puerta de entrada*, dependía luego de la comunidad *la apertura* que con ella alcanzasen pues, en definitiva, eran ellos quienes iban a tener que seguir trabajando en aquello a partir del aporte de cada uno de sus miembros.⁵⁹

Se establecía entonces una relación entre la asistencia otorgada y la auto-ayuda, donde los integrantes de la comunidad se convertían en merecedores de aquélla siempre y cuando estuviesen dispuestos a cumplir con determinadas expectativas de comportamiento que los demostrasen activos sorteadores de obstáculos.

Acercar el sistema de salud implicaba, en palabras de un integrante del equipo, *generar que vayan al centro de salud, no llevarlos de la mano porque no sirve.* En este sentido, la acción de acercamiento recaía en la propia comunidad. En dicho contexto, el ejercicio de incentivación del equipo, asentado en la presentación de la salud como derecho, aparecía -retomando el planteo de Rose (2003)- como la necesidad de establecer una consonancia entre los esfuerzos de autopromoción de quienes están sujetos a este tipo de intervención y los objetivos que dichas intervenciones terminan promoviendo.

Aquí, es interesante detenerse en las apreciaciones de los miembros del equipo respecto a la *capacitación* que ellos mismos recibían durante los encuentros presenciales en Buenos Aires, realizados por el Ministerio de Salud de la Nación. En reiteradas ocasiones, a raíz de mis preguntas acerca de si consideraban tales encuentros como herramientas para su trabajo, varios de ellos, de manera concordante, me habían comentado que no eran un aporte demasiado sustantivo para la realización de las actividades en terreno, remarcando cierto desconcierto porque *no se sabe qué quieren decir cuando hablan de interculturalidad.* De acuerdo a las opiniones de los miembros del equipo, tales encuentros:

⁵⁹ De esta manera, frecuentemente se enfatizaba la importancia de la ayuda mutua, de *hacerse valer y no quedarse*, de la *salud como un derecho que hay que ejercitar y defender*, del apoyo y confianza que debían brindarle al *referente comunitario* que el equipo había escogido de la comunidad para que hiciera de nexo con el hospital. Haré foco en esto explícitamente en el último capítulo, cuando trabaje sobre los circuitos de atención a través de los cuales se canalizan las demandas indígenas de asistencia médica.

Sólo sirven para hacer catarsis. Viene un equipo y cuenta lo que hace, las dificultades que tiene, los obstáculos que encuentra y cada uno va participando, aconsejando, diciendo cómo se podría solucionar, qué alternativas se podría dar a los problemas que se plantean. (Obstetra)

Las presenciales a mí no me contribuyen en nada. (...) Es como un grupo de autoayuda [se miran entre ellas y se ríen]. Bueno [replica una de ellas] al menos te ayudan para descargar.... Otra agrega: yo no le encuentro sentido, en definitiva pretenden que nos auto-capacitemos (Obstetra; enfermera; médica generalista).

Nos dieron algunos módulos y unas fotocopias, pero con eso no haces mucho. Fijate nos dieron unas mochilas incompletas, faltaban las agujas, el suero sin las mangueritas y así todo, con todo es más o menos lo mismo (médica generalista).

No te cubren los insumos. ¿De qué te sirve que te capaciten si después se van a desatender del asunto? Es muy fácil decir, lo difícil es hacer. No sirve que te digan: 'tienen que hacer esto, lo otro y listo' (Asistente Social).

En cierta forma, la *capacitación* del Equipo hacia la comunidad replicaba el carácter que la “formación del posgrado en servicio” brindada por el Ministerio de Salud había adoptado. La misma lógica, dinámica, con la que el equipo funcionaba en la comunidad tenía su correlato en la relación que el Ministerio de Salud mantenía con los equipos contratados bajo beca. No obstante el cuestionamiento que los miembros del Equipo realizaban respecto de sus condiciones de trabajo, el espíritu de fomento aparecía como mandato trasladado al ámbito comunitario. La convicción de estar acercando mediante sus actividades (charlas, talleres) la *salud como derecho*, en las condiciones señaladas, volvía a tal slogan en un imperativo.

El resquemor del equipo a crear una dependencia entre ellos y la comunidad, pues sólo *temporariamente* estarían trabajando allí, los llevaba a *generar un acercamiento con el hospital* a través de *incentivar* actitudes como *hacerse valer, hablar, no quedarse callado*, con las cuales se intentaba romper con la *apatía* y el *distanciamiento*. Apatía y distanciamiento que, si bien en principio se reconocían como producto de una relación, terminaban siendo endilgados al propio indígena, y dejando en éste la responsabilidad por su resolución.

De este modo, el trabajo del equipo a través de la focalización en las mujeres y niños de la comunidad y de la delimitación de su incidencia en comportamientos y actitudes, iba individualizando los problemas de salud, al punto de apartarlos de una determinación social que pudiera explicarlos.

Al respecto y como caso ilustrativo, me interesa puntualmente detenerme en una de las propuestas del Equipo Comunitario que se perfiló la más controvertida dentro de la comunidad, generando ciertas polémicas, desacuerdos y resistencias. A través de los cuestionamientos y posicionamientos respecto de la propuesta, me fue posible ir pensando cómo la salud como derecho se iba constituyendo en un punto de apoyo del imperativo ligado a garantizar la salud, al punto que derecho y deber se volvían indistinguibles y partes de una misma cuestión sólo en apariencia paradójica. El planteo al *derecho a tener y gozar de salud* -emblema del equipo- expresaba sin concesiones una encrucijada, donde el “hacer vivir” desde la óptica del Equipo Comunitario aparecía para los miembros de la comunidad, sobre todo para los hombres, como una forma encubierta de “dejar morir”. Como ya señalé, en el marco de prestar especial atención a la *mujer* y a los *niños* por ser considerados los *más vulnerables* dentro de la comunidad, la *planificación familiar* se convirtió en uno de los ejes del trabajo del equipo. Luego de la realización de una serie de charlas referidas al *cuidado del cuerpo de la mujer* y la importancia de *decidir sobre el propio cuerpo*, los integrantes del equipo empezaron a *acercar* a las mujeres de la comunidad el *Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable*. En vistas del deterioro de muchas de las mujeres durante el embarazo producto de la anemia y tratándose de *familias numerosas*, donde *los embarazos muy seguidos* y la proporción de hijos con algún *déficit nutricional* es significativa, el equipo fue planteando a las mujeres más participativas la *importancia de espaciar un embarazo de otro*, a fin de que *el cuerpo de la mujer se fortalezca* y al mismo tiempo sus hijos más pequeños puedan ir *creciendo más sanos y saludables*. De este modo, se coordinaba con aquellas mujeres que quisieran *cuidarse* la consulta médica, a fin de que pudiesen adoptar algún método anticonceptivo (pastillas, inyecciones, preservativos, etc.), provisto por la farmacia del hospital.

El hecho de que algunas de las mujeres comenzasen a cuidarse a *escondidas* o a *espaldas* de sus parejas fue lo que despertó las controversias e inquietudes entre los miembros de la comunidad, particularmente entre los hombres y el equipo. Si en un primer momento la reacción del equipo fue leer tal cuestión como una demostración del subyugamiento o el control de los hombres sobre las mujeres, pues *por algo se cuidan a escondidas*, el tema iba generando tal aumento de tensión que se propusieron hacer una reunión con los hombres a fin de conversar al respecto. Interpretado el *cuidado del*

cuerpo y su vinculación con la *planificación familiar* como una *cuestión de género* y circunscripta al ámbito de las mujeres, el equipo reflexionaba sobre los malos entendidos que se habían generado en esta clave. Reconocían que su interpelación centrada en la mujer excluyendo a los hombres de los planteos acerca de la *necesidad de tratar el tema de la planificación familiar* había sido un *error*, considerando asimismo que su tratamiento constituía un aspecto ineludible para *valorizar a la mujer, empezar a revertir su lugar subordinado* y como iniciativa tendiente a *cuidar no sólo su propio cuerpo, sino también la de sus hijas/hijos*. De este modo, para subsanar los malos entendidos y revertir la postura de los hombres -que *se niegan a que las mujeres se cuiden*- atribuida, según el equipo, al *desconocimiento* y a su *dominación sobre las mujeres*, decidieron convocar a los hombres de la comunidad a una reunión y hablar al respecto.

Frente a la *apatía y falta de interés* de los hombres ante la propuesta, el equipo consideró necesario conversar con el cacique, plantearle el tema y solicitarle que sea él mismo el que convoque a la charla con los hombres que darían conjuntamente con un ginecólogo del hospital. No obstante estos intentos por concretar la reunión, la misma nunca pudo hacerse efectiva. La *falta de interés* por parte de los hombres volvió a ser interpretada como *una muestra más de machismo y del lugar que los varones les dan a las mujeres*.

En ese momento que las relaciones estaban tensas entre el equipo y los integrantes de la comunidad, consideré oportuno no tocar el tema, ni hacer ninguna pregunta al respecto a las mujeres y hombres. No hacía mucho que había iniciado mi trabajo de campo y la situación me parecía muy delicada como para inmiscuirme de lleno en ella. Sólo, entonces, fui escuchando los comentarios del equipo y de algunas mujeres que habían adoptado algún método, quienes manifestaban que los hombres son un *poco celosos*, que ellas querían cuidarse para *descansar un poco* y que les parecía *bueno* cuidarse.

Inicialmente, también interpreté tal cuestión como un conflicto entre géneros que salía a superficie de esta manera, como el resultado de la individualización del equipo en la atención únicamente en *la mujer*, desconociendo precisamente el carácter social de los problemas al desvincularlos de las relaciones -en este caso entre los hombres y mujeres- de las que son producto. Y que el *cuidado de la mujer* así planteado pasaba por

alto nuevamente los determinantes sociales estructurales. Sin embargo, transcurrido cierto tiempo, a raíz de una serie de conversaciones con la gente de la comunidad, aquel episodio generado con el Equipo Comunitario resurgió, revelando un matiz más complejo o añadiendo, a lo que aparecía como un control de los hombres hacia las mujeres, una dimensión hasta el momento no tomada en cuenta. Una tarde, charlando en una casa con un grupo de hombres, quienes me comentaban las dificultades para ser atendidos en el hospital, de la necesidad de mediaciones básicamente con *criollos* para conseguir turnos, del acompañamiento que ellos mismos realizaban a las mujeres en caso de tener que ir al hospital, porque *si andan solas no (las) atienden*, la referencia al trabajo del Equipo fue traída a colación. En esa oportunidad, los hombres resaltaban la importancia de contar con algún *contacto* para conseguir ser atendidos y en este sentido ponderaban la *ayuda* que había significado tener al Equipo en la comunidad.⁶⁰ No obstante, no tardó en salir el inconveniente generado con el *cuidado de las mujeres* promovido por el Equipo y la ambivalencia, junto con la desconfianza, que despiertan ciertas intervenciones provenientes de los profesionales o agentes de salud. De manera contundente, José expresaba:

... es que el paisano molesta, nomás. Quieren hacer desaparecer al mataco [Wichí], ¿ha visto?; que seamos pocos, menos, así quieren hacer.

A continuación prosiguió:

Ha visto que a la mujeres les dan pastillas para no tener embarazo, no se sabe que dan... los que venían acá andaban en lo mismo [menciona por el nombre a algunos miembros del Equipo]. Cuando empezaron con eso, ahí dimos cuenta. Dirigiendo su mirada a los chicos, que estaban jugando, dando vueltas por ahí me dice: no se sabe cuántos hijos van a vivir..., no se sabe si todos llegan a grandes...

Retomando la conversación, el padre de José me preguntó si sabía por qué a ellos los llaman *matacos*, de dónde viene el *mataco*. Después de expresarle no conocer exactamente los motivos, pero saber que algunas personas utilizan tal término como ofensa/desprecio, él mismo contesta:

Mataco, viene del tiempo. Mataco porque (al) wichí querían matar, que no estemos más. Así dice el criollo, hay matacos (...) Los antiguos han contado que decían mataco porque querían matar. Hay que matar a todos, por eso decían mataco.

⁶⁰ Trabajaré en detalle este aspecto en el capítulo siete, cuando trabaje los circuitos de atención e itinerarios posibles en el sistema de salud formal.

La incertidumbre de José, expresada en la frase respecto al destino de sus hijos, y la asociación -equivalencia- que su padre hacía entre la designación *mataco* y la palabra *matar*, fue la primera situación que me hizo ir comprendiendo el significado que pueden adquirir algunas intervenciones fundadas en el *derecho a la salud*. Lo que se mostraba entonces como sólo un conflicto entre géneros, aparecía encabalgado a una cuestión más compleja. Lo que para el Equipo estaba ligado a un “hacer vivir”, en tanto en definitiva se trataba del *cuidado del cuerpo de la mujer* -también como ser “procreador”-, por parte de los hombres de la comunidad se trataba de una iniciativa para “dejar morir”.⁶¹ Lo que aparecía como paradójico o signo de sometimiento a una dominación masculina para el equipo -pues, cómo explicar que se negaran o interpusieran al ejercicio de un *derecho* ligado al *cuidado del cuerpo*, promovido como empoderamiento de las mujeres- mostraba sus costados más complejos.

En cada una de las actividades (talleres, charlas, etc.) la apelación al *derecho* aparecía como el soporte sobre el que descansaban ciertos procedimientos donde la idea de agencia se ponía a jugar de alguna manera. La concepción de sujeto de derecho, ligada a la generación de cierto grado de activismo, se convertía de este modo en un instrumento -punto de apoyo- de una modalidad de gobierno. Una modalidad de gobierno donde determinadas conductas presentadas como condición y ejercicio de derechos, al mismo tiempo implicaban -en un contexto que permanecía inalterado- el refuerzo de ciertas subordinaciones y un efecto de naturalización de determinadas condiciones de existencia.

Fueron estas aproximaciones al campo las que llevaron a desplazar mi interés por si estos programas efectivizan o no derechos, para abordar cómo el papel o la preponderancia de los derechos especiales reconocidos se ha convertido en el punto de anclaje en y a través del cual se operacionalizan las intervenciones asentadas en lógicas distintas a las preponderantes dos décadas atrás.⁶² Formas de gestión nuevas que, no obstante, se van entrecruzando con relaciones sociales estructuradas con las cuales se van generando nudos problemáticos sobre los que es preciso detenerse.

⁶¹ En los próximos capítulos iré ampliando el contexto donde tienen lugar las intervenciones socio-sanitarias dirigidas a la población indígena y el carácter que revisten las mismas.

⁶² Me refiero a que hace dos décadas atrás -antes del proceso de reconocimiento jurídico de derechos- las políticas indigenistas no sólo no tenían el cariz que actualmente tienen, sino tampoco la preponderancia que han adquirido. Quizás en este punto es preciso recordar la correlación entre las reformas o ajustes estructurales de las relaciones entre Estado- Sociedad Civil- Mercado fue concomitante a nuevas formas de interpelación de los sujetos.

Es dentro de la configuración del programa analizado, donde la construcción del problema es consustancial a las soluciones promovidas, que el sobredimensionamiento del aporte de los recursos humanos por encima de las condiciones sociales de existencia, fue haciendo de la formulación e implementación del mismo, instancias co-constituyentes y al mismo tiempo atravesadas de tensiones. No obstante, desde la perspectiva de análisis adoptada, me interesa señalar que, más que mostrar la inadecuación o pensar en términos de distorsionamientos entre la formulación de los programas y su implementación, habría que pensar en la articulación de ambas instancias en términos de una matriz diagnóstico-terapéutica. Respecto de esta matriz, más que tomar su formulación e implementación como “superficies de enfrentamiento” (Donzelot 1990) y reducirlas a “se dice una cosa y se hace otra”, resulta oportuno verlas como instancias de emergencia de nuevas técnicas de regulación a partir de las cuales explorar las actuales resistencias, los conflictos y líneas de fuga que unas veces refuerzan ciertas direcciones y otras veces van instaurando otros sentidos, acoplándose o re-estructurando las reglas de juego social existentes.

En el próximo capítulo, donde trabajaremos con profundidad el contexto donde tales intervenciones tienen lugar, iremos desbrozando las reglas de juego existentes que configuran el carácter que adopta la administración de la salud mediante los programas dirigidos a la población indígena en la localidad de Tartagal.

A partir de restituir la “formación de alteridad” (Briones, 2005; Segato, 2007) gravitante en la estructuración de las relaciones interétnicas presentes, podremos avanzar tanto en cómo cobran encarnadura tales lineamientos, como en ver de qué manera adquieren textura las intervenciones socio-sanitarias basadas en las premisas aquí analizadas.

De este modo, en los capítulos subsiguientes estaremos en condiciones de analizar los procedimientos implicados en las actividades desarrolladas dentro de lo que se nomina estrategia de Atención Primaria de la Salud, con el propósito de explorar cómo a través de ellos se gestionan determinados aspectos de la vida social de los destinatarios y se configura un determinado “hacer vivir”. Me interesa fundamentalmente dar cuenta del “proceso de normalización” que suponen tales intervenciones, donde se entretajan tanto “técnicas reguladoras” como “técnicas disciplinarias” (Foucault, 2006).

Capítulo III

La configuración de las relaciones interétnicas en el Chaco Salteño: una contextualización posible.

Introducción

Para entender, en el presente, el carácter que asumen las relaciones interétnicas en Tartagal, considero imprescindible restituir la trama histórica a través de la cual se fue entretejiendo allí una “matriz de alteridad” (Segato, 2007).

Sólo a partir de la configuración de las relaciones interétnicas, legible desde una formación de alteridad histórica y situada (Briones, 2005), es posible avanzar en el análisis de las modalidades que adquieren las intervenciones socio-sanitarias dirigidas a la población indígena.

Por tal razón, en este capítulo, rastreo la configuración de cierta “economía política de la diferencia” (Briones; 2002 y 2005) que ha alentado determinados sentidos sedimentados de “las diferencias culturales” decibles, decibilidad cuya articulación con condiciones políticas-económicas presentes nos advierten de ciertos acoplamientos, pero también de ciertos desplazamientos ocurridos en la manera de procesar las alteridades.⁶³

Retomando el argumento de Segato (2007), quien plantea imposible entender la atribución de identidades por fuera del juego histórico que las produjo, me interesa

⁶³ Entiendo por “economía política de producción de las diferencias” la configuración de relaciones sociales, resultantes de procesos políticos-económicos-sociales de comunalización, a partir de las cuales se delinear los contornos que expresan “diferencias culturales y/o raciales” entre entidades sociales que se identifican y son identificadas con ciertos “atributos” por los cuales entran en oposición. Se trata entonces de atender aquellos mecanismos de marcación puestos en juego en cierta formación social con los que se racionalizan, aprehenden y se disputan la distribución desigual de los medios de producción y reproducción social entre grupos, con su consecuente modo de incorporación político-ideológico (Briones, 2002 y 2005). Como señalan Comaroff y Comaroff (1992) a través de la activación de los mecanismos de marcación se adscriben las desigualdades a la “naturaleza intrínseca” de los grupos involucrados, constituyéndose en estratagema donde legitimar la subordinación y las asimetrías. Pues, allí donde la etnicidad se torna la base de clasificación social, más que las fuerzas que la han generado, toma la innegable apariencia de determinante en el predicamento de individuos y grupos. Una vez objetivada como “principio” por el cual es organizada cierta configuración social, la etnicidad asume el carácter autónomo de móvil fundamental en los destinos desiguales de personas y pueblos. En este marco las “diferencias culturales y/o raciales” se vuelven un rasgo del “natural” orden de las cosas, a través del cual la gente debe conducir sus vidas. De este modo, el proceso de construcción de diferencias acaba constituyéndose en la “realidad misma”. Mediante el proceso de reificación, la etnicidad aparece como un factor autónomo en el orden del mundo social.

entonces detenerme en las significaciones que fueron asumiendo las construcciones de aboriginalidad (Briones, 1998a) ligadas a los grupos indígenas del Chaco Salteño.⁶⁴

Mi esfuerzo en reponer las narrativas que operan y moldean las subjetividades políticas de indígenas y criollos apunta a entender esas “construcciones de aboriginalidad” como efectos de procesos de alterización que fueron marcando a algunos como distintos/desviantes, erigiendo a “lo criollo” como aquello desde lo que asigna y distribuye valor. En este sentido, pretendo que la presente contextualización contribuya, a lo largo de los capítulos, a ponderar la densidad que adquieren las “diferencias” -emergentes de antagonismos históricos- en el seno de la localidad de Tartagal (Pcia. de Salta), donde tuvo lugar mi trabajo de campo.⁶⁵

En primer lugar, comenzaré reponiendo las concepciones actuales que, desde la perspectiva criolla, se tiene sobre el indígena. Retomaré para ello las primeras reacciones suscitadas a raíz de mi acercamiento al campo, en tanto reflejan el carácter y la impronta que las distintas intervenciones dirigidas a la población indígena fueron imprimiendo sobre modos de relación particular, instituyentes de ciertos imaginarios sociales.⁶⁶ En segundo lugar, realizaré una lectura interesada de distintas fuentes secundarias que permiten rastrear los procesos constitutivos en los que se inscriben

⁶⁴ El Chaco Salteño integra la región biogeográfica conocida como el Gran Chaco, “una planicie de cerca de un millón de kilómetros cuadrados que ocupa partes de Bolivia, Paraguay, Brasil y Argentina” (Carrasco, 2009:67) El Chaco Salteño forma parte del denominado Chaco Central que corresponde al espacio territorial ubicado entre los dos ríos principales de la región: el Pilcomayo y el Bermejo. El Chaco central, en territorio argentino, abarca casi la totalidad de la provincia de Formosa y el noreste de la provincia de Salta (Trincheró, 2000: 67-68). Ver mapa 1 del Anexo.

⁶⁵ El municipio de Tartagal (cabecera del Dpto. de San Martín) alberga más de cincuenta comunidades aproximadamente, pertenecientes a los Pueblos Chorote, Coya, Chulupi, Guaraní (Chiriguano), Tapiete, Toba, Wichí. Asentadas sobre la ruta nacional 34 y 86, algunas de ellas son comunidades peri-urbanas, mientras otras se encuentran más alejadas del ejido urbano. Esto hace que la proximidad o la lejanía de las comunidades, el acercamiento o distanciamiento respecto a lo urbano, en tanto “el lugar de lo criollo”, sea percibido -como veremos en el próximo capítulo - de manera particular. Para consultar la nómina de comunidades que se encuentran bajo la jurisdicción del municipio de Tartagal puede recurrirse al relevamiento realizado por la Universidad Nacional de Salta conjuntamente con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación durante los años 2006/2007, ver Buliubasich y González (2009). Respecto a la cantidad de población indígena no hay datos estadísticos que desagreguen jurisdiccionalmente a dicha población. Según el Censo Nacional de Población del año 2001, la cantidad de hogares con indígenas en el departamento de San Martín es de 4.418, lo que equivale al 28, 8 % del total provincial (Buliubasich y González, 2009). De acuerdo a los datos de APS provincial del año 2008, la población indígena de Salta es de 82.136 habitantes, e integran un total de 15.490 familias distribuidas en aproximadamente 324 comunidades (Morales Peña, 2009: 29). Ver mapas 2, 3, 4 y 5 del anexo.

⁶⁶ Con imaginarios sociales aludo a los marcos interpretativos disponibles ligados a las “narrativas maestras”, que en tanto “discurso del orden”, no pueden desgajarse de los procesos a partir de los cuales se fueron erigiendo.

dichos imaginarios, dando cuenta de los distintos frentes y actores involucrados en la construcción de la cuestión indígena de la región conocida como el Chaco Salteño.

En suma, el propósito es entender las emergencias, despliegues y transformaciones que han constituido las relaciones interétnicas entre criollos e indígenas teniendo en cuenta su historicidad, pues sólo en este marco es posible responder cómo cobran sentido las acciones y narrativas del propio presente en el campo de la salud y, claro está, también en otros campos.

La conformación de las subjetividades socio-políticas

Mi presentación en el campo y lo que ella suscitó constituye el punto de partida con el cual ponderar las valoraciones localmente existentes sobre el Chaco Salteño y su población. Las mismas, como señalé, no pueden ser entendidas sino es reponiendo su historicidad que vuelve a ser re-actualizada en situaciones concretas. Con y en ellas, lugares, tiempos y relaciones sociales se conjugan de manera singular, expresándose en la conformación de un espacio que ha sido y es producto de un proceso social resultante de fuerzas históricas (Lefebvre en Gordillo, 2006). Son estas maneras significativas de percibir y caracterizar “lo indígena” y “lo criollo” las que, performativamente, van moldeando las distintas experiencias de quienes habitan el Chaco Salteño, y nos permiten abordar el carácter que asumen las relaciones indígenas-criollos. Carácter cuya textura fue desplegándose durante mis primeras aproximaciones y fui restituyendo a medida que desarrollaba el trabajo de campo.

Cuando por primera vez me acerqué a la coordinación de Atención Primaria de la Salud para presentarme y explicar los motivos que me habían conducido hasta allí, varias cosas habían quedado claras para mis interlocutores “criollos”: como antropóloga venía “naturalmente” a *estudiar a los aborígenes y ver sus problemas de salud*. A pesar de los esfuerzos por explicar mi interés en conocer las relaciones del sistema de salud formal con las comunidades indígenas de la zona, mi propuesta de realizar un acompañamiento de los distintos efectores de salud (es decir, a quienes trabajan en los distintos servicios del hospital) implicaba para ellos quedar al margen de mis motivaciones y curiosidad analítica. Desde su perspectiva -que con el correr del tiempo se haría más nítida para mí- ellos en todo caso serían los que me enseñarían *los*

problemas de los aborígenes, desimplicándose en cierto sentido de esos problemas, al desplazar el foco de atención hacia un otro devenido “objeto” de lo que son sus intervenciones socio-sanitarias. Así, pues, con los efectos de tal presentación inicial, comenzaba a visualizar desde dónde quienes trabajan en el sistema de salud formal piensan sus relaciones con la población indígena; en qué términos se las plantea y qué lugar ocupan unos y otros en dicho espacio.⁶⁷

Ahora bien, ¿cómo entender entonces las implicancias de tal perspectiva, que inscribe a “lo indígena” en determinado registro, si no es incorporando la trama histórica del ordenamiento social donde se fue forjando el carácter de dichas relaciones interétnicas? A mi entender, sólo es posible avanzar en esa dirección a condición de poner las disposiciones del personal de salud en un marco más amplio. Es decir, dentro de un marco configurador de la relación criollos -indígenas, producto de experiencias socio-históricas particulares.

Son dichas experiencias las que van moldeando el “sentido vivido” (Gutiérrez, 2006) de las prácticas y percepciones de los sujetos que encuentran fundamento y son condicionadas por la conformación de una determinada economía política. Son aquellas las que otorgan cierta especificidad a categorías “criollo”-“aborigen” con las que se trazan socialmente las líneas divisorias.

Atendiendo a esos imaginarios -recortados sobre una narrativa oficial- puede entenderse cómo esas líneas divisorias, por cierto porosas, son puestas en acto e inscriptas en una memoria presente al momento de explicar el carácter de la “persistencia de lo aborigen”.

Producto de un devenir, dichos imaginarios son actualizados en situaciones concretas y nos advierten tanto de la construcción de un pasado como de la forma de entender un presente. Es en este marco que puede explicarse el relato que me hiciera una enfermera sobre un “antes” y un “ahora” de las relaciones indígenas-criollos, a propósito de referirse a la aceptación de las intervenciones socio-sanitarias por parte de las comunidades. A través del mismo, puede rastrearse la inscripción de sentidos hegemónicos que distintos procesos fueron dejando en las experiencias constitutivas de lo que son las relaciones criollos-indígenas. Me interesa reparar en él, en tanto no sólo condensa la manera en que muchos criollos explican la situación de los aborígenes, sino

⁶⁷ A medida que avance en los otros capítulos, iré profundizando en este aspecto y asimismo mostrando los matices que tiene esta cuestión.

también justifican sus formas y necesidad de intervenir. La evocación de determinados hitos en dicho relato remite no sólo al lugar y posición social de quién habla, sino también al modo en que éstos configuraron y van moldeando el carácter de las relaciones interétnicas.

En dicha oportunidad, autodefinida como una *criolla chaqueña* y conocedora del aborigen, la enfermera me decía:

Yo conozco bien a los aborígenes, prácticamente me he criado con ellos. Uno de mis abuelos fue uno de los primeros expedicionarios en llegar al Chaco [Pilcomayo]. Fue con Astrada. En ese entonces, mi abuelo ha contado, que cuando el indio veía gente se escondía, se disparaba. Ahora no, ya se dejan vacunar, ha cambiado mucho la cosa. Como dicen se han civilizado, ya están amansados. Antes se mataban entre ellos los aborígenes. No era que los criollos mataban a los aborígenes. Estaban en conflicto entre ellos. Se peleaban con los chorotes, porque los chorotes no son de acá. Son de Bolivia. Los que eran de nosotros son los matacos [wichí]. Yo tengo un mapa donde se divide el Pilcomayo y ahí dice los Chorote de la banda...y los matacos estaban bien hacia acá, hacia la costa de nosotros. Y ellos estaban ahí. A ellos, los viejos que han venido los agruparon, los civilizaron, como se dice los amansaron. Ellos han venido con la meta de civilizarlos, no matarlos a ninguno. Y así como los han civilizado, el gobierno les donó tierras a los expedicionarios. Para ese entonces ellos tenían muchos animales, ellos trabajaban duro. El Astrada era un buen tipo, era ingeniero, era escritor, era de todo. Él era el cabecilla, el que llevaba la tropa adelante. Eso era por 1902, pero se empezó de mucho más antes (...) ya se había avanzado. Desde entonces nosotros ya tenemos las Misiones. Mi abuelo puso a trabajar a los aborígenes, él los alimentaba. Mi abuelo era muy rico... tenía una casa muy grande, de material. Él ha hecho la casa de material cuando todo costaba, antes todo era monte. Ahora tenés caminos. Antes, decían demoraba un mes o 20 días las carretas, no venían a Tartagal, sino a Embarcación. Llevaban las vacas a Embarcación (...).

Ellos [los criollos] han civilizado a los indígenas. Así que de esa manera están las Misiones. Pero ahora que están más civilizados, están más malos. Están en contra de nosotros. Han cambiado tanto... Yo me acuerdo mi mamá se iba por ahí y nos dejaba en manos de ellos, para que nos cuidaran. Ellos venían a la casa y eran como sobrinos o nietos. Mi mamá adoraba a los aborígenes, vivía rodeada de aborígenes. Ella a la mañana, en una olla grande, ya ponía agua a calentar para el mate cocido. Y ella tenía el afán de hacer pan en el horno de barro, y así les daba un pedazo de pan a cada uno y una taza de mate cocido. Y los mandaba a trabajar, para sembrar. Había zapallo, mandioca, choclo. Ahora no, son flojos. Ya no hacen nada, ya se dedican a otra cosa. Ahora todos se han vuelto flojos. Yo tengo a mi hermano allá, yo le digo: ya están flojos como los aborígenes ustedes. Están iguales. Antes uno iba y comía sandía, zapallo y ahora hay poquito, casi nada. Antes no, había de todo. (...) Eso que antes era lindo, ahora está tan cambiado, no sé que pasa. (...) Ahora les hacen creer a los aborígenes que son los únicos dueños de la tierra. (...) Hay muchas organizaciones, está la Fundapaz, la Asociada. Uy, un montón hay. A mí me da bronca, porque digo: 'si ellos vienen a velar por ellos, por qué no los ayudan...si tanto le meten en la mente que todo es de ellos, porque no lo ayudan, que los

ayuden... Cada día tienen menos y los que menos le ayudan son ellos'. El gobierno está en eso... Ellos están cada vez peor. Y dónde están todas las organizaciones. Todas están con sus camionetas 4 x 4, lo único que le ayudan es diciendo: 'la tierra es de ustedes, no dejen entrar a criollos, pero no es tan así'. Yo estoy de acuerdo que no entren más criollos... Yo estoy de acuerdo que no dejen entrar a otra gente... Se están viniendo muchos bolivianos. Acá [en Tartagal] hay barrios y barrios de bolivianos, anda a ver las casas que tienen. Ellos tienen dos documentos, documentos bolivianos y argentinos. Ellos vienen a tener chicos acá y ya tienen documentos argentinos, vienen para quedarse, para radicarse....

(...) Yo les digo a los aborígenes de mi pago: todos nacimos acá. Nosotros toda la vida hemos vivido con ustedes, ¿qué daño le hicimos a ustedes? Ustedes van a la casa de mi hermano, y él les dice ¿qué querés? Changa, le contestan ellos. Y mi hermano aunque no tenga qué darles, qué hacer, le dice: 'bueno, anda y hacéme un viaje de leña o anda a cortar pasto para el caballo' y ahí le da mi hermano para que coma. Ya nomás carnea y le da las achuras, la cabeza, alguna pata de la vaca y ya comen, viven ellos con eso. En cambio esos que vienen en 4 x 4 les meten cosas en la cabeza, les llenan la mente, pero yo les digo: 'ellos no les dan nada a ustedes...'. Y ellos [aborígenes] se dan cuenta que no tienen dónde ir, porque todo está con alambre...pero yo les digo: ustedes lloran sobre la leche derramada. Es un arreglo que hay, el gobierno nos quiere quitar. Pero nosotros tenemos documentación. En el gobierno no aparece la documentación pero nosotros tenemos la documentación. Todo está hecho, en su momento se marcó el territorio (...) Los aborígenes dicen que quieren cazar, qué van a cazar, si ya no queda monte. Se ha desmontado todo, ya no quedan animalitos, ya no queda nada (...).

De manera significativa, la situación de los indígenas es inscripta en este relato recreando algunas de las coordenadas de los procesos sociales a los que seguidamente me abocaré. En este sentido, no pretendo agotar ahora todas las aristas que el relato presenta.⁶⁸ Me interesa, por el momento, señalar cómo a través de éste la enfermera va enlazando momentos entre un “antes” y un “ahora” que, al evocarlos conjuntamente, ponen en juego imágenes que ligan al Chaco Salteño como lugar *difícil*, de *sacrificio*. Un lugar donde la “presencia humana” se la vincula a la llegada de *los criollos*, cuya meta nada más ni nada menos era/es *civilizar al aborigen* -meta que, equiparada a *amansar*, evoca la idea de lo “salvaje”, “cuasi-natural” asociado a lo indígena. El calificativo de *gente* es reconocido sólo para el criollo, y negado para el aborigen. El

⁶⁸ A medida que avance con el desarrollo, iré reponiendo aquellas otras dimensiones que permiten vincular el “sentido vivido” allí expresado con las problemáticas que hoy afectan tanto a indígenas como a criollos. En este sentido, es importante retener que lo que el espacio social y las relaciones son hoy, es el resultado de un devenir en el tiempo (Gutiérrez, 2006). El relato sólo constituye un disparador entonces para comenzar a pensar determinadas situaciones problemáticas que hacen a las relaciones indígenas-criollos.

avance del criollo se aprecia como garantía de pacificación en una zona donde *los aborígenes se mataban entre ellos*.

No obstante, el Chaco Salteño aparece connotado como un espacio de cambios. A la par de reconocer al indígena ahora *más civilizado* porque *está menos duro y acepta* las intervenciones de los criollos (entre otras cosas, hasta deja *vacunarse*), sus reclamos o demandas respecto al territorio se convierten en intolerables, cobrando un matiz inaceptable. Demandas que, por otra parte, le son *puestas* por otros en su *cabeza*. En este sentido, lejos de estimarlo con iniciativas propias, aparece el indígena custodiado por un “universo de organizaciones”. Asimismo, signos de extranjería se van depositando entre distintos colectivos, con grados de más o menos inclusión, dependiendo de quiénes se trate (chorotes, bolivianos). Se refuerza con ello la imagen del criollo como epítome del “ser nacional”. En este contexto, las *misiones aborígenes*⁶⁹ devienen un espacio donde distintos actores intervienen. Actores que, como analizaré más adelante, van re-configurando las relaciones indígenas-criollos dentro de un escenario conflictivo, tanto por la ocupación de espacios, como por la apropiación de recursos. El conflicto emerge entonces conformado por todo aquello que es percibido como signo desestabilizante de la supeditación del indígena a lo criollo.

Es dentro de estas coordenadas de sentido que puede hacerse inteligible la denominación en términos de *misiones* con la que, quienes trabajan en el sistema de salud, hacen referencia a las comunidades indígenas. Con dicho vocablo, se evoca la idea de lugar donde se debe *ir a enseñar*, “a predicar”, en este caso lo que se define como *cuidados de salud*.⁷⁰ En consonancia, la aceptación por parte de los indígenas de las intervenciones del sistema de salud implica para los que trabajan allí, un indicio o grado de su predisposición a *civilizarse*, a *progresar*. En este sentido, las continuas remisiones entre un *antes* y un *ahora*, entre *criollos* y *aborígenes*, *progreso* y *atraso*,

⁶⁹ Con el término *misión*, el decir local hace referencia a las comunidades indígenas sobre las que se trabaja. Tal denominación y su respectiva connotación viene ligada al proceso de creación de misiones llevado a cabo por la Iglesia Anglicana iniciado a principios del siglo XX en la región del Chaco Central. El proceso de misionalización respondía, entre otras cuestiones, a lograr la sedentarización de los grupos cazadores-recolectores, disciplinándolos como mano de obra a ser incorporada en los ingenios azucareros y los obrajes madereros (Trincheró, 2000; Carrasco, 2008). Me abocaré con más detalle sobre tal cuestión en las páginas subsiguientes.

⁷⁰ Comúnmente, quienes allí trabajan con población indígena utilizan la palabra *misión* en un doble sentido, pues si bien es frecuente que señalen *estoy trabajando en Misión* para indicar que están desempeñando sus tareas en una comunidad indígena, también suelen sustituir dicha frase con *tengo la Misión*, enfatizando de esta manera el rol que le cabe dentro de dicho espacio.

cambio y *costumbre* forman parte de un entramado que explica la textura de las complejas relaciones interétnicas en el campo de la salud.

Como me señalaba la misma enfermera, respecto al trato con el aborigen:

...Me tocó trabajar en todas las misiones... Ahora es otra cosa, ahora es más fácil. Antes eran duros, eran malos. Te rodeaban así al enfermo y no te dejaban. Había que ir a hablarles, repetirles muchas veces, una y otra vez... Ellos miraban nomás. No se dejaban vacunar, veían al agente sanitario y se disparaban nomás. Había que buscar la forma de pillarlos... Ahora algunos están un poco más civilizados, van entendiendo. Antes a la leche no le daban bolilla, ahora sí le dan más leche, la mamadera a los chicos. Pero si te descuidas, a ellos le das el paquete de leche y lo van a vender por otra cosa, no son de fiar (...) Todavía hay zonas más adentro que están a las buenas de dios... a mí me dan pena, porque son gente igual que nosotros y sufren tanto...

Es interesante reparar cómo en dicho relato el agente sanitario aparece equiparado a la figura del expedicionario. Al igual que entonces, a su llegada los indígenas *se disparaban*; aún hay que buscar la forma de *pillarlos* y *van entendiendo*, aunque no se puede “confiar” demasiado en ellos. El accionar del agente sanitario es recalcado en su carácter benévolo y humanitario, destinado a “sacarlos” de un estado de “deriva”.

La experiencia de la enfermera va estableciendo relaciones de sentido, también compartidas por otros profesionales, cuando por ejemplo para éstos el “grado de acatamiento” de los *consejos de salud* o de *seguimiento* de las prescripciones médicas de la población indígena se convierte en un indicador a través del cual es posible “medir” cuán indígena se es, en función de ciertos parámetros que son caracterizados como *civilizados*. Así, “lo indígena” es atributo de quién *no entiende*, de quién no es de *confianza* y de aquello que *hace falta promover* y *cambiar*.

Ahora bien, ¿cómo se fueron gestando dichos imaginarios sociales?; ¿qué procesos han ido moldeando la articulación de determinada memoria social? Es preciso, entonces, retrotraernos sobre momentos y circunstancias implicados en la inscripción de determinados tópicos que han dejando una huella profunda en las subjetividades tanto de criollos como indígenas.

“Lo criollo” y “lo indígena” en el Chaco Salteño a través de la historia

Releer la construcción de imaginarios sociales presentes a la luz de los procesos político-económicos permite dar cuenta del modo en que se actualizan sentidos hegemónicos asociados a la valorización de un espacio y a la configuración de relaciones interétnicas. Sin embargo, ellos no pueden ser entendidos independientemente de las condiciones que los generaron.

En términos generales, el Chaco Salteño ha sido caracterizado desde discursos oficiales como un lugar inhóspito, marginal, no obstante abundante en “riquezas inconmensurables” y, en cuanto tal, un territorio a “ser conquistado” (Carrasco, 2009; Trincherro, 2000). Diferentes frentes colonizadores, implicados en la expansión de la frontera y la valorización del territorio, fueron tributarios de una construcción de imaginarios que sustentaron la idea de “un territorio exótico, impenetrable y lejano, habitado por ‘salvajes indómitos’” (Trincherro, 2000: 79).⁷¹ Dichas representaciones fueron recreándose con la producción de límites militares, políticos y distintos frentes de expansión económica.

A diferencia de la “conquista del desierto” de la Pampa y Patagonia, donde el recurso valorado lo constituyó el territorio por sobre la población que lo habitaba, las incursiones al “interior” de la región chaqueña estuvieron signadas por el imperativo de una doble valorización, es decir no sólo del territorio y sus recursos, sino también de la población indígena como mano de obra (Briones, 1998^a; Wright, 2008). De allí que el “carácter indómito del indígena” adquiriera una significación ambivalente, expresada en lo que se ha dado en llamar la “conquista pacífica” (Gordillo, 1998; Trincherro, 2000). Será la tensión entre, por un lado, la “conquista” y, por otro, el carácter “pacífico” que se le querrá atribuir, lo que marcará la impronta sobre la cuestión indígena de la región.

Así, de un territorio caracterizado en las descripciones de los primeros misioneros durante la colonia como ignoto, indiferenciado e inhóspito, a la construcción de un “desierto verde” poblado por “malones” y posteriormente indios “pacificados” susceptibles de ser incorporados como brazos productivos de la nación (Trincherro, 2000: 78), se fueron sucediendo incursiones de distinto tipo, las cuales se abrieron paso re-actualizando dichas visiones.

⁷¹ En su análisis, Trincherro trabaja la “formación social de frontera” del Chaco Salteño, relacionando la valorización de dicho espacio y los distintos frentes colonizadores, en un recorrido histórico que va desde el período colonial, hasta el proceso de formación y consolidación del Estado Nación Argentino, para llegar finalmente a la configuración preponderante de la década del 90.

Diferentes frentes económicos/ civilizatorios y sus respectivas dinámicas fueron marcando el derrotero de las trayectorias de aquellos imaginarios constitutivos de la urdimbre de las relaciones interétnicas. Las campañas y expediciones militares irían extendiendo la “Nación” mediante la guerra contra el “indio enemigo”, otorgando a la corporación militar la construcción de las instituciones de la estatalidad en la frontera (Trincheró, 2000; Gordillo y Leguizamón, 2002).⁷² Los frentes misionales irían con su tarea evangelizadora, sacando de la “infidelidad” a las poblaciones indígenas. Los emprendimientos azucareros, junto con los obrajes madereros, insistirían en la incorporación del aborígen al trabajo productivo como modelo de “pacificación” (Iñigo Carrera, 1984; Gordillo, 1998). Las incursiones de los criollos ganaderos en calidad de “pioneros” o “colonos” “harían patria” en lo que aparecía como el confín de la nación (Gordillo y Leguizamón, 2002). Todos ellos, mancomunadamente y en diferentes momentos, fueron de hecho acompasándose con sus formas particulares de intervención, contribuyendo al afianzamiento del “proyecto civilizatorio”. Unos y otros se irán entrelazando y legitimando mutuamente. Así, si bien el ejército sostenía un discurso sobre la belicosidad y carácter indomable del indígena, configurándolo como un “enemigo bárbaro”, la idea del indígena “apto para el trabajo” también aparecía a la luz del desarrollo productivo de los obrajes y los ingenios, demandantes de mano de obra.

En este contexto, las operaciones militares adquirirían una doble justificación, por cierto un tanto contradictoria, expresada -como adelantamos- en lo que se daría en llamar la “conquista pacífica” (Gordillo, 1998). Es así que, al mismo tiempo que el ejército iba adentrándose en territorio indígena -exterminándolos e infundiéndoles el terror, privándolos del recurso de la pesca por la ocupación de ríos, y dificultando la caza y la recolección (Iñigo Carrera, 1984; Gordillo y Leguizamón, 2002)-, se pretendía garantizar y “preservar” la mano de obra indígena para el trabajo estacional de los emprendimientos azucareros y los obrajes.

⁷² Cabe aclarar que también existen múltiples registros de acciones armadas realizadas por civiles contra la población indígena antes y después de las ofensivas militares desarrolladas a partir de 1870. La década de 1870 marcará un punto de inflexión respecto a las anteriores incursiones militares, pues se pasa de un modelo defensivo, sostenido por una frontera de fortines dispersos, a una estrategia ofensiva. En este sentido, toda una serie de campañas se inicia en la extensión de la frontera y control territorial en 1870, teniendo su máxima expresión en 1884 con la campaña del Gral. Victorica, quien logra afianzar un dominio llegando al río Bermejo. Las campañas militares se hacen extensivas hasta el año 1911, con Rostagno (Trincheró, 2000 y 2007).

Así, los informes militares señalaban al término de la campaña militar de 1884:

“(…) Difícil será ahora que las tribus se reorganicen bajo la impresión del escarmiento sufrido y cuando los acantonamientos sobre el Bermejo y el mismo Salado los desmoraliza y los amedrenta. Privados del recurso de la pesca por la ocupación de los ríos, dificultada la caza en la forma que la hacen que denuncia a las fuerzas su presencia, sus miembros dispersos se apresuraron a acogerse a la benevolencia de las autoridades, acudiendo a las reducciones o los obrajes donde existen ya muchos de ellos disfrutando los favores de la civilización.

(…) No dudo que esas tribus proporcionarán brazos baratos a la industria azucarera y a los obrajes de madera como lo hacen algunas de ellas en las haciendas de Salta y Jujuy, si bien considero indispensable también adoptar un sistema adecuado para situarlos permanentemente en los puntos convenientes, limitándoles los terrenos que deben ocupar con sus familias a efecto de ir poco a poco modificando sus costumbres y civilizarlos. (...) Tanto las fuerzas estacionadas en la costa del Bermejo como las situadas al Sud y al Oeste continuarán practicando activa policía en el Chaco Austral en todas direcciones, para reducir los pequeños grupos que se hayan podido quedar en los bosques, siendo de esperar que ellos mismos se presenten a las reducciones establecidas como han continuado haciéndolo constantemente. (...) Las fuerzas civilizadoras de la República han desalojado para siempre el dominio de los salvajes de esas hermosas comarcas, y en los mismos recintos que ocupaban con sus aduares, se improvisan ya las poblaciones civilizadas...” (Benjamín Victorica, Ministro de Guerra y Marina durante el primer gobierno de Roca, quien encabezó la campaña. Citado en Iñigo Carrera, 1984: 36-38).

De este modo, Garmendia, Secretario del Ministro de Guerra Victorica que tuvo a su cargo la redacción del diario de expedición, sostenía:

“En esta corta campaña se ha de distinguir a primera vista en los que supera a las demás (...) Establecimiento de una línea militar por medio de un encadenamiento de fuertes que define un rico territorio de más seis mil leguas, y que obligará a 15 0 20.000 brazos viriles que estaban abandonados a la barbarie y al robo, a entregarse a los beneficios de la civilización (Citado en Iñigo Carrera, 1984: 34).

Para la población indígena, la presencia del ejército significó el acorralamiento en un espacio militarizado que tendía por su propia dinámica hacia el exterminio, donde la única alternativa posible era el “enganche” en las haciendas, obrajes o ingenios azucareros (Trincheró, 2000: 147) y posteriormente las “misiones”.⁷³

No obstante un “círculo espiralado de violencia” (Iñigo Carrera, 1984) — producto del asedio, acorralamiento, cercenamiento de la población indígena con su consecuente pérdida de control territorial—, las estrategias de resistencia indígena irían demostrando que no resultaba suficiente expropiarlos de parte de sus medios de

⁷³ Para profundizar sobre la impronta que dejaron estas experiencias en la memoria indígena, ver Carrasco, 2009; Gordillo, 1998, 2005 y 2006; Gordillo y Leguizamón, 2002; Trincheró, 2000 y 2007; Segovia, 1998. Se tomarán algunos testimonios indígenas al respecto en las páginas subsiguientes.

subsistencia, sino que era preciso algún mecanismo de disciplinamiento a fin de convertir al indígena en “trabajador” (Iñigo Carrera, 1984; Trincherro, 2000).

Como señala Trincherro (2000), la ocupación militar, en la que se había delegado tanto el control y dominio territorial como la provisión de mano de obra indígena para las agroindustrias, fue instaurando cuestiones difíciles de resolver. En el mismo modelo de ofensiva militar, ambos objetivos se volvieron poco conciliables, convirtiéndose en un dilema que requería solución.⁷⁴ Así pues, si por un lado el dominio y control territorial imponía el exterminio, por otro, la incorporación de los indígenas como mano de obra estacional exigía un disciplinamiento sostenido que el reclutamiento forzoso del ejército volvía tan insuficiente como contraproducente.

En el proceso de expansión de los obrajes y la agroindustria, con la creciente demanda de mano de obra, la mediación del ejército para su provisión resultaba muchas veces no sólo insuficiente sino también de efectos contrarios, provocando el repliegue de la población indígena al “interior” del espacio donde aún guardaban cierto dominio.⁷⁵

En este sentido, la presencia de la iglesia anglicana a comienzos del siglo XX y el afianzamiento de su programa de sedentarización con la organización de “misiones/comunidades” fue respaldada por la patronal de los ingenios azucareros (Trincherro y Maranta, 1987; Trincherro, 2000: 180-182). La creación de las misiones religiosas, sobre todo las anglicanas, fueron convirtiéndose en un ámbito de “refugio”, un ámbito controlado para su conversión y disciplinamiento social.⁷⁶ La formación de

⁷⁴ Tal situación quedaba nuevamente planteada en lo que sería unas de las últimas campañas militares sobre el centro-oeste del chaco en el año 1911. Como señalaba Rostagno, comandante de dicha campaña, “La penetración pacífica, conquistadora de nuevas regiones de colonización no debe degenerar en el exterminio por hambre del indígena que huya hacia el Paraguay o Bolivia al ver el avance del ejército al que tanto pavor tiene” (Citado en Iñigo Carrera, 1984: 42). Así, si bien Rostagno reconocía “dos fases en la misión de las tropas en el chaco: la militar de vigilancia y protección y la civilizadora de progresos materiales y morales, ésta última que “fluye de la acción militar [sostenía]... tiene tanta importancia que será precisamente esta parte de la civilización la que dé relieve y razón de existencia a la militar”. Es en relación a estos argumentos que se propondrá “...contribuir con mi experiencia a que el problema de reducción de indígenas sea encarado de otra manera... [pues]... la misión civilizadora del indígena que es el complemento de la eficacia de la acción militar, no es fácil, ni se improvisa. (...) No se rompen hábitos de muchas generaciones de un día para otro y sobre todo cuando no se crean antes necesidades que impongan trabajos para ganar los medios que los sustenten” (Citado en ob.cit.: 43-45).

⁷⁵ Es interesante señalar la correlación entre las campañas militares de extensión de las fronteras y el avance del frente azucarero del ramal salto-jujeño. El proceso de desplazamiento de los ingenios tucumanos por las agroindustrias del ramal se consolida a principios del siglo XX y continúa durante la década de los 1920s y 1930s ante un nuevo ciclo de auge en la producción (Trincherro, 2000: 154).

⁷⁶ El establecimiento de las misiones anglicanas ha sido paralelo a la segunda gran expansión de los ingenios salto-jujeños que tuvo lugar entre los años 20 y 30. Es a partir de estos años que grandes contingentes indígenas empiezan a migrar a los ingenios. El trabajo en los ingenios implicaba una permanencia en los ingenios de 8 a 10 meses (Gordillo; 2006; Trincherro, 2000).

“misiones” en el territorio indígena jugó un papel central en lo que sería el aprovisionamiento de mano de obra a través de la sedentarización de estos grupos. No obstante, las “misiones aborígenes” como modelo de concentración poblacional no sólo se mostraban solidarias con los requerimientos de los ingenios azucareros de garantizarles un reclutamiento de fuerza de trabajo más eficaz y sistemático, sino que también coadyuvó a la expansión de la ganadería criolla en la zona (Trincheró, 2000).⁷⁷

La ocupación criolla significó para las poblaciones indígenas una nueva ofensiva, al delimitar aún más el territorio, confinándolas a espacios de menor oferta ambiental. En este sentido, la expansión territorial de los colonos respaldados por las fronteras de los fortines produjo transformaciones sustantivas sobre los recursos del monte. La degradación ambiental, resultante de una ganadería extensiva, conllevó la reducción de pastizales con la paulatina desaparición de animales herbívoros autóctonos -sustento de las actividades de caza de los grupos indígenas. El manejo tradicional del ganado realizado a “campo abierto” implicó restricciones a la capacidad de desplazamiento de la población aborígen y, por ende, un re-acomodamiento entre las distintas parcialidades que debían compartir un espacio cada vez más reducido de caza-recolección; asimismo, una apropiación grupal de pozos y cañadones naturales para las actividades ganaderas (Gordillo, 2006; Trincheró, 2000). La continúa amenaza del asedio militar fue el reaseguro de relaciones entre criollos ganaderos e indígenas. Con ella, la población aborígen se vio coaccionada a aceptar la presencia criolla e “impelida a negociar” (Trincheró, 2000: 227).

En tal contexto, si bien la degradación del monte podía ser un factor que facilitaba el “enganche” en el obraje o en el ingenio garantizando la provisión de mano de obra, tal situación comprometía -al mismo tiempo- la reproducción de la fuerza de trabajo indígena sobre la que se asentaba la economía del obraje/ingenio, a medida que los grupos iban perdiendo el control territorial del cual justamente dependía dicha reproducción. No obstante, el monte, aún reducido y degradado, continuaba siendo un

⁷⁷ En 1902, Domingo Astrada obtiene una concesión del gobierno nacional para iniciar una expedición con pequeños y medianos ganaderos de provincias de Salta, Santiago del Estero y Territorio Nacional de Formosa, con la finalidad de poder establecerse como colonos en las tierras más allá de la línea de fortines establecida en la costa del Río Bermejo. Tal solicitud de Astrada está motivada por la falta de pastizales, y por excesivas cargas impositivas que comprometían la producción. Se trata de una ganadería de campo abierto que necesita de grandes extensiones de tierra para mantener su productividad.

espacio de retención relativa de la población y un lugar también de “relativa autonomía” (Gordillo, 2005 y 2006; Trincherro y Maranta, 1987).⁷⁸

En este sentido, el hecho de que la reproducción de la mano de obra estacional descansase sobre la economía doméstica sustentada en la caza, recolección y pesca -y que la misma se fuese encontrando cada vez más comprometida por la incursión de los distintos frentes- irá permeando -como señala Trincherro- las relaciones entre trabajo estacional y vida en el monte de un “equilibrio inestable” atravesado por tensiones permanentes (2000:167). Si bien dicho sistema de “enganche” en los ingenios azucareros requería mantener en cierta medida la modalidad cazadora-recolectora de los grupos indígenas, fue poniéndola en crisis al ir socavando -al mismo tiempo que las demás incursiones (militares, religiosas y ganaderas)- su base de sustentación.

La experiencia de los indígenas en los ingenios estuvo signada por la explotación, el terror y la muerte (Gordillo, 2006; Hirsch, 2006; Segovia, 1998; Trincherro, 2000). Como señalan los autores citados, la incorporación del colectivo indígena como mano de obra en el ingenio bajo condiciones que implicaron una inserción segmentada jerárquicamente de acuerdo a criterios étnicos -donde las duras jornadas extenuaban, cuando no enfermaban o se trocaban directamente con la muerte- ha dejado una impronta significativa en la experiencia social de los indígenas.⁷⁹

Así, por ejemplo, el tiempo de trabajo en los ingenios es recordado por ellos de la siguiente manera:

“Cuando tenía tres años ha muerto mi padre. Mi madre ha venido a Tartagal por seguir a sus familiares, de ahí fuimos al Ingenio Tabacal San Martín. Mujeres y hombres trabajaban ahí. Patrón Costas [dueño del ingenio el Tabacal San Martín] iba de bombacha, con botas largas, era malo. Cuando pasaba el patrón,

⁷⁸ Esa capacidad relativa del monte, en tanto “almacén primitivo de víveres”, fue la que se constituyó funcional para el proceso de valorización del capital, pues permitía la reproducción del colectivo indígena sin que estos tuviesen que ser incorporados de manera permanente al proceso productivo del ingenio (Trincherro, 2000: 167).

⁷⁹ Tal como sostiene Gordillo, a cada grupo de trabajo se le asignaban diferentes tareas y salarios de acuerdo a lo que se consideraban habilidades y formas de productividad culturalmente específicas. Así, mientras que los criollos de norte argentino eran trabajadores permanentes del ingenio y se encontraban en lo más alto de la jerarquía, junto con campesinos bolivianos y Kollas cortadores de caña, para la administración de los ingenios, los guaraníes/chiriguano (horticultores de roza y quema) eran los mejores trabajadores indígenas, siendo empleados durante todo el año como regadores o tractoristas. En contraposición, los indígenas del Chaco (Toba, Wichi, Chorote, Tapiete, entre otros) fueron agrupados bajo la categoría de “indios” o “aborígenes” en el escalafón más bajo y peor pago de la jerarquía laboral. En tanto “trabajadores no calificados” y solo “temporarios” o “estacionales”, se les asignaban tareas complementarias al corte de caña. Los hombres desmontaban, cavaban, y cortaban la leña para la fábrica y las mujeres desbrozaban y plantaban la caña. A diferencia de otros grupos de trabajadores, vivían en “campamentos” y no recibían atención médica del hospital del ingenio (2006:47).

los capataces decían ‘váyanse a la choza que va a pasar el Patrón Costas y les va a pegar con el rebenque’. ... [Después de la zafra] daban mercancías, ropa, todos tenían miedo a Patrón Costas. Pasábamos 6 a 7 meses, de mayo hasta noviembre y diciembre. Ahí vivíamos nomás en el cañaveral, antes no había casa. No daban plata, daban un papelito, con eso daban la comida y comíamos de eso. Quizás nuestros padres dejaban de comer para darnos ropa. Hacían trabajar a los chicos también. Pero a veces pagaban bien en el ingenio porque recibíamos ropa, mercadería...” (Relato de mujer Tapiete, citado en Hirsch, 2006: 31).

“Un año trabajé en el ingenio San Martín, después termina la cosecha de caña y volvíamos al chaco. Alguno se queda por acá [Tartagal]. Después cuando se ha muerto mi papá nos hemos venido todos para acá. Mi papá cuando sabía ir al ingenio, cortaba caña. Es un trabajo fuerte de sol a sol, sufría uno. (...) A la doce de la noche saca a las mujeres, lleva a machetear caña. Hemos sufrido mucho. Chicos todos trabajan así de seis años ya lo hace trabajar. Antes sufría mucho el aborígen” (Relato de otra mujer Tapiete citado en Hirsch, 2006: 31).

“El primer patrón del Ingenio San Martín era el ingeniero que se llamaba Guillermo. Este hombre ocupaba a la gente como esclavos. De madrugada mandaba a los capataces a despertar a la gente y los que estaban enfermos también eran obligados a trabajar. Entonces, cuando la gente vio esa costumbre, los enfermos se escondían en el monte, entonces llevaban palos y hurgaban debajo de las pilas de hojas de caña. Cuando encontraban a alguien, lo hacían levantar y le decían: ‘Levantate, vos no estás enfermo, te enfermas porque chupás mucha caña’. Entonces, se lo llevaban y lo obligaban a trabajar. (...). Después los nuevos ingenieros también se volvían a portar mal y no se pagaba bien a la gente que trabajaba. El trabajo era muy duro para la gente: había que desmontar, tirar árboles, y en este trabajo murió mucha gente, muchos aplastados por los árboles que se le caían encima. Cuando alguien no podía terminar el trabajo no le daban el “boleto” [especie de orden de pago con la que se podía retirar mercadería de ciertos almacenes], a veces un hombre trabajaba hasta tres días seguidos sin que le dieran el “boleto”, se sufría mucho. Por eso hoy nos acordamos del ingenio y decimos que nosotros le dimos mucho al ingenio, hay mucha gente que ha fallecido. Cuando el mayordomo se llevaba la gente de acá íbamos con los hijos, hasta seis hijos, y cuando volvíamos todos habían muerto, no regresaba ninguno (...). (Relato de hombre wichí, citado en Segovia, 1998: 137-139).

“(...) El ingeniero no daba medicamentos a la gente. El tenía pero no le quería dar a la gente. Cuando alguien se enfermaba, lo dejaba ahí nomás. No tenía ninguna atención hasta que se moría. Cuando se enteraba que alguien estaba enfermo decía que no era enfermedad lo que tenía sino que había tomado mucha caña y se burlaba de la gente. Esto también quiero decir, así eran los ingenieros” (Relato de hombre wichí, citado en Segovia, 1998: 153).

“(...) En el ingenio se juntaba con otra gente: hay mataco, chorote, chulupí, tapiete, pilagá. Mas antes, cuando era chango sí era jodido en diciembre entraba de lleno el trabajo parece que el capataz venía y sacaba el azote si alguno no quería ir a trabajar, le saca y le azotaba que vaya a trabajar. Eso había antes y no quieren que paren de trabajar” (Relato de hombre tapiete, citado en Hirsch, 2006: 31).

“(...) Después de mucho tiempo supimos que existía el tractor y que el patrón lo tenía y entonces con él empezaba a cultivar la tierra. Cuando no había tractor nosotros sufríamos porque nos hacían trabajar como a mulas, así nosotros

trabajábamos como animales. (...) Hoy en día el ingenio ya no quiere ocupar más gente porque ellos ya tienen sus maquinarias; por eso ya no quieren más gente pero nosotros ya hicimos el campo, todo el campo que tiene el ingenio es porque nosotros lo desmontamos. Ahora el ingeniero dijo: 'ya no quiero más gente'. Pero ellos tienen nuestro trabajo. Nosotros tenemos reclamos a los ingenieros porque nuestros huesos quedaron ahí, y muchísima gente murió en él. Había personas que llevaban hasta tres hijos al ingenio y cuando volvían se habían muerto todos, así que nuestros huesos quedaron en todos los campos del ingenio" (Relato hombre wichí, citado por Segovia, 1998: 159-161)

De este modo, el trabajo en los ingenios ha quedado en la memoria asociado a un lugar donde la vida del indígena era continuamente devaluada, como un espacio de subordinación absoluta.

Las largas caminatas de los contingentes indígenas -frecuentemente familias completas- hacia los ingenios azucareros del ramal salto-jujeño, el reclutamiento llevado a cabo por un contratista (mayordomo) custodiado/mediado por el ejército -cuyos adelantos de mercadería durante el período de contratación en el ingenio hacían del indígena un "deudor" permanente-, la retribución final del trabajo también en mercancías, de forma arbitraria, sin un criterio de pago fijo por jornal trabajado, constituyeron en conjunto la modalidad por la cual los indígenas fueron incorporados a los ingenios azucareros (Iñigo Carrera, 1984; Trincheró, 2000; Trincheró, 2007).

En este marco, el clima revivido cuando los indígenas recuerdan el "tiempo de los ingenios", expresa el carácter de las relaciones allí implicadas que regulaban el "contacto" criollo-indígena. El ingenio aparece como lugar de enfermedad y muerte, de peligro y asecho constante; como un lugar que "devora" a la gente, donde la amenaza se cernía no sólo sobre la "vida individual" sino también sobre la "reproducción social", al quedar afectados tanto hombres y mujeres como sus mismos hijos (Gordillo 2005 y 2006; Carrasco, 2008; Trincheró, 2000; Segovia, 1998).⁸⁰

De este modo, mientras su inserción en los ingenios azucareros era proclamada por la patronal como medio de promoción para sacar del "atraso" y ganarlos como "brazos útiles para la Nación", este frente significó para la población indígena un espacio donde debió "aprender su lugar" dentro de tal ordenamiento social como un

⁸⁰ Para tener un mayor acercamiento al tema, pueden consultarse las obras citadas. Asimismo para una aproximación sobre la incorporación de la población indígena como mano de obra, a principios del siglo XX, puede consultarse el informe de Biale Massé, realizado en el año 1904 por encargo de Joaquín V. González, quien entonces fuera ministro del interior de Julio A. Roca.

trabajador degradado, del que no se podía fiar, que no podía enfermarse y donde lo que se veía comprometido era su propio cuerpo.

Resulta interesante detenerse en el discurso imperante, durante la época de incorporación de contingentes indígenas al trabajo de los ingenios, entre funcionarios gubernamentales, empresarios y figuras de la intelectualidad que expresan en qué términos el aborígen aparece como “valor de uso”. Así, por ejemplo, Lehman-Nietzsche (médico y antropólogo alemán), sostenía:

“Esta gente representa sin duda un elemento importante en la explotación de la riqueza del país, fomento de industrias y del comercio de aquellas regiones, y en la época en que se necesitan brazos, constituye un cuerpo de obreros sumamente barato y sin pretensiones, hábil para los trabajos ordinarios y pesados del campo y de los ingenios para lo cual el peón europeo, sería demasiado caro é incapaz de soportar el clima húmedo y caliente de aquella zona. El indígena, por el contrario, proporciona la mano de obra barata y fácil de manejar de que se sirve de uno, cuando la necesita, y en la época cuando no se trabaja, no ocasiona gastos ni de casa, ni de comida” (1907: 54, Citado en Arenas, 2003: 88).

De este modo, el ingenio condensa para los indígenas el lugar donde era factible conseguir mercancías -frente a la incapacidad de garantizar su reproducción social únicamente a través de la caza, pesca, y recolección-, pero al mismo tiempo como experiencia de enfermedad y constante peligro de muerte, y encarnación del lugar en el cual las tensiones sociales insertas en dicho ordenamiento social se hacían presentes.

Por otra parte, la relación entre indígenas y criollos ganaderos también estuvo atravesada por tensiones ligadas a formas de uso y explotación contrapuestas del espacio. Si bien, la ganadería criolla a “campo abierto” se basa -como la caza-recolección- en un uso extensivo del territorio, el tipo de manejo ganadero ha implicado una competencia por recursos. Por tener gran impacto ambiental sobre la cantidad y calidad de las pasturas, hacer desaparecer animales autóctonos de caza y posibilitar que el ganado vacuno se alimentara de las mismas plantas y frutos silvestres que la población indígena, esta actividad hizo que las fricciones se hicieran presentes y evidentes. Los indígenas fueron frecuentemente acusados de “cuatrismo” cuando, frente a las restricciones ambientales y no-ambientales impuestas, recurrieron al ganado para abastecerse (Trincheró, 2000: 229-230; Gordillo, 2006: 31). Las fricciones se agudizaron cuando la mecanización de los ingenios implicó un “retorno” al monte de los indígenas y la actividad ganadera encontró límites estructurales vinculados a los

impactos ambientales que fueron haciendo devenir a los criollos de “pioneros” en “empobrecidos”.

En la década del 60, con el proceso de mecanización de la zafra y la consecuente merma de la contratación de mano de obra, la situación llega a convertirse en más comprometida aún para la población indígena. “Devueltos al monte” -pero un monte degradado, pauperizado, del cual vuelven a depender de forma más apremiante-, las condiciones de existencia y reproducción se convierten en más acuciantes y críticas para los indígenas. Tal vez por esta razón, como señala Trincherro, la “vida en los ingenios” sea recordada de manera ambivalente: “como lugar de explotación y de muerte” pero también “como lugar donde venían y tenían cosas” (2000: 185). En suma, es a partir de un monte actualmente degradado que, la “época de los ingenios”, comienza a ser valorada como una época de múltiples excesos de “abundancia”, así como también de “enfermedad y muerte” (Gordillo, 2006).

A su vez, todos estos frentes implicaron procesos de desterritorialización y reterritorialización de la población indígena, estableciendo no sólo el “perímetro” de la nación sino también el “volumen” de lo nacional. La valorización del espacio basada en la doble explotación de los recursos naturales y la fuerza de trabajo dan cuenta del por qué el exterminio militar absoluto del indígena encontró un límite. Al mismo tiempo, explica por qué no se efectuó una expropiación absoluta del monte, pues los procesos de trabajo que llevaron a cabo requerían que una parte de la reproducción de dicha fuerza de trabajo fuera garantizada por la dinámica de la economía doméstica.

En este sentido, más que constituirse en dispositivos contrapuestos y/o antagónicos, dicha movilidad de avances y prácticas políticas de penetración, exterminio y preservación terminaron encabalgándose como flujos fusionados que circularon con distintas intensidades por el espacio social a civilizar: “el Chaco Salteño”. Con y a través de ellos, se fueron forjando los discursos prototípicos que caracterizan al Gran Chaco como espacio incommensurable, externo a los dominios efectivos, continente de un “otro” susceptible de “conquistar o colonizar”.

En la actualidad, el deterioro del medio ambiente y la pérdida del control territorial causada por nuevos frentes productivos (agroindustriales, madereros y petroleros) ha puesto otra vez severamente en crisis ese mínimo margen de reproducción y autonomía relativa de las comunidades indígenas. Si antes los indígenas

podían encontrarse entre el monte y el ingenio, ahora son “devueltos” a un espacio reducido y a lo que queda de monte en tanto recurso de subsistencia, donde lo que empieza a ser valorado es justamente ese espacio susceptible de ser incorporado a las nuevas “fuerzas productivas”. En dicha configuración, las comunidades indígenas parecen devenir en remanentes, un “problema” para los esquemas de progreso que allí se manejan, donde la mano de obra indígena ya no es altamente requerida.

Volveré más adelante en este capítulo sobre el desarrollo de esta cuestión, para analizar cómo nuevas dinámicas van re-significando los sentidos sobre dicho espacio y su población. Por el momento, me interesa remarcar que al calor de los procesos e intervenciones descriptas se fueron forjando las relaciones interétnicas. Ellas dejaron su impronta, a tal punto que, aún hoy, es posible ver su huella en las experiencias narradas tanto por criollos como por indígenas. Así pues, fué la inserción de aquellos frentes los que han ido signando la configuración del espacio geopolítico denominado Chaco Salteño.

En lo que sigue, y para especificar dentro del contexto general del chaco centro-occidental salteño el lugar donde llevé a cabo mi trabajo de campo, me detendré a analizar cómo es evocada la fundación de la ciudad de Tartagal. Me centro en el análisis del libro escrito por Alejandro Pojasi, hijo de uno de los “pioneros” y “primeros pobladores” del pueblo. Retomo también el prólogo que del mismo texto hace Caro Figueroa, historiador local de Salta.

Es importante señalar que el libro fue escrito en 1994, año donde empezaban a evidenciarse los profundos cambios producto de la privatización de una de las actividades productivas de mayor relevancia de la zona, esto es, la realizada por Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF), año también de re-estructuración del uso de la tierra en función de los cultivos de soja y del auge de una explotación maderera sin precedentes.⁸¹

Es en este contexto que Pojasi expresa su propósito de trazar “la auténtica historia”, en tanto “muchos hombres y mujeres nacidos en esta bendita tierra, ni siquiera imaginan cuáles fueron los orígenes de lo que hoy se conoce como Tartagal” (1994: 15). De este modo, Pojasi resalta la “epopeya” realizada por aquellos “legendarios

⁸¹ Se tratará el tema de los desmontes y sus consecuencias en las páginas siguientes.

exploradores y pobladores” que se aventuraron a adentrarse en tierras ignotas para volverlas productivas.

La ciudad de Tartagal.

En la valorización del espacio del Chaco Salteño, Tartagal se inscribe dentro de la región como lugar que también fue difícil de “conquistar”, en el cual “pioneros” debieron ir “abriéndose paso”. Así en la introducción que hace Caro Figueroa del libro de Pojasi -donde se relata la fundación de la ciudad- comienza diciendo:

“La fundación de Tartagal no fue un acto formal, solemne y repentino. Fue una gestación tan lenta como difícil. Si, como bien dice Alejandro Pojasi, durante mucho tiempo ésta fue “tierra de nadie”, a lo largo de un lapso más prolongado aún también fue una “tierra sin historia” (1994:11, entrecomillado del autor).

De este modo, Caro Figueroa, rescata el trabajo de Pojasi como aporte destinado a sacar “la tierra polvorienta (que) ha borrado los infinitos pasos de los hombres en el espacio y en el tiempo” (Ibíd: 11). Nuevamente, Tartagal aparece como “lugar vacío”, donde una vez más la presencia humana parece sólo ser reconocida con la aparición de los “pioneros” a partir de la cual es posible contar una historia.

Repara entonces sobre la cartografía de fines de siglo XIX y de principios de siglo XX, donde Tartagal pasa de un “un pequeño punto del departamento de Orán, rodeado de unos pocos parajes (...) identificada aún como tierra de Chiriguano”, a un conjunto de puntos que van tejiendo una red, en la que “Campo Durán y explotaciones petroleras le otorgan otro rango a esa periferia de la periferia, disputada con pasión en los litigios limítrofes” (1994: 11).

La obra de Pojasi es, entonces, considerada como una realización que “reintegra a nuestra historia regional y nacional, un área también marginada por una historiografía local demasiado centrada en el Valle de Lerma... desdeñosa del Chaco...” (Ibíd.: 11-12). Así, bajo tales coordenadas, Tartagal pasa a ubicarse como parte de “Salta, la fea”, esto es “periferia de la periferia”, en contraposición a una “Salta, la linda” que, construida desde la narrativa oficial, va creando tropos geográficos específicos y señalando una valorización diferencial del espacio y de sus habitantes.

En este sentido, Caro Figueroa no escapa a las representaciones hegemónicas que inscriben a Tartagal como un lugar “periférico y marginal”. No obstante, sus

comentarios están orientados a recordar y reivindicar aquellas incursiones que, en nombre de la nación, hicieran los pioneros en su esfuerzo por adentrarse en las “tierras de nadie”.

Interpretado el trabajo de Pojasi como un acto de justicia, en el marco de las estructuraciones que se venían acaeciendo en la región con el proceso de privatización de YPF, Caro Figueroa señala:

“Este es un libro oportuno pues llega en un momento en que las antiguas periferias parecen empujadas hacia una nueva marginalidad. En este aspecto el final del siglo XX argentino amenaza con tener un extraordinario parecido, aunque al revés, del final de nuestro siglo XIX. Pues si entonces el país a instancias del Estado nacional, pobló e integró territorios, los incorporó a la actividad productiva, los vinculó a través de caminos y ferrocarriles, en los años que corren esas regiones, en razón de un excesivo repliegue de ese mismo Estado, asisten a un proceso de declinación, despoblación, aislamiento, pérdida de impulso e incertidumbre acerca del futuro. Es claro que no se trata de una re-estatización del impulso pionero en las zonas periféricas. De lo que se trata es de redefinir los términos en que estas regiones pueden ser viables en un país integrado. Porque no habrá país moderno con regiones devueltas al aislamiento y el atraso. Este Tartagal del siglo XXI debe pensarse no sólo producto de la iniciativa del Estado o unos pocos pioneros sino como una sociedad en marcha” (1994: 12).

Caro Figueroa va re-actualizando de este modo los sentidos de una memoria a la luz de una interpretación que busca situar los cambios ocurridos en un marco que se enlaza con el proyecto de nación de finales del siglo XIX, al que es preciso, desde su perspectiva, de alguna manera volver.⁸² En este sentido, sostiene el aporte de la obra de Alejandro Pojasi en tanto “no sólo sirve para recordar, sino también para intentar imaginar la historia que queda por hacer” (1994:12).

Es en esta línea que Pojasi, en el capítulo titulado “De los legendarios exploradores y pobladores”, hace referencia al carácter heroico de los mismos señalando:

“Estos pobladores iniciales, estaban obligados a combates esforzados, y al enfrentamiento continuó contra indígenas de diversas tribus circundantes: tobas, chiriguano, maticos, mataguayos, chorotes, etc. Porque los indios del chaco, no sólo intentaron recuperar sus primitivos dominios, sino que tomaron la ofensiva de los primeros parajes y postas, o simplemente contra cualquier incipiente caserío maderero...

Con el tiempo, se hicieron más negociadores la mayoría de los caciques, aunque algunas tribus prefirieron internarse dentro del recóndito Chaco; pero en su generalidad eran poco de confiar y extremadamente ladinos y traicioneros.

Más adelante, y en la primera década del siglo XX, cuando se produjo la incorporación terminal de la zona de Tartagal para nuestro país (...) quedaron

⁸² Volveré sobre estos cambios más adelante.

tronchados no sólo sacrificios sino algo más insondable: emplazamientos primarios de núcleos familiares de diferentes orígenes, que se congregaron hacia esos puntos en busca de aferrarse a una esperanza, despreciando en el intento hasta sus vidas. Y en estos fundacionales asentamientos, sus pioneros enfrentaron la realidad de una sola manera: adaptándose al borde de la existencia como una aventura en estas selvas, como partes del “infierno verde” o del Gran Chaco de Guambala, cuya envergadura de hombres con proverbial dureza a la fatiga, y el conocimiento acendrado de la selva, fue el molde que los forjó” (1994: 30-31).

La mirada retrospectiva de Pojasi rescata asimismo la gesta de Martín Barroso, comisionado boliviano, en lo que fuera la Primera Exploración Oficial al Gran Chaco Boreal y el Río Pilcomayo, llevada a cabo en 1883:

“...hace más de ochenta años, cuando un grupo de casitas de palo a pique esbozaban el nacimiento de una población, allí mismo donde los malones chiriguano, chorotis y maticos, hacían estremecer la tierra con su furia y ardor, don Martín Barroso, como un centinela del porvenir, levantaba sus reales para dedicarse a la ganadería. Tarea de pioneros. Más que pioneros, de héroes, ya que había que contener al indio que saqueaba y mataba, defendiendo la tierra que de siglos ocupara, con el fusil aferrado permanentemente, don Martín era el indómito colonizador que hacía Patria, con su sólo y único esfuerzo. ¡Visión de hombre guapo, que en despecho de las asechanzas y temores de un mundo casi desconocido como la selva, se plantaba impertérrito frente a lo ignoto, representado por una lanza guerrera dispuesto a matar! Su vida es digna de un estudio profundo, para encontrar en todos sus rasgos, la fuerza indomable del hombre progresista, colonizador y patriota, cuyas obras reclaman de la República, la perpetuación en el mármol” (Ibíd.: 30)

Habiendo resaltado de este modo las “hazañas” de los “exploradores y pobladores de la época inicial” (Ibíd.:18-31), Pojasi dedica todo un apartado a describir las “tribus autóctonas circundantes a El Tartagal”. Antes empieza con un epígrafe donde señala:

“Por diversas circunstancias, el pasado aborigen carece de significación perdurable en ésta Región del ámbito hispanoamericano, y José Manuel Astrada pudo decir sin exageración: Que el pueblo argentino comienza donde nuestra raza choca con la indígena” (Ibíd.: 39).

Así, de la reconstrucción de Tartagal a través del uso de los tiempos verbales en pasado, Pojasi pasa a utilizar el tiempo presente para referirse a los aborígenes en estos términos:

“La región llana y boscosa del Chaco y sus alrededores estaba ocupada, y lo está aún, por indios nómadas, que se trasladan de un lugar a otro. (...) Los que circundan a El Tartagal forman cinco grandes tribus: Chaguancos, maticos, chorotes, tobas y chiriguano, sobresalientes por su número. Los tobas son los de mayor altura y aspecto. Viven en pequeñas chozas construidas con estacas clavadas en el suelo en forma casi circular... Los chiriguano les dan forma de ranchos y emplean también el barro.

Viven casi desnudos, aunque acostumbran a usar mantas tejidas con bastante perfección. Los tobas utilizan con frecuencia en sus vestidos las pieles de los animales (...). Algunas tribus tienen la costumbre de pintarse el cuerpo, de tatuarse y quemarse la piel (...)

Se alimentan de la caza y de la pesca, de vegetales: maíz, algarrobo y frutas. Emplean la miel en la fabricación de bebidas fermentadas. Algunas siguen fumando en pipas de madera (...)

Por lo general creen en la existencia de dos seres supremos. El Bueno, al que se le rinde culto; y el Malo, al que hay que aplacar o alejar. Los sacerdotes que tienen a su cargo los oficios religiosos son también médicos-curanderos” (Ibíd.: 39-40).

De este modo, Pojasi va forjando una imagen estereotipada del indígena que, relatada en tiempo presente, hace de aquel un “otro” claramente distinguible de un nosotros “descendientes de los primeros pobladores”. Mientras estos últimos aparecen calificados, bajo las palabras de Pojasi, como emprendedores, progresistas y patriotas, los indígenas son ubicados en un presente “anacrónico”, por fuera de los procesos sociales, económicos y políticos. Presentados en un “estado natural” siempre igual a sí mismo, los indígenas aparecen como en un pasado viviente e inalterado.

El crecimiento de “El Tartagal” como pujante, pero al mismo tiempo lento, es caracterizado recuperando los testimonios de los “pobladores iniciales”, entre los que se destaca el de “Don Pojasi”, primer finquero que adquirió extensos dominios a partir del año 1864 -procedentes de Títulos Bolivianos- para radicarse en la Finca Piquerendá entre los años 1886-1887.⁸³ Así, Tartagal pasa de ser un paraje que funcionaba como posta de descanso de animales tras el río, que lleva el mismo nombre, a conocerse como una “villa maderera” a partir de la instalación de los primeros obrajes. Esto debido, como señala nuevamente Pojasi, “al alejamiento de los indígenas más indómitos, y al control ejercido sobre las tribus residentes por parte de las misiones franciscanas adyacentes en la zona de Caraparí” (Ibíd.: 51).⁸⁴

Luego de “relativamente mejoradas las relaciones con las tribus rebeldes en el primer lustro de este siglo, sobre el año 1905 aproximadamente se hizo más pacífica la vida lugareña y el tránsito de los caminos” (Ibíd: 16). Será con la llegada del Ferrocarril, en el año 1924, que se forma el 25 de septiembre la Primera Comisión Municipal de Tartagal, reconociéndose dicha fecha como el acto fundacional de la localidad, en aquel

⁸³ Tal como resalta Pojasi: “Su extenso testimonio revela que fue pionero en cuanto a la actividad maderera, ubicado en la Finca de Piquerendá, habiendo sido el primer abastecedor y proveedor de madera con la llegada del Ferrocarril Central Norte, producida el día 16 de septiembre de 1924, haciendo notar asimismo, que esas originales locomotoras de tipo inglesas, eran a leña y a carbón” (Ibíd.: 52).

⁸⁴ En la misma línea ubica a la labor evangelizadora de los franciscanos.

entonces perteneciente aún al departamento de Orán de la provincia de Salta.⁸⁵ Si hasta entonces su perímetro urbano estaba constituido por sólo 14 manzanas, la localidad iría creciendo paulatinamente y extendiéndose a partir de dos acontecimientos claves. Por un lado, con el descubrimiento en 1906 del “oro negro” -petróleo- en la Quebrada de Galarza, bautizada como la mina “República Argentina”. Por otro lado, con la firma definitiva del acuerdo de límites que en el año 1925 el gobierno de Argentina y Bolivia alcanzan, dando por finalizado “cien años de negociaciones y Actas Protocolares” (Ibíd.: 16).⁸⁶

Es sobre estas dos cuestiones que Pojasi se detiene para señalar, en primer lugar, el proceso por el cual el gobierno nacional y provincial habían emprendido una férrea defensa sobre el dominio del subsuelo y la explotación del petróleo frente a intereses foráneos (encarnados en la Standard -Oil) que como en el presente estarían gravitando (Ibíd.: 95-106). En segundo lugar, para remarcar el incumplimiento, por parte del gobierno nacional y provincial, del reconocimiento de títulos que se habían comprometido a garantizar. Así frente a esta situación fueron muy pocos los que lograron protocolizar sus escrituras, siendo:

“La cabal muestra que todos estos territorios que circundan Tartagal SEAN FISCALES en su mayoría, y que den lugar a ocupaciones y usurpaciones en nombre de “posesiones”, usufructuando furtivamente la casi extinguida explotación maderera y agrícola, es suma elocuencia que de este comprometido Laudo, *una de las partes no cumplió*.”

Con ello, los distintos gobiernos de la Provincia de Salta no sólo produjeron estancamientos cercenando la riqueza de todo real progreso....sino que no se respetó el Final Tratado Limítrofe” (Ibíd.: 78, mayúsculas y cursivas del autor).

⁸⁵ Será recién en el año 1948 que se conforma el Departamento de San Martín, convirtiéndose Tartagal en su cabecera.

⁸⁶ A partir de 1889, se inicia entre el gobierno argentino y el boliviano un proceso que iría delimitando los límites de cada Nación. Sucesivos tratados son firmados entre 1889 y 1925. Es en el año 1925, con el acuerdo Diez de Medina-Carrillo, que se incorpora definitivamente no sólo la zona adyacente a Tartagal, sino que se establece como límite el paralelo 22, quedando la población de Yacuiba dentro de la soberanía boliviana. Asimismo en dicho laudo “...queda acordado que las propiedades de los ciudadanos bolivianos que en virtud de este pacto, resultaren incorporadas en la soberanía argentina, así como las propiedades de ciudadanos argentinos o con títulos provenientes de autoridades competentes argentinas que pasaren a la soberanía boliviana, serán respetadas por las autoridades como por los ciudadanos de una y otra nación. A estos efectos, ambos gobiernos han convenido en abrir Registros de Títulos de Propiedades en la zona territorial que por el recordado protocolo se adjudica a cada una de las partes...” (Ibíd.: 77-78).

La defensa que emprende Pojasi a partir de su relato ubica entonces a los “pioneros y sus descendientes” como legítimos dueños de las tierras y garantía de “real progreso” de Tartagal.

A modo de conclusión, Pojasi escribe que fue la falta de sistematización de la historia tartagalense lo que lo motivó a “intentar estructurar y expresar el génesis de una frontera pendulante” (Ibíd.: 121). Frontera que, aun plagada de una “riqueza espectral”, hoy se encuentra ensombrecida frente a “intereses inescrupulosos”, donde al igual que antaño, “hacen que la floreciente expectativa y patriotismo se quede sobre el estigma de la antesala”. De allí que el reto sea para Pojasi “...apostar fuerte, de nuevo, como lo hicieron nuestros antepasados y como también lo harán nuestros hijos (Ibíd.: 121).

La recreación de los imaginarios sociales

Aún hoy, cada vez que se evoca al Chaco Salteño aparece la imagen de un espacio incontrolado, inmanejable cuando, a raíz de “lluvias”, “inundaciones”, “temporales” o “aludes” -calificados como “desastres naturales” atribuidos al “cambio climático”- dicha región recobra cierta visibilidad en los medios periodísticos/esfera pública.⁸⁷ Al mismo tiempo, el Chaco Salteño emerge como susceptible a ser “colonizado” cada vez que nuevos “frentes de desarrollo” pretenden sacar del “atraso” a una región signada, según los promotores del mismo, por “el olvido” y el “abandono”. De este modo, valorizada por una nueva cruzada -esta vez emprendida por corporaciones petroleras, por empresas agroindustriales, y madereras- la región también aparece como “próspera” y “pujante”. Así el “avance” de la frontera agropecuaria y la “incursión” de prospecciones y excavaciones en busca de hidrocarburos junto con la

⁸⁷ Basta para ello recorrer las notas periodísticas publicadas durante las inundaciones del diciembre de 2005 en Tartagal; el temporal del verano, agravado en abril de 2006 que no sólo dejó incomunicada la ciudad de Tartagal, sino también provocó desmoronamientos de viviendas en la ribera de dicho río (Clarín 04/04/2006; 06/04/2006; La Nación 06/04/2006); asimismo las notas sobre los desbordes de los ríos Pilcomayo, Bermejo y Caraparí en los meses de Enero y Marzo de 2008 (El Tribuno 7/03/2008, 10/03/2008, 11/10/2008; Nuevo Diario de Salta 13/03/2008), y por último el alud de agua y barro producido en febrero de 2009 que afectó a los barrios aledaños al río Tartagal, a la comunidad Toba y a parte de la comunidad Guaraní Cherenta. En este último caso, las opiniones de funcionarios abocados a entender lo que pasó en términos de “obra de la naturaleza” desligando lo sucedido a toda actividad del hombre (desmonte, trabajos de prospección) encontraron la contestación de los propios damnificados y organizaciones ambientalistas que no tardaron en replicar señalando que los troncos bajados del cerro en su mayoría “venían sin raíces” (Clarín, 13/02/2009; Página 12, 9/02/2009; 10/02/2009; 11/02/2009; 12/02/2009; 14/02/2009; 15/02/2009; 16/02/2009; 17/02/2009; 19/02/2009; Indymedia 17/02/2009).

tala de árboles van, por un lado, forjando la imagen de una región “rica” y “biodiversa”. Por el otro, delineando una imagen de “precariedad” e “inestabilidad”, la zona queda ligada -tal como me fuera expresado por diferentes profesionales de salud- a una *pobreza endémica, difícil de erradicar*.⁸⁸

No obstante, estas imágenes de “prosperidad” y “pobreza”, en apariencia disonantes, se van reforzando unas a otras y, como parte de un mismo proceso complejo y contradictorio, van haciendo de la construcción de “problemas” y “soluciones” un entramado de intervenciones sociales de carácter particular. Intervenciones que, como intentaré dar cuenta, retroalimentan ambas imágenes al unísono toda vez que se asocia “progreso” y “pobreza” en una lectura donde, lejos de ubicar los términos con los que se piensa al “progreso” como afirmación de “pobreza”, el discurso hegemónico los presenta justamente como posibilidad de superación de aquella. De esta manera, “la pobreza” queda signada por una persistencia que, a los ojos del “progreso”, resulta inexplicable, es decir, fuera de toda explicación “racional”.⁸⁹

En estos términos, la cuestión indígena vuelve a circular en un campo semántico que la configura como signo de otro tiempo, en un presente atravesado por la dinámica de “nuevos frentes productivos”.⁹⁰ Dotados de un aura “modernizante” y como sectores “pujantes”, tales frentes imprimen una visibilidad particular a la “presencia indígena”, inmersa dentro de un espacio ahora valorado y convertido en foco de inversiones.

Como ya adelanté, en el caso del Dpto. de San Martín -cuya cabecera es la localidad de Tartagal- la transformación del espacio social ha dado lugar a una reconfiguración de la movilidad poblacional y control territorial, implicando un reacomodamiento de las relaciones criollos-indígenas.

⁸⁸ Me interesa resaltar el tipo de adjetivación que se hace de la pobreza al atribuirle un carácter *endémico*, al igual que se lo hace con las enfermedades destinadas a perpetuarse. El carácter endémico asociado a la pobreza parece venir a reforzar una idea de pobreza como enfermedad y una idea de enfermedad “impermeable” a las acciones implementadas. Se trabajará esta idea con más detalle a medida de que se avance con el análisis.

⁸⁹ Así, por ejemplo, suele tratarse en los medios de comunicación como hecho paradójico o escandaloso que, en una zona con una importante reserva gasífera en explotación, aún la mayor parte de población no esté conectada a una red de abastecimiento de gas, debiéndolo además pagar el triple de lo que se abona en Buenos Aires.

⁹⁰ Si hasta la década del 1960s los frentes productivos donde se insertaban los indígenas eran los ingenios azucareros y el cultivo comercial de algodón (Gordillo, 2006; Trinchero, 2000 y 2007; Gordillo y Leguizamón, 2002), a partir de la década del 70 la inserción de los indígenas al mercado laboral cambiará notablemente. Se trabajará esta cuestión con más detenimiento a lo largo del capítulo.

Dicho proceso comenzó a gestarse durante la década del 1970, con la expansión de la frontera agraria para la producción del poroto de alubia y la soja, junto con los desmontes y la expansión de la explotación de las reservas hidrocarburíferas tras la privatización de Yacimientos Petrolíferos Fiscales (YPF) en la década del 90 (Trincheró, 2000). De este modo, se fue gestando una dinámica particular al afectar críticamente no sólo el espacio y los recursos de comunidades indígenas, sino también al conformar un mercado laboral cada vez más restrictivo.⁹¹ El desenvolvimiento de dichas inversiones, ligadas a un modelo productivo “extractivo exportador”, trajo aparejado una pauperización generalizada, que se refleja tanto en los altos índices de desocupación⁹², como en un avance sobre el territorio de comunidades indígenas que fue comprometiendo el espacio de autonomía relativa de sus “economías domésticas”, y causando una severa degradación ambiental.⁹³

Asimismo, la tendencia decreciente del stock ganadero está ligada en el departamento de San Martín al proceso de “pampeanización” agrícola del umbral del chaco, que implicó el desplazamiento de la actividad criolla ganadera por un uso agrícola de tipo capitalista intensivo del suelo (Trincheró, 2000: 259). De este modo, impulsada por el avance de la frontera agroindustrial, la deforestación del Chaco Salteño comienza a re-cobrar importancia a partir de los años 70.⁹⁴ Como señala el informe realizado por Leake, en la actualidad la nueva campaña extractiva de corte de madera está vinculada al avance de los desmontes en un doble sentido. En primer término, la semi-degradación de los bosques por causa de la tala descontrolada justifica,

⁹¹ En las últimas décadas, San Martín es uno de los departamentos que ha concentrado un mayor volumen de inversión productiva en la provincia de Salta. En lo que hace a la expansión del frente agrario, tal proceso ha dado lugar a la “pampeanización del umbral del chaco” (Trincheró 2000: 259). Respecto a las inversiones de explotación de la cuenca gasífera, cabe mencionar la construcción de dos gasoductos - NORANDINO y ATACAMA- destinados a la exportación hacia Chile. Por otra parte, el proceso de privatización de la cuenca del noroeste no sólo acentuó la actividad exploratoria en la zona por las empresas Repsol-YPF, Refinor, Pluspetrol Energy, Tecpetrol entre otras, sino que implicó la reducción de la mano de obra empleada, pues sólo hay producción primaria.

⁹² Cabe recordar que los índices de despidos durante el proceso de privatización de YPF llegaron a casi el 90 % de su personal total. Según los datos del Censo Nacional de Población del INDEC, la tasa de desocupación en Tartagal y General Mosconi era de un 42 %, mientras que en la ciudad de Salta era del 17,1 % (Página 12: 7/03/09).

⁹³ La superficie de desmonte llegó a triplicarse entre los años 1986-2008, a lo largo de las rutas nacionales 34 y 86 (Leake, 2008).

⁹⁴ Hacia el este de la ruta nacional 34, la expansión de los desmontes tuvo un avance sostenido. A fines de la década de 1970, se realizó un desmonte masivo de 12.000 has. sobre la cuenca inferior del río Itiyuro (Finca Zapota). Siguió apareciendo otros parches con una notable expansión hacia fines de los años 1990. De modo que, en los últimos años, se advierte una expansión del desmonte hacia el este que llega a, y traspasa, el río Itiyuro (Leake, 2008: 20). Ver mapas 6, 7 y 8 del anexo.

desde la óptica empresarial y oficial, la propuesta de desmontar para los fines agroindustriales. En segundo término, la progresiva eliminación del bosque intensifica la explotación de los recursos madereros que quedan en pie para conseguir postes, rollos, despuntes e incluso leña (2008: 20).⁹⁵

En el departamento de San Martín, la superposición de los desmontes sobre las tierras de uso y ocupación indígena es significativamente considerable. El proceso de deforestación, entre los años 1986 y 2008, pasó de las 101.958 has. a 394.847 has aproximadamente (Ibíd.: 22).⁹⁶

Es a partir de estos procesos que las relaciones criollos-indígenas se fueron recalibrando, en función de la nueva valorización del espacio y de una población que ya no es incorporada masivamente a las actividades productivas de la zona. En términos generales y en este marco, como ya indiqué, se advierte una pauperización generalizada que afecta tanto a criollos como a indígenas.

Para las comunidades indígenas, tales cambios han implicado una mayor dependencia de un espacio constreñido y degradado (el monte), imponiéndoles más necesidad de articular estrategias de subsistencia que van desde usufructuar los recursos que quedan del monte, hasta tomar trabajos temporarios como las *changas* o realizar el trabajo estacionario en las fincas -denominado *poroteada*-, combinados con actividades relacionadas a las artesanías o carpintería, como también con la inscripción en planes de trabajo o sociales diversos, tales como el Programa de Empleo Comunitario (PEC), el Programa Jefes/as de Hogar Desocupados/as, las pensiones, el Programa Familia, entre otros.⁹⁷

⁹⁵ Como se señala en dicho informe, “al norte del río Bermejo... para mediados de la década de 1980, la selva de transición estaba picada con varios parches desmontados a lo largo de la Ruta 34 entre Embarcación y Tartagal. A mediados de la década de 1990, un aumento en la demanda mundial por la soja y la introducción de variedades transgénicas (las cuales bajaron los costos de producción) tuvieron como resultado un incremento en la tasa de los desmontes. Como consecuencia, el mencionado tramo de la ruta se había convertido, para 1997, en una franja ininterrumpida de campos agroindustriales” (2008: 20) Ver fotos 10-16 del anexo.

⁹⁶ Cabe recordar como lo hace Leake que, desde los años 90, la producción agroindustrial de monocultivos evidencia un auge vertiginoso. En la provincia de Salta, “el producto que mayor relevancia tuvo fue la soja, con un crecimiento de 144% a lo largo de la década, la superficie pasó de 135 mil a 330 mil has.” (Adámoli et al. 2004, citado en Leake 2008: 23).

⁹⁷ Como señala el informe entre el año 2006-2007, realizado por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y la Universidad Nacional de Salta, en el departamento de San Martín: “los recursos para la subsistencia de las familias indígenas provienen en gran medida de trabajos asociados a un contexto de mayor interacción con el medio urbano, y a un mercado laboral inestable en fincas” (Buliubasich y González, 2009: 55). El caso de los “servicios” -ítem que consigna lo que regionalmente se denomina “changas”, se trata una prestación circunstancial a cambio de una paga inmediata, como por ejemplo,

Como ya mencionamos, dependientes de la órbita del municipio de Tartagal se encuentran aproximadamente unas cincuenta comunidades peri-urbanas y rurales pertenecientes a los pueblos indígenas Chorote, Chulupí, Kolla, Guaraní, Tapiete, Toba, Wichí.⁹⁸

De acuerdo al relevamiento llevado a cabo por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y la Universidad Nacional de Salta, en el Dpto. de San Martín, “...en la gran mayoría de las comunidades (83,6%) los títulos de las tierras están en manos de terceros, llámense empresas, iglesias” (Buliubasich y González, 2009:59).

En el caso de las comunidades urbanas y peri-urbanas, de las 96 relevadas en el Dpto. de San Martín, el 86% no poseen títulos del terreno donde viven. Mayoritariamente los titulares dominiales son particulares (76%); el (10%) están asentadas sobre terrenos fiscales (Ibíd.: 59). Estas comunidades disponen de tierras sólo para viviendas, sin contar con terrenos aptos para la realización de actividades de subsistencia ligadas a la agricultura, caza, recolección, etc., por lo que encuentran opciones limitadas para garantizar su reproducción, en paralelo a una inserción en el mercado laboral fluctuante y en condiciones desventajosas o precarias. Dichas comunidades están a su vez rodeadas de otros barrios y fincas privadas que impiden que las mismas se extiendan de acuerdo a su crecimiento poblacional.

El proceso de conformación de dichas comunidades estuvo vinculado a la demanda de mano de obra indígena del frente productivo porotero y al crecimiento urbano, siendo al mismo tiempo con la construcción de barrios y la extensión del ejido urbano desplazadas a las márgenes del mismo o relocalizadas. De este modo, se produjo un doble movimiento de atracción-expulsión relacionado con la “creación de barrios” que fueron apropiándose de las tierras indígenas, titularizándose tanto la zona céntrica

cortar el pasto, limpiar un fondo, etc.- se ubica en primer lugar, quedando en cuarto lugar los “empleos temporarios”. El hecho que los “servicios” se ubiquen en primera escala no debe inducir a pensar que sea la única actividad que realizan. La actividad demuestra sólo **mayor frecuencia**, pero no implica de ningún modo que sea el sostén económico primordial. Entre las actividades tradicionales de subsistencia se destacan las prácticas de cultivo. La mayor presencia de actividades de cultivo en relación a las prácticas de caza y recolección puede deberse a que éstas últimas requieren de un franco acceso al monte y un medio no degradado, situación que les está siendo impedida a partir de las últimas décadas (Ibíd.: 55).

⁹⁸ En el Departamento de San Martín nos encontramos con ocho de los nueve Pueblos Indígenas que habitan en la Pcia de Salta, siendo los wichí y los guaraníes (chiriguanos) los que tienen más peso demográfico en esta región (para más información ver Buliubasich y González, 2009: 23). Muchas de las comunidades urbanas y peri-urbanas son pluriétnicas. A fin de tener un panorama del espacio en el que habitan las comunidades pueden verse las fotos que se adjuntan en el anexo, págs. 265-271.

como las grandes superficies de los alrededores del pueblo, lo que forzó el asentamiento de numerosas familias indígenas a espacios cada vez más reducidos (Buliubasich y González, 2009: 60).

Respecto a las comunidades rurales, mientras algunas se encuentran localizadas en las llamadas “tierras fiscales”, otras se encuentran en tierras con título dominial privado (de empresas o iglesias). La mayoría de las comunidades rurales asentadas sobre la ruta 86 pertenecen al pueblo Wichí, siendo las más afectadas por los desmontes las que están asentadas en la Cuenca del Itiyuro. Con la reactivación del mercado de tierras y la instalación de las empresas agrícolas, no sólo se extendió la superficie destinada a la soja con el consecuente desmonte, sino también un deterioro ambiental agravado por las fumigaciones de agroquímicos que comprometen la salubridad del agua y de los espacios en los que viven las comunidades. Asimismo el establecimiento de alambrados afectó tanto la circulación de la fauna autóctona en los pocos espacios sin desmontar, como el tránsito de los indígenas por las sendas hacia el acceso a fuentes de agua y los circuitos de caza y recolección, así como el impedimento también del acceso a otros lugares como los cementerios (Buliubasich y González, 2009: 60).

Es en este marco que la conflictividad ligada a la combinación de los frentes señalados (maderero, sojero, petrolero), con continuas amenazas de desalojo, fue movilizandando acciones/reacciones de uno y otro lado. Por parte de las comunidades afectadas, ha implicado diferentes modalidades de protesta y resistencia, como cortes de ruta y de alambrados. Por parte del estado provincial, en concomitancia con la defensa de la “propiedad privada”, la respuesta fue la represión policial con la penalización de los dirigentes o la actuación como mediador en un conflicto entre “partes”: las empresas agrícolas y las comunidades indígenas.⁹⁹

Dentro de este marco, se han ido reconfigurado las relaciones criollos-indígenas. En estas coordenadas, la población indígena suele ser interpelada como signo de otro tiempo, *obstáculo del desarrollo y progreso*, habitando *un espacio productivo* que no

⁹⁹ Para ver en detalle los casos de conflictos entre las comunidades y las empresas petroleras o las empresas agrícolas en el departamento de San Martín, ver el trabajo de Buliubasich y González (2009). En relación a la penalización de la protesta de los indígenas, basta señalar por ejemplo las 70 causas judiciales que tiene el cacique wichí de la comunidad de Tonono (Página 12, 19/02/2009).

trabajan, *tierras que no usan, que están desaprovechadas*, un espacio que sí es vivido y ocupado por indígenas se lo ve y considera de esta forma *improductivo*.¹⁰⁰

Es en dichas tierras *ganadas por el avance* donde los indígenas *improductivos*, paradójicamente, pueden ser puestos a trabajar contratados durante tres meses, tiempo que dura la cosecha de porotos. Me interesa detenerme en este punto, en tanto situación paradigmática que expresa en qué términos hegemónicamente se piensa la problemática indígena y cobran encarnadura las relaciones criollos- indígenas.

Encontrándome en trabajo de campo en Tartagal, a principios de octubre de 2008 fallecían dos niños wichí -uno de un mes y otro de dos años de edad- pertenecientes a una misma familia, en la Finca Nuevo Horizonte, ubicada en Caraguatá a 80 kilómetros aproximadamente de Tartagal, al norte de la Provincia de Salta. El suceso tomaba estado público luego de que el noticiero local Video Tar difundiera la noticia como la “muerte de niños wichí en una finca por desnutrición”, haciéndose eco de la misma los diarios provinciales El Tribuno y Nuevo Diario de Salta. En esos días las palabras *desnutrición, trabajo en negro, contratistas, desmontes, cortinas, finqueros, prosperidad*, conformaban una cadena de significantes escuchada no sólo en los medios de comunicación, sino también en el hospital y en las conversaciones de la calle. El caso tomaba tal repercusión que desde el Ministerio de Salud Provincial se disponía mandar una comitiva del hospital, encabezada por el mismo gerente del nosocomio, quien debía inspeccionar el lugar donde trabajaba la familia y realizar un informe de la situación.

En los medios gráficos, el panorama aparecía relatado de la siguiente manera:

“Los niños de un mes y dos años fallecieron por desnutrición.... Los pequeños no habían ingerido alimentos y tomado agua durante tres días. Según informó la policía, los nenes (...) desde hace tres días no ingerían ningún tipo de alimentos, ni líquidos afectados por una afección” (El tribuno, 5/10/2008)

“Los pequeños estaban desnutridos, con sus boquitas ampolladas, completamente desprotegidos, el padre recurrió a la ayuda de los finqueros que sólo le alcanzaron unas aspirinas” (Nuevo Diario de Salta, 10/10/2008).

“Murieron como perritos” afirmó a Copenoa una fuente consultada del Hospital de la zona” (Agencia de Noticias del Norte Argentino, Copenoa, 7/10/2008)

¹⁰⁰ Las expresiones en cursivas fueron recogidas durante mi trabajo de campo en la zona, cuando a raíz de los reclamos indígenas canalizados a través de los cortes de las rutas 34 y 86, distintas personas manifestaban sus opiniones sobre el tema, resaltando los inconvenientes que traían aparejados los cortes en relación a la *libre circulación* y perjuicios que los mismos ocasionaban para *sacar a la zona para adelante*.

El informe del gerente del hospital de Tartagal sobre el campamento en el desmonte de la finca Nuevo Horizonte de Caraguatá detallaba:

“Allí hay dos campamentos (...). Viven entre los árboles bajo toldos de plástico, ellos le llaman cortinas. En el primero hay cinco familias, entre ellas la Negro [familia de los chicos fallecidos]. En el otro, cuatro [familias]. La provisión de agua es a través de un tanque, la situación es muy precaria, no tienen certificado de vacuna, ni de salud. Se trata de familias golondrinas, que vienen de Santa Victoria Este, pero también de General Mosconi y Tartagal” (Nuevo Diario de Salta, 10/10/2008).

Asimismo en el diario el Intransigente.com se señalaba respecto a las declaraciones y el informe del gerente:

“Los dos niños de la etnia wichí que fallecieron el sábado pasado en un desmonte (...) habrían sufrido una afección respiratoria aguda. Así lo afirmó ayer el gerente del hospital de Tartagal (...) quien descartó que el deceso se haya producido por desnutrición, como se informó inicialmente” (...) 'Suponemos que es una afección respiratoria aguda no tratada', detalló.

'En todo caso hay que hacer otro análisis' –afirmó– sobre el trabajo en negro y la situación social de estos trabajadores y sus familias. En este sentido destacó que los wichí que están trabajando en este desmonte, se encuentran en una situación de precariedad extrema, viviendo en plásticos sin ninguna comodidad'. (...) Sin embargo, y aunque no vio los cuerpos, descartó este aspecto [la desnutrición] como causa de los decesos: dijo que la descripción que hicieron los padres sobre la dolencia de los niños y el aspecto de los otros chicos que están en el desmonte, ninguno de ellos desnutridos, lo lleva a afirmar que no padecían de desnutrición” (10/10/2008).

El caso ponía en el centro de las discusiones las responsabilidades de *los finqueros, los contratistas, las familias, el hospital*. Mientras tanto, el encargado de la finca y un asesor legal alegaron que ellos desconocían las familias que trabajaban en el lugar porque eran empleados a través de contratistas, afirmando no tener ningún compromiso laboral con ellas. Los contratistas, al mismo tiempo, deslindaban responsabilidades, haciéndolas recaer tanto sobre la administración de la finca, como sobre la familia. Desde el hospital se ponía el acento en los *riesgos* que implica el trabajo en esas condiciones, volviendo impredecible y sin certeza las intervenciones de promoción y prevención emprendida desde el área de APS local.¹⁰¹

¹⁰¹ Volveré con más detalle sobre este punto en el desarrollo del trabajo. Por el momento sólo me interesa señalar cómo dichas situaciones extremas, pero a menudo frecuentes, ponen en jaque las intervenciones socio-sanitarias basadas en la promoción de la salud y prevención de enfermedades cuestionando su sentido o razón de ser en contextos así caracterizados.

Ahora bien, si en estas circunstancias el trabajo en las fincas era puesto en entredicho o de alguna manera cuestionado, aparecían no obstante otras opiniones que de alguna manera lo convalidaban como necesario. Así, por ejemplo, un enfermero del hospital me señalaba: *ahora se la agarran con el contratista, pero ellos son los únicos que le dan trabajo a los aborígenes, ¿quién sino les da trabajo? Nadie.*

De esta manera, *las fincas* aparecen como los lugares y el destino ineludible de las familias para un posible abastecimiento, al menos de manera temporaria aunque precaria, a partir del trabajo como valor contrapuesto a otras prácticas ligadas al usufructo de los recursos que quedan del monte como espacio posible de provisión.

Al respecto en relación al trabajo en las fincas, es frecuente escuchar las “quejas” de los contratistas que aluden a que, ahora, con los planes sociales o pensiones, les es más difícil reclutar mano de obra para la cosecha. En este sentido, cabe mencionar que las familias, en la medida de lo posible y siempre que existan otras alternativas, buscan evitar este tipo de trabajo que implica exponerse a condiciones laborales desfavorables y donde, en definitiva, de acuerdo a cómo se realice el conchave/reclutamiento de la mano de obra, puede implicar *volver pata de pila*, es decir, sin una remuneración, o con una diferencia de dinero exigua o mínima en relación al esfuerzo que demanda trabajar en la cosecha.¹⁰²

Así, los comentarios y/o quejas de parte de los criollos respecto a la predisposición de los indígenas para *trabajar* -entendiendo por ello ciertas actividades “remuneradas”- y la calificación de ellos como *flojos* o *vagos*, se convierte en otro de los signos distintivos que marca la distancia de unos y otros.

Dentro de esta configuración, la proximidad de las comunidades indígenas periurbanas y rurales respecto a las fincas u otros emprendimientos productivos, es vista desde la perspectiva criolla como problemática. El contacto y la circulación implican -de manera más o menos explícita- una amenaza latente y por ende un “espacio” sobre el cual se vuelve imperioso intervenir, en múltiples aspectos y sentidos. Así, por ejemplo en lo que concierne a la relación entre las fincas, los desmontes y las comunidades, en septiembre de 2006 se daba una situación que ilustra de manera preferente el tono y el

¹⁰² Las posibilidades de la unidades domésticas de poder sustraerse al reclutamiento de mano de obra para las cosechas/acopio de poroto depende, entre otras cosas, de la red de parentesco que permita una ayuda en términos de poder contar con otros recursos o alternativas, como por ejemplo pasar una temporada en la zona de Pilcomayo en la época de pesca con los parientes allí residentes.

carácter que asumen las tensiones y la posición de cada uno de los implicados (autoridades del gobierno, empresarios, comunidades).

Frente al reclamo por el reconocimiento del territorio de las comunidades lindantes a la Finca de Caraguatá Sur, el Secretario General de la Gobernación (Raúl Medina) proponía un acuerdo entre los finqueros para que “cedan”, a título de donación, una porción de tierra, desconociendo la ocupación ancestral de dichas comunidades. En estos términos aparecía reflejado el conflicto en el diario el Tribuno, el 29 de septiembre de 2006:

“...Raúl Romero Medina, expresó ayer la preocupación del gobierno provincial antes los hechos ocurridos en la zona de Caraguatá Sur, en cercanías de Tartagal, que fueron protagonizados por un grupo de indígenas. Los mismos quemaron, días atrás, elementos de trabajo de dicha finca alegando que el establecimiento estaba por realizar desmontes. (...) El funcionario comprobó que a pesar del diálogo entre las partes, ‘un solo cacique juntó gente que no era de la zona para iniciar una acción directa donde se nos informó que tenían armas y que el objetivo era tomar la finca citada’. (...) El funcionario denunció que en esa protesta hubo indicios de que la misma fue promovida por personas vinculadas al Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI). ‘Si al organismo realmente le interesaran los indígenas no debiera promover hechos de violencia y enfrentamientos’, afirmó Medina, para ratificar que la provincia ha buscado siempre solucionar cada diferendo en forma pacífica y con diálogo.

‘No creo en las coincidencias, creemos que hay un intento por desestabilizar a la región para presionar con una protesta el tratamiento de la Ley de Suspensión de Desalojos de Comunidades Indígenas en diputados que no aporta ninguna solución de fondo’, aseguró Medina. (...).

Medina informó que se hará la denuncia correspondiente. ‘Quien incite a la violencia dentro de nuestra provincia será denunciado y además creemos que no se puede usar gratuitamente a un cacique o a una comunidad indígena para poner en riesgo vidas humanas, para aprobar una ley en Buenos Aires...’

Finalmente, Medina ratificó que continuará el diálogo para llegar a un acuerdo que nazca del consenso de todas las partes, con una solución de fondo. El funcionario informó que en la finca de Caraguatá Sur se hizo un rolado ganadero y no desmontes, y dijo que nunca hubo indígenas habitando en la finca como aseguraron versiones ‘que no se corresponden con la realidad’”.

En tanto los indígenas de las comunidades expresaban recibir “muchas amenazas de la política” y señalaban la relación entre desmonte y destrucción. De este modo, expresaban:

“...ellos quieren desmontar rápido, saben que si se acaba el monte los indios están minados” (palabras de dirigente wichí, en una reunión de caciques, octubre de 2006).

“Nosotros queremos trabajar, queremos estar tranquilos, como eran las épocas antiguas. Lo que nosotros vemos en el lugar es que es el único monte que queda. Mezquinamos nuestra naturaleza que hay, puede ser animales del campo, y

nuestras hierbas medicinales, estamos mezquinando cada día más porque ya no nos queda". (...) "Y usted sabe que al desmontar, mucho viento y mucho castigo hacia las comunidades, porque no hay defensa..."

"Tenemos dificultad con los hermanos que andan alrededor de los campos, campeando, buscando su alimento, corriendo su cabra, sus chanchos que no entren ahí. Cuando llueve parece que la química se levanta [se refiere a las fumigaciones] y entra al olor hacia el [aparato] respiratorio y tienen dificultad en los pulmones, que los va secando y luego ahí ya muere. Y no hay remedio. Ya pasaron 4 casos [muertes] en 2 años. Todavía no hicimos denuncia a la empresa, porque simplemente nadie se había dado cuenta, pero hoy ya se ha dado cuenta que éste es el problema", señaló. "Murieron muchos animales hacia alrededor, murieron muchas cabras, murieron muchos bovinos también. Somos pequeños productores pero hoy en el día ya no tenemos nada por el tema de estos empresarios" (entrevista realizada por Scandizzo, H. (Indymedia) al cacique de una de las comunidades de la Zona de Caraguatá, 31/12/2006).

Del lado de las comunidades, entonces, también la "cercanía con los criollos" es vista como elemento disruptivo, expresándose dichas tensiones de diversas maneras. En cierta oportunidad, durante el trabajo de campo, conversando sobre cómo era "antes" y "ahora" la vida en las comunidades, uno de los hombres de una familia wichí expresaba: *antes no se conocía enfermedad, estábamos sanos. No se enfermaba, el paisano andaba nomás*. Acotando otro wichí continuaba:

El aborigen ya no tiene, no hay. Faltan de alimentos, hay mucha desnutrición, mucha enfermedad por los malos alimentos que comemos. Ya no tenemos alimento adecuado, alimento bueno, los frutos del monte que solíamos tener antes y eso por el desmonte... mucho desmonte hay.

La enfermedad o el deterioro de las condiciones de vida son remitidas al contacto o presencia criolla y su continua expansión sobre los espacios ocupados por las comunidades indígenas.¹⁰³ En relación a la pérdida del territorio vivida como devastación y destrucción en contraste a un tiempo pasado, resulta pertinente detenerse en las palabras de un miembro de una de las comunidades wichí de la ruta 86 quien, en el taller organizado por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y la Universidad Nacional de Salta, señalaba:

"...Yo no sé hablar muy bien castellano. Hay gente que me entiende, otra que no entiende. Pero yo me acuerdo de cuando era chango de la zona de la ruta 86. Antes en el tiempo de nuestro abuelo tenían paz, tenían libertad, pero sin

¹⁰³ A raíz de la muerte infantil wichí en la Finca de Caraguatá antes mencionada, uno de los caciques de las comunidades de la ruta 86 hacía referencia a la situación en estos términos: "el trazado de alambrado significa que nos están quitando vida totalmente. Nosotros vemos que nos quedamos sin vida, porque nuestros alimentos los están arrasando las empresas que explotan los montes" (fuente: Indymedia, 11/10/2008).

embargo a nuestro abuelo anunciaban que iban a venir esta gente, pero nosotros con esta gente tenemos que hacer valer los derechos que nos están favoreciendo, pero esta ley depende de uno, si uno no se hace respetar por mas que hay una ley... yo voy a retomar la tierra, la tierra es mío! Yo soy dueño de la tierra, antes yo no he conocido ningún propietario, nunca hemos visto, en tiempo de mi abuelo teníamos paz, tranquilidad. Pero ha llegado un momento en que han venido uno que decía ser dueño, ya han metido alambrado, no se puede pasar... como si fuese que no había dueño... y se cumplió lo que decía mi abuelo, gente que no sabía leer, ya anunciaba que iba a pasar esto, desde hoy queremos que nos reconozcan de una vez por todas!. Eso es lo que queremos nosotros” (Citado en Buliubasich y González, 2009: 64).

Respecto de las comunidades peri-urbanas, el progresivo arrinconamiento a espacios cada vez más reducidos, la circunscripción a ámbitos cada vez más acotados para su desarrollo y el acrecentamiento de las familias, hacen que algunas de ellas busquen nuevos lugares, a menudo, más deteriorados o de condiciones poco favorables. En un nuevo asentamiento de un grupo de familias pertenecientes a una comunidad guaraní, una de las mujeres me contaba:

Vinimos todos juntos. Somos toda familia acá. En la misión no teníamos ni para tener gallinas. Si teníamos gallinas, se iban para otro lado y no sabíamos si iban a volver, podían desaparecer. Los chicos no tenían lugar dónde jugar. Acá tenemos lugar para sembrar, para hacer huerta. Estamos tranquilos, uno se ayuda al otro (...).

Las remisiones al despojo y a las pérdidas son continuamente traídas a colación cuando se pregunta o conversa acerca de la vida cotidiana en las comunidades. Así, en otra comunidad guaraní peri-urbana un maestro bilingüe me contaba:

(...) Acá los chicos no quieren bailar el pin-pin. Les da vergüenza. El chico se auto discrimina. En la escuela tengo chicos que no quieren hablar [en lengua Guaraní]. Yo le hablo de la recuperación de la cultura, de quiénes somos. Y el chico dice: 'no, ¿qué aborigen? No quieren saber nada de aborigen. Pero yo les digo ¿quién es tu papá? Mire como es acá, [se trata de una comunidad establecida en el lugar en el año 1991] no pasó ni la segunda generación que el chico ya se está auto discriminando. Pero pasa por sencilla razón del cambio en la vida social. (...) Nuestra cultura que no se valora. Yo le hablo del valor de nuestra cultura. ... ya hay chicos que dicen: 'yo no soy aborigen, soy criollo'. Yo les digo que tienen que saber qué quiere decir la palabra criollo y qué quiere decir la palabra aborigen... partimos de ahí. Hace poco tuve una charla con equipo docente de la escuela. Se hizo proyecto. Había que presentar la historia de la comunidad, contar quiénes somos y ahí los chicos recién se dan cuenta... Todos estamos trabajando en eso. Ahí se dieron cuenta de la importancia. Ahí andaban algunos chicos que no sabían qué poner si aborigen o criollo... y al final pusieron que son una comunidad aborigen...

De este modo, el “contacto” y/o “proximidad” indígena-criollo se vuelven críticos tanto para unos como para otros. Mientras las comunidades remiten las condiciones de salud deterioradas a la presencia y accionar criollo e identifican la *enfermedad* al contacto con “lo criollo”; los criollos suelen hacer alusión de “lo aborigen” como aquello que significa obstáculo para *el progreso y el avance*. En esta configuración, las comunidades devienen en “huéspedes anacrónicos” que incomodan y/o obturan el desarrollo productivo y próspero de la región, convirtiéndose en un factor disruptivo siempre latente cuando aquellos no se supeditan al “carisma grupal distintivo” del criollo (Elias, 2006 [1976]).

Dentro de esta matriz interétnica, las relaciones entre criollos e indígenas pueden leerse en términos de lo que Norbert Elias (ob.cit.) designa como un tipo de vínculo interdependiente entre “establecidos” y “outsiders”. Mientras los primeros se atribuyen una virtud humana superior, los segundos son calificados como de menor virtud y respetabilidad, en tanto se los considera no observantes de esas normas y patrones que rigen las conductas de los criollos. Así como minoría anómica, en contraste a la autoimagen de los criollos, se visualiza al indígena como quien pone en riesgo sus defensas profundamente arraigadas, donde descansa y se sostiene el respeto propio, el orgullo e identidad criolla como grupo superior. De allí que en el escenario descrito de Tartagal, con una pauperización generalizada de la población, la “cercanía indígena” se cierna como una sombra que activa el “miedo a la polución” y resquebrajamiento del status preferencial que conlleva pertenecer y ser reconocido como “criollo”.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Este aspecto será trabajado en el siguiente capítulo. Por el momento, y en función del análisis aquí encarado, sólo me interesa remarcar brevemente el aporte de Norbert Elias sobre la configuración de las relaciones de poder en su trabajo etnográfico: “Establecidos e os outsiders. Sociología das relações de poder a partir de uma pequena comunidade” (2006 [1976]). Allí el autor busca superar, a través de su abordaje, las descripciones estáticas y reificantes para pensar las relaciones sociales en términos de “procesos de entramados”. Propone, entonces, entender las “configuraciones sociales entre establecidos-outsiders” como un tipo de vínculo interdependiente entre grupos, inmersos en un equilibrio fluctuante de tensión e inestable, donde la estigmatización constituye un medio de control diferencial de un grupo sobre otro. Aclara así que la sociodinámica de la relación entre grupos inter-ligados en la condición de establecidos-outsiders es determinada por su vinculación antes que por los diacríticos en los cuales se objetivan o se cosifican los estigmas. De este modo señala: “Al discutir los problemas “raciales” se afirma, en general, que las personas perciben a otras como pertenecientes a otro grupo porque el color de su piel es diferente. Sería más pertinente indagar cómo surgió el hábito de percibir a las personas con otro color de piel como pertenecientes a un grupo diferente” (Ibíd.: 46, traducción propia). En todo caso, si bien el estigma es cosificado o materializado en un “signo referente”, como señal “objetiva”, tal desplazamiento y emplazamiento deben verse como efecto a partir del cual las diferencias se naturalizan. Así, mientras ello conlleva a una internalización del estigma por parte de los outsiders, para el grupo estigmatizador implica poder exculparse, eximiéndose de cualquier responsabilidad: “no somos nosotros

En este sentido, resulta pertinente detenerse en ver cómo opera la estigmatización como un aspecto de la relación entre establecidos (criollos) y outsiders (indígenas), teniendo presente estos procesos abordados -en su entramado temporal- para entender las fronteras que las personas trazan estableciendo una distinción entre grupos como “nosotros/ellos”.¹⁰⁵ A esta cuestión me abocaré con detenimiento en el próximo capítulo.

Para terminar, entonces, pero para comenzar a pensar el eje recién señalado, me centraré en el hito a partir del cual la situación de la salud en las comunidades comenzó a ser problematizada en la provincia y dio el puntapié a la incorporación de agentes sanitarios indígenas en los equipos de Atención Primaria de Salud locales. Me refiero puntualmente a la emergencia del cólera en el año 1992, hecho que marcaría un punto de inflexión respecto a iniciativas conducentes a revertir aquellos indicadores que estarían afectando las condiciones de salud de la población indígena.

El Tartagal en los tiempos del cólera

Fue a partir de la “epidemia del cólera” en el año 1992 que, desde el Ministerio de Salud de la Nación, comienza a pensarse en la formación de una red de agentes sanitarios indígenas a fin de ampliar la cobertura de APS en las comunidades indígenas.

En ese entonces, el brote de cólera tomaba visibilidad en la esfera pública como un “problema de los indígenas” ligado a “pautas culturales tradicionales o ancestrales” que los hacían propensos a ser afectados por la enfermedad (Trinchero, 2007: 221). La emergencia del cólera en el país volvía a recrear las narrativas hegemónicas, configurando la cuestión indígena como una “amenaza latente” frente a la propagación de la enfermedad, ante la que era menester tomar recaudos necesarios. Pues dicha “amenaza” se cernía no sólo sobre los “no indígenas” en términos de contagio, sino también ponía en entredicho la imagen de un país publicitado como “pujante y moderno” -inmerso en los cambios transformadores de la gestión menemista- que, sin

que estigmatizamos a esas personas y sí las fuerzas que crean el mundo, ellas son las que colocaron una señal en ellas para marcarlas como inferiores o ruines” (Ob.cit.: 35, traducción propia).

¹⁰⁵ Pues, como argumenta Norbert Elías, sin tomar en cuenta la dimensión diacrónica-procesual de la constitución y re-constitución de los grupos sociales es imposible comprender la lógica y el sentido del pronombre personal “nosotros” que utilizan las personas para referirse a sí mismas y marcar su pertenencia.

embargo, aparecía afectado por una enfermedad de “otros tiempos”, recayendo en uno de los sectores poblacionales calificado como “atrasado” (Ibíd.).

Si en un primer momento el “ingreso” al país de la enfermedad fue un disparador que les permitía a las agencias del estado instalar la “cuestión del cólera” como algo ajeno al “cuerpo de la nación” -en tanto se trataba de “una enfermedad que venía de Bolivia”-, una vez que el cólera empezó a propagarse “puertas adentro” pasó a tematizarse como un problema de “barreras culturales” propias de los indígenas sobre las cuales era preciso intervenir. Al mismo tiempo, esas barreras se esgrimían como excusas ante el “fracaso” de las medidas adoptadas, endilgando responsabilidades sobre los mismos afectados.

Así, distintas expresiones vertidas en los medios de comunicación amplificaban las concepciones imperantes que señalaban:

“El cólera (...) entró por un poblado indígena que vive comiendo pescado en deplorables condiciones sanitarias desde más de doscientos años (Clarín, 8/2/92, citado en Trincherro, 2007: 221).

“(...) todos se preguntarán si es posible cambiar en una semana costumbres ancestrales, por ejemplo, evitar que el aborigen coma con las manos” (Clarín, 9/2/92, Ibíd.: 221).

“Los chicos se les mueren por diarrea entre los brazos, los aborígenes los entierran y dicen ‘total hacemos otro’”. “(...) Tienen una filosofía, la tuvieron toda la vida: ‘El mejor remedio es la muerte’ ” (Clarín 10/2/92, Ibíd.: 222).

“El habitante de Embarcación por un problema cultural no tiene hábitos higiénicos” (Clarín 10/2/92, Ibíd.: 222).

“El ministro explicó que otra de las causas de la aparición del virus es que los indios no hablan el castellano y por eso están desinformados” (Clarín 6/2/92, Ibíd.: 222).

“(...) es triste la situación por este problema estructural que lleva más de 300 años en esas zonas pobladas por los aborígenes y se podrá solucionar en la medida en que pueda ir cambiando la mentalidad de esa gente. Ellos están acostumbrados a alimentarse con pescado crudo, uno les envía otro tipo de alimentos y hay que enseñarles cómo lo tienen que cocinar (...). En poco tiempo no se puede revertir una situación que lleva siglos en Argentina y en toda Latinoamérica. (Declaraciones del entonces Presidente de la Nación -Carlos Menem- al Diario Tribuno, Salta, 24/2/92. Citado en Trincherro, 2007: 225).

“He recibido instrucciones del presidente para cambiar algunas de sus costumbres” (Declaraciones del Ministro de Salud de la Nación, Diario Tribuno, Salta 11/2/92. Ibíd.: 225).

Para las comunidades indígenas, tal afección significó la creación de un *cercos* no sólo respecto a los criollos, sino también a su movilidad y contacto con otras comunidades. En una de las charlas mantenidas con una mujer y hombre wichí de una de las comunidades de Tartagal, ellos me contaron: *no se dejaba mover a la gente. Ir para el Chaco* (zona del Pilcomayo), se estaba *cercado*, del hospital *hablaban de cordón sanitario...*, *no salir de las comunidades*, de *curar el agua, poner lavandina o hervirla*. En esos tiempos la pesca estaba *prohibida, no se podía ir a pescar...*, *ni visitar parientes*. Sus recuerdos evocan una imagen de aislamiento fuerte, ligado a una inmovilidad de las familias que hace recordar esos momentos como tiempos de penuria: *no se dejaba hacer nada, nadita podíamos hacer. Se decía que íbamos a apestar a todos. Quietitos nomás teníamos que estar*.

Tal experiencia quedó registrada en la memoria de las comunidades de la zona del Pilcomayo de este modo:

“Nosotros tuvimos este problema del cólera en Argentina el 2 de febrero de 1992 y vinieron de otros países a preguntar a la gente si necesitaban algo. A veces decían que enviaban donaciones, pero nosotros nunca recibíamos. (...). Pasando los meses de febrero, marzo y abril, los políticos dejaron de preocuparse por la gente, porque ellos dijeron que ya no había fondos del proyecto sanitario, pero la gente no sabía cuándo iba pasar el cólera” (Relato citado en Segovia, 1998: 195).

“Prohibieron que la gente coma pescado, pero la gente siguió comiendo y los médicos no querían que la gente coma, pero la gente no le hizo caso de la palabra de ellos. Decían: ‘lo que lo enfermó a ustedes es el pescado’. Pero la gente tenía su palabra: ‘si ustedes prohíben que comamos pescado, entonces tienen que conseguir alimentos. Si dejamos de comer pescado ¿dónde vamos a conseguir comida?, porque nosotros no tenemos otra comida’. Así era como decía la gente.

Cuando la gente se enfermó del cólera, los criollos se quejaban mucho de la gente, ellos decían: ‘Esta es una enfermedad de ellos, los wichí se enfermaron porque ellos no se cuidan’-. Así decían los criollos: ‘no cuidan su salud’.

Después nosotros veíamos que los criollos no se querían acercar a la gente, ellos tenían temor. Cuando uno llegaba a alguna casa de ellos, el criollo decía: ‘Mataco, no tenés que venir a mí casa, porque su enfermedad nos va a contagiar a nosotros’, así decían ellos, los criollos no permitían que la gente se acerque a sus casas.

Hay criollos que viven cerca de las comunidades de la gente wichí. Cuando una persona se acercaba a la casa de algún criollo, enseguida ellos hacían que sus hijos se vayan, que se retiren. Decían: ‘¿no ves que vienen los matacos? Nos decían: ‘no venga aquí, yo le tengo miedo a su enfermedad’. Ellos nos trataban como si fuéramos cualquier cosa.

El día que el cólera enfermó a la gente, los criollos no se enfermaron tanto, había afectado principalmente a los wichí, por eso ellos decían: ‘es una enfermedad de los wichí’. Nosotros no sabíamos qué hacer, porque los criollos decían que el pescado estaba contaminado con cólera y también que el agua estaba contaminada. (...) Algunos wichí no comían pescado porque tenían miedo al cólera. Hubo gente que curaba el agua, pero lo mismo se enfermaba.

Nosotros no sabemos por qué vino la enfermedad del cólera. Después tuvimos un programa de asistencia médica y ellos dijeron: ‘ustedes tienen que hacer sus baños, un pozo para la basura, todos tienen que hacer letrinas. En esos pozos hay que tirar toda la basura y tienen que cuidarse de las moscas, arreglen sus casas para que las moscas no entren’. Así dijeron los criollos. ¡Qué podíamos hacer nosotros que no tenemos nada, que no tenemos dinero para hacer buenas casas! Nosotros no sabíamos qué hacer. Después mandaron los gendarmes y el ejército a las comunidades.

Cuando alguna persona no quería hacer el baño o el basurero, enseguida lo detenían. Ellos nos pidieron que nosotros acomodemos bien nuestras casas, pero no teníamos ayuda, no había ninguna clase de proyecto y nuestra situación quedaba muy difícil. Al tiempo supimos que ellos pidieron ayuda de afuera, en otras naciones, que habían pedido remedios, motores bomba para el agua, combustible, mercadería para que la gente no coma pescado. Ellos pidieron dinero para que la gente pueda hacer baños. Más adelante ellos dijeron que no sabían dónde estaban las donaciones. Nosotros no recibimos ninguna donación. Ni las escuelas, ni los hospitales. Nosotros vimos que ellos no podían hacer nada y quedamos en una situación muy difícil y entonces, la misma gente ya no quería saber nada de ayudas, nosotros mismos nos las rebuscábamos”. (Relato citado en Segovia, 1998: 197-201).

Por ese entonces, en el año 1992, desde el Ministerio de Salud de la Nación en convenio con los ministerios de salud de las provincias afectadas se ponía en marcha un programa destinado a la formación de agentes sanitarios indígenas que debían ampliar la cobertura de la APS. El “problema cólera”, leído en términos culturales, ameritaba la “capacitación indígena” en salud a fin de que pudiesen modificarse aquellos aspectos “culturales” considerados causantes de las condiciones socio-económicas desfavorables. Serían los propios indígenas los que, a través de su preparación, impulsarían los cambios y quienes, por ser conocedores de su “propia cultura”, garantizarían la eficacia de las intervenciones.

Teniendo entonces presente esta matriz de alteridad producto de la construcción de una “economía política de la diferencia”, en el próximo capítulo me interesa trabajar cómo ella es re-actualizada y puesta en juego en el sistema de salud formal por quienes llevan a cabo las intervenciones socio-sanitarias para la población indígena, particularmente dentro del área de la Atención Primaria de la Salud (APS).

Capítulo IV

La construcción de “alteridades” y de “lo saludable” desde las intervenciones de Atención Primaria de la Salud.

Algunas bases para el abordaje de las relaciones interétnicas en el campo de salud.

Las actividades desarrolladas en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS) constituyen una instancia oportuna para entender de qué manera la “salud”, como dominio simbólico, va condensando experiencias y significados sobre los cuales las identidades son construidas y re-trabajadas (Crawford, 1994). Es en nombre de ella que cobran “cuerpo” y se “hacen cuerpo” las tareas de “promoción de la salud y prevención de las enfermedades”, tanto para quienes tienen el mandato de propiciarlas, como para aquellos a las que están dirigidas esas tareas preventivas y deben aprenderlas aprehendiéndolas.

A través de lo que dichas tareas implican, pueden rastrearse las coordenadas con las cuales los sujetos moldean significativamente sus identidades, los límites dentro de los que se despliegan y el modo en que prácticas y sentidos configuran los “principios de visión y división del mundo” (Bourdieu, 1991 y 1993), dando lugar al entramado de determinadas relaciones sociales.

De este modo, como señala Crawford (1994), la “salud” en tanto dispositivo de intervención, se constituye en estrategia y recurso con la que formas de pertenencia legítimas devienen en “saludables” en contraposición de otras catalogadas de dudosa legitimidad y, por ende, “no saludables”. De allí que el carácter de la articulación entre “salud” e “identidad” no pueda comprenderse sólo en términos de estereotipos y grupos estigmatizados asociados a lo “no saludable”. Es por el contrario comprensible a condición de relacionar la forma en que la “norma de salud” -socialmente construida- está comprometida en la generación de tales estereotipos (Crawford, 1994; Parker y Aggleton, 2003).

En este sentido, los estereotipos actúan de manera doble y en simultáneo, esto es, ubicando al grupo estigmatizado en una situación/posición de inferioridad y reafirmando, paralelamente, una “superioridad” y “autoridad” de aquellos que devienen

“saludables”; de tal forma, que las atribuciones de ciertos estereotipos van reforzando las defensas y cohesión de grupo en contraposición de las identidades consideradas peligrosas y/o amenazantes.

Desde esta perspectiva, entonces, considero necesario abordar la oposición entre lo “saludable” y lo “no saludable” no en términos excluyentes, sino justamente en el marco de relaciones sociales que, si bien los hacen aparecer como dos polos antagónicos de una gradación, al mismo tiempo los va co-constituyendo, por lo que es imposible entonces pensar el uno sin relación al otro, ni en su antagonismo, ni en su gradación.

No obstante, si “la salud” deviene un terreno donde los límites son reforzados y las amenazas son especificadas en términos de los peligros de disolución social y física que representan los “otros no saludables”, lo es en relación a una nueva idea biopolítica de grupos -en tanto población- y sujetos ligados a la construcción de riesgos.

Nos encontramos, pues, frente a una concepción de “promoción de la salud” que se piensa articulada en torno a la “gestión de perfiles de riesgos”. Dicha racionalidad de intervención implica dos cuestiones clave para entender la configuración de relaciones en este campo. Ello supone distinguir aquellos individuos “seguros y responsables” y con derecho a dirigir y orientar, por un lado, de quienes son “peligrosos e irresponsables” y necesitan supervisión, guía o acompañamiento, por el otro (Crawford, 1994). Insta a la vez un ejercicio que, descomponiendo y re-componiendo al sujeto-objeto en una combinatoria de “factores de riesgo”, hace plausible calcular la probabilidad de materialización de comportamientos indeseables y anticipar las figuras posibles de irrupción de peligro (Castel, 1986).

Así, a nivel práctico, la “promoción de la salud” resulta una respuesta al “reconocimiento de riesgos”, donde los parámetros de “salud” son construidos a partir de una grilla de “factores de riesgo”. Es a partir de éstos que se ponen en acto estrategias de diferenciación en la medida que son asociados con “comportamientos inapropiados o desviados”.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, paso entonces a analizar en este capítulo cómo se conjuga esta concepción de “promoción de la salud” con los sentidos de “diferencias étnicas” que construyen quienes trabajan en el equipo de APS local, coordinado desde el hospital. Para ello, me basaré en los registros de campo elaborados

a partir del acompañamiento realizado a los agentes sanitarios a su sector de trabajo, las observaciones efectuadas en el hospital y los distintos intercambios establecidos en el marco de las actividades que ellos realizan. Me centraré, particularmente, en aquellas situaciones etnográficas que me permitieron comenzar a pensar la construcción de alteridades en el marco de dicho sistema de salud formal.

En primer lugar, me interesa abordar cómo ciertos sectores de intervención devienen “más saludables” en contraposición a “otros menos saludables”, reponiendo las concepciones de los promotores de salud (agentes sanitarios). En este sentido, pretendo analizar de qué forma sus modos de conceptualizar el propio trabajo expresan y ponen en acto las estrategias de diferenciación que van construyendo la relación entre lo “saludable” y “no saludable”. En segundo lugar, me interesa detenerme en cómo dichas apreciaciones se constituyen en modos performativos de administrar “factores de riesgo” a partir de los cuales se piensa “la promoción de la salud”.

La proximidad de “lo indígena” como señal perturbadora del espacio social.

Cuando por primera vez realicé mi aproximación al campo en el hospital, lugar donde en ese momento se articulaban dos programas de salud destinados a población indígena¹⁰⁶, las reacciones frente a mi interés por el tema de “la salud” y las “comunidades indígenas” iban generando opiniones bastante compartidas u homogéneas entre los distintos profesionales de la salud con quienes “negociaba mi entrada al campo”-. Hecha mi presentación y expresadas las motivaciones que me habían acercado, los comentarios realizados giraban, en su mayoría, en torno a una serie de recomendaciones ligadas a cuál sería el lugar más propicio para emprender mi trabajo. Pues, como me era señalado, la zona del *Pilcomayo* o el *Chaco* era el único espacio posible donde encontrar (...) ‘*indios - indios*’, *no como los de acá, éstos ya perdieron las costumbres, han copiado lo peor de los criollos*. Así, en contraposición a los indígenas de las comunidades peri-urbanas cercanas, aquéllos más rurales (ribereños), aparecían como *indios más puros*. Sólo el alejamiento supuestamente

¹⁰⁶ El programa ANAHI y el Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. En este capítulo, sólo me centraré en algunas de las implicancias de la incorporación de indígenas como agentes sanitarios dentro del equipo de APS local.

posibilitaba la oportunidad de (...) *ver otras cosas, allá vas a ver cómo eran las cosas de antes. Acá hay mucho entrevero, están muy mezclados... muy contaminados.*

La relación entre “salud” y “comunidades indígenas” aparecía, pues, mediada por una proximidad que hacía de *las misiones* más cercanas lugares justamente carentes de buenas costumbres y de salud y por ello visualizadas como *más problemáticas*, a diferencia de zonas más alejadas, donde los indígenas devenían no sólo prístinos sino también *más naturales y con más salud*, por pensárselos más *apegados a sus costumbres*.

Estas apreciaciones sobre las comunidades indígenas peri-urbanas (próximas al hospital) no sólo se harían recurrentes, sino que se irían re-actualizando en situaciones coyunturales diversas, cobrando incluso más claridad. Pues, ellas forman parte de los marcos de referencia que estructuran las modalidades con las cuales el personal del hospital interviene distinguiendo no solo entre criollos y aborígenes, sino también diferenciando “aborígenes lejanos” de “aborígenes cercanos”, y distinguiendo a su vez -dentro de éste último colectivo- a los Guaraní, los Tapiete, los Toba, los Chorote y los Wichí, aunque “lo criollo” devenga siempre epítome del “ser saludable” (Crawford, 1994).¹⁰⁷

Es en el despliegue de las actividades realizadas por el equipo de Atención Primaria de la Salud que las expresiones ligadas a la *mezcla, pérdida de costumbres, conservación de las malas costumbres o mal acostumbamiento*, y adquisición de *vicios porque copian lo peor de los criollos* emergen con particular resonancia.

Dicho equipo es el que, mediante una red de agentes sanitarios, tiene a su cargo la implementación de las tareas de “promoción de la salud y prevención”. Tal como definía uno de ellos, el agente sanitario es el encargado de *enseñar los hábitos de salud* -mediante las *visitas domiciliarias*- a cada una de las familias que integran su *sector de trabajo*. En conjunto constituyen *el primer eslabón, el nexo*, con los distintos servicios del hospital y los programas sociales existentes.

Ahora bien, autodefinidos muchos de ellos como los *educadores de la salud*, el tinte y carga valorativa que impriman a su labor educativa depende del sector que les

¹⁰⁷ Dentro de la órbita de jurisdicción municipal (Tartagal), como mencioné en el capítulo anterior, se encuentran aproximadamente 50 comunidades pertenecientes a los Pueblos Indígenas Chorote, Chulupí, Coya, Guaraní, Tapiete, Toba, Wichí.

haya sido asignado. Así, mientras que para el agente sanitario criollo no es lo mismo trabajar en las *misiones* que en *barrios criollos* o en los llamados *sectores mixtos* (con familias indígenas, criollas y migrantes de países limítrofes), los agentes sanitarios indígenas trabajan exclusivamente en las *misiones*, aunque no necesariamente en su propia comunidad, ni en una comunidad perteneciente a su mismo Pueblo.¹⁰⁸ En este sentido, el trabajo en las *misiones* como el único lugar pertinente para el agente sanitario indígena -asimétricamente definido, pues sólo allí se lo piensa en condiciones de *enseñar*- no redundaría tanto en considerarlo un recurso en términos de “facilitador intercultural”, sino más bien en demarcar la imposibilidad de que los criollos puedan aprender o recibir consejos de un aborigen.¹⁰⁹

Reparando cómo las *misiones* son concebidas por los criollos, este esquema de percepción se hace visible y va tornando inteligible el lugar que criollos e indígenas tienen asignado dentro del hospital, como así también el lugar que cada uno ocupa dentro del espacio social más amplio del cual forman parte. A partir de dicho esquema, es posible ir restituyendo la trama de relaciones y el carácter que éstas asumen en el campo definido de la salud.

En efecto, los sectores integrados totalmente por *misiones aborígenes* representan para los agentes sanitarios criollos -en términos generales- *mayor trabajo y sacrificio*. Tal como me comentaban, mientras los acompañaba en sus visitas domiciliarias:

(...) Tenés más trabajo, acá, en la misión, hay mayor nivel de criticidad, ¿viste? Cuesta más, depende donde te toque, algunos no hablan, tenés que acompañarlos al hospital, sacarles los turnos, hacerles las derivaciones... (Agente Sanitario Criollo, 3)

(...) Con ellos tenés que ganarte la confianza como con tus hijos. Para acercarte tenés que darles confianza como se la das a tus hijos. Si vos a tu hijo no le das confianza, ellos no te cuentan nada, bueno, en las misiones pasa lo mismo (Agente Sanitaria Criolla, 2).

¹⁰⁸ Del total de los agentes sanitarios que forman parte del equipo de APS, sólo un 10% es indígena. De ese 10%, únicamente uno de ellos trabaja en su propia comunidad, siendo la razón de su designación en el sector la distancia que hay entre el hospital y dicha comunidad. Los agentes sanitarios que trabajan en zonas más alejadas permanecen más tiempo en la comunidad, asistiendo a la base de APS una vez por semana o una vez cada 15 días o cada mes, dependiendo de la distancia.

¹⁰⁹ En octubre de 2008, y como medida que parecía tener un carácter excepcional, desde la coordinación de APS se decidió mandar a un agente sanitario indígena a trabajar a un *barrio criollo*. La medida causó entre los agentes sanitarios criollos tal asombro, que dio lugar a toda una serie de rumores. Entre los pasillos se escuchaba el cuchicheo: *Cómo va a hacer el trabajo, si a él le cuesta tanto hablar, (...) no sabe hablar bien.*

(...) *Lo que pasa es que vos llegas para hacerlos cambiar y ellos no quieren (...) Ellos no hacen nada por mejorar. [Haciendo referencia a sus tareas prosigue]: ¿Sabés cómo funciona esto, no?, trayéndoles políticamente cosas, mientras vos les des, ellos van a estar bien. Si vos le venís a enseñar algo, no. No quieren saber nada*" (Agente Sanitaria Criolla, 1).

En contraposición, los *sectores criollos pobres* son caracterizados como más accesibles y menos críticos:

(...) *es que nosotros, los criollos, somos más de ir al médico, no nos quedamos, no nos quedamos esperando. Si hay que ir, vamos nomás...* (Agente Sanitario Criollo, 3).

(...) *A mí me da bronca, no es lo mismo que te toque un sector que otro. Si trabajas en barrio criollo es más liviano, ahí te entienden, puedes hablar, es otra cosa. (...) En la misión vas a tener más familias en riesgo, más trabajo. En APS te van a tener más en la mira, a que no se te pase nada* (Agente Sanitaria Criolla, 4).

Una vez me había tocado trabajar en el barrio (...) criollo, viste. Ahí me costó entrar, te atendían en la puerta, no te dejaban pasar... Era gente de tener, 'bien'... Decían que no les hacía falta un sanitario (Agente sanitaria criolla, 2).

Tal como comenta está última agente sanitaria, la *visita* esta asociada a los *barrios pobres* y su realización se convierte en marca que puede devenir en estigmatizante o signo de carencia. Esta cuestión devino para mí más clara cuando en enero de 2007, con motivo de un relevamiento por el Dengue se hizo un muestreo de casas a visitar, a partir de un sorteo, donde se incluyeron manzanas de la zona céntrica de Tartagal.¹¹⁰ A cada agente sanitario le correspondía ir a visitar una manzana de las zonas seleccionadas y constatar si en las casas había reservorios con agua que podrían contener las larvas del mosquito "Aedes Aegypti". En tal ocasión, la recomendación desde la dirección de APS, dada a los agentes sanitarios, era que ellos debían lograr entrar a las casas:

Hay que contarle a la gente. Ustedes tienen que entrar a las casas, que no los atiendan en la puerta, para eso tienen que explicar bien a qué han ido, clarito tiene que estar el tema del Dengue, que ustedes van por el tema del Dengue (supervisora, 2).

La advertencia se daba en función de que *sabemos que a la gente del centro no le gusta que lo visite el agente sanitario, que vaya a ver la casa o le hagan preguntas*. El *centro* aparecía problemático, pues son *reacios* a recibir al agente sanitario por

¹¹⁰ Con el relevamiento se haría un informe a partir del cual, desde el hospital, se lanzaría una campaña de prevención del Dengue y se prepararía la asistencia médica de los casos que podrían presentarse.

tratarse de *'familias bien'*, *la mayoría de la gente trabaja en cargos para las empresas Repsol, Petrobras, Pluspetrol...*” o *son gente ypefeyana* [gente que trabajaba para Yacimientos Petrolíferos Fiscales -YPF-] (Supervisor, 1).

Así, luego de haber acompañado a una de las agentes sanitarias, el supervisor nos preguntaba si habíamos sido recibidas y qué recepción habíamos tenido, aclarándome que son familias que *no necesitan al agente sanitario* y señalándome que la modalidad de APS en Tartagal es *distinta* a la de otros lugares, porque hay que *salir a terreno, afuera*, no es como otros lados donde el agente sanitario está en CAPS y atiende la demanda espontánea. APS, nuevamente era referenciada como un área que trabaja con *zonas críticas* que impone la necesidad de *salir* porque:

La gente no viene a nosotros, hay que salir a buscar a la gente para que se haga la vacunación, en otros lugares la gente sabe y exige la vacunación para sus hijos. Acá no, hay que enseñar todo (Supervisor, 1).

No obstante, como señalé anteriormente, para los agentes sanitarios criollos hay una notable diferencia entre trabajar en las *misiones* o hacerlo en los *barrios criollos*. Pues, mientras las primeras les representan una *mayor carga de trabajo* asociada a una pasividad, a una *resistencia al cambio* y a tener que realizar un *mayor seguimiento o acompañamiento* al igual que con los *hijos*, los *barrios criollos* aparecen como los lugares donde la gente es “activa”, donde los agentes se sienten “entendidos”, y no precisan tener *ojos en la nuca* o *las antenas paradas* como en las *misiones*. Para éstos, los *barrios* son claramente los lugares en los que, a pesar de todo, es posible enunciar el “nosotros, los criollos” y revivir un sentido de pertenencia.

Dichas apreciaciones cobran tal relevancia que los agentes sanitarios criollos hablan de *castigos* o *recompensas* de acuerdo al sector de trabajo al que son destinados. El evento más significativo de ello lo constituye la manera en cómo es de-codificada la rotación de sectores entre agentes sanitarios que se hace desde la dirección de APS. En una de las últimas *rondas de trabajo*¹¹¹, presenciadas durante mi trabajo de campo, el *agente destacado de la ronda* - tal como se designa a quien *ha cumplido con las expectativas y cubierto el 100% de las casas asignadas*- fue sacado de la *misión* de donde trabajaba y enviado a un *barrio criollo*. Ese desplazamiento de un sector a otro fue ampliamente interpretado por el resto de los agentes en términos de una *promoción*,

¹¹¹ Se denomina *ronda* al tiempo de trabajo en *terreno* que los agentes sanitarios realizan en el sector asignado, es decir, al período en el cual están abocados a las visitas domiciliarias. Las *rondas de trabajo* están organizadas trimestralmente.

un *reconocimiento al trabajo* realizado en una *misión*, trabajo calificado como *sacrificado*.

Esta distinción entre *barrios criollos* y *misiones* expresada por los agentes sanitarios criollos, implica una demarcación de espacios sociales donde uno es terreno fértil para desplegar sus enseñanzas y cuidados, pues *hay actitud* o son posibles los comportamientos saludables: *te entienden, se es más de ir al médico*. El otro, en contraposición, resulta poco propicio para sus enseñanzas, pues el trabajo de “tutor” deviene “poco productivo” al no haber predisposición para el *cambio*.

No obstante, para el agente sanitario indígena que trabaja en *misión*, aunque no en la propia -salvo por una excepción o corto período de tiempo-, la diferencia pasa justamente por realizar las tareas en su misma comunidad o en otra. Así por ejemplo, uno de ellos me decía:

No se acostumbra [trabajar en la propia comunidad]...en APS dicen que, si nos mandan a trabajar allí, nos hacemos vagos o flojos, por eso es mejor que te manden a otro sector (Agente sanitario indígena 1).

Conversando frente a las ventajas o desventajas de trabajar “entre su gente” me comentaba:

¿Cómo haces para hacerles entender que hay cosas que no están en tus manos? Hay cosas que no podés solucionar... Nosotros nos tenemos que acomodar a las pautas de acá [APS], hay que hacer lo que te dicen (Agente sanitario indígena 1).

Es sin embargo en los denominados *sectores mixtos* donde la trama de relaciones criollo-indígena se complejiza y expresa un mayor nivel de conflictividad. En dichos sectores, donde la proximidad y por ende, los límites entre unos y otros se hace más difusos, las demarcaciones de los que devienen “saludables” en contraposición a los “no saludables” se hacen más acuciantes. La cuestión de la proximidad y el “contacto” se torna más problemática tanto para el agente sanitario como para los criollos e indígenas que “comparten” un mismo espacio físico.

Al respecto, una de las agentes sanitarias me comentaba cómo el habersele agregado algunas *manzanas criollas*, colindantes a las *misiones* donde trabajaba, le trajo aparejado una serie de inconvenientes con los caciques:

Quieren que esté únicamente para ellos. No entienden que debo atender a todos. Acá el tema es el entrevero, ¿viste? Se piensan que tengo favoritismos (agente sanitaria criolla, 6).¹¹²

Estos planteos, sin embargo, le daban pie para realizar un seguimiento más exhaustivo de las familias indígenas:

Yo empiezo las visitas primero por ellos, ahí hay más criticidad, más riesgos. Con ellos sí no te podés descuidar, hay que estar más alerta. Son duros para entender (Agente sanitaria criolla 6).

Es en los denominados *controles* -actividad donde el agente sanitario pesa y mide a todos los menores de 6 años- cuando las tensiones entre los criollos y aborígenes adquieren una mayor visibilidad e indican el lugar diferenciado que uno y otro ocupa dentro de un rango de posiciones. Así por ejemplo, si los *controles* congregan a todas las madres del sector en un mismo sitio -un templo, centro comunitario, comedor- suele suceder que sean las mujeres criollas las primeras en ser atendidas, aún cuando hayan llegado con posterioridad a algunas mujeres indígenas. En cierta ocasión, a raíz de una observación que hiciera una mujer indígena respecto al tiempo que llevaba esperando, la misma agente sanitaria me decía:

Yo les digo a ellas: ustedes hablen cuando es así, pero en el momento, no después con rezongos. Cómo voy a saber quién vino primera o quién llegó después. Ellas enseguida se enojan y empacan. (...) Cómo voy a saber si, cuando hago los controles generales, llego a pesar y medir más de 80 chicos. Vos ves lo que es esto, de todo hay que llevar el control, anotar en el carnet, registrar en la planilla, entregar la leche.¹¹³

Otra sanitaria, en una situación de *control* similar, me decía que ella entendía la premura o apresuramiento de las *madres criollas*:

Yo me pongo en su lugar, ellas tienen cosas que hacer. Las wichí ¿viste cómo son? A ellas las vas a ver ahí sentadas en sus casas, fuegueando, se toman sus tiempos. Yo no sé por qué se fastidian tanto (Agente sanitaria criolla 3).

Así, la difícil convocatoria para realizar los *controles* de peso y talla, según algunos agentes sanitarios, pasa precisamente por juntar a criollos e indígenas en un

¹¹² Cada agente sanitario tiene en promedio aproximadamente 170 familias a cargo. Para completar dicho cupo, algunos agentes sanitarios tienen asignadas *misiones* junto con algunas manzanas de *barrios criollos* linderos a dichas *misiones*.

¹¹³ En los *controles* se entrega la leche a los menores de 6 años según su estado nutricional. Entregar la leche en esta instancia asegura al agente sanitario que la mujer asista a la misma, y así facilitar el seguimiento que se debe hacer al niño/a desnutrido/a.

mismo sitio. Se piensa que los *manejos* realizados por las mujeres de los turnos de atención en tales instancias se convierte en una excusa utilizada por las madres indígenas para *no venir a los controles*, o bien un aprovechamiento de su parte pues: *te caen a cualquier hora, cuando quieren, te vienen cuando quedan 10 minutos para terminar la hora e irte... ahí te caen* (Agente sanitaria criolla 3). De este modo, las observaciones o reparos que puedan venir de las *misiones* constituyen, según los promotores de la salud, una señal o signo de mala predisposición para el aprendizaje de los *buenos hábitos* de conservación de la salud. En este sentido, dichas actitudes que implican tomas de decisión por parte de los indígenas son vistas como desafiantes a la autoridad que el agente sanitario inviste.

No obstante estas apreciaciones de carácter general de los agentes sanitarios criollos sobre los *barrios criollos* o *misiones*, cabe señalar -como mencioné anteriormente- las distinciones internas que ellos realizan según la adscripción étnica de las *misiones*. Desde su perspectiva, la predisposición para responder a las *recomendaciones* o *consejos* que ellos imparten cambia notablemente si se trata de guaraníes, tapietes, tobas, chorotes o wichí. En este sentido, toda una gradación desde los aspectos “saludables” hacia los “menos saludables” se despliega en función de la “cercanía o lejanía” respecto a lo que se define como típicamente “criollo”.

Es dentro de esta gradación, que el guaraní deviene, como dicen, *más civilizado*:

El guaraní es de trabajar, son trabajadores de la tierra. A ellos en el poquito de tierra que les quede algo van a hacer (Agente sanitaria Criolla 2).

La manera de vivir de los guaraníes es más civilizado, a lo criollo, como que ellos aspiran a ser más que los otros. Ellos quieren disimular, en su forma de hablar, quieren ser otra categoría de criollo en su manera de ser (...). Sus costumbres son más parecidas a las nuestras (Agente sanitaria Criolla 4).

Las misiones guaraníes, ya vas a ver, son otra cosa. Ellos se levantan temprano, en casi todas las misiones ya tienen las casas de material, han progresado bastante (Supervisor de APS, 1).

A mi me tocó trabajar en la misión [da el nombre de la misión], ellos están en otro nivel. Si vos no le cumplís, te van a los medios (Agente Sanitaria Criolla 2).

En contraposición, el wichí aparece como su antítesis:

Ellos son vagos, ahora andan a la caza y pesca de planes [se refiere a los programas sociales]. No les gusta trabajar (Agente Sanitario Criollo 3).

Los wichí son especiales. Son como atemporales. Se sientan, se ponen a observar, a esperar a que transcurran las cosas. Son como quedados (Asistente social 1).

Las wichí son flojas (...) Ellas te escuchan calladitas, pero a la hora de hacer las cosas no las hacen (Agente Sanitaria Criolla 3).

Al wichí no le interesa progresar. Todavía están esperando cazar y recolectar (...) Lo que les llega es la contaminación de nuestra cultura. Han copiado lo peor de los criollos. Las chiquitas que ya son mamá -cada vez más chicas- no le quieren dar la chichi [pecho] porque quieren hacerse las criollas (Asistente social 2).

Es entre estos dos polos -guaraní/ wichí- que los tapietes, los tobas y los chorotes aparecen como variaciones intermedias, oscilantes entre uno u otro. Así, por ejemplo, tal como me comentaba un agente sanitario criollo con varios años de antigüedad:

Uno va conociendo las distintas costumbres de cada etnia (...). Aprendés del trabajo en las distintas misiones. Ya podés distinguir: el mataco [wichí] está acostumbrado a pedir en la calle. El chorote es parecido al wichí, pero es de más hablar. Los tobas algunos se han civilizado, otros no. Los tapiete se han entreverado mucho, son más despiertos (Agente sanitario criollo 3).

Son estos esquemas de percepción y apreciación los que orientan las modalidades de intervención de los agentes sanitarios en la “promoción de la salud y prevención de las enfermedades”. Estas concepciones van gravitando en las actividades que diariamente llevan a cabo, según sea el sector donde se este trabajando. De este modo, cabe pensar a dichas prácticas de significación como performativas de las “formas de hacer” de los agentes sanitarios. A través de estos “esquemas reguladores” (Butler, 2002) -entendidos como grillas de inteligibilidad de lo social-, dichos agentes van no sólo produciendo los sectores sociales donde intervienen, sino que también los y se constituyen como tales.¹¹⁴

¹¹⁴ Retomando el planteo de Butler sobre la performatividad de los sujetos, debemos entender por “esquemas reguladores” la articulación entre esas “formas de hacer” y los esquemas de visión/conceptualización como un tipo de relación que no es de exterioridad, sino que está constituida en y no por fuera de esos “esquemas reguladores”. Es a través de éstos que los sujetos se van co-constituyendo en el mismo acto que realizan. Como expresa Hall (2003) no se trata de sujetos pre-existentes, es decir sujetos precedentes a lo histórico-discursivo; antes bien se trata de sujetos que se producen en el curso de su materialización de acuerdo a una grilla de inteligibilidad. Es en las prácticas sociales de significación que los sujetos cobran determinada identidad social, a partir de un modo de identificación que actúa mediante un trabajo de marcación y ratificación de límites, es decir de producción de “efectos de frontera” que debe ser activamente y continuamente sostenida (Hall, 2003: 16).

En este sentido, las actividades llevadas a cabo por los agentes sanitarios pueden verse como parte del proceso por el cual las identificaciones son “recreadas”. Dentro de estas coordenadas y siguiendo el argumento de Butler, la performatividad de sus formas de hacer “debe entenderse, no como un “acto” singular y deliberado, sino, antes bien, como la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (2002: 18).¹¹⁵

De este modo, y como veremos en los capítulos subsiguientes, mediante la “promoción de la salud y prevención de las enfermedades” los agentes sanitarios van construyendo lo “saludable” en contraposición de lo “no saludable”. Bajo esa configuración “saludable/no saludable” -articulada a una matriz de alteridad, donde “lo criollo” aparece como exterior y contrapuesto a “lo indígena”- los agentes sanitarios se constituyen en los defensores regulares de aquello que deviene amenazante en términos de contacto/contagio a través de la “administración de riesgos”.

En el siguiente apartado, a partir de lo analizado hasta el momento, me interesa detenerme sobre algunos aspectos que hacen al manejo de los riesgos en el marco de “promoción de la salud”. La intención no es agotar todas las aristas de lo que ello implica, sino simplemente comenzar a pensar algunas dimensiones de esta cuestión.

La administración de los “riesgos”

Como señalé al comienzo del trabajo, “la salud” entendida en términos de “administración de riesgos” constituye una de las modalidades predominantes con las que actualmente se interviene a fin de promover “un estilo de vida sano” (Crawford, 1994). Es dentro de esta lógica que se inscriben parte de las prácticas de los agentes sanitarios desarrolladas en la órbita de APS.

A través de las *visitas domiciliarias*, cada agente sanitario debe detectar y distinguir las *familias en riesgo* en base a una serie de *factores de riesgo* prescriptos en una planilla de registro que debe ir completando. Así, a partir de una grilla de riesgos y

¹¹⁵ En otras palabras, la performatividad debe comprenderse “no como el acto mediante el cual el sujeto da vida a lo que nombra, sino, antes bien, como ese poder reiterativo del discurso para producir los fenómenos que regula e impone” (Butler, 2002: 19). Tomando la noción de performatividad de la teoría del acto del habla, Butler señala así que performatividad no es pues un “acto singular”, pues siempre es la reiteración de una norma o un conjunto de normas, que no obstante, en la medida que adquiere la condición de acto en el presente, oculta o disimula las convenciones de las que es una repetición (2002:34).

de su mirada entrenada, el agente va evaluando no sólo el grado de riesgo sino también determinando cuáles serán los pasos a seguir: la forma y tipo de *consejos*, *recomendaciones* que son necesarias, y la periodicidad con que visitará a dicha familia considerada en riesgo.¹¹⁶

De este modo, la gestión de los *factores de riesgo* se constituye en el instrumento mediante el cual es posible ordenar las “diferencias”, evaluando el grado de desviación respecto a lo que se considera “lo saludable”.

Así, los siguientes factores consignados de manera conjunta en el formulario como “criterios objetivos”, constituyen los parámetros para medir aquello que afecta al estado de salud de las familias:

“Grupo integrado por menores de 6 años”; “Desempleo y/o ingreso económico inestable (trabajo irregular, jornalero)”; “Ausencia de Padre o Madre (Padre o Madre soltero/a- Viudo/a)”; “Carencia de Obra Social”; “Enfermedades crónicas en la familia”; “Enfermedades Sociales”; “Niños menores de 6 años con déficit nutricional”; “Embarazada”; “Tratamiento Adecuado/Inadecuado de Agua, Residuos”; “Analfabetismo de la persona a cargo de los menores”; “Mortalidad Infantil/ Materna”; “Recién nacido/Puérpera” (Formulario N° 1).

Sobre esta base, el agente sanitario realiza sus observaciones, articulándolas con los esquemas de percepción y apreciación que maneja sobre cada grupo en el que interviene. De este modo, *factores de riesgo* y esquemas de interpretación se retroalimentan mutuamente, dando paso a tratamientos diferenciales de acuerdo al sector donde se interviene: *barrio criollo* o *misión* y, dentro de esta última categoría, distinguiendo la pertenencia étnica del grupo.

Así, por ejemplo, si las visitas son realizadas por los agentes sanitarios criollos en los *barrios*, la indagación para la detección de *factores de riesgo* se hace de manera “más dialogada”, sin recurrir a preguntas insistentes, pues quienes intervienen se consideran de algún modo “pares”. En contraste, las visitas en los sectores considerados *más problemáticos*, como las *misiones wichí* o *chorote*, tal como me explicaba una de las agentes:

¹¹⁶ Es a partir de la cantidad de factores de riesgo detectados que el agente sanitario clasificará a la familia de: *riesgo moderado*, *alto riesgo* o *normales*. Si la familia es de *riesgo moderado* la visitará una vez cada mes y medio. Si es de *alto riesgo* una vez al mes, siendo las denominadas familias *normales* visitadas una vez cada tres meses. Cada ítem de los mencionados tiene su correspondiente tabulación en virtud de la cual se considera que una familia es de *riesgo* cuando alcanza las *siete cruces*; acrecentando su nivel de *riesgo* cuanto más *cruces* se acumulen en la planilla. Las familias *normales* son aquellas que *no superan las siete cruces*. Trabajaré en detalle esta cuestión en el capítulo sexto de la tesis.

Te lleva más tiempo, tenés que estar más atenta, sonsacando las cosas, preguntando varias veces de varias maneras y sobre todo observando (...) Ellos no te cuentan, no son de contar... (Agente Sanitaria Criolla 6).

Asimismo entonces, mientras que en el *sector criollo* el agente sanitario llegado a una casa, permanecerá generalmente sentado completando la planilla de registro, en las *misiones* alternará y reforzará la escucha con un recorrido por el lugar que le permita cerciorarse a través de su inspección ocular del tratamiento dado al agua, a la basura, al baño, y -en caso de haberlos- a los animales que cría la unidad doméstica. Es decir, “revisará” todo lo que considere necesario y sienta pertinente para su tarea, teniendo un mayor nivel de intromisión que en las casas criollas.

La práctica sanitaria de identificación de los *factores de riesgo* implica para el agente sanitario no sólo detectar entre el conjunto de aquellos el que considera más gravitante en la *situación de riesgo*, sino también el deber de hacer algo al respecto. Es a través del *consejo práctico* que el agente emprende su tarea educativa en búsqueda de disuadir o convencer generalmente a la mujer -interpelada en la visita- sobre las medidas a tomar frente a los *factores* que el agente cree que están incidiendo en el *riesgo familiar*. Aquellos indicadores traducidos en términos de *comportamientos inadecuados*, despojados de las determinaciones sociales, se vuelven entonces en blanco de su atención.

De esta manera, es usual que el agente sanitario criollo en las *misiones* recurra para dar su *consejo práctico* a *ejemplos* donde “lo criollo” deviene modelo de lo que es “saludable”. En este sentido, en varias oportunidades, en referencia a la *planificación familiar* o respecto al acercamiento al hospital, durante *las visitas*, son recurrentes expresiones tales como:

Ustedes tienen que hacer como nosotros, los criollos, que no tenemos tantos hijos. Nos conformamos con dos o tres, ¿para qué tener más hijos? Después no se pueden criar (Agente sanitaria Criolla 6).

Yo ya te dije, cuando vayas al hospital tenés que hablar. No dar la vuelta y venirse así nomás. Ustedes tienen que hablar como los criollos. Nosotros no nos quedamos callados (...). Ustedes también son seres humanos y para eso tienen boca. No toda la vida van a tener agente sanitario para que los defiendan (Agente sanitario criollo 3).

Otra situación, que refleja cómo “lo criollo” deviene en referente, es en aquellos casos de parejas mixtas -conformadas por una mujer indígena y un criollo- donde los comportamientos, actitudes de aquella o las posibilidades de cambiar encuentran, para los agentes sanitarios, explicaciones en el hecho de tener a un *criollo al lado*:

Doctora... ella es limpita, ¿vivo? En la casa están haciendo la huerta, yo le di las semillas [se refiere a las semillas del programa Pro- Huerta]. Se levanta temprano, y ya está tirando agua para que no se levante la tierra. Yo no tengo problemas con ella, siempre me cumple. Se nota que hay un criollo (...) El marido es criollo (Agente sanitaria criolla 6).

[Dirigiéndose a una mujer durante la visita] *Yo le digo, usted tiene que aprovechar ahora que tiene un criollo en la casa. Aproveche para progresar. Dígale a su marido que quiere mejorar la casa. Él, sí se da maña, la puede hacer de material (Agente sanitaria criolla 3).*

No obstante tales observaciones, en caso de las parejas mixtas “criollo-aborigen”, sobre todo tratándose de wichí o chorote, suele ocurrir que “el criollo” devenga degradado o se desconfíe del mismo. Al salir de una casa constituida por una pareja mixta, la sanitaria me decía:

Yo no conozco al marido de ésta mujer. Nunca lo he visto... pero no sé qué tipo de criollo será que se ha venido a juntar con ella.

Otra me aclaraba:

El marido de la señora es un chaqueño... Es un criollo chaqueño. Ellos no son de acá, son del chaco. Vienen de Santa María.

En este caso, ser un criollo pero *chaqueño*, es decir habiéndose criado en proximidad a las comunidades indígenas del Pilcomayo, lo convertía en una clase de criollo de dudosa legitimidad.

En una oportunidad, a raíz de la posible pérdida del plan jefa de hogar al cumplir su hija 18 años y ya entonces no tener menores de edad a cargo, una agente sanitaria me comentaba la ocurrencia que habían tenido sus compañeros para que pudiera seguir trabajando en APS:

...todavía esta el cupo de [nombra a un agente sanitario indígena que ya no trabaja en APS] que era del ANAHI. Los chicos me cargan, dicen que me tengo que casar con un aborigen para mantener el cargo... así me vuelvo aborigen un poco y me hacen entrar por el ANAHI... con sólo pensarlo... [se sonríe].

Al igual que en los casos anteriores, pero de manera inversa, el hecho de “casarse” o “juntarse” con un indígena, convertía a la agente sanitaria criolla en “medio aborigen”, condición a partir de la cual entonces podía aspirar a ocupar el lugar vacante que había quedado en el Programa ANAHI, es decir, en el programa que contrata a indígenas como “promotores de salud”.

Aún con estas salvedades o consideraciones recién señaladas, “lo criollo” en términos generales emerge, durante las visitas realizadas por los “promotores de salud” criollos, como referente tanto a través de los *ejemplos*, como en *los consejos prácticos*.

Respecto a la modalidad de trabajo de los agentes sanitarios indígenas, el *consejo* no tiene el mismo carácter que asume en las intervenciones socio-sanitarias realizadas por los agentes sanitarios criollos. De hecho, el *consejo* no aparece como el eje estructurante de la visita. En relación al lugar dado a los consejos, uno de los agentes me comentaba: *Yo sólo aconsejo cuando me lo piden*. El *consejo* está asociado a la escucha o las preguntas que puedan generarse, como me señalaba otro agente sanitario indígena:

Si la madre pregunta, ahí se habla. Si hay preocupación, tienen que contarte y ahí se habla.

Uno de ellos, a quien la coordinación de APS había desplazado de su sector destinándolo como *colaborador* y apoyo de otro agente sanitario criollo, me explicaba que lo habían *sacado* justamente porque:

...dicen que no trabajo, no hablo, que no estoy enseñando. (...) No es así. (...) Le he contestado al supervisor: cómo me dice eso, si ando pesando, vacuno, entrego la leche, hago las campañas, doy derivaciones, he sacado turnos.

Como ya señalé, la percepción del riesgo también es diferencial según de qué grupo étnico se trate. Así, en tanto los agentes sanitarios criollos que trabajan en sector wichí o chorote, conceptualizan su trabajo como *agotador* por tener más *familias en riesgo*, quienes lo hacen en otras misiones, sobre todo en las guaraníes, califican su trabajo como más *relajado*. En éstas últimas, la vigilancia más exhaustiva durante las visitas se lleva a cabo sólo con las familias denominadas de *alto riesgo*. Tal como me relataba un agente criollo, con ellas el nexo con el hospital es *más sencillo*:

Cuando trabajas en misión guaraní, no tenés que hacer tantas derivaciones, sacar los turnos, es muy raro que tengas que acompañarlos al hospital.

La diferenciación entre “lo criollo” y “lo indígena” aparece también recurrentemente ligada a las concepciones que el agente sanitario criollo atribuye a los indígenas respecto al trabajo y a las relaciones con los *planes sociales*.

Una mañana, camino al *sector de trabajo*, dos agentes sanitarias conversaban sobre el traslado de una de ellas a trabajar a una *misión chorote* y así, mientras hablaban entre ellas, una me explicaba:

Cuando me cambiaron para acá, me decían [los compañeros]: ‘¿qué, te están castigando? No, la doctora me puso acá porque sé manejar a la gente, porque trabajo bien... ella sabía que iba a poner al día al sector... Algunos lo ven como castigo. Yo no sé cómo entenderlo. A veces pienso que es como un castigo... [sigue hablando de las rotaciones de sector y de sus compañeros]... En vez de valorar a los que trabajamos, más nos machacan. Más nos dan con un caño... porque a donde nos mandan a trabajar no es nada bueno.

De este modo, su otra compañera agregaba su opinión, comentando:

... A mí me mandaron a hacer apoyo en el control de... [nombra a un agente sanitario indígena]. Me decían que hay que apoyarlo porque es medio lento, que es lerdo, que pobre, no puede.... Pero sabés -dirigiéndose a mí-: yo aprendí a lo largo de mi trabajo que al aborigen no le gusta trabajar. [Prosigue interpellándome] Ellos ¿sabés qué hacen? ¿sabés qué les gusta? Les gusta vivir de arriba, que les den. No le gusta trabajar, sino que les den cosas.

Nuevamente aparecía la distinción entre el “guaraní” y el “chorote”, en tanto ésta misma agente sanitaria se definía con *suerte* pues:

A mí por suerte me tocó trabajar en misiones lindas [menciona un listado de comunidades guaraníes]. Acá -refiriéndose a la comunidad chorote por donde estamos caminando- no están acostumbrados al progreso... No sé si habrás escuchado, ellos dicen que quieren conservar la cultura (...). Hablan de las Naciones Unidas, andan con la constitución debajo del brazo... que ahora los protegen porque son los hermanos aborígenes... está bien que conserven, si querés, el idioma (...). yo te digo que lo que quieren preservar es el no avanzamos nunca, el querer estar sentados todo el día al lado del fuego (...), el nos quedamos con el plan jefe...

Una vez más, la adjetivación de los indígenas como *pícaros* porque *quieren vivir de los planes* volvía a ser enunciada. Ahora bien ¿por qué tal cuestión se convertía en algo estigmatizante o cuestionable cuando la mayoría de los agentes sanitarios/os criollos/os han trabajado o trabajan en APS como contraprestación de algún programa social? Resulta interesante detenernos en el relato que me hiciera una de las agentes

sanitarias acerca de su incorporación en la APS, en tanto señala no sólo su relación con los “planes y programas”, sino también por referirse a las trayectorias compartidas que han recorrido muchos de sus compañeros/as con quienes allí trabaja. Fue dicha cuestión, conjuntamente con las ya analizadas a lo largo del capítulo, las que me hicieron reparar en las distinciones que ellos sostienen, y detenerme en la comprensión de las mismas. Pues mientras que reiteradamente se les reprochaba a los aborígenes querer *vivir de los planes*, muchas/os de las/os agentes sanitarias/os criollas/os iniciaron su trabajo en APS como contraprestación de un plan/programa social. Entonces, ¿por qué razones lo que para algunos (los indígenas) devenía en algo medio espurio, para otros se había convertido en natural o incuestionable, pasando desapercibido, sin “levantar sospechas”?

De este modo, frente a mi pregunta sobre cómo había ingresado a trabajar en APS, una de las sanitarias me relataba:

En el [año] 97 todo el mundo salió al corte, como se dice se hizo una patriada. El corte era en Mosconi. Yo fui ahí. Al principio no iba, escuchaba por la radio nomás. Todo el mundo tenía carpa allí: la universidad, las escuelas, todos... hasta el hospital pero por las emergencias... Mi hija en esa época iba a la facultad a estudiar la tecnicatura [la Universidad Nacional de Salta tiene una sede en Tartagal]. Mi hija fue la que empezó a ir al corte. Los profesores decían que Tartagal iba a convertirse en pueblo fantasma [en ese momento empezaba a sentirse el proceso de privatización de YPF], que había que apoyar a los chicos, que iban a sacar la facultad... Yo fui con mi hermana y con unas vecinas. Me quedaba hasta los dos o tres de la mañana. Primero ir al corte era gratis, después había que pagar para volver. Después de las 12 de la noche uno tenía que pagar, ya no había más micros.... Ese corte fue grandísimo, se pidió trabajo. La gente pedía trabajo.... Ahí vino el cronista Sergio Lapegüe. ¿Lo conoces?

Mariana: ¿Él que trabaja en canal trece?

Agente sanitaria: Sí, ese que está en TN, en la tele. Ese se hizo famoso acá, en ese corte. El que negociaba era un chico de la facultad. Él hablaba, él negoció. Hicieron el arreglo. Ese chico después se fue para Salta (...). A la semana llamaron a la gente sin trabajo para anotar. Vino una vecina a avisarme que estaban anotando en el banco. Yo estaba recostada. La vecina me dice: vamos, vamos.... Yo pensaba: ¿será que me van a anotar? Yo la invité a mi otra vecina. Me levanté, me cambié y salimos como a las tres y media o cuatro, no me acuerdo.

Mariana: ¿Y se pudieron anotar?

Agente sanitaria: No. Cuando llegamos había como tres cuadras, más, de cola. Estuvimos hasta las ocho de la noche. No avanzaba la cola, porque algunos se colaban. Ahí vinieron a avisar que ya no anotaban más, que mañana de nuevo iban a anotar. Nos volvimos y nos pusimos de acuerdo que íbamos a venir a la cinco de la mañana (...) Cuando llegamos había ya cola, igual estábamos más cerca. Éramos cuatro vecinas las que cuidábamos la fila. Una iba a comprar galletas, otra algo para tomar... No sé sabía qué era lo que pedían para anotarse... algunos decían: hay que sacar fotocopia del documento, de las partidas de los hijos, de esto, lo otro... Ese día, Mariana, las fotocopadoras se hicieron la guita...

Mariana: ¿Qué plan era?, ¿Cuál era?..

Agente sanitaria: Se llamaba Plan Trabajar, el Trabajar. A la semana me llaman del hospital. No sabía para qué era. Todo lo que salió primero era para barrer las calles. Yo decía: no voy a salir a barrer calles, no me gusta. Mi hermano salió, lo llamaron de la municipalidad para hacer los cordones de las calles. Anotaban a los del corte, a los que habíamos estado ahí. A mí me llegan a avisar a las siete de la tarde: 'tenés que ir mañana al hospital a APS'. Yo decía: '¿qué será la APS?' Acá tenía agente sanitario, pero no sabía qué era APS.

Mariana: ¿Y fuiste?

Agente sanitaria: Sí. Estaba la... [Da el nombre de la doctora que estaba en la dirección de APS]. En ese momento ella era la jefa. Entré yo y... [menciona a sus otras compañeras que entraron junto con ella]. La doctora nos dio para llenar una hoja y que la entreguemos. Entramos y estaban todos los agentes sanitarios que nos miraban. Bueno, dice la doctora, hoy van a empezar. Siéntense. Pero como no había dónde sentarse, nos quedamos paradas. Todos salieron y nosotros nos quedamos. Ahí nos dijo que ella necesitaba gente, que nos iban a capacitar (...). Todas nos quedamos, menos una que decía que tenía que irse porque tenía que ir a cocinarle a los hijos. La doctora le dijo: 'si se va, mañana no vuelve'.

Mariana: ¿Cuántas eran?

Agente sanitaria: Como doce. Nos capacitamos en un mes. La doctora puso a los supervisores. Nos enseñaron al dedillo cómo sacar la edad [se refiere a los menores que tienen que pesar y medir], cómo poner las vacunas, cómo hacer los formularios, las gráficas.... En esa época se ponían las vacunas en la cola. Nos prestábamos la cola y los brazos entre compañeras [nos reímos].

Mariana: ¿Y cuándo saliste al sector? ¿A dónde te tocó ir?

Agente sanitaria: Me acuerdo que salimos en julio a terreno. En pleno invierno. Yo salí con... [nombra a su compañero]. Tenía parte del barrio y parte del otro barrio... Cuando los compañeros dejaron el Programa Árbol I, para pasar a planta provisoria, ahí entramos nosotros a cubrir los puestos del Programa Cólera con el Árbol II. Pasamos del Trabajar al Cólera, se hizo el contrato, se cobraba más: trescientos pesos... ya no estábamos con el plan, entramos a trabajar en un programa. (...) Seis meses salí con [nombra al agente sanitario que tenía el sector]. A los seis meses me dan el sector a mí. A él lo cambian. Yo me quedo con el sector de él, pero me sacan manzanas del barrio... y me agregan dos manzanas de la misión...

De esta manera, la agente sanitaria Emilce marcaba una diferencia entre *plan* y *programa*, al igual que me lo habían señalado otras de sus compañeras. Trabajar en el Programa Árbol/Cólera implicaba una re-categorización, en tanto tal pasaje era conceptualizado como un ascenso respecto del plan, aún cuando no dejaba de ser una contraprestación a la que se sumaban 150 pesos más.

Lo que me resultaba curioso era el énfasis puesto en la manera de diferenciarse, pues en definitiva tanto criollos como indígenas cuentan como posibilidad de sustento más tangible o concreta el acceder a un plan o programa. No obstante, mientras que para los criollos deviene en algo justificado, para los indígenas el contar con un plan o programa se convierte en algo que confirma su *flojera*.

En este sentido, considero, que la necesidad de reforzar las diferencias criollos-indígenas aparece ligada a un contexto en el cual, si bien una mayoría *vive de los planes* y los diacríticos materiales de diferenciación se desvanecen, es imperioso conjurar las indistinciones apelando a marcadores simbólicos que vuelvan a restituir la línea demarcatoria presupuesta que devino porosa e imprecisa en términos de acceso a “medios de vida” o “subsistencia”.

Durante el trabajo de campo, en mis primeros acompañamientos a los agentes sanitarios a *barrios criollos* y a *misiones*, no podía comprender ciertas distinciones, pues frente a mis ojos todas las familias podían considerarse en *riesgo*. No encontraba así diferencias “visibles” o “substanciales” que marcaran distinciones tajantes o notorias entre uno u otro sector. Sin embargo, los factores de riesgo cobraban otra resonancia cuando de *misiones* se trataba. En estos casos eran mucho más enfatizados o resaltados otros factores además de las necesidades insatisfechas. “Ser pobre” aparecía como algo distinto a “ser indio” o como cuestiones que, en principio, debían ser diferenciadas.

Como he tratado de demostrar, la gestión de riesgos parece ampliar el poder de auto-definición de “lo criollo” y definición del “otro” pues, sirviéndose de la grilla de *factores de riesgo* predeterminados, se va marcando a cada uno “su lugar” dentro del espacio social así producido.

Las intervenciones socio-sanitarias dirigidas a la población indígena cobran un matiz particular, pues emergen ligadas a una necesidad que se explica en términos de defensa social frente a una amenaza “latente” que hay que atender y de una “proximidad física y social” que se visualiza más problemática. Así, en determinadas circunstancias, la atención planteada en términos humanitarios va de la mano y se plantea con igual intensidad respecto a la cuestión de preservar a un “nosotros criollos” que se siente en peligro o asechado.

En una ocasión, conversando con una de las doctoras que trabaja en el hospital, ella me señalaba las dimensiones que adquirirían algunas situaciones como la tuberculosis o el dengue que *se hacen focos* que es preciso atender *porque pueden empezar a propagarse y diseminarse por todo Tartagal*, demostrándome el carácter constante que debe tener la *vigilancia epidemiológica*. En la misma dirección, una de las agentes sanitarias me expresaba que:

Los aborígenes tienen un desapego por la vida...le da lo mismo todo...pero a los que trabajamos en salud no nos puede pasar lo mismo. Los agentes tenemos que tener nivel de alarma. No se puede dejar las cosas a la deriva.

El cuidado sobre “ellos”, los aborígenes, aparece indisociado a un cuidado de un “nosotros” los criollos que se exagera en las situaciones críticas, cuando por ejemplo la amenaza de alguna afección o la enfermedad (como el dengue) puede expandirse, traspasando las fronteras y esfumando los contornos tan cuidadosamente delineados entre quienes son “saludables” y quienes se tornan sospechosos y/o directamente se incrimina como los “no saludables”.

Ahora bien, teniendo presentes las condiciones señaladas, queda pendiente seguir indagando qué implicancias tiene y qué significa para el agente sanitario indígena desempeñarse como “facilitador intercultural”. Para avanzar en esa dirección, habrá entonces que reparar en las tensiones generadas a partir del doble carácter que asume el agente sanitario indígena: ser parte de la población objetivo donde se interviene con más detalle y premura y, al mismo tiempo, constituirse en parte del engranaje de dicha intervención.

Tal vez una de las dimensiones promisorias para avanzar en este sentido sea reparar en la lógica y estructuración de las prácticas socio-sanitarias inscriptas dentro de lo que, localmente, implica la Atención Primaria de la Salud. Tener presentes tales dimensiones quizás pueda contribuir, a pensar y (des)armar la textura de relaciones sociales condensadas entre agentes sanitarios indígenas, *misiones* y servicios de salud. A eso, entre otras cuestiones vinculadas, me abocaré en el capítulo que sigue.

Algunas reflexiones finales

El presente capítulo fue pensado como un ejercicio introductorio en vistas a poder analizar la relación entre “alterización” y “salud” dentro de los programas dirigidos hacia los indígenas. En este sentido, me interesa ahora volver sobre algunas cuestiones trabajadas para pensarlas como posibles vías a seguir profundizando en capítulos sucesivos.

Como señala Fassin (1999), para comprender lo que ocurre en el campo de la salud y lo que implica el “gobierno de la vida” (la inversión de lo político en lo biológico), es preciso detenerse en los procesos de subjetivación performativos tanto de

representaciones como de prácticas sociales, a través de las cuales se entretejen relaciones dentro de un espacio social determinado.

Desde esta perspectiva, incorporando las experiencias, es decir, las concepciones y prácticas de quienes trabajan en APS, el propósito de este capítulo estuvo orientado a ir desbrozando la manera de construir y tratar socialmente “las diferencias” en el campo de la “promoción y prevención de la salud”.

A partir de lo que implica “la promoción y prevención” es posible comenzar a dar cuenta de cómo convergen y divergen ciertas concepciones, objetivos y prácticas tendientes a moldear “identidades”, en función de lo que se considera “saludable” y “no saludable” (Crawford, 1994).

De este modo, considero importante reparar de qué manera la *visita domiciliaria* constituye una práctica de observación y monitoreo de familias e individuos, tendiente a incorporar conductas, actitudes y disposiciones en la esfera “benevolente” de la acción social concertada para el mejoramiento individual y social. Como insinué en este capítulo y profundizaré en el siguiente, *la visita* constituye una instancia donde se refuerzan posiciones, se contornean los límites y se demarcan socialmente a los grupos, a fin de que cada uno “aprenda” a ocupar e “incorpore” el lugar que le “corresponde”. A través de su realización se va actualizando quién es el que está destinado a aprender y quién a promover.

Desde esta perspectiva, se vuelve necesario detenerse, entonces, en los “esquemas de percepción y apreciación” (Bourdieu, 1993) de los agentes sanitarios criollos e indígenas, en tanto los mismos implican modalidades de intervención diferenciadas, que las hacen justamente inteligibles. Dichas modalidades se encuentran inscriptas y responden a la posición que cada uno tiene dentro de la producción del espacio resultante de determinada “visión y división legítima del mundo social” (ob. cit.). Visión con la cual, como traté de dar cuenta, todo problema leído en términos de “lejanía o cercanía física” y “distancia social” en relación con “lo indígena” toma a “lo criollo” como parámetro de “lo saludable”.

En el próximo capítulo, me detendré en las *visitas domiciliarias* que los agentes sanitarios criollos e indígenas llevan a cabo diariamente. Me interesa particularmente trabajar aspectos vinculados a las relaciones que el agente sanitario criollo e indígena tiene con el hospital en tanto nexos, y profundizar el carácter que adopta la relación entre

el agente sanitario criollo e indígena con el sector de trabajo asignado. Con ello, asimismo, podremos profundizar como ciertas “marcas” se activan y qué disputas o tensiones esas marcas vehiculizan.

Capítulo V

La visita de los agentes sanitarios.

Puntos de partida

Como señalé en el capítulo anterior, las *visitas domiciliarias* constituyen la modalidad a partir de la cual los agentes sanitarios criollos e indígenas intervienen sobre los sectores que les son asignados. Es a partir de ellas que se despliegan una serie de intervenciones como las de *detectar a las familias en riesgo; enseñar los cuidados adecuados de la salud; promover los hábitos de higiene; inculcar la importancia del vínculo familiar; distribuir la leche* a las familias con niños desnutridos y realizar su seguimiento; *captar a las mujeres embarazadas* para que realicen los controles prenatales; *concientizar* sobre la importancia de la *planificación familiar*; articular con el área de acción social local la implementación de programas sociales; coordinar entre los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y el hospital la asistencia médica necesaria; y, por último, llevar a cabo *las campañas* tanto de vacunación como de *prevención frente a situaciones críticas*. Es este conjunto de tareas el que define el rol de agente sanitario y le imprime un carácter particular.

Este capítulo tiene entonces como propósito reconstruir la/s lógica/s y formas de intervención socio-sanitarias implicadas en las actividades que desarrollan los agentes sanitarios. En este marco, lo que constituye precisamente el núcleo de indagación es aquello que conforma el “sentido práctico” de quienes trabajan en APS (Bourdieu, 1991), apuntando a (de)construir la producción de los problemas a través de la cual se determina qué es objeto de atención y qué no, y cómo se interviene. Me interesa trabajar puntualmente dos aspectos que están intervencionalmente vinculados: la relación del agente sanitario tanto con el sistema de salud -los distintos servicios- como con el sector de trabajo donde llevan a cabo las *visitas domiciliarias*, en este caso las *misiones indígenas*. De este modo, me centraré en la condición de nexo que tiene el agente sanitario para dar cuenta de la trama de relaciones donde él mismo se halla inserto.

Para comprender y explicar la complejidad que reviste la figura y el rol del agente sanitario en general, y en particular la del agente sanitario indígena, considero imprescindible reconstruir tanto el contexto donde ellos llevan a cabo sus tareas, como el carácter de las relaciones sociales implicadas en su quehacer. Estos aspectos -que

imprimen un contenido y dan forma a las actividades asignadas a los agentes sanitarios- implican entonces no sólo dar cuenta de la relación de quienes trabajan en APS con los sectores poblacionales a los que dirigen su labor, sino también reparar en su relación con otros servicios del hospital, atendiendo, al mismo tiempo, a la diferenciación interna entre agentes sanitarios criollos e indígenas dentro de APS.¹¹⁷

Teniendo presente estas dimensiones, considero necesario comprender los sentidos de las prácticas en el contexto y a partir de las perspectivas de los participantes para situarlas dentro de las condiciones sociales de las que son producto.¹¹⁸ A través de tal clave de lectura, me propongo entonces analizar cómo la experiencia de la posición ocupada es afectada por las interacciones sociales acontecidas en el marco de cierta estructuración de relaciones sociales.

Las notas de campo que a continuación presento ponen de relieve algunas tensiones que se generan en torno a las intervenciones de los agentes sanitarios.¹¹⁹ A partir de las situaciones etnográficas registradas, se trata de ir identificando aquellos nodos problemáticos que hacen a la relación entre agentes sanitarios y *misiones aborígenes*, como también al lugar del agente sanitario dentro de la estructura hospitalaria. Teniendo en cuenta estas coordenadas, la idea es entender el espacio social construido por tales intervenciones, desbrozando el entramado de interrelaciones sociales y reglas de juego que ellas implican. Sólo a través de estas consideraciones es posible ir desentrañando el lugar que ocupa el agente sanitario indígena en su doble carácter, como ya señalé: ser parte de la población objetivo a la que se dirige la intervención y, al mismo tiempo, constituirse en delegado/representante del sistema de salud formal.

A su vez, para entender la incorporación de los agentes sanitarios indígenas, considero necesario ampliar la mirada hacia el resto de los agentes sanitarios y hacia la

¹¹⁷ En este capítulo, por lo tanto, me aboco exclusivamente a la relación agente sanitario - sector de trabajo y a la relación agente sanitario - hospital. Será en el capítulo séptimo que abordaré las relaciones entre los servicios del hospital y los *sectores indígenas*, con el análisis tanto de los circuitos/itinerarios de atención que los indígenas deben recorrer para ser atendidos, como de las maneras en que se reciben las demandas de asistencia médica.

¹¹⁸ En este sentido, tal como fue trabajado en el apartado teórico – metodológico, el punto de partida es el “carácter perspectivo” del mundo social, entendiéndolo con ello “la pluralidad de puntos de vista coexistentes” (Bourdieu, 1999: 91).

¹¹⁹ La confección de dichos registros ha estado motivada por la intención de re-construir en qué consisten las intervenciones socio-sanitarias desplegadas; qué presupuestos ellas implican; sobre qué cuestiones concretas se opera; alrededor de qué situaciones se generan los conflictos; y qué significados los agentes sanitarios otorgan a sus prácticas.

concepción de la APS que se tiene en dicho espacio. Para comprender el carácter que reviste su figura, y las ambigüedades que lo atraviesan, es preciso rastrear qué se espera en términos generales de un agente sanitario, y cuál es el mandato que en él se deposita. No se puede focalizar únicamente el análisis en los agentes sanitarios del Programa ANAHI. Se hace imprescindible establecer previamente cuál es el perfil del agente en términos generales, para luego examinar el modo en que dicho perfil está asimismo atravesado por el carácter de las relaciones interétnicas criollos-indígenas allí configuradas.

En primer lugar, entonces, repongo aquellas características que el equipo de APS considera como indispensables y que debe tener todo agente sanitario que se precie como “bueno”. Me refiero no sólo al mandato asignado al agente, sino también a la manera en que debería efectivizarlo para que su desempeño como tal sea reconocido y valorado.

En segundo lugar, a partir de cinco registros tomados como “casos referentes” de una misma situación -esto es, *la visita*- pretendo dar cuenta de aquellos rasgos o dimensiones significativas que hacen al carácter del nexo que reviste la figura del agente sanitario, centrándome en las maneras de intervenir y en los conflictos o tensiones que a raíz de ellas se suscitan. Con ello pretendo ir avanzando en el análisis de las “prácticas de normalización” desplegadas en y por medio de las *visitas domiciliarias*.¹²⁰

El perfil del agente sanitario

Los agentes sanitarios son definidos y se definen a sí mismos como los *educadores de la salud*. Frecuentemente, cuando son convocados por algún programa radial o televisivo local para *hablar a la comunidad* sobre algún problema de salud en particular, ellos se presentan no sólo como los *concientizadores*, sino como los que conocen más a la gente *por el contacto* directo que día a día tienen con ella, atribuyéndose a esto la eficacia de sus intervenciones y las *recomendaciones*.

¹²⁰ En este sentido, los aspectos aquí expuestos no agotan el análisis de los procesos de normalización desplegados mediante la realización de *las visitas*. En el próximo capítulo, algunos de ellos serán retomados y desarrollados con más profundidad a medida que vaya analizando cómo el agente sanitario distribuye o acerca programas sociales a las *familias críticas*, según el *factor de riesgo* que considere más gravitante en la incidencia del estado de salud de las mismas.

Asimismo, cada vez que se evoca o festeja el día del agente sanitario -3 de Junio- se remarca una y otra vez en los distintos homenajes o recordatorios su papel *orientador*, como aquel que “guía” a las familias en aquellas situaciones que pueden poner en riesgo su salud.¹²¹ Para tal tarea que se considera *ardua* es imperioso contar con un “temple especial”. De allí que, como por ejemplo señala la *Revista Sanidad* en conmemoración de dicha fecha:

“...Se destaque la labor y compromiso de trabajo de este importante sector, considerado como uno de los pilares fundamentales del equipo de salud (...) Desde esta asociación [ATSA] siempre bregamos por dar a conocer la sacrificada tarea que desarrollan, que no sabe de cansancios, ni de fatigas, que desafían las inclemencias del tiempo y las condiciones geográficas para llevar alivio al ser doliente” (Publicación de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad, [ATSA] Junio, 2008).

A tales situaciones vuelven una y otra vez los discursos que remarcan el valor y compromiso social de dicho recurso humano. Así es revivido el espíritu emprendedor que debe tener todo buen agente que se precie de tal, en una de las cartas de la dirección de APS Provincial enviada a los agentes sanitarios con motivo de tal fecha:

“El recurso humano en salud, sigue siendo fundamental en la planificación, ejecución, mantenimiento de las tareas dirigidas a cada individuo, familia, comunidad de cada sector de trabajo. Nuestro trabajo implica responsabilidad, compromiso de muchos agentes sanitarios, supervisores intermedios, personal de enfermería, esta cualidad debe seguir inalterable. El pasado 3 de junio “día del agente sanitario” se levantaron voces, mensajes, saluciones al quehacer cotidiano del Agente Sanitario en todas las áreas operativas de la provincia. (...) Nos invadió un sentimiento de que estamos vivos y con una fuerza para continuar esta noble tarea de promoción de la salud y prevención de las enfermedades (...) es necesario que el programa de APS continúe con la mística de trabajo, con el espíritu de la lucha. En estos tiempos difíciles las familias necesitan aún más el agente sanitario y al personal de salud. Ello quedó demostrado en la visita realizada en Zapota (...) donde las familias que no tienen la visita del agente sanitario durante mucho tiempo, sin embargo recuerdan las enseñanzas que el mismo dejó en cada una de ellas (Carta enviada desde la dirección de APS provincial junto con el instructivo del segundo curso de pre-ronda del año 2008).

El manual de capacitación del agente sanitario también remarca como cualidad inherente a su figura el ser “un efector con sensibilidad humana y gran compromiso social” (Ministerio de Salud Pública, Provincia de Salta, 2008). Allí, el agente sanitario

¹²¹ El 3 de Junio de 2008 en la pizarra de la sala de APS se recordaba el “Día del agente sanitario” de la siguiente manera: “Hace 28 años, un diciembre del año 1979, en nuestra área nos iniciamos como programa de salud rural, hoy estamos con la Atención Primaria de la Salud al servicio de toda la comunidad, en algo tan importante como es la promoción de la salud y la prevención. Compañeros: continuemos trabajando con responsabilidad y compromiso para esa madre, ese niño que tanto nos necesita. Feliz día a todos y a festejar”.

es el que debe ir a “hablar”, “informar”, “ayudar a comprender y resolver problemas y ser partícipes de los proyectos comunitarios” (Ibíd.: 3). De acuerdo a la capacitación que orienta su formación se establece que:

“Su **misión** es ejecutar las acciones básicas de promoción de la salud y prevención de enfermedades en el marco de la Estrategia de APS dentro de un sector determinado, trabajando con la familia, con enfoque integral, con criterio de riesgo y cobertura total. Su función es realizar acciones de promoción y protección y recuperación de la salud durante las visitas domiciliarias programadas, familia por familia, **promoviendo el Autocuidado**” (Ibíd.:3, subrayado propio).

Para tal “misión” el mismo manual señala cuáles son las condiciones que debe reunir el agente sanitario, entre las cuales enumera:

“Saber guardar secretos, saber escuchar, tener capacidad de comunicación con el lenguaje sencillo, brindar seguridad y amabilidad, ser firmes y flexibles, preguntar con claridad, ser imparciales y ser autocrítico” (Ibíd.:3, subrayado propio).

Así, se determina también que:

“Buena parte del éxito de la visita domiciliar está dado por sus actitudes y habilidades de comunicación y coordinación del Agente Sanitario anteriormente analizadas. Por ejemplo: saber observar, saber preguntar, saber escuchar, demostrar interés y respeto, entre otras” (Ibíd.: 9).

En cierta ocasión, para demostrarme la importancia de *ganarse la confianza de la gente* y finalmente *lograr que la gente responda*, uno de los agentes equiparaba su tarea a la del psicólogo: *el agente sanitario es como un psicólogo, tiene que saber escuchar y orientar a la familia, como quien dice prestar la oreja y mantener la calma*.

El papel *educador* que requiere una alta “sensibilidad” -y al que es necesario valorar por su trascendencia- es asimismo reforzado en diferentes coyunturas, cada vez que el trabajo del agente sanitario es puesto en entredicho por alguna circunstancia. Así, por ejemplo, ante las incriminaciones que pueden recibir de otros servicios del hospital o incluso de los mismos médicos *por no prevenir o no tener suficiente nivel de alerta*, los agentes sanitarios son los que señalan su proximidad con la gente por el *trabajo en terreno* y se asignan ser los *conocedores de la realidad*. Es común que frente a la labor poco reconocida dentro de la estructura del hospital remarquen, tal como lo hacía una de las agentes sanitarias:

Somos nosotros los que pateamos las piedras, los que caminamos sobre la greda, los que nos mojamos cuando llueve o nos calcinamos cuando hay sol.

Son estas mismas cualidades las que son puestas a jugar a la hora de reivindicar alguna mejora de las condiciones de trabajo o para obtener algún incremento en la remuneración. A comienzos del 2007, los agentes sanitarios criollos del Programa Árbol II (ex-cólera), conjuntamente con los del Programa ANAHI, iniciaban una serie de pedidos y medidas a fin de solicitar ser incorporados definitivamente a la estructura del hospital o bien pasar a planta temporaria. Los carteles desplegados en el hall de entrada de APS portaban las consignas que movilizaban el reclamo: *Por un trabajo y salario digno; por el reconocimiento del agente sanitario; Agentes Sanitarios en lucha por la dignidad y la salud*, entre otras. En ese momento, los agentes sanitarios del Programa Árbol II cobraban 300 pesos, mientras los del Programa ANAHI recibían un estipendio mensual de 345 pesos, sin contar con otro tipo de cobertura social (asignaciones por hijo, escolaridad, obra social, etc.).¹²² Tal era la situación de precariedad laboral, que mientras habían decidido -luego de plantear en las diferentes dependencias su situación- *no ir al sector de trabajo*, circulaban los rumores de que serían reemplazados por otros agentes, pues ellos no podían *hacer huelga* porque lo que tenían en definitiva era un *plan* más que un *trabajo*.¹²³ Estar *bajo Plan*, aún cuando se trabajaba para un programa de salud, era lo que cobraba más peso para quienes cuestionaban la legitimidad de la medida. En esa oportunidad, los agentes sanitarios también trataron de contrarrestar los comentarios adversos sobre sus decisiones y *plan de lucha*, replicando con aquellas características y disposición que les son remarcadas cotidianamente cuando se habla del desempeño deseado de todo “buen agente sanitario”:

Acá se repite siempre que somos el primer eslabón de la atención a la salud, que por eso somos importantes... y vos ves que nuestro trabajo no se respeta, al final somos el último orejón del tarro (Agente sanitaria criolla, Programa Árbol II).

No se valora al agente sanitario, como que no tiene valor lo que hace... Se habla de cuidar la salud, por eso somos importantes, pero a nosotros nadie nos cuida... (Agente sanitario indígena, Programa ANAHI).

¹²² La mayoría de los agentes sanitarios llevaban entre 11 o 12 años trabajando en tales condiciones. Algunos se habían incorporado como agentes sanitarios mediante los planes trabajar, otros mediante el Programa Árbol I (cólera), pasando luego a ser incorporados al Programa Árbol II (ex-cólera) y al Programa ANAHI.

¹²³ En este sentido, la inserción de los agentes sanitarios a través del Árbol II y ANAHI no era conceptualizada por dichos agentes como un *plan* por el cual a cambio de una contraprestación se recibe una remuneración, sino como la incorporación a la estructura hospitalaria a partir de un programa de salud que daba otro rango a su labor cotidiana.

Nos dicen que debemos ser servidores, estar atentos, tener compromiso y yo me pregunto: ¿dónde está el compromiso?, ¿dónde queda todo eso que hablan? Aquí estamos solos, nadie se acerca [se refiere al personal de los otros servicios del hospital], muy pocos han venido, preguntado algo. Ni nuestros otros compañeros que siguen trabajando nomás... como sino pasará nada (Agente sanitaria criolla, Programa Árbol II).

Nosotros somos los que ponemos el cuerpo, lo que estamos cuerpo a cuerpo. Expuestos a enfermedades que andan por allí, a pescarnos cualquier cosa (Agente sanitario criollo, Programa Árbol II).

De este modo, el carácter de “servicio abnegado” es puesto recurrentemente a jugar, en diferentes circunstancias, en pos de atribuir responsabilidades y, al mismo tiempo, conseguir cierto reconocimiento en la estructura hospitalaria. Es este perfil el que define la figura del agente sanitario: el papel del agente sanitario está investido de un carácter benévolo que se ejerce sobre un *sector de trabajo* al que debe promover hacia una forma de vida saludable.

Como se señala en el manual de capacitación del agente sanitario, el mismo:

“...actúa como **nexo entre las necesidades de su población y los Servicios de Salud**, poniendo en práctica todos sus conocimientos **para la resolución de problemas que atañe a cada uno de los integrantes de las familias**. La **educación permanente** permite un mejor abordaje a las diferentes situaciones familiares, por consiguiente, es una herramienta fundamental para mejorar la calidad de vida personal, familiar y de la comunidad, **con un espíritu de AUTORESPONSABILIZACIÓN, AUTOCUIDADO y AUTONOMÍA** (Ministerio de Salud Pública, 2008: 15, mayúsculas del original, subrayado propio).

En este sentido, la relación del agente sanitario con las familias a las que visita puede equipararse a la relación que Foucault señala respecto del “pastor” y el “rebaño” cuando caracteriza al “poder pastoral” (2006: 154). Así, de la misma manera que el pastor está al servicio del rebaño, el agente sanitario debe estar al servicio del *sector*. Como define Foucault, “el poder pastoral es un poder de cuidados” (2006:156), cuya misión es “velar” en el sentido de “vigilar” y estar atento a las desventuras que pueden recaer sobre el rebaño, a esa multiplicidad en movimiento. Se trata de un ejercicio de poder que “...se manifiesta por su celo, su dedicación, su aplicación indefinida... no se define por el aspecto honorífico sino por la dimensión de carga y esfuerzo” (2006: 156-157). Y si bien el agente como “pastor” debe dirigir a todo el conjunto asignado, solo puede hacerlo a condición de prestar atención a cada una de las familias que integran ese conjunto. En consecuencia, como caracteriza Foucault es un poder individualizante:

“el pastor dirige todo el rebaño, pero sólo puede hacerlo bien con la condición de que ni una de las ovejas se le escape... el pastor tiene que tener los ojos puestos sobre todos y cada uno, *omnes et singulatim...*” (2006: 157).¹²⁴ Al igual que el pastor, el agente sanitario debe salvar o rescatar a todo su *sector* y al mismo tiempo a cada una de las familias, encontrándose -como veremos más adelante- ante la paradoja del pastor, es decir, de que para salvar a una sola, en ciertas circunstancias, se vea impelido a descuidar a la totalidad. En este sentido, dicho agente aparece interpelado como el responsable de las familias que están a “su cuidado”, a las que deben conducir por el “buen camino”.

Asimismo, este tipo de relación entre agente sanitario y sector es replicado al interior del equipo de APS entre quienes tienen a cargo la coordinación del área (directora y supervisores) que organizan y controlan el trabajo de los agentes sanitarios.¹²⁵ A mediados del 2008 con la renuncia de la doctora a cargo de APS, la sensación de desamparo e incertidumbre por quién “guiaría” a los agentes sanitarios era expresada y compartida por los que allí trabajaban de diferentes maneras, tornándose para mí más inteligible el tipo de relación que prima dentro del área de APS y el lugar que ésta ocupa dentro de la estructura hospitalaria.

En los días sucesivos al anuncio de la renuncia de la coordinadora, la *deriva de APS* iba a convertirse en un tema recurrente en las conversaciones de los agentes sanitarios y supervisores. Ese día en que la noticia se oficializaba me encontraba, al igual que todas las mañanas, sentada en una de las mesas de trabajo donde -antes de salir al sector- los agentes sanitarios ordenan las planillas, los formularios, y revisan todas las cosas que resultan necesarias llevar para *las visitas* programadas del día.¹²⁶ Si bien los

¹²⁴ Tal como señala Foucault: “...la idea de un poder pastoral es la idea de un poder ejercido sobre una multiplicidad.... Es un poder que guía hacia una meta y sirve de intermedio en el camino hacia ella. Por lo tanto, es un poder finalista, un poder finalista para aquellos sobre quienes se ejerce... Es un poder, por último que apunta a la vez a todos y a cada uno en su paradójica equivalencia, y no a la unidad superior formada por el todo” (2006:158).

¹²⁵ Por cada grupo de 14 agentes sanitarios hay un supervisor que “monitorea” el trabajo que éstos realizan. Los supervisores son los que examinan las tareas que se llevan a cabo en el marco APS.

¹²⁶ Durante el período de *pre-ronda* los agentes sanitarios no salen a terreno, al *sector de trabajo*. De acuerdo al manual de capacitación se trata de “un período de reflexión, análisis, supervisión y evaluación de las actividades desarrolladas durante la ronda... donde se fijan los siguientes objetivos: 1) Valorar los logros alcanzados e identificar las dificultades operativas durante la ronda sanitaria. 2) Detectar errores, consensuando propuestas de mejoras en todas y cada una de las actividades prioritarias por área. 3) Lograr en el equipo de trabajo un profundo contenido motivador” (Ministerio de Salud Pública 2008: 14-15). En dicho período los agentes deben presentar un *resumen del sector* donde se vuelcan todos los datos: los porcentajes de familias cubiertas, la cantidad de vacunas realizadas, de embarazadas, de

comentarios y rumores acerca del alejamiento de la coordinadora habían comenzado a circular ya algunos meses atrás, hasta el momento sólo habían sido verbalizados en términos potenciales y siempre hipotéticos. Pero esa mañana, una vez congregados todos en la sala de APS, la doctora efectivizaba su renuncia expresando: *es una decisión que ya venía pensando*, contando además que se sentía *muy sobrepasada* y que debía dejar por su salud: *ya no puedo más, ya no puedo dormir pensando en todo lo que hace falta y falta hacer*. Nuevamente, en tal juego de palabras, el trabajo en APS volvía a ser caracterizado como sacrificado e insalubre. Inmediatamente una de las supervisoras expresaba al respecto:

Todos vamos a lamentar su ausencia... [Hace una pausa, se le entrecorta la voz]. Piense doctora que nosotros estábamos como las plantitas que no se cuidan y crecen todas torcidas, con el tallo torcido. Usted vino para cambiar las cosas, para enderezarlas, nosotros estábamos en la deriva, en la bulla desorientados...

Prosiguiendo otro supervisor señalaba que a pesar de la *partida de la doctora* era necesario *pensar en lo que se hizo, en lo que se logró, no en lo que no se hizo*, enumerando así una serie de “conquistas”:

Hay que acordarse, antes no teníamos lugar propio, estábamos donde salen ahora las ambulancias, no teníamos recursos, poníamos plata de nuestros bolsillos para las cosas, para la lavandina, el alcohol... nadie nos valoraba...¹²⁷

Luego de que otros agentes sanitarios expresaran que la iban a *extrañar*, que tenía que *irse con la frente en alto*, que no se olvidará de APS, la doctora tomaría nuevamente la palabra para relatar que cuando ella entró le importaba más el *afuera, los sectores* que el *adentro*, pero que *pronto* se había dado cuenta de lo importante *del adentro, de ustedes como agentes sanitarios*, resaltando que *no cualquiera puede trabajar en APS* y enfatizando la importancia en la coordinación del trabajo y la responsabilidad *para que las cosas marchen encarriladas*.

Dos cuestiones volvían a suscitarse alrededor de esta circunstancia, por un lado, otra vez se expresaba el carácter “especial” del trabajo de APS y por otro lado (también

niñas/os nacidos, de niñas/os con control nutricional, la mortalidad materno-infantil, etc. Asimismo se organizan las actividades para la próxima ronda de trabajo.

¹²⁷ El área de APS se encuentra ahora en uno de los sectores del *viejo hospital* donde funcionaban antes las salas de internación. Una vez habilitado el *nuevo hospital* (a fines del 2005) -cuentan los propios agentes- ellos mismos fueron los que acondicionaron dichas salas y pintaron las paredes. No obstante, varios agentes remarcan que si bien se les otorgó un lugar mejor de trabajo, les es significativo que no se haya previsto en el diseño del nuevo hospital *un lugar para APS* y hayan quedado en la *parte vieja*. Varias veces los agentes sanitarios han manifestado que siguen *asilados* del hospital encontrándose en uno de los pabellones que queda por fuera y sin conexión interna con el resto de los servicios del hospital.

en relación a la renuncia de la doctora), los agentes sanitarios y los supervisores, se pensaban ellos mismos de igual modo en que conciben a sus sectores de trabajo, esto es: como personas que necesitan de “cuidados” para estar *encarriladas*, no *torcidas* o *a la deriva*.

Son estas interpelaciones del agente sanitario como una persona de “temple especial” y la consideración de tratarse de un trabajo que no puede ser realizado por cualquiera sino por alguien con cualidades específicas las que, conjuntamente, van forjando cotidianamente la subjetividad de los mismos y hace posible la continuidad de un trabajo en condiciones difíciles. Condiciones que tienen que ver, por un lado, con los medios que tiene a disposición el agente sanitario (insumos, remuneración y valoración social de su trabajo) y, por otro lado, con las condiciones que -tal como analicé en el capítulo tres- están vinculadas a la situación que atraviesan las comunidades indígenas peri-urbanas y rurales de Tartagal: el desplazamiento y arrinconamiento hacia zonas más desfavorables (sin acceso a servicios básicos, como el agua, entre otros), la inestabilidad y/o falta de recursos para el sustentamiento de las familias.

Como señalé, son numerosas las ocasiones en las que, una y otra vez, se resalta el carácter abnegado de quien debe *guiar*, *aconsejar*, *conocer* las necesidades de cada familia en particular, *ayudarlas a mejorar su vida*. De este modo, el mandato institucional, expresado en el manual de capacitación y reiterado en diferentes oportunidades - en cartas, recordatorios, homenajes, charlas o reuniones- va forjando y afianzando la idea de *misión* que se le atribuye al agente sanitario. Una *misión* que adquiere el sentido de “proeza y salvataje”, con un cierto “matiz humanitario y heroico”, ante situaciones que se presentan como *críticas*. Así el agente sanitario debe actuar donde *falta* o escasea el *autocuidado* o no se encuentran criterios de autonomía lo suficientemente desarrollados.

En este sentido, *la visita* del agente sanitario aparece como una suerte de “ortopedia moral” (Foucault, 2005: 24) de las familias necesitadas del espíritu auto-responsable que es entonces necesario promover. La figura del agente sanitario se convierte de este modo en la clave para realizar la operación terapéutica de acción continúa que implica la “promoción de la salud y la prevención de enfermedades”.

No obstante, como veremos en las *visitas domiciliarias*, el rol del agente sanitario va adquiriendo matices diferentes según se despliegue en situaciones

particulares y quién lo lleve a cabo. Es en este marco general donde 80 agentes sanitarios actualmente desarrollan su principal tarea: las *visitas domiciliarias*.¹²⁸

Hacia el “sentido práctico” de las *visitas domiciliarias*

Como ya señalé, a partir de mi presentación en el área de APS expresando mi interés por conocer el tema de salud en las comunidades indígenas y la experiencia de trabajo de APS en ellas, pude establecer un acercamiento con quienes diariamente desarrollan las tareas de “promoción de la salud y prevención de las enfermedades”.

A través de la observación participante de las *visitas domiciliarias* pude ir desbrozando algunas dimensiones significativas que hacen a su praxis cotidiana, atendiendo a la explicitación que hacían a medida que llevaban a cabo sus tareas. Explicitaciones dirigidas no sólo hacia mí, *para que usted vaya aprendiendo*, sino también a las personas -generalmente mujeres- a quienes interpelaban en su carácter de destinatarias de *las visitas*.

Fueron éstas *salidas al sector* las instancias que me permitieron ir reconstruyendo algunos aspectos de las trayectorias de trabajo de los agentes sanitarios, como también sus experiencias cotidianas y, de este modo, comenzar a desentrañar el carácter de las múltiples relaciones entre sectores *misiones indígenas y barrios criollos*, hospital y agentes sanitarios.

Con las *visitas domiciliarias* -y en la medida que implican una serie de actividades específicas/determinadas- quienes allí intervienen van constituyéndose y asumiendo roles/papeles en un marco de interacciones definido. Como ya indiqué, el agente sanitario es aquel que va a promover a través de la enseñanza y la familia quien debe aprender y necesita ser promovida, condensándose de este modo determinados lazos sociales.

¹²⁸ Los agentes sanitarios por el programa Árbol II y ANAHI fueron incorporados a la planta temporaria del hospital a mediados de 2007. Hasta fines de 2008, el total de agentes sanitarios, contando los supervisores del área, sumaban 56 personas. En ese momento estaban trabajando, como agentes sanitarios, personas que cobraban el Plan Jefes/as de Hogar Desocupados/as. Algunas fueron incorporadas a la planta temporaria, luego de realizar un curso de capacitación dado por el mismo hospital. Otras siguen prestando *colaboración* a los agentes sanitarios criollos que tienen asignado un sector. A comienzos del año 2009 se incorporaron otros 24 agentes sanitarios, de los cuales sólo tres son indígenas. En la actualidad entonces son 80 personas las que trabajan en APS. Para alivianar el trabajo de los supervisores a raíz de la incorporación de los *nuevos sanitarios* fueron elegidos entre los *viejos agentes sanitarios* criollos cuatro tutores que orientan y supervisan a los recientemente incorporados.

En el apartado siguiente, se presentarán los registros etnográficos de *las visitas*, para luego establecer algunas conexiones y reflexiones en relación a las interrelaciones sociales que se dan durante tales situaciones. Mientras los tres primeros casos se refieren a agentes sanitarios criollos que trabajan en *sectores indígenas*, los dos últimos corresponden al acompañamiento de agentes sanitarios indígenas a sus respectivos lugares de trabajo.

A continuación de los cinco casos tomados como referentes, sólo serán trabajadas algunas dimensiones que hacen al desenvolvimiento del proceso de normalización que implican *las visitas*.¹²⁹ Pues aquí, me interesa abordar ciertos aspectos que hacen al modo en que los agentes sanitarios actualizan *la misión* que les ha sido encomendada, recreando entonces mediante su quehacer el mandato institucional del sistema de salud formal.

El propósito de examinar puntualmente tales situaciones etnográficas es describir y analizar la relación entre agente sanitario y sector de trabajo y, al mismo tiempo, señalar las tensiones que condensa el agente sanitario indígena. Asimismo, me parece importante aclarar que la relación entre agente sanitario y sector está mediada/atravesada por la relación entre agente sanitario y el hospital y no puede deslindarse de tal afectación.

Cabe una última aclaración respecto del modo de presentación de las situaciones etnográficas. Dicha presentación obedece a entender que el sentido de las prácticas de los agentes sanitarios sólo puede restituirse en la medida en que se preste particular atención a los contextos situacionales en que esas prácticas son experimentadas. Desde esta perspectiva, entonces, la reconstrucción de *las visitas* estuvo guiada por el afán de reponer las palabras y las acciones en el contexto de situación en que fueron producidas (Quiroz, 2006).

¹²⁹ Como señalé al comienzo del capítulo, los aspectos ligados a la distribución de programas y recursos que efectúan los agentes durante las visitas, según la predisposición y la actitud que ellos perciben por parte de la familia visitada, serán trabajados en el próximo capítulo. No obstante la reconstrucción de los registros de campo que se exponen aquí servirá también de base para la comprensión de los capítulos subsiguientes.

Cinco casos, cinco situaciones etnográficas¹³⁰

Primer caso: agente sanitaria criolla que trabaja en una *misión* hace tres meses.

Partimos al sector (*misión*) más tarde de lo habitual, a las 9:30 de la mañana. Estrella me explica que estaban esperando a los de *nivel central*. Tales personas que vienen del Ministerio de Salud Provincial son los que, en palabras de Estrella: *vienen de Salta a evaluarnos, puede ser de la parte de vacunas, por los formularios de nutrición...* La evaluación es por cada uno de los ítems, *factores de riesgo* que los agentes deben *detectar*. Ellos son los que evalúan el funcionamiento de APS en general. Se llevan las planillas y la información socio-sanitaria de la zona.

Mientras vamos en camino, Estrella me cuenta que desde el año '92 es agente sanitaria. Antes en el '91 estuvo como *colaboradora en una misión*, bastante alejada del centro de Tartagal. Me aclara que allí estuvo *de lleno, no como son ahora las colaboradoras que van y miran*. Fue la *primera mujer* en trabajar en esa misión. Recuerda esa instancia como de *aprendizaje*. Relata que ser colaboradora ahora no es igual a cuando ella empezó: *antes como colaboradora cobrabas un sueldo. Ahora las colaboradoras están con el Plan* (se refiere al Programa Jefes/as de Hogar Desocupados cuyos "beneficiarios" reciben un haber mensual no remunerativo de \$150). Estrella trabajó *con criollos más que nada, entreverados mayormente con bolivianos o algún que otro aborígen*.

Me comenta que debemos pasar por una de las casas que tenía Luz, una de las *colaboradoras* que trabaja en APS. Esas manzanas que antes estaban a su cargo, ahora se las agregaron a Estrella. A Luz *la han evaluado en APS y no la aprueban, porque no sabe leer los carnets de vacuna*. Luz sigue estando entonces como *colaboradora*, ayuda a Estrella en los controles y en las visitas domiciliarias. Según Estrella, ella intenta *apuntalarla para que aprenda*, de ahí que suele decirle: *si querés aprender, vas a tener que meterte*.

Nos detenemos en una casa, que queda a la vera de la ruta nacional N° 34. Estrella golpea las manos. Saluda al hombre que se asoma por la puerta y le pide la *mochila* y el *pilón* (balanza con la que se pesa a los chicos). Mientras esperamos, Estrella me cuenta que el hombre *está enojado porque todavía no pudo pasar*. Ella no pudo aún realizar la *visita* pues Luz se llevó los formularios: *recién ayer por la tarde los llevó a APS*. El hombre trae el *pilón* y la *mochila*. Estrella le dice que mañana va a pasar a conocer a los chicos. Le pide que le avise a la señora: *avísemele a la doña, no se vaya a olvidar*.

Ya estamos en el sector donde trabaja Estrella. Una mitad de sector *es criolla* y la otra mitad *es aborígen*. Estrella hace tres meses que está en este sector; tiene a cargo 160 familias. La *misión* ocupa dos manzanas de su sector, pero me aclara: *esas dos manzanas me están haciendo doler la cabeza*. Le pregunto por qué le resulta difícil trabajar en el sector. Me contesta: *es que vos llegas para hacerlos cambiar y ellos no quieren, son esquivos al trabajo, no están acostumbrados al progreso... no quieren adelantar*. Según Estrella *ellos están bien si se les traen las cosas*.

Mientras seguimos camino adentro, por la calle de tierra, en dirección hacia *la misión*, Estrella me va relatando el *encontronazo* que tuvo la semana pasada con el cacique. El problema surge en torno al lugar dónde realizar *el control* (actividad para pesar y medir a los niños menores de seis años).

Estrella no quiere hacer *el control* en el comedor comunitario y argumenta: *esta todo sucio; yo le dije -al cacique- acá no puedo trabajar, porque yo no vengo a pesar chanchitos*.

¹³⁰ Las palabras o frases en cursivas forman parte del "decir" de los actores, expresado en el curso de la interacción establecida en dichas ocasiones. Como ya señalé, los nombres de los agentes sanitarios y de las personas visitadas son ficticios, a fin de preservar la identidad de mis interlocutores.

Ella esperaba que el cacique le mandará a alguien para que limpie: *no sé alguno de sus hijos, su mujer, quien sea, no importa.*

Estrella esta indignada con la respuesta del cacique: *no de ninguna manera, todos están ocupados, ellos tienen cosas que hacer. Si usted se crió en algodones, problema suyo....* El entredicho llegó a su punto más álgido cuando Estrella le replicó al cacique: *dígame quién de acá es limpito, para que yo le hable, obteniendo como respuesta... nadie... acá somos todos indios, vamos a morir como indios.*

Estrella me indica cuáles son las manzanas de *la misión*. En una de las esquinas, doblamos. Nos detenemos a mitad de cuadra. Me señala una construcción de material: *ése es el comedor comunitario*. El comedor funciona sólo 15 días al mes, *después no hay, no alcanza*. Me pide que me asome por la puerta: *para que veas con tus propios ojos..., ves, siempre está sucio*. Me asomo, está oscuro. No veo nada, las ventanas están cerradas con postigones de madera. (...).

Según Estrella *ellos no hacen nada por mejorar*. La prioridad en este momento para ella es el tema del *saneamiento*. Tiene que *trabajar para lograr que hagan el pozo basurero para quemar*, según Estrella *no lo van a hacer porque son vagos*.

Nos detenemos frente a un cerco de madera. Estrella llama por el nombre a una mujer. La mujer que se ve en el fondo se acerca. Estrella me presenta: *hoy tengo una colaboradora nueva*. Le cuenta: *vino a conocer el trabajo de nosotros -los agentes sanitarios- y también a las familias*.

Mientras Estrella pregunta a la mujer si ya tiene los análisis, si los fue a buscar... le pide los carnets de los chicos y *el visto* (es un papel donde el agente sanitario registra que la casa ha sido visitada, funciona como comprobante, constancia de que el agente estuvo por allí). La mujer saca las cosas que hay sobre una mesa, cercana al fogón dónde están quemándose unos leños. Va a buscar los papeles. Estrella me dice *ella siempre me responde*. En espera de la mujer, Estrella se explaya más al respecto: *¿sabes cómo responden?: si vos los mandas, si les das las derivaciones, si les indicas todo*. Habla de *seguimiento, acompañamiento: si los mandas solos* (al hospital) *ellos están ahí, parados y recién cuando alguno le pregunta qué hace allí o qué quiere, responden algo*. Ella les *aconseja que tienen que hacerse valer...*

La señora regresa con una pequeña bolsa de nylon transparente donde tiene los carnets, los documentos y *el visto*.

Estrella comienza a ordenar las cosas, busca la planilla correspondiente a la familia. Se fija si hay un gancho para colgar el pilón, saca el centímetro y una conservadora donde guarda las vacunas. Le dice a la mujer: *por hoy voy a realizar el control en la casa*. Estrella me explica que la mujer no tiene problemas en ir al *control*, *ella me es cumplidora*. Ahora lo está haciendo en las casas hasta encontrar un *lugar apropiado*. Generalmente para *los controles* se establece un día a la semana y se convoca a las mujeres en un lugar.

Estrella y la mujer se ponen a conversar entre ellas. Hablan de la *salita*, allí es donde hacía *el control* el agente sanitario anterior. La *salita* se deterioró a raíz de su uso: *tenían clase allí los chicos de noveno año de la escuela*. Estrella aprovecha para preguntarle quién les limpiaba. La mujer contesta: *el agente sanitario, barría y limpiaba. Pasaba un trapo en la mesa, después hacía el control*. Estrella termina ese tema de conversación diciendo: *yo no puedo hacer el control allí... no está en condiciones, no sé por qué ustedes dejaron que se arruine la salita*.

Estrella ordena los carnets (allí se registran las vacunas, pero también la edad, peso, talla junto con la fecha del control). Comienza a pesar a la más pequeña, que aún no camina. Como no hay gancho y un poste firme donde colgar el pilón, Estrella me pide que la ayude. La pesamos colgando el pilón de la escoba que pusimos de hombro a hombro. Mientras, la mujer le comunica a Estrella que mandó para el hospital a su hija mayor a pedir un turno para la pequeña: *anoche estaba con tos, no podía dormir.... no sé si va a conseguir*. Estrella le pregunta a qué hora fue. La mujer contesta a las 6:30 de la mañana. Estrella cree que sí conseguirá un turno. Igualmente le dice que le dejará una derivación: *a la tarde teniendo derivación es más seguro que consigas*.

Una vez pesados y medidos todos los chicos de la casa menores de 6 años (cuatro en total), Estrella le explica a la mujer que, como *cambiaron los formularios*, debe hacerle unas preguntas. Antes de comenzar con el *cuestionario*, pasa lista a los miembros de la familia que figuran en la planilla. El hijo mayor de la mujer no se encuentra en la casa: *Está en el monte*. Mientras anota en la planilla, me explica que debe *registrar todo porque sino después vienen los problemas*. Lo que pasa es que *de allá vienen enfermos* y después *caen en el hospital* y allí *viene la pregunta ¿el agente sanitario no ha pasado? No dicen que se han enfermado en el campo*. A continuación le pregunta si se fue para la *pesca* o para la *poroteada* (cosecha de porotos). En el recuadro de *observaciones* de la planilla anota que hace dos semanas el hijo mayor se fue para la cosecha de porotos. Estrella me mira para decirme: *nosotros no le echamos la culpa a ellos, es la gente del hospital... todo recae en el agente sanitario... que no enseñás... que no concientizás, te empiezan a retar*.

A partir de esas preguntas *para detectar a las familias de riesgo*, Estrella va a determinar cada cuánto va a realizar *la visita*. Antes iba a visitarla dos veces cada tres meses (tiempo de duración de *la ronda*). Para eso saca un papel con 12 ítems (factores de riesgo, donde se detallan algunas preguntas). Estrella prepara a la mujer, con ello parece ganar su buena disponibilidad para responder: *Acá hay cosas nuevas que a lo mejor la mamá se va sorprender, pero yo debo preguntar. Tengo que preguntarle a ella como madre, más que nada como mamá*. Así le pregunta si tiene o no obra social, si hay algún integrante con *problemas en los pulmones, tos persistente* (tuberculosis), si *a alguno le pico alguna vez la vinchuca* o *le sacaron sangre y dio chagas*. *El agua veo que está bien, el grifo no pierde. Tratamiento de la basura: la quema, está bien*. Mirando el papel, añade: *bueno acá, se habla de las enfermedades sociales, ¿alguien de la familia toma mucho, se pone violento y tira las cosas o golpea?* La mujer contesta rápido: *no*. Pasa a siguiente: *¿No estás embarazada, no?*; no espera la respuesta, dando por sentado que no. Llega a la última pregunta que Estrella pronuncia y contesta ella misma, *personas mayores a cargo de menores sin primaria completa: sí*. Dado que *todo esta igual, no cambio nada*, le avisa a la mujer que va a seguir pasando cada mes y medio: *quedaron igual las nueve cruces*. Antes de partir Estrella firma *el visto*. La mujer le recuerda que le deje la derivación para la pequeña. Mientras que completa la derivación, le aconseja que le haga vapores de agua y le recomienda: *llévala bien, arregladita. Que no te pase como la otra vez...* La mujer no dice nada. Estrella explica por qué es importante su *consejo*: *si lo llevas en malas condiciones no te lo quieren tocar mucho*, acompaña su afirmación con un gesto hacia mí, apenas me roza la punta de su dedo por la frente y mi mano: *así te hacen*. Agrega *si lo llevas limpito, la doctora lo va a tocar; a mí no me afecta, viste, yo los trato lo mismo*.

Nos despedimos de la familia. Vamos camino a otra (...).

Estrella golpea las manos, sale una chica adolescente. Estrella explica que está haciendo *la visita*, que viene para pesar a su *chiquita* y a su *hermanita*. Le pide que también llame a su mamá. La chica nos indica que pasemos. Entramos; las mujeres están al lado del fogón, sentadas de manera circular sobre unos troncos. Nuevamente soy presentada de la misma manera por Estrella. (...) Después de pesar y medir a las niñas, el tema central de la visita gira en torno al *saneamiento: tratamiento de la basura*.

Aprovechando que *están todas juntas*, Estrella les habla de la *limpieza*. Dice no entender por qué están las *pilas de basura, toda la basura desparramada*, cuando ella sabe que *pasa el recolector dos veces por semana*. Las mujeres la escuchan, algunas cuchichean entre ellas en voz baja en su lengua/idioma. Estrella le dice que tienen que hacer *el pozo basurero*. Una de ellas le aclara *no siempre pasa*. Estrella dice haber estado averiguando: *en la muni, [municipalidad] dicen que pasa el recolector por aquí*. Sorpresivamente un hombre que iba y venía interviene en la conversación: *por ahí pasa, como no pasa... los perros después rompen todo y desparraman*. Para las mujeres es mejor tener la basura adentro, de esta forma se la controla más. Estrella demostrando su desacuerdo, les pregunta con cierto fastidio: *¿para qué ustedes tienen un cacique, un presidente? Ellos tienen que hacer cumplir la norma... si es así tienen que ir a la muni a reclamar. Pedir que se normalice el servicio*. Ellos argumentan haber ido a la muni, a nosotros no nos atienden. Para Estrella es cuestión de *insistir*, entonces.

Señalando las bolsas continúa: *estos son microbasurales, donde puede haber cucarachas, un montón de cosas... tienen que hacer el pozo basurero.* Estrella se levanta para ir hacia el fondo, diciendo *vengan que les voy a explicar algo de la basura.* Sólo se levanta una mujer del fogón. Las demás quedamos sentadas. A Estrella parece molestarle que nadie acuda, en tono de orden exclama: *Vos, Laura también tenés que venir, ahora que sos mamá tenés que aprender.* Mariana (dirigiéndose a mí) *vos también podés venir.* Después entonces de convocar a Laura la mamá adolescente y a mí, otra mujer se levanta. Estrella explica el *tratamiento adecuado* de la basura: qué se puede quemar, qué no, cómo deben hacer el *pozo basurero.* Estrella se queda mirando el piso, la tierra esta húmeda: *Acá hay algo que pierde, esto que pierde agua tampoco tiene que estar así.* Explica que la tierra húmeda *concentra parásitos que les entran por la piel de los pies a los niños* y por ese motivo *no hay que dejarlos descalzos.* Dirigiéndose a las mujeres que la rodean, pero también a las que quedaron en el fogón, pregunta: *¿en qué condiciones se puede tener el agua?* Se hace un silencio, nadie responde. Estrella continúa: *se puede tener en bidones, pero no así nomás como en una quebradita, que pierda... tiene que estar adecuado, no inadecuado.* Menciona *aunque haya grifos clandestinos* se lo debe tener en condiciones. Las mujeres se miran entre ellas y luego dirigen sus miradas a mí. La situación me desconcierta. Estrella pregunta inmediatamente: *el grifo clandestino, ¿saben lo qué es eso, no?* Una mujer le contesta: *no.* Estrella trata de ser explicativa: *clandestino.... Por ejemplo, algo que esta fuera de lo normal. Algo no normal. Que no estamos haciendo las cosas como deben ser. Eso se llama clandestino. Que estamos tomando algo que no corresponde.* La situación me incomoda, doy unos pasos para atrás. Estrella sigue como si nada diciendo: *entre todas pueden hacer el pozo basurero.* Anuncia, acto seguido, *la doctora de APS va a pasar el lunes o martes por aquí y no quiere ver todo esto así.*

Ya de nuevo encarando para el fogón, Estrella le pregunta a Laura cuándo le toca el control médico a su bebé. Se ofrece sacarle turno, pero no para el neonatólogo, sino para el pediatra, *porque ya cumplió un mes.* Coordinan con Laura cuándo le queda más cómodo o práctico ir. Me quedo conversando con las mujeres en el fogón. Estrella empieza a guardar sus cosas. Antes de irnos firma *los vistos.* Nos despedimos; de allí nos vamos a otra casa. En el camino me habla que lo importante para el agente sanitario es *concientizar.* El problema, según Estrella, es que *ellos no han conocido el trabajo del agente sanitario.* A veces no sabe si realizando ella los trámites en el hospital, hace *bien o mal: yo les traigo, les llevo, les consigo.* Por un lado, piensa que *se malacostumbran,* por otro *si no es así, en el hospital no les llevan el apunte.* Marca que con ella la *gente del hospital no tiene problema, a mí me dan turnos.* Sin embargo, Estrella se queja del tiempo que le lleva: *cuستا, demanda tiempo.* El trabajo del agente sanitario *es cansador, tenemos las visitas, los controles, las vacunas, la entrega de leche.... (...)*

Nos detenemos delante de un cerco de madera, y Estrella golpea las manos. En el fondo se ve a un hombre que está trabajando con unas tablas de madera. Mientras el hombre se va acercando, me cuenta: *la mujer de este hombre es maestra bilingüe. Tienen una nena de dos años.* Estrella hace mucho que no ve ni a la mujer, ni a la nena: *lo que pasa que el trabajo le salió lejos. Ella va y viene. Se lleva a la chiquita con ella.* El hombre nos saluda y nos hace pasar. Estrella pregunta: *¿no esta su señora?* El hombre responde *no.* Estrella le pide al hombre *el visto* y los carnets. El hombre sólo acerca una pequeña mesa para que Estrella pueda apoyar la mochila, la carpeta y la conservadora con las vacunas. Durante la visita permanecemos todos parados. Estrella no habla mucho con el hombre. Mientras mira los papeles, yo converso con el hombre del trabajo. Él me comenta que *no hay mucho trabajo, no se están vendiendo los mueblecitos,* por eso que ahora los hace *por encargo.* Estrella, que continúa mirando la planilla, interrumpe la conversación para decir: *acá están todos vacunados* y le pregunta: *¿usted tiene obra social, tiene cobertura?* El hombre contesta que *no.* Estrella: *¿no lo ha incorporado su señora?* El hombre dice que a él no, pero que a la nena sí. Estrella le hace sólo unas preguntas al hombre: *su mujer... embarazada no está, ¿no?* El hombre le dice que *no.* Estrella continúa: *como va y viene.* Prosigue, diciendo en voz alta *desempleo no hay, tiene agua, tiene el bañito.* Para Estrella no parece importante lo que recién el hombre acaba de señalar sobre su trabajo

inestable o fluctuante. Se detiene a preguntar: *con la basura, ¿cómo hace?* El hombre responde cortante: *la quemo. Bueno, don -dice Estrella- con usted estoy bien. No tengo nada para hacer.* Aclara: *falta sólo pesar a la nena.... ustedes están bien, yo ya lo sé, por eso los dejo para lo último.* Firma *el visto* y junta las cosas de arriba de la mesa. Estrella saca el tema de una familia -la próxima casa que tiene que visitar-: *Ustedes la deben conocer, es...* (da el nombre de la mujer). *Ella es un caso aparte.* Estrella acota que: *Esa mamá se ríe nomás, lo único que hace es reírse, pero no me hace las cosas.* El hombre no esboza palabra. Sólo nos acompaña hasta la puerta y nos despide.

En la casa que sigue no sale nadie a atendernos. Estrella pregunta a una vecina si vio a la señora. La vecina señala que *se fue para el centro... salió con los chicos.* Como ya son las doce y media pasadas, Estrella decide que vayamos volviendo para el hospital.

Segundo caso: agente sanitaria criolla que trabaja en una misión hace tres años.

En camino hacia *la misión*, Caoba hace el racconto de las casas que va a visitar. Tiene *programadas* cinco familias. El número de casas visitadas en el día puede variar. Depende no sólo de cuánto tiempo demore en cada una, sino también de que no surja algún imprevisto.

Hace tres años que esta en el sector. No sabe por cuánto tiempo más permanecerá allí. Cree que pronto la van a rotar de sector, la van a trasladar. Esa situación la tiene preocupada y afligida: *Cuando me enteré me puse a llorar.* Considera tal decisión *injusta: al final el que más trabaja, más está castigado. Una vez que logras poner las cosas en orden te trasladan.*

Caoba hace 14 años que es agente sanitaria. Trabajó en varios sectores, tanto criollos como indígenas. Recuerda como época de *trabajo duro* la *epidemia de cólera* del año 92: *a mí me tocó trabajar en misión cuando fue la explosión del cólera.* Acerca de la diferencia entre trabajar en sector criollo y sector indígena, Caoba remarca que la diferencia está en el *nivel de alarma, en la misión no lo tenés como lo puede estar entre criollos. El criollo no se queda.*

El trabajo en las misiones, según su parecer, es progresivo, *lleva su tiempo.* Cuando se trabaja en una *misión* el agente sanitario esta más expuesto a que le llamen la atención: *te machacan que vos no haces nada, que no enseñas. Yo digo que van a pasar años para ver cambios.* Caoba habla de *rescate de familias* al principio son *dos, tres, cuatro, siete familias...* *El fruto no lo voy a ver yo. El cambio va a llevar años y años...*

A raíz de esta conversación, Caoba me aclara que a ella no le importan los números. Cuenta que hace poco discutió con la doctora a cargo de APS: *Yo le dije, doctora usted quiere número o calidad. Porque si es por número, doctora... le digo usted es muy ambiciosa....* La doctora, según Caoba, se ríe cuando ella le dice esas cosas. Su postura es de *no callarme nada.* *Yo le digo: 'mire la cantidad de familias en riesgo que tengo, la cantidad de niños para pesar y medir'.* El trabajo en misiones es adjetivado como arduo: *A veces necesitas un descanso, sino la misión se apodera de tu mente.* Caoba relata que hace poco le sacaron una manzana *la doctora entendió, reconoció que tenía razón.* Antes llegaba a tener 180 familias, muchas en riesgo: *esas familias que te demandan más.* Ahora estima que tiene 150 familias. Caoba retoma la conversación sobre la cantidad y la calidad. Ella increpó a la doctora, se animó a decirle: *bueno, qué quiere doctora, número o calidad, porque las dos cosas no se pueden.*

En el camino Caoba se detiene. Saluda a dos mujeres y me presenta. Me explica que *son de la misión.* Una de ellas lleva entre sus brazos un bebé. Las mujeres van hacia el hospital. Caoba se cerciora de que vayan con la derivación. Les indica los pasos que tiene que hacer para ser atendidas y aconseja que le expliquen al neonatólogo: *contátele que al bebe aún no se le cayó el cordón umbilical....* Finalmente le aclara *hacé firmar la derivación, porque eso queda como prueba de tu cumplimiento,* agregando inmediatamente *vayan tranquilas, igualmente en la derivación yo le escribí todo bien al doctor.*

Después de esa situación, Caoba continúa contándome que, cuando llegó a *la misión*, hablaba con cada familia y les decía: *Si a mí me pusieron acá es para que cambiemos, no importa si somos pobres, no tenemos por qué dar motivos para que anden diciendo cosas por*

allí. La *misión* en ese momento era calificada como una *bomba de tiempo*, por tal motivo -me aclara- la pusieron a trabajar allí. Me dice que de esa *misión* salieron *corridos*, *botaron* muchos agentes sanitarios: *los iban pechando, acá los guaraníes son bravos...* Si bien al principio le costó el cambio de sector, ahora no quiere que la trasladen a otro. Se imagina que, cuando la roten de sector, la van a recordar como la que *nos enseñó*.

Caoba hace referencia de su *misión* como diferente a otras: *ellos están en otro nivel... han conseguido casas de material... tenés que trabajar bien, sino se van a quejar al hospital, no se van a callar*. Según Caoba, las quejas más comunes en el hospital son por la *entrega de leche* o por los *bolsones* (cajas de alimentos) de las embarazadas o de los chicos. Los *bolsones* se entregan desde la oficina de Acción Social, pero la gente los recibe indirectamente a través de los agentes sanitarios que hacen las derivaciones para el médico (obstetra/pediatra/nutricionista) quienes finalmente certifican, como ella define, *la necesidad*.

Mientras continuamos caminando, me cuenta sobre su forma de trabajo: *Yo les digo a ellos que no tienen que hacer las cosas para mí... yo quiero que ustedes lo aprendan, lo que hagan es para ustedes*. Vuelve sobre el tema de la movilidad de los agentes sanitarios: *un día vos estás acá, otro allá*, por eso repite: *yo les digo: lo que te enseñe te tiene que quedar a vos*. Caoba describe la tarea del agente sanitario como un *trabajo de servicio*, *por el bienestar de la gente, se trabaja por su bien*. Igualmente reconoce que no siempre *ellos* interpretan de ese modo la labor del agente sanitario: *con algunos tenés que proceder, no te queda otra*. Respondiendo a mi curiosidad al respecto, ella señala *eso sucede cuando no te queda alternativa*. No se explaya sobre tal cuestión. No obstante, comienza a contarme el modo en que realiza su trabajo. Al principio recurre al humor o al chiste. Me ejemplifica: *A lo mejor voy a una casa y digo: 'sabes que ya me vinieron a recibir, ¿no?' La mamá no entiende nada, mira para los costados porque estamos ella y yo. Ahí les señalo la basura que hay tirada....* Esta es una de las maneras que Caoba encuentra para indicar que la basura no está donde corresponde: *ahí esta mal, ahí no va*. De este modo, me va especificando cómo las formas de decir o hacer tienen mucha influencia sobre los *resultados del trabajo*.

Caoba vuelve sobre sus primeros meses de trabajo en la *misión*. Me explica que al principio no la aceptaban, pero que ahora todo cambió: *llego y ya están preparando la mesa para que vos puedas trabajar*. Tal es así que hace poco fue a la casa de una familia que *no tenía nada, nada... y la mamá me puso como mantel una pollera de ella para cubrir la mesa*. Esas situaciones son interpretadas por Caoba como *señales* de que la van aceptando, que *van cambiando*. Otra *señal* se da cuando las mujeres se enteran de que el agente sanitario *está dando vueltas: agarran la escoba y las ves barriendo... como nosotras no vamos de visita una casa a la par de la otra, sino que salteamos, no saben donde vamos a caer*. Para Caoba tales comportamientos significan que *algo estás dejando*. Ella va marcando un antes y un después de su llegada al sector; ahora su percepción del sector es diferente: *está en orden, ya te voy a mostrar, acá vas a ver otra cosa*.

Caoba logró que la doctora le sacara una manzana del sector. No obstante, no fue sencillo. A raíz de este comentario, me relata el problema que había tenido. La doctora le había sacado la primera manzana de la *misión* argumentando que ésta quedaba más cerca del sector de Ambar, otra agente sanitaria cuyo sector es contiguo al suyo. Aún así Caoba estaba disconforme: *Yo le dije a la doctora que me saque la manzana del fondo, no la primera*. Señalándose la cara y la nuca, me dice que en la *misión* hay que tener *ojos acá y allá, no se puede dejar así nomás las cosas*. La doctora entendió la situación a partir de la internación de un chiquito, después de tanto *pelear*. Meses atrás, Caoba tenía en *control* un chiquito de un año y meses que *venía más o menos*. Le había agarrado un hongo: *el pático, es un hongo que te deja la boca, la lengua blanca*. Hasta hace poco estuvo internado, *casi se muere* me dice de manera exaltada. Tendría luego la oportunidad de conocer tal experiencia contada por la madre y el padre del pequeño, pues era una de las casas a las que Caoba tenía programado visitar.

Llegando al sector, Caoba me empieza a indicar las manzanas de la *misión*. Las casas son todas iguales, están hechas de material, fueron construidas con fondos provinciales y municipales a través de los *planes de vivienda*. Son pequeñas, tienen dos habitaciones que dan a

una estrecha galería, donde hay una piletta y una mesada. El techo que recubre la galería y las habitaciones es de chapa. Cada casa tiene su respectivo cerco de madera de confección manual. Las construcciones son iguales a las que vi en otras dos *misiones*, en una todavía en obra sin terminar. Caoba me señala: *viste, ¿es diferente o no a otras misiones?, acá son más limpios*.

Antes de ir de *visita* a las casas, acompañé a Caoba al CAPS (Centro de Atención Primaria de Salud) de la comunidad, donde debe dejar unas vacunas. Es un edificio nuevo, hace un año y medio que lo tienen. Allí me entero, conversando con la enfermera del lugar, que se están quedando sin médicos para la atención, debido a que la municipalidad ha interrumpido el pago de haberes: *Ahora tienen que ir más al hospital*.

Retomamos el camino de tierra, vamos hacia la primera casa. Allí tendría la continuación del caso que Caoba me había comenzado a contar: el niño internado por *pático*.

Caoba golpea las manos. Una mujer joven sale a atendernos. Nos saludamos y me presento. Caoba exclama: *viste, hoy tengo colaboradora, ella me va ayudar con el papelerío*. Las dos se ríen. A continuación, Caoba agrega: *hoy voy a tener más tiempo para charlar*. De nuevo ambas se ríen.

Ya sentadas alrededor de la mesa, cercana al fogón, Caoba saca sus planillas y empieza a ver los carnets que le acercó la mamá de los niños. Los chicos corretean, van y vienen. Caoba pregunta cómo está el chiquito que semanas atrás había estado internado. La mamá contesta: *bien, está adentro con su papá*. Al rato el hombre, cargándolo en sus brazos, se incorporaría a la charla.

Caoba y la mujer me van relatando la situación que atravesó la familia tiempo atrás, que llevó a la internación del pequeño en el hospital en grave estado. Caoba explica cómo empieza a notar que el niño va perdiendo peso y por esa razón hace una derivación para que la mamá haga la consulta al médico. En ese primer momento la doctora que lo atiende le diagnostica *pático*, dándole bicarbonato para que le limpie la boca. Al no haber mejoría, Caoba le aconseja a la mamá cambiar de doctora. La manda a ver una doctora que trabaja en otro *periférico* -así es como algunos hacen referencia a la atención médica realizada en los CAPS, también definida como *extramuros*-: *yo veía que cada vez estaba peor, no podíamos esperar.... si acá no te dan respuesta, sino hay resultados, hay que seguir tocando puertas*. Caoba continúa: *yo hago lo que me corresponde que es derivar... no soy profesional, a mí me prepararon sólo para la parte preventiva... no hacía falta saber mucho para ver que cada vez estaba peor*. En esa derivación había dejado constancia que ese niño era *déficit moderado a grave y hacía cuatro meses que estaba con el problema del pático*. Para ese entonces la mamá había recurrido a la pediatra y a la nutricionista sin notar ninguna mejoría.

La madre del pequeño me relata cómo lo veía empeorar, no sólo había dejado de comer, sino también de caminar: *se la pasaba sentado, cada vez se movía menos*. Esa doctora, a la cual Caoba recurre con frecuencia porque *ella les revisa hasta las uñas, no es por criticar a los demás, pero vos te das cuenta...*, fue quien *urgente* lo derivó al hospital. Ahí la cosa fue distinta, pues según Caoba la doctora *lo derivó al hospital como profesional a otro profesional*, marcándome el peso que puede tener una y otra derivación, según quién la realice.

Llegada esta instancia, la situación lejos de aliviarse, se complicó más: *al chico lo recibe la doctora X, y empieza a cuestionar a la madre, 'es una abandonada, dejada, este chico ya está cuachorco'* (se trata de niños con desnutrición aguda, y uno de los signos que refleja su estado es el de encontrarse hinchados, semejando cierta gordura). La madre interrumpe a Caoba para agregar: *yo me sentía mal, me decían que lo había abandonado, que no le daba de comer*. Cuenta que le limpiaba la boca como le habían indicado pero *el pático se había metido para adentro, se iba... a los días aparecía de nuevo*. Así estuvo durante mucho tiempo.

El cuestionamiento no sólo se circunscribía a la madre, sino que se hacía extensivo a Caoba como agente sanitario. En esos días la doctora de APS llama a Caoba para hablar al respecto: *me reclamaba cómo un chiquito podía haber llegado en esas condiciones, me interrogaba: ¡qué pasó!!!!*.

A medida que avanzaba el relato comprendía el papel de *las derivaciones* y la preocupación de Caoba por ellas: *Decí que teníamos guardadas y firmadas todas las*

derivaciones. La internación duró 10 días. Caoba se pone a conversar sobre la recuperación del niño. La mamá me dice *ahora esta en déficit leve, ahora toma con ganas la leche*. Frente a la apreciación de la mamá, Caoba agrega: *viste, cómo sabe ella, cómo maneja la terminología*. Dejamos a la familia, antes Caoba le da una nueva derivación para el niño y la leche. La mamá ahora sigue el tratamiento con la doctora que *revisa hasta las uñas en el otro periférico*.

Al salir de la casa, nos dirigimos hacia otra. En el tramo seguimos con Caoba hablando sobre el tema. Me cuenta que ella es mamá y siempre se pone en el lugar de la madre: *yo sé lo que es ver que tu hijo esta mal*. En estos casos críticos, parece ser frecuente que se termine endilgándose la responsabilidad a la madre y al agente sanitario. Caoba hace una pregunta que se responde ella misma: *¿dónde está el hilo más débil?, el agente sanitario y la madre*. Los profesionales no suelen reconocer *lo que se les pasa, sus cosas*. De allí la importancia de los carnets, *los vistos y las derivaciones* firmadas: *si tales cosas están, es más fácil defenderse*. (...)

En la siguiente casa, nos encontraríamos con otra situación. Antes de entrar, Caoba me pone al tanto del *conflicto* desatado días atrás entre vecinas *por sus hijos*. La señora que vamos a ver tiene un corte en la cabeza: *le dieron puntos*.

Al principio no se hace referencia al tema, parece ser una *visita* más, igual a las otras. La misma rutina, el agente sanitario pide los carnets, *el visto*. Se tocan temas que parecen ser más triviales (Ej. el estado del tiempo), se hacen preguntas generales relativas al estado de los integrantes de la casa, mientras se repasa *el censo* (nómina de personas que viven en el hogar y figuran en la planilla).

Nos ponemos a hablar de la escuela. La mujer cuenta que tienen dos maestras bilingües. Les enseñan el idioma a los chicos. Manifiesta estar preocupada porque los chicos hablan castellano, no quieren hablar el idioma: *entienden, pero no quieren hablar*. Señala el cambio percibido hace tiempo, los padres prefieren hablarles en castellano: *antes nos hablaban en idioma*. A colación de los *cambios, de cómo eran las cosas de antes*, Caoba va introduciendo de a poco el tema de la *visita* que la convoca: *los problemas familiares*. Me asombra la habilidad de Caoba para introducir el tema con “naturalidad” en la charla. Siguiendo el curso de la conversación va instalando la cuestión que la preocupa: *antes todo era más sano, usted lo sabe; los mayores enseñaban todo, el idioma, las costumbres..., ahora las chicas cambian de marido*. Mientras hace estas afirmaciones, va realizando algunas preguntas: *¿y usted cuánto hace que esta con su marido?* La señora contesta que hace unos cuantos años: *conocí a mi marido cuando tenía 14 años*, comienza a hablar de su familia. Tiene ocho hijos y algunos nietos. Casi todos viven allí con ella, menos los dos mayores. La afirmación de la mujer acerca de los *cambios de ahora*, da el pie para que Caoba empiece a hablar de la importancia de la madre en la *transmisión de las costumbres*: *yo siempre les digo a ustedes, a las mamás, no tienen que dejarles de aconsejarle a los hijos*. Según Caoba en toda familia *hay una oveja negra* por esa razón no hay que dejar de *inculcar las cosas*. La madre es como un *botón de muestra* para sus hijos. Caoba se pone de ejemplo. Cuenta que a ella le *costó mucho criar* a sus hijos: *prácticamente los crié sola*. Al separarse de su marido, se distanciaron: *no lo tuve ahí al lado*. Los problemas aparecieron cuando los hijos fueron creciendo: *a mi hijo se le dio por tomar. Yo sabía que tenía que sacarlo del vicio en el que se había metido... sino después vienen otras cosas, la droga y otras cosas*. Caoba dice estar *satisfecha* con la crianza de sus hijos: *yo les aconsejaba, les hablaba, andaba atrás*. Acto seguido exclama: *si yo pude criarlos sola, ustedes con un hombre al lado, con más razón deberían poder controlar a los hijos*. Caoba toma como metáfora la casa para hablar de la familia, dice: *el papá y la mamá son importantes. Son como una casa, el papá es el cimiento y la mamá el techo. Si algo falla las cosas empiezan a andar mal*. Caoba liga la *drogadicción, el vino, a la falta de consejo, de control*. Enfatiza: *a los hijos hay que apuntalarlos para que no tomen el mal camino*. Hace referencia a la *pelea con la vecina*. Comienza a explicarme que *ella* [la mujer de la casa] *tiene esos puntos en la cabeza por defender a su hijo*.

La mujer no quiere hablar mucho del incidente, solo se limita a decir que ella *les da consejo*. Caoba le pregunta si los hijos *toman*. Frente al silencio que se genera, prosigue con su monólogo, dice entenderla porque ella también es madre: *somos madres y una defiende a los*

hijos, hasta a veces se hace golpear por ellos, para defenderlos. Caoba va construyendo la figura de la madre y el padre: usted sabe, la madre es quien conoce mejor a sus hijos. El padre es autoridad, es apoyo. La madre siempre está, el hombre no... Para dar mayor peso a sus palabras, termina afirmando: lo digo con conocimiento de causa porque yo soy mamá soltera. La mujer escucha pensativa, con tono afligido, refiriéndose al hijo expresa: no sé porque salió así. Caoba arremete con la pregunta ¿su marido no toma? La mujer responde rotundamente: no. A continuación, ya con fastidio mirando la puerta, le señala a Caoba: Por qué no le dice a la otra mujer que también aconseje. Caoba, enseguida interviene: claro, ojo, yo ya estuve hablando con ella. También le dije que tiene que aconsejar. Como le hablo a usted, le hablo a ella. Yo soy agente sanitaria de todos. Caoba va cambiando de tema de conversación. Se pone a hablar del trabajo del agente sanitario: nosotros simplemente venimos a ayudar..., nos toca hacer educación sanitaria y la familia es educación sanitaria. Caoba dice entender a la madre: yo comprendo que esté amargada, porque una madre hace todo por el hijo. De a poco va mirando los carnets y las planillas, mientras acomoda los papeles... le dice que le trajo las semillas del Programa Pro-Huerta. El tema es ya dejado a un costado. La visita prosigue más distendida (...).

Tercer caso: agente sanitario criollo trabajando en misión aborígen hace tres años.

Gregorio es uno de los agentes sanitarios con más antigüedad en APS. Tiene una vasta experiencia de trabajo en la zona. Conoce a varias comunidades porque ya trabajó en muchas de ellas. En esta oportunidad vamos a visitar una de las *misiones* que está relativamente cerca del *centro*. Las *misiones* que Gregorio tiene como sector están contiguas unas a las otras. Ésta es la sexta vez que lo acompaño al sector. Al igual que las veces anteriores, en camino vamos conversando. Gregorio estaba cursando las materias de la carrera de *educador sanitario* que se dictan en la sede que la UnSA (Universidad Nacional de Salta) tiene en Tartagal. Tuvo que dejar de cursar porque está trabajando de albañil en su propia casa, haciendo *la pieza para los chicos* y no podía con el trabajo en APS, la construcción y la cursada. La idea de Gregorio es dejar de trabajar en APS y *pasar a enfermería*. Me cuenta que ya está *cansado* de trabajar en APS: *este trabajo es insalubre, estás muy expuesto a todo, a enfermedades, mosquitos, calor...* (...).

Al cruzar la ruta, nos encontramos con un hombre, al que Gregorio saluda y pregunta: *¿cómo está su mujer?* El hombre contesta *bien*, asintiendo con la cabeza, sin dar más detalles. Gregorio, entonces pregunta: *¿todavía no tiene dolores?* El hombre se aparta un poco, toma distancia y, como quien se dispone a seguir viaje, le responde: *ya nació*. Gregorio, entre sorprendido y exaltado replica: *¿Cómo que ya nació?, ¿Dónde nació?* El hombre contesta: *en la casa*. Gregorio ya un poco más nervioso exclama: *¿cómo que en la casa?, ¿cuándo nació?* El hombre responde que *ayer a la noche*. Gregorio, prosigue preguntándole si la mujer está en la casa y *quién la ayudó a tener*. El hombre, que ya está a cierta distancia de nosotros, contesta *la viejita...* Gregorio -que parece no escuchar- dice *¿la partera?* *Sí*, responde el hombre. Gregorio le reprocha: *les dije que estaba en fecha, que estuvieran atentos, que cuando empezara a sentirse mal vayan al hospital*. Le indica al hombre que al mediodía va pasar por la casa, para dar las vacunas y hacer la *derivación* para que vayan al control. Emprendemos nuevamente el camino. Según Gregorio, cuando su supervisor se entere, *va a poner el grito en el cielo*. Ya con tono de lamento expresa: *lo que menos quería era un parto domiciliario... es lo último que me faltaba...* Le pregunto si el *parto domiciliario* le va a traer muchos problemas. Me contesta que *sí*. Comienza a relatarme: *vos viste que tengo muchas mujeres embarazadas. Tengo cinco mujeres sin control*. Gregorio dice estar *sorprendido* de la situación porque *la mujer tenía los controles, iba al hospital* y que él *pensaba que iba ir al hospital a tener*. De todos modos, me comenta que ya había puesto en advertencia a APS, avisando: *si estas mamás tienen en la casa no es problema mío*. Gregorio es uno de los agentes sanitarios que tiene más de 180 familias a cargo. Desde APS le habían prometido ponerle una *colaboradora*. Meses más tarde cuando

volví a hacer trabajo de campo, si bien a Gregorio no le habían puesto una *colaboradora*, sí habían subdividido el sector traspasando familias a otro compañero suyo que trabaja en el sector colindante.

Gregorio cuenta que a veces el problema de los controles esta vinculado al problema de los turnos: *la gente no puede esperar los turnos*. Él tuvo ya varias discusiones en el hospital con las de recepción: *la gente no puede venir a las cuatro de la mañana, para que después les digan que se acabaron los turnos, o que no atienden*. Cuenta que una vez no le querían dar turno, para conseguirlos tuvo que decirles que iba a hablar con el gerente del hospital: *no tenía problemas de ir y plantear ahí la cosa y en seguida ahí nomás arreglaron y conseguí*. (...) Ahora ya no tiene problemas con los turnos: *ya me conocen, los saco sin problemas*.

Vamos llegando a las casas que hoy tenía planificadas visitar. Se trata de unas casas que están en el borde de una especie de *grieta* (canal) que, la gente del lugar, le llama *la quebrada*. Es la primera vez que visito con el agente sanitario esta casa. Golpeamos las manos. Salen primero a recibirnos unos perros ladrando. Gregorio me dice: *a mí no me va a morder, a vos no sé si te van a reconocer*. Los perros parecen un poco amenazantes, pero nos reímos de la situación: *cuando llegues a Buenos Aires puedes decir que te corrieron los perros...*

Nos atiende una mujer. Gregorio le explica a la mujer: ella viene de Buenos Aires, ahora se va ir corrida por los perros. La mujer apenas se sonríe (la situación me pone un poco tensa, no parece que seamos muy bienvenidos). Gregorio, como si nada, continúa explicitando: *voy a pesar y medir a los chicos. ¿La abuela está durmiendo?*, pregunta. La mujer contesta que sí, está durmiendo. Gregorio, comenta: *no se sabe cuántos años tiene la abuela, ¿cuántos años debe tener?, ¿muchos, no? Debe tener como 87 años....* Después pregunta: *¿Tu esposo?, ¿trabajando?* La mujer responde sólo con un *sí*. Gregorio acota: *está castigado, entonces. Está bien, tiene que aprovechar*. La mujer se sonríe. Gregorio le pide a la mujer que le traiga *el visto y los carnets* de los chicos.

Nos ponemos al lado del fuego, debajo de un toldo. La mujer no interactúa. Se limita a contestar lo que Gregorio pregunta. Está con su hija más pequeña en brazos, parada a un costado, un poco alejada del fuego.

Gregorio cuelga el pilón de un poste y empieza a pesar y medir a los dos más grandes. Luego pesará a la beba de nueve meses. Me pide que vaya completando los carnets, poniendo allí la fecha, la talla y el peso que me va indicando a medida que los pesa y mide. Mientras esto sucede, comentamos que no es habitual que haga tanto frío para la zona. Suponemos que cuando salga el sol se va a sentir menos el frío. Hoy el día está nublado y por momentos se levanta viento.

Gregorio le pregunta a la mujer *¿ya le sacaste documento a los chicos?* Como la mujer contesta que no, Gregorio indica: *pero háceme el trámite mamita. Así te puedo poner en el Plan Nacer a los chicos...sino no te vas a quedar afuera, del Nacer y de los otros*. Gregorio completa la planilla por cada chico que pesó. Se fija en la gráfica (tablas donde se cruza edad, peso y talla). La de nueve meses, señala *es déficit leve* (se refiere a su estado nutricional). Dirigiéndose a la mujer: *¿Le seguís dando el pecho a la nena?* La mujer responde que sí. Gregorio pregunta: *¿Qué ha pasado que no fuiste al control? Tenés que fijarte acá donde te anoto, tal día control.....* Remarca: *Yo vine acá porque hay riesgo, si no, no vengo*. La mujer lo mira pero no dice nada. Continúa: *Ahora te digo el 15 de agosto voy a estar controlando, fijate. Uno los llama y tienen que ir para esa fecha. Esta chiquita no está en 'peso adecuado'. Estaba en riesgo nutricional, ahora ya está en déficit nutricional.... Se está yendo para abajo*. Le indica que pase a buscar la leche a la salita de la otra comunidad donde realiza los *controles*. Pero le advierte que *tienen que ir al próximo control*.

Gregorio dice que *han cambiado algunos factores de riesgo*. Sacaron el de *hacinamiento* y pusieron el de *vivienda* con otros ítems que hay que completar. Allí hay que consignar de qué materiales esta hecha la vivienda: si tiene piso de cemento, mosaico o baldosa, o de tierra. Si las paredes son de adobe, de madera, o ladrillos. Si el techo es de fibrocemento, de chapa, o paja y barro, u otro material. Los ítems sobre el tratamiento de agua, residuo, baños, saneamiento del 1/2 ambiente, se mantienen. De este modo, Gregorio expresa *tengo que ver*

porque son planillas nuevas. A ver qué datos me faltan llenar. Dirigiéndose a la mujer: *¿qué estás haciendo con la basura?* La mujer contesta que a veces la quema y otras veces la tira en la quebrada. Gregorio le aconseja que tiene que tratar de quemarla o enterrarla en el *pozo basurero siempre: sino esto va a ser el cuento de nunca acabar*. Momentos más tarde, cuando salíamos de la casa Gregorio me contaría lo que el supervisor le había dicho al respecto, aclarándome de qué se trataba el asunto.

Gregorio llena la planilla de factores de riesgos consignando en cada casillero las *cruces* correspondientes a cada ítem, sin realizar ninguna otra pregunta a la mujer. Por último, le indica que la seguirá visitando cada mes y medio: *por eso es importante que vayas al control con los chicos, así llenamos los carnets y vemos el tema de la leche y el bolsón*. Bueno, le indica a la mujer *ahora buscáme el visto, sino dicen que el sanitario no viene*. En el visto además de firmar, en el casillero que corresponde a *Acciones Educativas* completa: charla sobre saneamiento ambiental. [Como me señaló otra de las agentes sanitarias, durante una visita, en dicho casillero: *corresponde que pongamos lo que hicimos en la visita, tenés que poner de qué hablas, conversas en las casas*].

En voz alta, Gregorio, señala: *Voy a esperar que se levante la del frente*. Saludamos y nos vamos. Las casas que visitan los agentes sanitarios no son contiguas. Para no tener que retroceder, Gregorio me dice que esperemos un rato para visitar la casa que queda allí y luego continuar. Nos trasladamos a la esquina. Gregorio me muestra *la quebrada*. Hay basura, bolsas, residuos, pañales, hasta partes de muebles y fierros. Allí me contaría que el supervisor hace meses atrás lo levantó en peso porque en el formulario él estaba poniendo que las familias de allí realizaban *tratamiento adecuado de la basura*. Me comenta que le explicó al supervisor que no puede pedirle a las familias que hagan el *pozo basurero o quemen la basura cuando todo Tartagal viene a tirar las cosas acá... toman esto como si fuera tierra de nadie y tiran nomás*. Gregorio irónico exclama: *bueno, es como si tuvieran un pozo basurero natural... yo no puedo decir que la gente no hace nada con la basura porque ellos también te dicen que la tiran en la quebrada*. El problema sobre todo surgió en el verano, con el calor agobiante y la reproducción de mosquitos y moscas, junto con los olores (las temperaturas en la zona trepan a los 45 grados de sensación térmica). Gregorio ya había puesto en advertencia a la coordinadora de APS solicitándole que se hiciera una nota a la municipalidad por el tema, pero *todo quedó en la nada*.

Me cuenta que antes -en los años 80- durante las *pre-rondas* (período en que *no se sale a terreno* pues se organizan las actividades para la próxima ronda, el *resumen del sector* y los porcentajes de familias cubiertas), se hacían reuniones con los doctores (obstetras, neonatólogos, pediatras, clínicos), incluso con otros sectores (palúdica, concejales, gente de la municipalidad). Si bien esas reuniones *eran para pelea* pues se *discutía de todo y con todos*, Gregorio caracteriza esos tiempos como de *buen trabajo*. Ahora, señala, *a duras penas a veces se hacen con los médicos*. *Ellos dicen que cada uno debe asumir su error, pero ellos son los primeros en no asumir*. En esas reuniones, cuando él empezó a trabajar *se exponía la problemática, por ejemplo de saneamiento, el agua*. Esas reuniones servían para *comprometer a otros sectores, porque la salud no es de uno sólo, es de todos*, concluye Gregorio. (...) Volviendo al tema de la basura en el sector, Gregorio cuenta que ya le advirtió al supervisor que él *no puede exigir más a la gente con el tema de la basura* y le pidió que *hinque* a los de la municipalidad para que *haya un control ahí*. Gregorio le pidió al maestro bilingüe -que vive en la comunidad- que haga unos carteles donde se indique: *prohibido tirar basura*. Aún no hay solución del tema.

Vamos de nuevo para la casa que quedaba por visitar allí. Los chicos son los que están jugando en el terreno y le avisan a la mamá que está el *sanitario*. Gregorio saluda a la mujer por su nombre y le dice: *venimos a visitarte. Préstame un banquito, algo, para apoyar las cosas*. Gregorio va colgando el pílón, mientras en voz alta expresa *menos mal que tenemos un buen árbol. Buscáme los carnets y el visto*. La mujer se va para adentro de la casa y tarda en venir. Gregorio algo impaciente, en voz baja señala: *Uy, ya se metió para adentro. Hasta que salga de nuevo*. Pasan unos minutos más. La mujer sale, no encontró los papeles. Gregorio le dice *te acordás cuando yo te hice el censo, te hice los papeles, ¿te acordás? Los perdiste otra vez,*

fijate de nuevo. A lo mejor los tenés con los documentos (DNI) de los chicos. La mujer se va para adentro de nuevo.

Los chicos que están en el terreno juegan y hablan en idioma. Gregorio mientras que la mujer busca, aprovecha para vacunar al hijo de 11 años con la vacuna de la anti hepatitis. Le indica: *Dame el brazo izquierdo. No tengas miedo que no duele, menos a los hombres. Las mujeres son cobardes, pero los hombres no lloran.No duele la vacuna, la vacuna no duele* y le aplica la inyección. Al igual que otras veces, Gregorio repite lo que también otros agentes sanitarios/as frecuentemente dicen cuando van a vacunar a un varón: *los hombres no lloran, hay que ser valiente, el hombre es fuerte*. De este modo, si el chico no llora, se le “festeja” su hombría y destaca su “masculinidad” expresada en que no derramó ninguna lágrima al momento de la vacuna.

Gregorio observa al pesar a la niña de un año y meses que está con tos. Dirigiéndose a la mamá, le señala: *está con tos, tiene el pecho tomado*. La madre responde: *Le sigue la tos*. Gregorio: *te tenés que ir a la guardia*. La mujer explica que ya fue ayer por la tarde. Gregorio se queda sorprendido porque la mujer cuenta que la atendió un hombre, cuando según él estaba de turno en la guardia una doctora. Trata de saber quién la atendió. Gregorio parece desconfiar de lo que dice la mujer. La señora le explica que fue atendida en el consultorio que está al comienzo del pasillo. Esa sala es la sala de enfermería. Finalmente Gregorio deduce que no la atendió ningún doctor, sino el enfermero de la guardia. Cuando le menciona el nombre, la mujer dice que *a ese mandó la doctora, en el pasillo*. Gregorio comenta que es habitual que algunos doctores en la guardia manden a enfermería a los que esperan ser atendidos, para que el enfermero vaya tomando los *signos vitales*: la presión, la fiebre, etc. Volviendo a la mujer le dice: *tenés que quedarte a esperar hasta que te atiendan en la guardia y no irte hasta que te atiendan. Vos tenés que decir: 'yo quiero que el médico me atienda, no el enfermero'*. Gregorio me explica que la gente se vuelve muchas veces sin poder ser atendida. Volviéndose a la mujer: *te voy a dar un papelito para que vayas ahora. Pero que te vea la chiquita el médico, no el enfermero*.

Gregorio le da la derivación para que consiga un turno por la tarde o para que sino se quede en la guardia. Para él la niña si no es tratada va hacia una IRA, eso se llama *insuficiencia respiratoria aguda*. Le recomienda a la madre darle vapor de agua, *tenés que calentar agua en la olla con sal y hacerla respirar, pero que no le dé el humo del fuego* (en todas las casas se cocina con leños en un fogón). *Ese moquito hay que aflojarlo. Hacele vapor de agua y sal, eso es lo fundamental*. Gregorio continúa hablando: *así cuando venga el supervisor y pregunte que le enseñó el agente, usted va a poder responder: 'ésto me enseñó el agente'*. Relata que en el sector donde antes trabajaba (menciona el nombre del barrio criollo) *...me iban a supervisar y yo ya no hablaba, le preguntaban a la madre. Ahí ya no hablaba, porque la mamá ya sabía. Iba el supervisor y preguntaba. La mamá ya hablaba sola*. Como allá *no les hacía falta un agente sanitario*, por tal motivo señala *me mandaron para acá.... Allá las mamás ya sabían más que yo, al final: cómo se iban a cuidar, cómo hacer cuando los chiquitos tienen IRA...*

Gregorio va introduciendo de a poco el tema de la *planificación familiar*, señalando que él entiende a *las mamás que tienen muchos chicos, no pueden con todo... en la próxima visita vamos a hablar de la planificación, de cómo nos podemos cuidar*. Agrega: *así vas a ver, vas a saber lo que es dormir tranquila, comer tranquila....* Le pregunta: *¿tu marido changuea, no? Sí*, responde la mujer. Gregorio con tono de naturalidad y tratando de explicar por qué no quiere que se llenen de hijos, señala: *claro y ¿para cuántos te alcanza?* Se autocontesta: *sólo para dos... y el resto, ¿qué come?, la tercera o cuarta parte y después terminan desnutridos*. Gregorio ya dirigiéndose a mí, termina: *hace falta una ginecóloga acá, tener una persona que le ayude a esta gente en estas cosas*. Ahora convocando la atención de la mujer, expresa: *vamos a pelear para ver si podemos hacer una salita acá. Una vez que tengamos salita vamos a pelear para conseguir un médico, porque para ustedes es molesto ir al hospital*.

Gregorio va juntando poco a poco las cosas, los papeles, el alcohol, la conservadora. Le dice que el lunes va a volver a pasar, *para ver qué te dijo el médico*. Nos vamos de la casa hacia otra.

(...) Luego de caminar otro trecho. Entramos en la casa de Josefa.

A Josefa ya la conozco. Estuvimos juntas en otras ocasiones, tomando mates dulces y hablando mucho de las artesanías (yicas, los collares). Es esposa de un referente de la comunidad en donde estamos. Cuando llegamos está lavando ropa, en unos baldes. Josefa que nos ve llegar, hace un gesto para que pasemos. En el fondo se escucha la radio que suena. Josefa me pregunta por dónde anduve. Le cuento que estuve haciendo otros recorridos, por otras comunidades. Enseguida me dice: *el sanitario no viene. No pasa.* Parece estar molesta con Gregorio.

Josefa, deja de hacer lo que estaba haciendo para buscar *el visto* y los *carnets*. Gregorio le pregunta dónde están los chicos. Yo aún no me había percatado que no estaban dando vueltas por ahí, como siempre se los ve. Los chicos están en la casa de la abuela que queda cerca de la casa de Josefa.

Josefa vuelve a arremeter y reprochar a Gregorio, le dice que en la semana lo anduvo buscando por *el bolsón*, necesitaba que le diera la derivación y le completará el carnet de su nene de dos años que está bajo de peso. Bueno, dice Gregorio, *para eso vas a tener que ir a buscarlo, así lo mido y lo peso. A los otros lleválos al control.*

Josefa sale a buscar a su hijo. Mientras Gregorio me habla de lo que va a hacer el fin de semana. Al regresar Josefa con el nene, Gregorio comienza a pesarlo y medirlo. Completa el carnet y prepara la derivación, mientras le dice a Josefa: *sigue bajo peso, ¿Cómo estás preparando la leche?* Está en *riesgo nutricional*. Josefa le dice que se quedó sin leche. Gregorio le responde: *Es que no fuiste al control. El lunes voy a estar haciendo control, andá, así te doy la leche.*

Gregorio señala que se lo ve débil, muy quietito y aconseja que le dé lentejas y que si puede comprar *un poquito de hígado* le ponga al guiso. Gregorio le pregunta a Josefa: *¿Te ha dicho el anterior agente sanitario por qué pasa esto con los chicos?* Josefa desconcertada, contesta: *no.* Gregorio se explaya con la siguiente explicación: *es porque vos tenés muchos hijos, vos no esperas a tener hijos. Tenés que esperar por lo menos tres años, o cuatro años, no tener uno tras otro. ¿Con qué te estás cuidando?*, Gregorio pregunta. *Con nada,* dice Josefa.

Gregorio se lamenta de no haber traído *el bolso con el muestrario*. Y empieza a contar que ahora hay muchos métodos: pastillas, inyecciones, DIU, preservativos. Josefa y yo escuchamos la explicación, sin decir palabra. Josefa parece sólo interesarle que Gregorio le haga la derivación y me pregunta cuándo voy a pasar por su casa. Ella por la tarde va a estar allí, me dice que puedo pasar. Nos despedimos.

Seguimos camino y Gregorio continúa hablando de la planificación, en su opinión: *acá falta un médico. Un médico que esté comprometido. No es que ellos no quieren. Vos les vas hablando y ellas entienden..... Hay que sentarse y hablar.... Ellos razonan y ellos también quieren. (...)*

En mis posteriores estadías de trabajo de campo, Gregorio se había abocado a trabajar con el *tema de la planificación familiar*. En términos generales, Gregorio proponía algún método anticonceptivo a las mujeres que recientemente habían sido madres y tenían más de tres o cinco chicos. Cuando meses más tarde, volví a acompañarlo al sector, Gregorio me explicaba: *Acá ya tengo casi 10 mamás que están tomando las pastillas,* señalándome que por tal motivo una de las doctoras del hospital *me felicitó porque ya le mandé a varias. Ya hay varias que se están cuidando.*

En esas salidas con Gregorio, reiteradamente, volvería a escucharlo hablar sobre el tema, de sus estrategias y de lo que él consideraba la mejor manera de plantear el *problema de tener muchos hijos*. En cuanto a las estrategias Gregorio buscaba o bien articular con los ginecólogos del Centro de Atención de Salud, ubicado en una de las comunidades, o bien con las doctoras en el hospital. La derivación o sugerencia de ir a un lado u otro dependía de la distancia que esa mujer tendría que recorrer, es decir del lugar que le quedara más próximo, pero también tenía en cuenta que en el CAPS *se sienten mejor, van sin mucho problema.* Gregorio también intentaba sacar turno con una *doctora*, antes que con un *doctor*, aduciendo que *entre mujeres funciona mejor la cosa.*

Así en otra de las salidas a realizar visitas Gregorio me contaba: *Yo tengo que robar el tiempo mío para que se protejan y no tengan más hijos* (se refiere a gestionar los turnos en el hospital), *porque eso a mí también me beneficia.... A mí también me conviene que ellos estén bien*. Según Gregorio, él habla claro: *Si yo te hago un trabajo, vos tenés que responderme a lo que también me estoy sacrificando. Vos tenés que controlarte, cuando te saque el turno tenés que ir. No me tenés que decir 'no voy'*. De esta manera, Gregorio resalta: *Yo me voy a sacrificar allá, pero les digo: 'ustedes contrólense'. Ese es el trato*. Él les habla fundamentalmente a las mujeres, que son *las que están en la casa... el hombre no está. ...Es la mujer la que carga con los hijos.... La mujer no es como el hombre. La mujer tiene que aguantar....* Me detalla cómo hace las derivaciones: *en la derivación pongo: 'solicito control para planificación familiar. Situación crítica: tantos partos, tantos vivos, tantos muertos', toda la situación social. Pongo bien cómo son las cosas*. Para él, el tema pasa por lo económico: *Yo les explico que ellos trabajan con changas. Uno le hace ver por ese lado, lo económico. Ellos saben porque lo viven diariamente, hoy tienen, mañana no*.

Gregorio me dice que el cambio es *de a poquito... algunas mujeres solo se cuidan un tiempo y después dejan*. Se queja de que *no hay constancia*.

Aún no consiguió armar el proyecto para hacer una *salita* en una de las comunidades, pero ya habló con el pastor y el cacique. Ellos estarían de acuerdo y apoyarían la iniciativa de Gregorio (...).

Cuarto caso: agente sanitario indígena que trabaja en la misión aborígen hace cinco meses.

Prado es un agente sanitario indígena. Hace 12 años aproximadamente que trabaja en APS. A pesar de las frecuentes rotaciones de sector de los agentes sanitarios, realizó mayoritariamente sus tareas en sectores indígenas, no necesariamente pertenecientes a su mismo grupo étnico. Pocas veces estuvo en *sectores mixtos* criollo-indígenas. Empezó a trabajar como agente con el Programa ANAHI. Dejó un tiempo de trabajar en APS cuando se interrumpió el pago mensual por el programa, para nuevamente incorporarse una vez que volvió a regularizarse el cobro del estipendio. Ello implicó que estuviera unos años alejados del trabajo en el hospital, dedicándose a otras cosas: *changitas*.

En camino hacia las *misiones*, me cuenta que hace poco está trabajando en ese sector. Los agentes están realizando la *campana de desparasitación*, por lo tanto una de las actividades de la mañana consistirá en la entrega de las pastillas para los niños menores de 14 años. Dicha ocasión será aprovechada para realizar algunos *controles*: pesar y medir a los menores de 6 años. El trayecto hasta llegar al sector es extenso, tenemos oportunidad de conversar largo y tendido. Le pregunto si alguna vez trabajó en su comunidad. Me responde que sólo una vez pero por poco tiempo: *no es costumbre* que el agente sanitario trabaje en su comunidad. Al preguntarle por las razones, los motivos de tal disposición, alude: *trae problemas, no se puede, dicen que uno se vuelve flojo y no aconseja bien*. En relación a los *consejos* que debe dar el agente sanitario, agrega: *no se puede decir mucho a la gente, podés tener problemas. Te pueden decir quién es éste que viene a decir esto o aquello, mas siendo aborígen, estando entre paisanos*.

Las palabras de Prado ponían en cuestión el papel del agente sanitario indígena como “mediador”, “nexo” o “facilitador intercultural”: *muy poco se puede ayudar, en el hospital no te escuchan, dicen que el indígena no tiene palabra, pero sí tenemos palabra*. En el relato de Prado las tensiones aparecen ligadas al tipo de tarea que debe llevar el agente sanitario y a la modalidad de trabajo. Haciendo referencia al modo de encarar las actividades, señala sus dudas respecto a los *buenos resultados* de realizar la *visita familia por familia*: *te dicen que es mejor, que así hay más llegada, no sé a mí me gustaría reunir a la gente, se podría trabajar de otra forma*. Desde su perspectiva habría más posibilidades de alcanzar logros si se pudiesen juntar las familias, trabajar de manera comunitaria y funcionar con proyectos, remarcando que: *hay*

problemas que son comunes, todas las familias tienen los mismos problemas. Piensa que, la inexistencia de instancias para plantear los problemas de manera conjunta, es una manera de *mantenernos separados*. A diferencia de los agentes sanitarios criollos que se refieren a las personas de su sector como *ellos*, Prado habla de un *nosotros* construyendo un colectivo indígena abarcativo que incluye a todas *las misiones* independientemente de la adscripción étnica (Wichí, Chorote, Tapiete, Toba, Guaraní): *nosotros acá pasamos las mismas necesidades, atenderse en el hospital es difícil..., en muchas de las misiones de acá nos quedamos sin agua...;...siempre hay que changuear.*

En relación al número total de agentes sanitarios, son pocos los indígenas incorporados en APS. Me cuenta que hace poco hicieron allí el curso de formación de agentes sanitarios, pero pedían como uno de los requisitos los estudios secundarios completos, *sabiendo que muchos de nosotros no lo tenemos.*

Me doy por enterada de que ya vamos a llegando al sector porque nos cruzamos con un grupo de chicos que empiezan a gritar: *¡¡hay viene el doctor, hay viene el doctor!!!*. Prado sonríe irónico y dice *si yo fuera doctor no estaría por acá*. Agrega que los únicos que *patean* (caminan) son los agentes sanitarios. Antes de pasar por las casas, pasamos por una pequeña sala, contigua a una escuela, para buscar el pilón. Allí realiza los *controles* de esa *misión* lindante a otras, donde también trabaja. Tiene varias misiones a cargo comprendidas en un mismo radio. Acomoda las planillas y separa las de las familias que serán visitadas. Nos dirigimos hacia la zona donde él hoy trabajará.

Las primeras familias que visitamos son *desprendidas de otra misión* dando conformación a una nueva. Prado me va presentando como *la chica que viene de Buenos Aires y está conociendo las misiones, lo que hacemos*. Las *visitas* comienzan con una pregunta general acerca de cómo ha estado la familia. Las mujeres van trayendo los carnets y el *visto*. Explica que se está haciendo la *campana de desparasitación* con lo cual les pide que traigan el papel donde se deja asentada la fecha de *entrega de las pastillas*.

En una de las casas, una mujer me cuenta que hace poco que están allí. Dice sentirse mejor: *acá hay más lugar para criar a los hijos... tenemos más terreno*. Ahora los hijos van a la escuela de la otra misión cercana de donde ellos están. Antes iban a la de los *criollos* -da el nombre del barrio de la escuela- donde les pedían que *colaboren con la cooperadora*. Prado le explica a la mujer cómo le tiene que dar las pastillas a los chicos. Los chicos que andaban dando vueltas por allí, desaparecieron. La mujer los tiene que llamar para que Prado los pueda pesar y medir. La mujer dice: *piensan que los van a vacunar*. Nos sonreímos ante la situación. Como no aparecen la mujer los va a buscar. Le cuesta convencerlos. Prado espera tranquilo, no se impacienta, ni interviene. La mujer logra acercarse a la mayor al pilón que Prado colgó debajo de un pequeño techo construido con materiales diversos (chapa, plásticos). Al ver que no se trataba de vacunas, el otro niño más pequeño, deja pesarse y medirse. Prado me pide que anote en los carnets la fecha, el peso y la talla. Me cuenta que, como hace poco están esas familias allí, hace el *control* en las *visitas*, pues no existe un lugar físico donde congregarse a las mujeres con sus hijos. En las otras sí hay un espacio: la pequeña sala donde pasamos a buscar el pilón, en otra lo realiza en el templo/iglesia. La mujer pide a Prado si le puede sacar un turno con el pediatra para su hijo mayor. En ese momento no estaba presente, estaba en la escuela. Prado le pregunta *qué tiene*. La mujer explica que no respira bien, está muy resfriado. Para Prado sólo es posible conseguir turno para mañana por la tarde *pero no le prometo nada*. Le propone que en caso de no poder hacerlo, le va dejar la derivación para que sea ella quien consiga el turno.

Prado no habla ni de la *limpieza*, ni del *tratamiento adecuado de la basura*, ni de los *problemas familiares*. Se limita a pesar, medir, dar indicaciones sobre las pastillas que deja. Modalidad que se repetirá en las siguientes casas. (...) Hablamos de nuevo sobre el modo de realizar el trabajo, al respecto me dice *yo sólo aconsejo cuando me lo piden*. Aunque me aclara que hay excepciones: *en caso de que vea que el chiquito tiene déficit y vea que no aumenta, voy preguntándole a la madre si le da la leche, cómo la prepara, si la reparte entre todos. En eso me meto.*

Antes de irnos, Prado firma el visto y le recuerda a la mujer su nombre: *por favor, no se lo olvide, por si vienen a preguntarle*. Le aclara: *además, si mañana tiene que ir a sacar el turno también se lo van a preguntar*. Al salir ya de la casa, en camino hacia otra, le pregunto quién puede preguntar el nombre del agente sanitario, a lo que contesta: *a veces nos vienen a supervisar, algunas acompañándonos y otras caen de sorpresa a una o varias casas y le preguntan a la gente ¿quién es tu agente sanitario? Si se acuerdan de tu nombre es porque los venís a visitar*. Quienes realizan esas supervisiones son los coordinadores de APS que tienen a su cargo un grupo de agentes sanitarios. Esos grupos de agentes sanitarios están organizados según las zonas donde realizan su trabajo (su proximidad geográfica).

Prado me comenta que la semana pasada le pidió a un compañero (un agente sanitario criollo) que le sacara unos turnos en el hospital, pero que su compañero que trabaja también en *misión* le contestó que no podía: *yo voy a pelear por los míos*, sugiriéndole entonces que le hable a uno que esté trabajando en *barrio* (criollo). Quienes trabajan en *barrio* *no hacen tantas derivaciones*. Para acá (la *misión*) señala *es difícil conseguir turnos porque a veces no quieren dar, dicen que están todos tomados*.

A Prado le preocupa que su sector esté creciendo tanto; en esta nueva *misión* se han agregado muchas familias de otra *misión* que tiene a cargo otro agente sanitario. Debe pedirle a su compañero las planillas de las familias e incorporarlas al croquis (plano del sector) donde se las va localizando. El problema según Prado es que *no se da abasto, siempre estás corriendo (...)*.

Vamos llegando a la siguiente casa. La mujer está haciendo fuego en el fogón. La mujer interrumpe lo que está haciendo para atendernos. Prado le pide los carnets y el *visto* y le dice *siga haciendo, lo que está haciendo, nomás*. Va mirando los carnets y la planilla; mientras la mujer termina de acomodar los leños y luego trae unas sillas para que nos sentemos. Además de alcanzarle los carnets de los menores de 6 años, le alcanza los de los otros hijos. Necesita que Prado, como agente sanitario, le complete el calendario de vacunación. La mujer explica que se está por pasar al *Plan familias* (tiene el Plan jefes/as de Hogar desocupados/as) y le piden tener *al día* los certificados de escolaridad de los chicos y las vacunas dadas. Comenta que no sabe si le va a *salir el plan*: fueron varias las mujeres que presentaron los papeles. Quien se está encargando de todo es el cacique. Ella está trabajando en el comedor comunitario pero allí, según relata, se están generando *conflictos*, pues hay *peleas de las mujeres* por las raciones que le correspondería a cada familia. Prado le indica: *falta la vacuna de los 11 a uno de sus hijos. Los demás tienen todas las vacunas*. En la semana pasaría a dársela, *al mediodía, así lo engancho después de la escuela*. Vamos pesando a los dos pequeños. A medida que los pesa y mide, voy llenando los carnets con los datos que Prado me indica. Le da las pastillas a la madre y le pide que traiga la planilla para anotar que ya las entregó. La mujer se va hacia adentro. Tarda en regresar, no encuentra el papel. Prado deja registrada la entrega en el *visto*, pues la mujer no encuentra *el carnet de la desparasitación*. Una vez firmado el *visto*, nuevamente Prado le recuerda su nombre a la mujer. Le anota la fecha de la próxima visita. Nos despedimos. (...)

Aún quedaban varias casas por visitar: el cansancio se empieza a sentir. Mientras continuamos, Prado me comenta: *mañana me van a llevar la leche al sector, tengo programado un control*. El control lo llevaría a cabo en el *templo*. Las mujeres ya están avisadas. En los carnets o en un papel se le deja anotado el día. Igualmente *yo toco la campana para avisar que llegué (...)*.

Quinto caso: agente sanitario indígena que trabaja hace un año en la *misión*.

Hoy acompañé a Ramón a su sector de trabajo. Quedamos en que iríamos en bicicleta. Sólo pudimos hacer un tramo en las bicicletas. Si bien ya no llovía, en el camino había mucho barro, por lo que continuamos el trayecto hacia la *misión* caminando y *acarreamos* las bicicletas.

Ramón es uno de los agentes sanitarios indígenas que estuvo trabajando en el Programa ANAHI, siendo parte de los cuatro agentes sanitarios indígenas que, hace ya algunos años, fueron incorporados a planta transitoria. Los otros compañeros todavía cobran por el Programa ANAHI: uno de ellos por integrarse a APS (luego de que otro agente sanitario indígena abandonara definitivamente el trabajo, quedando entonces vacante el lugar) y el otro por haber dejado un tiempo APS y luego haber retornado. Ramón me explica: *es que antes no pagaban, estuvimos como seis meses trabajando sin cobrar... nos decían que iba a llegar la plata y no venía, nadita había para nosotros*. Ésta es una de las razones por las cuales Ramón señala que han quedado tan pocos agentes sanitarios indígenas de los que en principio estaban trabajando. Sólo pudieron quedarse algunos que *tenían changa* y podían combinar ambas actividades. Me cuenta que los que quedaron fue porque tenían otros trabajos, por ejemplo, un compañero era *ayudante de pastelero y trabajaba por las noches*, Juan estaba con el *cerco* (lugar donde siembran y realizan las huertas comunitarias o familiares), sin embargo (menciona el nombre de algunos ex-compañeros) *ya no podían, había familia que mantener, se fueron nomás*.

Ramón me cuenta que cuando hicieron el curso de capacitación en la zona de Tartagal eran en total 22 agentes sanitarios: *pasamos por varias pruebas*, incluso agrega *tuvimos que viajar a Güemes* (otra localidad de Salta). Allí tomaron las últimas pruebas. El curso se dio en el año 1993. Cuando en un momento le pregunté cómo fue que se decidió por ser agente sanitario, me contestó que él, junto a dos compañeros más, fueron de *culillos*. Estaban de *culillos* porque asistieron al curso como oyentes: *fuimos a escuchar y ver*. Los caciques ya habían elegido a dos personas por comunidad. Era la época del cólera, *en las misiones estábamos cercados*. “¿Cercados?” -le pregunto-. A lo que me responde: *Sí, no nos dejaban mover, no nos dejaban ir a pescar, ir para el Pilcomayo o el Bermejo, acorralados nomás nos tenían*... “*Algunos nos enteramos del curso y fuimos (...)* Menciona que estaban los de Tapiete, los de Chorote, Cherenta (Guaraní), Zanja Honda (Guaraní), de Kilómetro Seis (Wichí- Chorote), Lapacho II (Wichí) (nombra más comunidades, no retengo el nombre de todas). El curso se daba en un salón de la municipalidad. Ellos fueron inscriptos en una *lista de espera* y podían presenciar las clases sólo como oyentes. Ramón me dice que quedó porque quien iba de su comunidad *no podía dar las pruebas, no iba bien* y la otra persona que estaba también por su comunidad *abandonó* directamente el curso. Fue entonces que los que dictaban las clases le propusieron ir tomándole las pruebas. Si las daba bien, podía cubrir la vacante que dejaban sus compañeros. Ramón me cuenta que en la capacitación *aparecían muchas cosas y rápido: las cuentas* (sacar los porcentajes), *los papeles* (los formularios que deben ir completando), aprender a *dar inyecciones, colocar el suero, tomar la presión, aprender el calendario de vacunación* (nombra más cosas, pero no las recuerdo bien). Así, me va contando que a él le fue bien en las pruebas porque lo ayudaron el enfermero y el agente sanitario que en ese momento, dada la emergencia del cólera, estaban trabajando en las comunidades de la zona: *como no podían con todo, necesitaban de ayuda, ahí fui nomás de a poco haciendo, ha visto... preguntaba y hacía*, a ellos les *venía bien tener a un paisano, traducía en idioma* lo que ellos decían. De este modo, Ramón fue aprendiendo a poner el suero y las *otras cositas del curso, iba y les preguntaba*. Ramón piensa que en otro momento no hubiera podido *aprender* porque no cree que el agente sanitario o el enfermero hubiesen estado predispuestos a darle una *ayuda*, pero como *todo estaba bravo, aceptaban nomás, ahí andaba vueltiando*.

(...) Llegué a APS temprano, a las 7:30 horas de la mañana. No pude entrar en la sala donde están los agentes sanitarios. Las puertas están cerradas. Se escucha la voz de la coordinadora de APS y luego las voces de algunos de los supervisores. No puedo escuchar de qué hablan, sólo por momentos se siente que elevan el tono de voz. Como las puertas están cerradas, me quedo afuera, en la galería y espero. Será en camino con Ramón hacia la *misión* que me enteraría lo que pasaba esa mañana en APS. Mientras vamos andando en las bicicletas sólo hablamos de la lluvia y de lo feo que está el camino. Las bicicletas se van enterrando así que decidimos seguir caminando. Mientras caminamos, le pregunto a Ramón de qué hablaban hoy por la mañana con la doctora y los supervisores. Ramón me dice que les dieron una *retada*, la *jefa* estaba *enojada* porque vino una doctora del hospital a *quejarse... ayer internaron a un*

viejito que está muy mal. Hablaron del *nivel de alarma*, el agente sanitario tiene que tener *nivel de alarma*. Los supervisores les dijeron que no sólo deben *prestar atención* a las mujeres embarazadas y niños, sino también a los *mayores*. Para Ramón no es la primera vez que desde el hospital *la culpa es de los agentes*, que los *doctores se quejan* porque *andan diciendo que no se hace el trabajo*; pero para él hay doctores que *hablan* de los agentes, pero *no hablan* de lo que ellos hacen: los doctores muchas veces *rebotan* (no atienden) *a los paisanos, no miran al paisano, lo largan así nomás o lo atienden a la apurada.*

Paramos frente al cerco de madera de una de las casas. Como todavía es temprano Ramón recomienda que esperemos. Se asoma, no se escucha nada, ni se ve a nadie por el terreno. Propone que esperemos hasta que se vayan despertando. Mientras tanto Ramón comienza a contarme que él no se siente bien en APS, que anda con *problemas*. Le pregunto qué pasó. Ramón se apoya en la bicicleta, se acomoda y me cuenta que el supervisor vino para la *misión para ver* su trabajo (Los supervisores salen a los sectores de trabajo de los agentes sanitarios que tienen a su cargo, a fin de monitorear las actividades que éstos realizan en terreno). El supervisor *no dijo que venía, no me avisó que iba a venir*. Ramón dice que el supervisor hizo un *informe malo, puso que no trabajo, quería que firme la planilla*. Ramón no firmó el informe. El supervisor *escribió* que la misión estaba *sucia, sin saneamiento ambiental* y que Ramón no enseña. Ramón señala que es frecuente que el supervisor no avise a los agentes sanitarios indígenas: *caiga de sorpresa, (...) a los criollos avisa cuándo va a pasar*. Como Ramón se negó a firmar el informe porque el supervisor hizo la supervisión sin él y estaba poniendo que *no hacía tareas educativas*, el tema quedó en suspenso hasta que coordinaran cuándo iban *a hacer las visitas juntos* y ahí entonces se realizaría de nuevo el informe. Le pregunté a Ramón si ya salieron juntos, si fueron a hacer las *visitas*. Ramón me contesta que sí, pero que de todos modos *no salió bien*. El supervisor *empezó a preguntarme adelante de la madre y a decirme qué tenía que hacer... ahí nomás me dijo que estaba haciendo mal*. Lo que más le molestó a Ramón es que el supervisor le dijera las cosas adelante de la gente: *si estaba haciendo mal, afuera me hubiese dicho*. Ramón me dice que a la *salida de la casa tiene que hablarme y decir*. El supervisor lo hizo *quedar mal* adelante de la gente, aparte agrega: *trata de sucia a* (da el nombre de la mujer), le dijo que era *dejada y abandonada*. La mujer quedó enojada con Ramón y él en una situación incómoda con la familia, con la posibilidad además de quedar suspendido en APS.

El nuevo informe tampoco es favorable para Ramón y como también se negó a firmarlo, tuvo que ir a hablar con la *jefa* de APS. Allí la coordinadora dijo que si no firmaba lo iban a suspender. Ramón le dijo que si hacían eso, él iba *decir y escribir* que ellos eran *discriminadores, que maltratan al aborígen*. Por ahora el altercado quedó así, pero Ramón me dice que está preocupado.

Ramón saca el papel donde tiene anotadas las familias que va a visitar en el día. Vamos entonces a la próxima casa y empezamos allí el recorrido, para luego regresar más tarde a ésta.

Caminamos unas manzanas y antes de llegar nos encontramos con un hombre que también está en bicicleta. Ramón lo saluda y le dice que justamente íbamos para su casa a *hacer la visita*. Por un momento se ponen a hablar en *idioma*. No entiendo de qué hablan, pero la conversación parece animada. Vamos caminando juntos hacia la casa.

El hombre pone unos bancos de madera debajo de un árbol y se sienta junto con nosotros. Ramón sólo habla con el hombre. La mujer de la casa alcanza los papeles (los carnets y el visto) y se va. Se la ve acomodando cosas debajo del techo, donde está el fogón. A un costado hay un nene pequeño con una taza en la mano que nos mira desde allí.

Hablan de nuevo en *idioma*. Ramón contesta en castellano: *no, viene de Buenos Aires*. Es en ese momento que me percato que hablan sobre mí. Luego fuera de la casa, Ramón me diría que el hombre pensaba que yo era del *hospital* y creía que estaba *controlando*.

El hombre me pregunta cuándo llegué. Le cuento que hace ya 20 días que estoy en Tartagal. Parece interesarle qué hago yo por allí. Le explico que me interesa el tema de la salud y que por ese motivo me había acercado a la zona para conocer las experiencias de quienes trabajan con el tema (luego me contaría los problemas). Nos ponemos a conversar de las otras

comunidades donde estuve anteriormente. Me señala que él tiene familia en *Alto de la Sierra*. Me pregunta si conozco. Me invita a que vaya: *conozca la zona*. Señala que *allá se está tranquilo*. El hombre cuenta que él se vino para acá porque tiene parientes y por trabajo. Ramón interviene para preguntarle si estuvo buscando miel, si fue para el kilómetro 17... El hombre cuenta que aprovechó que estaba lloviendo y como en *la cortada* no se trabajaba, se fue (el hombre trabaja haciendo ladrillos a destajo en lo que se llama cortada). Comenta que va a salir a vender un poco de miel que juntó. Espera que mejore el tiempo para volver a *la cortada*. Ahora se lo ve más animado a hablar con Ramón que conmigo. Por momentos hablan en idioma y otros en castellano. Conversan sobre la pesca, el hombre dice que estos años no fueron buenos para la pesca. Mientras hablan, sale como tema de conversación personas de otras comunidades que Ramón conoce pero hace mucho que no ve. Después de un buen rato de charla, Ramón saca las planillas y señala: *voy a ver tema de vacunitas*. Toma los carnets que la mujer había alcanzado. Como todos los integrantes de la familia tienen completo el esquema de vacunas, Ramón le indica a la mujer que permanece sentada, al lado del fogón con el nene, que el lunes llega la leche y entonces estaría haciendo *el control* el miércoles. No despedimos de la casa y seguimos camino hacia otra.

(...) Ramón golpea las manos y llama a una mujer por el nombre. Quien se asoma por la abertura de una pieza hecha de madera es un nene. Ramón le pregunta si está la madre y le pide que la llame. Mientras esperamos me cuenta que la mujer es chorote pero está casada con un wichí. Señala: *acá, dos idioma hablan los chicos*. Una mujer en la puerta de la pieza nos hace un gesto con la cabeza. Traspasamos el cerco, nos ubicamos debajo de un techo. La mujer arrima dos sillas, ella no se sienta. Permanece durante toda la visita parada. Mientras que Ramón saca los formularios y las planillas de los chicos de la casa y me los da, comienza a entablar una charla con la señora: *no esperaba visita, ¿no?* La mujer contesta que no. Cuenta que hace un rato llegó a la casa. Se fue a buscar leña. Para buscar leña camina bastante, para adentro... *a gatas hay leña*. A veces tiene que hacer dos viajes por día. Se junta leña con otras mujeres (vecinas o parientes)... siempre se va *en grupo*, no se va sola porque el camino por la ruta y por el monte *es peligroso*. No es bueno que la mujer esté sola. Ramón me cuenta que el aserradero que está cerca *cobra el carrito de leña y no se gasta plata en leña...*, sólo a veces cuando no queda otra alternativa. Ramón le pregunta *¿qué le ha pasado a la Matilde en la cara?* Matilde es una de las hijas de la señora. La mujer explica que el frío le ha paspado la cara.

Ramón me pide el formulario y pasa lista a los integrantes de la familia. Me cuenta que acá hay otra familia que vino del Chaco. Él los agregó a la planilla *igual* porque no se sabe cuánto tiempo se van a quedar: *el hospital dice que no anotemos si es visita, si se quedan tres meses ahí se anota*. Ramón considera que en el tiempo que estén *hay que dar cobertura, sino la familia está al aire*. De este modo, la familia puede acceder a la leche o a los bolsones. El tiempo de permanencia de la familia depende de si consigue un trabajo o changa. Así me explica: *se viene por un tiempo, puede quedarse o volver para el Chaco: no se sabe*. En este caso se trata de un matrimonio joven pariente de la familia que tiene sólo un *changuito* (niño). Parece que el chico va a trabajar en la *poroteada* (cosecha de porotos) y para no llevarse a toda su familia al *campamento*, fue a alojarse en la casa de la señora que estamos visitando. Ramón comenta que *no se hace diferencia en la poroteada. Poca plata queda en mano*. Allí quienes hacen la diferencia son los *contratistas*, que están como intermediarios. Ellos ponen la mercadería y el transporte para trasladar a la gente. La mercadería que se consume en el *campamento* por familia o persona, durante los tres meses que dura la cosecha, es descontada del jornal que se le paga a la persona: *suben mucho mercadería*, cuesta tres o dos veces más que en otro lugar. No obstante, en esa situación no se tiene otro lugar para proveerse, porque se está *en medio del campo*. El trabajo es a destajo. Ramón dice que la gente va con la familia cuando no tiene nada, *se va por comida...* Le pregunta a la mujer si su marido va a ir también a *la poroteada*. La mujer responde que no, él ahora está juntando ripio y trae algo de plata. Ramón revisa los carnets de vacuna de los hijos de la señora. Le indica a la señora que tiene que vacunar contra la hepatitis B al hijo que cumplió 11 años. Como está en la escuela, va pasar

después por la casa para encontrarlo. Antes de irnos, Ramón firma *el visto* y le dice a la mujer que el miércoles va a dar la leche, *el lunes llega* y cree que para el miércoles -cuando hace el control- ya va tener las cajas en el sector para repartir. Nos vamos camino a la primera casa donde la familia no estaba levantada. (...)

En el trayecto, le pregunto a Ramón si en su comunidad trabajó algún agente sanitario indígena. Me responde que *muy poco*, quienes estuvieron trabajando por más tiempo fueron agentes sanitarios criollos. Prosigue diciendo que la gente se queja, pero se *queda con criollo* porque ellos *consiguen turnos y tienen manejo de papeles*. A raíz de esto, Ramón diría una frase que ya había escuchado de sus compañeros indígenas de trabajo: *andan diciendo que el aborígen no tiene palabra*. Intervengo para preguntarle si la gente de las comunidades piensa que el aborígen no tiene palabra. A lo que Ramón contesta: *el paisano no puede quejarse... no es que no tiene palabra, tiene palabra*, indicándome que no se lo trata bien, *no se escucha al paisano, no puede quejarse*. Me señala que en el hospital dicen que *el aborígen no sabe hablar*, pero *no es así, sabe hablar*, remarcando la indiferencia frente a los reclamos que puedan venir desde *las misiones* (...).

Vamos llegando a la casa y Ramón advierte que ya están levantados: *hay fuego-dice*-. Se ve el humo que sale por encima del cerco. Golpea las manos. Una mujer sale a atendernos. (...) Ramón le pregunta a la mujer si consiguió turno con el pediatra. La mujer le contesta que no le dieron. Ramón le pregunta si fue con el *papelito* (derivación) que le dio. La mujer responde que sí, pero cuando llegó no daban más turnos. Ramón me explica que la hija de la señora está en *déficit* por eso tiene que buscar a un pediatra para que le realice un certificado y con eso acercarse a acción social para que le den un bolsón. Ramón le propone que mañana se vaya temprano a APS, la va acompañar él para sacar el turno. Le indica que es más probable que consigan por la tarde que por la mañana. En esta casa Ramón sólo habla del turno. Estas comunidades no tienen un CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud). Sólo se articulan los turnos con el hospital (...).

De regreso hacia APS, hablamos con Ramón del trabajo como agente sanitario en la propia comunidad. Me dice que sólo trabajó allí por poco tiempo, cubriendo a un compañero que estaba de *licencia* (vacaciones). Al igual que los otros agentes sanitarios indígenas, Ramón prefiere trabajar en otro sector que no sea su comunidad: *es más tranquilo*. Si se trabaja en la propia misión, Ramón me señala que lo pueden *acusar de mezquino* y *no se puede mezquinar*. La entrega de leche y la distribución de los bolsones, donde el agente sanitario articula como nexo puede generar problemas. (...) Ramón relata el problema que tuvo con una mujer de su comunidad quien recibía el bolsón por uno de los hijos, pero que al cumplir éste seis años ya no podía retirar más: *tenés que hacer favor decía; pero yo no podía hacer favor*. De esta manera, Ramón indicaba: *si hay, hay que repartir*. El compromiso de repartir entre parientes y vecinos aparecía, de este modo, difícil de conciliar cuando los criterios de distribución están sujetos a otros requisitos establecidos por fuera del ámbito comunitario. (...) Durante mi estadía en el campo fui a la casa de Ramón varias veces. Y a pesar de no trabajar como agente sanitario de la comunidad, de todas maneras era buscado y consultado por la gente de allí, ya sea para aplicar inyecciones por algún tratamiento, u obtener información de cómo poder hacer trámites (certificados/turnos en el hospital). En esos intercambios, a los que Ramón aceptaba sin ningún tipo de reparo, lo que él retribuía eran servicios más que mercaderías o productos. El ocupar ese lugar como agente, si bien lo ponía en un lugar de referente, también lo ataba a ciertas obligaciones de las cuales no podía sustraerse.

Las visitas domiciliarias como situaciones etnográficas: un posible análisis

A partir de los registros presentados, me interesa ahora retomar las dimensiones de análisis señaladas al comienzo y que motivaron la re-escritura de las notas tomadas

durante el trabajo de campo. A través de dicho análisis busco reconstruir el lugar que ocupa la figura del agente sanitario a partir de las relaciones establecidas con los sectores indígenas y los otros servicios del hospital, poniendo de relieve las tensiones o situaciones conflictivas surgidas en el plano de las interacciones concretas. Ellas constituyen las “pistas” a partir de las cuales es posible dar cuenta de su “posición” y re-situarlo en el espacio social (Bourdieu, 1993 y 1999). En este sentido, las líneas que siguen a continuación buscan también reconstruir los aspectos que hacen al desempeño de los agentes sanitarios indígenas del Programa ANAHI, dentro del marco general en el que se encuentran inscriptos.

La *visita* y el *control* son dos términos que evocan cierto tipo de interacciones y prácticas en cuyo seno se condensan determinadas relaciones entre el sector donde se interviene, el agente sanitario y los demás servicios de atención en el hospital. A través de lo que tales términos implican, es posible ir reconstruyendo el carácter de las relaciones sociales allí entabladas, como también la percepción que cada actor tiene sobre los “otros” en el marco del lugar ocupado dentro del espacio social del que forman parte (Bourdieu, 1991 y 1993).

De esta manera, considero que cada registro presentado no puede entenderse por separado, en sí mismo. Cada uno no puede ser comprendido cabalmente sin remitirse a los otros. Con su reposición conjunta, me interesa por lo tanto señalar, en términos generales, algunas de las aristas que presenta el trabajo del agente sanitario para entender, a partir de allí, las tensiones expresadas tanto por los agentes sanitarios criollos como por los agentes sanitarios indígenas. Tensiones que, si bien están presentes en cierta medida en los cinco casos, son expresadas de manera diferente por cada agente sanitario en función de distintos factores. A saber, del tiempo de trabajo en el sector, de la experiencia acumulada en otras *misiones*, de su relación con los servicios del hospital, de la pertenencia o no al sector indígena sobre el cual se interviene, esto es, según su adscripción sea “criolla” o “indígena”.

Es en la *visita* donde se consume el carácter “abnegado” y “sacrificado” del agente sanitario, donde la consideración de una intervención más atenta y sistemática en las *misiones* aparece claramente entre los agentes sanitarios criollos, asociada a la idea no sólo de *carga*, sino también a la necesidad de generar *cambios*. De esta manera, si para Estrella, el agente sanitario, llega al sector aborígen *para hacerlos cambiar* y las

manzanas de la *misión* le hacen *doler la cabeza*, para Caoba también los *cambios son importantes*, pues en las *misiones* no hay *nivel de alarma* y se necesita de *un descanso*, sino la *misión se apodera de tu mente*. Al igual que Gregorio, ambas marcan que el *agotamiento* o el *cansancio* están ligados al desempeño de las tareas en *sectores indígenas*. En el caso de ambos agentes indígenas, ese agotamiento o exigencia se relaciona mayormente con sentirse más observados desde la supervisión de APS. Su condición de indígenas los vuelve susceptibles de una mirada más celosa por parte de la coordinación de APS en relación a si han desarrollado o no suficiente *nivel de alarma* o pueden generar los *cambios en la gente* que desde APS se aspira obtener.

En general, es el agente sanitario el que debe conducir y manejar el *sector de trabajo* y quien aparece como *responsable* del mismo frente a los distintos servicios del hospital. Es él quien, ante determinadas circunstancias, debe responder por el todo y cada una de las familias, expresando dicha tensión -vinculada a la *sobrecarga* de trabajo en función de las *familias críticas*- frecuentemente en términos de *cantidad* o *calidad*, tal como lo hacía Caoba cuando la acompañaba a su sector de trabajo.

Son numerosas las oportunidades en las que el agente sanitario se encuentra en la disyuntiva de que para atender a una familia se sienta, de algún modo, empujado o llevado a descuidar al conjunto, teniendo la sensación de que no se da *abasto*, como claramente lo ponían de manifiesto tanto Gregorio como también Prado.¹³¹

No obstante, son estas circunstancias las que habilitan a las/os agentes sanitarias/os la posibilidad de pedir o contar con una *colaboradora* -caso de Estrella-, negociar el traspaso de algunas manzanas a otro agente sanitario -caso de Caoba- o defenderse frente a las acusaciones de *mal desempeño*, pidiendo *más contemplación* o *consideración* por estar *trabajando en misión* frente al reproche o a las exigencias que puedan ir ocasionándose -caso de Gregorio-.

El conocimiento pormenorizado del todo y la parte es continuamente reforzado desde la dirección de APS y puesto a prueba en diferentes momentos. De este modo, en

¹³¹ En vinculación a la necesidad de *cubrir* la totalidad y cada una de las familias, otra de las agentes sanitarias me comentaba sobre la solicitud de los turnos de control perinatal de las embarazadas *...para venir al hospital, sacar los turnos y acompañar los casos difíciles, yo tengo que dejar de hacer acá* (en el sector), *se me atrasan las visitas y ando corriendo después para cubrir el 100 por 100* (se refiere al total de familias cubiertas que debe tener al finalizar la ronda de trabajo).

relación a la solicitud de un listado de los menores de seis años para el Plan Nacer, uno de los supervisores señalaba:

... Acá nadie es nuevito, a esta altura ya todos conocen el sector, no pueden decir que no conocen el sector. Deben conocer como los dedos de la mano cuántos niños en riesgo tienen, cuando se les pregunta la cantidad de familias críticas (hace un chasquido con los dedos de la mano), así deben responder.

Se trata entonces de una tarea de *servicio* que supone una atención individual a cada familia que integra el sector y, al mismo tiempo, un dominio sobre el conjunto, donde lo que se destaca es el carácter benévolo encarnado en el papel educador que le corresponde desempeñar al agente sanitario. Pues, tal como mencionara Estrella se trata de un trabajo cuyo propósito es *concientizar* o como, calificara Caoba, *es un trabajo de servicio... para el bienestar de la gente... por su bien*; en definitiva -retomando las palabras de Caoba- es un trabajo que procura el *rescate de las familias* y por el cual el agente sanitario -de acuerdo a Gregorio- debe *sacrificarse*, ya sea sacando los turnos en el hospital, acompañándolos, o realizando el seguimiento de las *familias críticas*.

El agente sanitario debe conseguir *entrar a las casas* y para ello es preciso lograr una *aceptación* mediante la puesta en práctica de distintas estrategias. De esta manera, los agentes sanitarios recurren a diferentes modalidades. Los primeros comentarios aluden a cuestiones cotidianas o circunstanciales como, por ejemplo, el estado del tiempo, etc. El humor o el chiste pueden convertirse en un recurso a la hora de *señalar las fallas* -tal como lo manifestaba Caoba-. Asimismo manejar o aprender algunas expresiones del idioma pueden ser un recurso a utilizar como una posibilidad de obtener *confianza*, acatamiento de las recomendaciones o de inspirar respeto.

En numerosas ocasiones, en relación al conocimiento o manejo del idioma, varios agentes sanitarios/os criollos/os me mencionaban cómo el hecho de conocer algunas palabras podía generar *confianza* y/o bien convertirse en un instrumento de control. Así, algunas/os me señalaban que, aún sólo conociendo palabras sueltas, a veces suelen dar a entender, a la familia visitada, que comprenden de qué están hablando cuando dialogan entre ellos en idioma, pudiendo “burlar” los comentarios desfavorables hacia el agente sanitario, los descontentos o protestas que los indígenas podrían estar expresando a raíz de las tareas que éste desarrolla en las casas o ante su presencia. De este modo, uno de los agentes me decía que: [ellos] *se sorprenden cuando hablan en idioma y les decís que no te cuereen*. Preguntando si él podía mantener una

conversación en *idioma*, me contestó que *no*, sólo entendía palabras sueltas, pero como hacía muchos años trabajaba en *misiones* podía *suponer, darse una idea, de cómo les va cayendo lo que vos les decís* por el tono y la manera de hablarse entre ellos.¹³² Son los agentes sanitarios con más antigüedad los que me manifestaban la *utilidad* de conocer algo del idioma para que te *reciban* o *acepten*, por ejemplo, pudiendo saludar o despedirse en *idioma*, o bien para poder tener un dominio de la situación de intervención.¹³³

No obstante, como una de las agentes sanitarias me señalaba, la tarea educativa tiene que realizarse *en criollo: yo les hablo en criollo, así ellos van aprendiendo a manejarse en el hospital... con los trámites en acción social. Hablar en criollo* implica indicar aquellas formas de comportarse “apropiadas” que la familia debería adquirir para conseguir ser atendido o escuchado. Así, como vimos en los registros, no son pocas las recomendaciones dadas a la hora de solicitar los turnos, o de llevar a los hijos a la consulta médica -en relación no sólo a lo que deben decir, sino también a cómo deben presentarse/arreglarse-. Estas recomendaciones no sólo se circunscriben a cómo deben manejarse dentro del ámbito hospitalario, sino que también se hacen extensivas a otras dependencias como, por ejemplo, la municipalidad. De esta forma, la manera de comportarse “criolla” deviene en ejemplo a seguir y en el ideal que la familia visitada debiera alcanzar.

Asimismo *hablar en criollo*, como lo señalaba Gregorio, puede significar que las mujeres/madres puedan replicar las *enseñanzas* del agente sanitario frente a la presencia de los supervisores o los médicos cuando éstos les hagan alguna pregunta respecto de los cuidados por ellos impartidos. Tal situación puede convertirse en prueba de la efectividad de su trabajo en *la misión*, dando muestras de su buen desempeño en tanto agente sanitario.

Como vimos en los registros, son diferentes las tácticas puestas en juego en el transcurso de *la visita*, vinculadas con la indagación que la misma implica. Como ya

¹³² Como veremos en el próximo capítulo, es frecuente que la confrontación no se establezca de manera directa, salvo en algunas situaciones concretas o, como en el primer caso, cuando el agente sanitario está comenzando a realizar sus tareas en el sector. Volveré sobre este punto más adelante.

¹³³ Conversando con algunos de los agentes, me mencionaron en varias oportunidades que tiempo atrás *era casi como una obligación saber algo de idioma*, pues funcionaba como una manera de *ganarse la entrada*. Así también, respecto a *ganarse la entrada*, otras agentes sanitarias hicieron alusión a que, si les tocaba trabajar en misión wichí o chorote, ellas se ponían los collares de semillas de tártago o usaban las bolsas (yicas) que las mujeres de la comunidad confeccionan, para generar cierta proximidad o cercanía e ir creando confianza.

mencioné, no sólo puede recurrirse al humor o chiste, sino también el agente sanitario puede presentar determinados procedimientos o preguntas escudándose en *la normativa* que debe cumplir como tal, resaltando el carácter impuesto tanto para la familia -que puede cuestionar su proceder-, como para él que no puede sustraerse de la autoridad anónima materializada en el formulario que tiene que completar (modalidad adoptada por Estrella y Gregorio a la hora de preguntar, expresando: *así lo piden* o *está en la planilla*). Son los ítems *-factores de riesgo-* allí consignados los que, como vimos en el acompañamiento de los agentes sanitarios criollos, les sirven de puntos de apoyo de sus reinterpretaciones a fin de conducir *la visita* hacia aquellos aspectos sobre los que consideran necesario intervenir. Para tales agentes tal grilla se constituye en el parámetro ordenador del despliegue de sus tareas educativas y las recomendaciones.

Asimismo, como se desprende de los casos, la modalidad de trabajo varía si quien realiza las visitas recién comienza en el sector o ya viene trabajando desde hace un tiempo. Es frecuente que, tal como aparece en el primer registro, cuando un agente sanitario criollo comience a trabajar en una misión se “midan fuerzas” o se “desafie” de alguna manera al agente, aún cuando éste ya haya trabajado con anterioridad en ese sector. He ido a acompañar a agentes que comenzaban su trabajo en un nuevo sector donde tal circunstancia era experimentada como *un desafío* y donde el primer paso para estos agentes consistía en poder *adaptar* a las familias a su forma de trabajo. Así, por ejemplo, mientras en el caso de Estrella el altercado del cacique en torno al *lugar para hacer los controles* puede interpretarse en este sentido, el caso de Caoba es representativo de quienes, como agentes sanitarios, llevan ya un tiempo considerable de trabajo en la *misión*. En su mayoría, tales agentes comentan, a través de alguna anécdota o situación, sus dificultades para *entrar*, remarcando acto seguido las diferencias de cuando recién se empieza a trabajar respecto de cuando ya se lleva un tiempo en el sector. A modo de ejemplo, tal como indicaba Caoba, si al principio la misión era una *una bomba de tiempo* y no la aceptaban demasiado, ahora está *más ordenada* y la *esperan*, mostrándome todas las *señales* de que *algo estás dejando*: algunas mujeres manejan la *terminología* sanitaria, preparan la mesa o se ponen a limpiar. La primera etapa o tiempo de trabajo es entonces de conocimiento mutuo. En relación a ello, un agente sanitario me comentaba respecto al inicio de trabajo en *las misiones: primero te*

estudian a vos, no te hablan, te miran, no dicen... pero uno también los está estudiando, va mirando si hacen o no hacen...

Una de las agentes sanitarias criollas que hacía poco tiempo que trabajaba en *misión* había implementado anotar en un cuaderno *ad hoc* sus *acciones educativas* durante las visitas. Allí iba registrando qué había hablado con la familia y hacía firmar a mujeres y hombres para que ellos *se involucren* y asuman el *compromiso*. De este modo ella presentaba su iniciativa como *un acuerdo que se hace, así las palabras no quedan al aire*. Tal medida era tomada sólo con las familias que eran *más problemáticas* a fin de *concientizar*. Con ello se buscaba otorgar otro status o peso a las *recomendaciones*. El registro por escrito y en detalle de lo conversado durante la visita intentaba imponerse como forma de lograr efectivizar el acatamiento de la familia, teniendo la agente sanitaria -al mismo tiempo- en caso de no percibirse algún cambio, alguna salvaguarda, a fin de que la *falta* recaiga en la familia y no en ella.

El registro de todas las observaciones o lo hablado con la familia en los formularios, la firma del *visto* y las *derivaciones* se convierten -en mayor o menor medida-, tanto para los agentes sanitarios criollos como indígenas, en otras de las cuestiones preocupantes a las que dedican buena parte del tiempo de *las visitas*. Dichas cuestiones tienen que ver -sobre todo para los agentes sanitarios criollos- con implicar a las familias en sus *recomendaciones* -generándole algún tipo de obligación. Pero obedece también al lugar de supeditación que ocupa el agente sanitario dentro del sistema, tal como señalaré a continuación.

No obstante, antes de pasar a este punto, cabe señalar que, respecto del grado de aceptación de las intervenciones, es preciso tomar en consideración el rol importante que juega el agente sanitario como distribuidor de programas sociales y recursos (bolsones de alimentos, leche, semillas, etc.). Así, si en un primer momento puede generarse algún rechazo o límite al accionar del agente, dichas reacciones encuentran su propio límite en esta delegación de responsabilidades que le otorga al agente sanitario la condición de imponerse, en tanto él mismo habilita la posibilidad o la vía a través de la cual poder recibir u obtener ciertos recursos o asistencia médica. De este modo, el margen de maniobra, de queja o de quite de colaboración frente a determinadas cuestiones/imposiciones ligadas a la *visita domiciliaria* está en cierta forma

condicionado. No obstante la desobediencia o conflicto “abierto” por parte de las familias aborígenes puede darse en algunas circunstancias y condiciones.¹³⁴

Retomando entonces el lugar de supeditación que ocupa el agente sanitario dentro del hospital en su interjuego con las recomendaciones que da a las familias, me interesa detenerme en una serie de modismos que los agentes sanitarios criollos habitualmente utilizan en el diálogo con la madre, modismos que resaltan la *buena predisposición* de ésta. Es frecuente que ellos indiquen respecto a una persona: *ella me hace, me responde, me cumple*. En estos casos, esa referencia al *me* alude tanto al grado de acatamiento hacia su figura de agente sanitario como también a su condición de trabajo dentro de la estructura hospitalaria. En efecto, el agente sanitario debe lograr cierta adhesión por parte de la gente a sus *recomendaciones*, pues de ello depende su estabilidad laboral y el manejo de las presiones que pueda recibir desde la dirección del hospital. Con estos modismos se expresa no sólo el carácter del intercambio establecido, sino también el tipo de nexo y la relación que los agentes sanitarios tienen con el hospital. Así, aún cuando se señale que lo que se enseña es *para la familia* y su *bienestar*, expresiones tales como *hacéme firmar la derivación, hacéme el documento o me es cumplidora* responden a una obligación contraída entre cada una de las partes involucradas y se presenta como una especie de *favor mutuo* que, de concretarse, facilita el reconocimiento del trabajo del agente dentro de la estructura hospitalaria y lo consolida en su puesto. De este modo, el agente intenta hacer de la visita una especie de “cooperación” correspondida, donde la distribución de recursos y programas entre las familias de su sector se convierte en una forma que tiene disponible para retribuir el acatamiento de éstas.

Es interesante que, en los cinco casos presentados, todos manifiesten sentirse controlados o vigilados desde la dirección de APS (supervisores/directora), pero también desde el cuerpo médico. Las quejas de los agentes respecto a la incompreensión de los médicos hacia su labor y la posibilidad que ello derive en su etiquetamiento de *mal desempeño* son expresadas frecuentemente por la mayoría de los que trabajan en *las misiones*. No obstante, si los agentes criollos se perciben más observados por trabajar en un sector indígena, finalmente atribuyen las dificultades de su accionar a las particularidades del sector. Por el contrario, los agentes sanitarios indígenas se sienten

¹³⁴ Me encargaré de un análisis más detallado de esta cuestión en el próximo capítulo, cuando trabaje el acceso y distribución de programas y recursos.

ellos mismos cuestionados sobre cómo desempeñan el rol, cada vez que se aduce su falta de pericia o escasa capacidad para asumir las tareas asignadas. En definitiva, en el caso de los agentes sanitarios indígenas la *falla* en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades puede recaer directamente y sin atenuantes sobre ellos, haciéndose más dificultoso deslindar responsabilidades en las *misiones*, como habitualmente hacen los agentes sanitarios criollos.

La constancia de las derivaciones, la preocupación por el *visto*, la repetición del nombre del agente sanitario en las casas para que se lo recuerde y todo aquello que implique una señal de que pasó por la casa, son índices que dan cuenta de la presión o tensión con que el agente sanitario vive cotidianamente la responsabilidad que se descarga sobre él, sintiendo que su trabajo puede ser permanentemente jaqueado si el papel de nexo es puesto en entredicho. De allí que si el agente se *sacrifica* por el *sector* para sacar turnos o *enseñarles*, el agente sanitario espere que *ellos* también se sacrifiquen. De este modo, en las visitas realizadas por los agentes sanitarios criollos, las relaciones establecidas se deslizan entre la asistencia y la vigilancia, entre la actitud protectora y el control directo. En cambio, los agentes sanitarios indígenas tienden, en mayor medida, a contemplar las condiciones por las cuales atraviesan las familias y los reproches no recaen en el *sector de trabajo*. En ellos la idea de *cambios* tal como es permanentemente expresada y resaltada por los agentes sanitarios criollos no aparece y, como vimos, en el caso de Prado y Ramón la indagación de los *factores de riesgo* no tiene un lugar tan relevante como en las visitas realizadas por los criollos.

Por último, cabe aclarar que la realización de las preguntas acerca de los factores de riesgo, realizadas por los agentes sanitarios criollos, también varía si se trata de un sector de trabajo nuevo o uno ya conocido. Las primeras visitas se llevan a cabo con más detenimiento en lo que hace a la formulación de las preguntas, pues se trata de *conocer* a la familia. En el caso de tener en el sector varios años o *rondas de trabajo*, el agente sanitario sólo vuelve sobre algunos aspectos que él considera prioritarios.

Entre estos temas prioritarios, la mujer en tanto *madre* y el *niño* ocupan un lugar preponderante, aún con matices diferentes si la intervención, como vimos en el tercer registro, la realiza un agente sanitario criollo o, como en los dos primeros registros, la

llevan a cabo agentes sanitarias criollas.¹³⁵ En concomitancia, independientemente del género de quien realice las visitas, es frecuente que en las casas donde la mujer no se halla y se encuentra sólo al hombre se haga una visita breve o directamente se la deje para otro día, cuando se encuentre *la mujer de la casa*.¹³⁶

Particularmente la consagración y la conservación de lo doméstico, a través de la interpelación de la mujer como *madre y esposa*, adquiere un singular protagonismo cuando interviene una agente sanitaria criolla que puede ponerse como el *ejemplo* a seguir y demostrar que puede como mujer comprender lo que ambos roles significan, tal como era señalado por Estrella y Caoba. El papel de la mujer como el armazón de lo familiar es fuertemente reforzado en cada visita y puede aparecer de maneras diferentes. En el caso de los agentes sanitarios criollos, mayoritariamente, el apuntalamiento de la familia se expresa en *tratar de que se cuiden y no tengan tantos hijos*. De este modo, la interpelación de la mujer como “buena madre” pasa por un cuerpo que es menester cuidar para que pueda asumir sus responsabilidades presentes encarnadas en los hijos ya existentes. La ocasión más propicia para los agentes sanitarios criollos para proponer un método anticonceptivo o hablar de la *planificación familiar* es cuando la mujer, que ya tiene varios hijos, queda embarazada o ha tenido recientemente familia. Éste es el momento *adecuado* para conversar del tema y señalar que, frente a la *criticidad de la familia*, ya no es aconsejable tener más hijos.

En este sentido, en *las visitas* de los agentes sanitarios/os criollos/os hay una fuerte “maternalización de la identidad femenina” a partir de la yuxtaposición de la figura de madre y mujer (Nari, 2004). Dentro de las intervenciones, la condición de madre se convierte en la identidad y la actividad exclusiva y excluyente de las mujeres (Queirolo, 2005). De este modo, con la “maternalización de la mujer” (Nari, 2004) parecen reforzarse, desde el sistema de salud, dos cuestiones preocupantes vinculadas a

¹³⁵ Al respecto cabe aclarar que el género como cuestión problemática excede los propósitos de esta tesis, centrada básicamente en el análisis y tratamiento de las relaciones interétnicas en el sistema de salud formal. No obstante, no es posible desconocer que ellas también están atravesadas por las diferenciaciones de género. En este sentido he reparado en ellas, en la medida en que las intervenciones socio-sanitarias focalizan en la mujer en tanto sostén y articuladora de la familia. Sólo serán mencionados algunos aspectos, sin pretender ser exhaustiva, ni agotar todas las implicancias que cobra el factor de género en la interacción. Centrarse exclusivamente en ello desborda los objetivos propuestos para este trabajo de tesis, siendo más bien un tema a ser desarrollado en sí mismo.

¹³⁶ El hombre sólo es interpelado en ciertas circunstancias y en todo caso entra en la órbita de la visita tangencialmente o de manera secundaria. Sin embargo, en las comunidades wichí, de estar la pareja de la mujer, es éste quien entabla la comunicación con el agente, respondiendo a sus preguntas. Así, aún cuando el agente pregunte a la mujer, será el hombre el que atiende y contesta durante la visita.

una concepción de “naturaleza femenina” inscrita en la capacidad reproductiva. Por un lado, se busca reforzar un “instinto maternal” hacia los hijos que integran el núcleo familiar/doméstico y, por otro lado, las exhortaciones a cuidarse y hacerse artífice de una procreación responsable se pregonan también en nombre de ese “instinto maternal” inscripto en el cuerpo de las mujeres, en función de controlar la cantidad de hijos por unidad doméstica (Nari, 2004). En este sentido, la preservación o fomento del “instinto maternal” actúa en un doble juego para cuidar a los niños y abstener a la mujer de tener más hijos.¹³⁷

Respecto a esta cuestión, cabe agregar por último que la “maternalización de la mujer” también repercute y está presente en la manera de llevar a cabo las visitas domiciliarias por parte de las agentes sanitarias. Pues ellas no sólo devienen en ejemplo a seguir, sino también mediante sus *enseñanzas* y su *rol protector* -en relación a las *misiones*- replican y asumen la función que se atribuye a la mujer en cuanto al cuidado de los “menores”, ya que, en este caso, la idea de minoridad se encarna en los sectores indígenas. Así pues en las agentes sanitarias criollas puede observarse una concepción del trabajo como prolongación de las habilidades desarrolladas en el ámbito del hogar, pero realizado fuera de sus límites.¹³⁸

¹³⁷ Hasta hace muy poco tiempo, en los estudios etnográficos en Argentina “la mujer indígena fue vista como un sujeto silencioso y elusivo” (Hirsch, 2008:15). En relación a trabajos abocados a cuestiones de género en los pueblos indígenas de nuestro país cabe señalar la ausencia de un corpus de investigación sistemático que haya problematizado el tema. No obstante, para un acercamiento a los trabajos recientes que abordan la temática puede consultarse la compilación realizada por Hirsch (2008). Allí, además de encontrar una breve reseña de cómo fue mirada la mujer indígena en la antropología argentina, se reúnen una serie de trabajos que abordan entre sus temáticas: procesos de socialización, la construcción social de lo femenino, el espacio doméstico y el trabajo femenino en diferentes grupos indígenas y contextos. En lo que se refiere a trabajos sobre cuestión de género, maternidad y reproducción respecto a población no-indígena el campo bibliográfico es mucho más amplio. En relación a los modelos familiares en distintos períodos de la historia argentina pueden consultarse -aparte del trabajo de Marcela Nari- los realizados por Estela Grassi (1990 y 1998) centrados en analizar cómo la familia -entendida como “célula de la sociedad”- y el lugar de la mujer asociado al binomio “madre-hijo”, se fueron construyendo y constituyendo en objetos de intervención desde diferentes usinas sociales y políticas públicas, incidiéndose en diversos ámbitos y planos de la vida social ligados a regular las relaciones de género, las obligaciones paternas y maternas, el control de la fertilidad, las relaciones de parentesco, entre otras cuestiones. Para una aproximación sobre “nuevas” formas de problematización de la maternidad puede verse también la compilación de trabajos realizada por Mónica Tarducci (2008).

¹³⁸ Respecto de la incorporación de personal femenino indígena en APS cabe destacar que hasta comienzos de 2009 no había ninguna mujer indígena trabajando como agente sanitaria. Hasta entonces sólo hombres indígenas desarrollaban tareas como agentes. Actualmente hay sólo una mujer indígena trabajando como agente sanitaria, lo que indica tanto una incorporación reciente como numéricamente irrelevante, por razones que habría que investigar.

El saneamiento ambiental reducido a la limpieza del hogar y al tratamiento dado a la basura/residuos es otro de los ejes preponderantes de *las visitas*. La remarcada insistencia del tema en *las misiones*, en contraste a los *barrios criollos*, parece reforzar la *falta de limpieza* como un atributo del aborígen y opera como índice que presupone y recrea la distancia y diferencia entre unos y otros. En este marco, el grado de limpieza acreditado a las familias criollas, en contraposición al de *las misiones* asociadas a la “polución” que asecha, aparece preponderantemente como una forma de ordenamiento y criterio de clasificación diferencial (Douglas, 1991), sobre todo en relación a las comunidades peri-urbanas de Tartagal. La consecuente expansión y construcción de *barrios y/o asentamientos criollos* donde otrora se hallaban instaladas *las misiones* fue y va generando una cercanía al ejido urbano, lo cual hace de la observancia de la *limpieza* un medio clave para regular y remarcar diferenciaciones de carácter disciplinante tanto para unos (criollos) como para otros (los indígenas). Dentro de un contexto donde los “márgenes” entre una y otra entidad se acortan, el señalamiento de lo *limpio* y lo *sucio* implica asignar a cada uno su lugar en tanto -siguiendo el planteo de Mary Douglas (1991)- lo que es considerado sucio o susceptible de polución no es otra cosa que aquella perturbadora “cuestión o materia fuera de lugar”. En este sentido, a partir de la valoración de lo *limpio* y lo *sucio* el agente sanitario parece constituirse en el custodio o el centinela de los contornos que, por un lado, no deben ser transgredidos por los criollos pobres colindantes a *las misiones* y, por otro, supeditan a los indígenas a una supervisión sanitaria constante. La *limpieza* manifiesta un modo de regulación de las relaciones interétnicas: disciplinante para los criollos cercanos a los indígenas, opera también como una forma de subordinar a éstos últimos, marcándoles un atributo de inferioridad.

Dentro de estas coordenadas, las imputaciones sobre lo *limpio* y lo *sucio* constituyen una de las formas predominantes a través de las cuales las jerarquías y las asimetrías se expresan. Así, con tales calificaciones puestas en juego, las reivindicaciones y contra-reivindicaciones de categorías sociales van instituyendo cierto “orden” que queda asociado a lo criollo y cierto “desorden” atribuido a lo indígena (Douglas, 1991: 14).

No obstante, la *suciedad* como estigma y diacrítico distintivo de las *misiones* evoca no sólo una idea de contaminación y proximidad amenazante, sino también

constituye unos de los ítems de riesgo sobre los cuales el agente sanitario siente que puede hacer algo, frente a otros que son percibidos como un tope a sus acciones educativas, esto es, ante los cuales se ve imposibilitado o limitado para actuar. En otras palabras, a través de las indicaciones de la limpieza el agente sanitario cree que tiene incidencia en algo concreto, frente a otras cuestiones también consideradas riesgosas pero ante las cuales siente que *prácticamente* no puede hacer demasiado.

Al respecto, una de las agentes sanitarias señalaba en relación a la efectividad de los tratamientos de tuberculosis: *no se puede exigir... muchas cosas pasan porque hay falta de olla. Cuando hay falta de olla no se puede hacer mucho.* En términos similares, otra compañera se refería a la anemia crónica de muchas mujeres que en los embarazos agudizan su descalcificación, perdiendo así varias de sus piezas dentales: *las mamás van perdiendo los dientes, el multivitamínico y el hierro ayudan un poco, pero eso pasa porque no hay nada para papear y si hay es pura harina, puro fideo... ¿ahí, qué podés hacer?..., nada... no se puede hacer prácticamente nada.*

De manera más acuciante, dicha cuestión emerge frente a los casos de mortalidad infantil que ponen en evidencia una prevención y promoción de la salud en un espacio estallado, donde el agente que pasa por tal experiencia vuelve a preguntarse por el sentido de su tarea. Durante el trabajo de campo no fueron pocas las veces que a los agentes sanitarios les tocó atravesar *una muerte infantil*. Lo que primero me llamó la atención era que se referían a ella diciendo: *se me murió una chiquita* o *se me murió un changuito*. La utilización del pronombre *me* denotaba la asunción de una responsabilidad en términos personales y un nivel de aflicción agudizado por la impotencia que sienten y que se pone de manifiesto en tales circunstancias. Es en dichos casos extremos que los agentes reflexionan sobre el carácter de la prevención y promoción, y donde la misma aparece vaciada de sentido. Como me expresara de manera contundente un agente sanitario criollo: *uno se siente arando en el mar*. No obstante, la muerte emerge al mismo tiempo naturalizada -quizás también producto de la impotencia o lo poco que el agente siente que puede hacer en ciertas circunstancias. En las situaciones límites, expresiones acerca de que en *las misiones*: *...tienen un desapego por la vida, casi no lloran las muertes, están inmunizados frente al dolor*, parecían conjurar la angustia que provocaban los decesos, constituyéndose en una manera de poder rearmarse después de ellos. En otras palabras, la atribución de una

“naturalidad” del otro frente a la muerte al mismo tiempo abre una posibilidad de naturalizarla para los propios agentes, aliviando así el peso o la carga que pueden sentir en relación a ella.

Resulta interesante detenerse en la construcción del “ellos” y el “nosotros” que van realizando los agentes sanitarios. Mientras en el discurso del agente sanitario indígena no aparece una diferenciación tajante con el sector -aún cuando su adscripción étnica no sea la misma-, los agentes sanitarios criollos que trabajan en *misiones* van construyendo una alteridad que se va reforzando y emerge en acto cuando hacen referencia a *ellos*. No obstante, el nosotros/ellos de los agentes sanitarios es móvil, no es estanco y, en ciertas circunstancias o comentarios, el *ellos* se utiliza para aludir a quienes trabajan en el hospital o en la municipalidad, marcando una diferenciación entre los que *trabajan en terreno*, en proximidad *con las misiones*, y aquellos que no tienen un contacto cotidiano directo.

Pero, como ya adelanté, es en relación a la indagación sobre los factores de riesgo -al modo de realizar el trabajo/la visita- donde se perciben las diferencias más notorias entre los agentes sanitarios criollos y los agentes sanitarios indígenas. Como señalé en el capítulo anterior, el *consejo* no aparece como el eje central de intervención del agente sanitario indígena. En estos casos, el *consejo* o *recomendación* es posible de ser dado cuando se *pide* y, en general, está orientado a cómo hacer trámites y a indicar los requisitos a satisfacer para poder obtener algún programa o bolsón. Durante el acompañamiento de los agentes sanitarios indígenas, observé que sólo se hacían preguntas en términos generales sobre los integrantes de la familia cuando se “pasaba lista”, reactualizando *el censo*, esto es: si quienes figuraban en el formulario continuaban viviendo en la casa, si alguno se había trasladado y si se encontraban bien, sin detenerse en los ítems de riesgo o en formular preguntas en torno a ellos. Las tareas se circunscribían a completar el calendario de vacunación, al control de niños menores de seis años, y a la información sobre las campañas puntuales como las del dengue, indicando las medidas preventivas que debían tomarse.

Durante las visitas, en estos casos los temas de conversación discurrían de otra manera, pues estaban centrados en un circuito de información donde el agente sanitario indígena se enteraba de cómo, por ejemplo, iba la venta de productos agrícolas en el mercado local; de cuáles eran los contratistas que estaban empleando gente para el

trabajo en las fincas; de los eventos o reuniones que se hacían en otras comunidades; o de obtener noticias de lo que sucedía en el Chaco (Pilcomayo), entre otras cuestiones. Al mismo tiempo, de tener varias comunidades a cargo, el agente solía replicar esas conversaciones y hacerlas circular por otras casas. De este modo, en el acompañamiento de los agentes sanitarios indígenas me iba enterando de otros aspectos ligados a la cotidianidad de las comunidades que, o bien no aparecían durante las visitas de los agentes criollos, o eran contadas desde una perspectiva diferente.

En cuanto a las tensiones propias del hecho de ser agente sanitario en el espacio social descrito, a quien es indígena se le suman otras en virtud de su pertenencia/adscripción étnica y por ser parte del sector poblacional sobre el cual se interviene. Se trata de tensiones que no están sólo ligadas al hospital y a la manera de problematizar la salud por parte de quienes allí trabajan, sino al hecho de desempeñar sus tareas en *las misiones*. La doble implicancia de formar parte del engranaje de las intervenciones socio-sanitarias y pertenecer al “colectivo indígena” hace dificultoso adoptar las modalidades de trabajo que supone ser un “buen agente sanitario”, en tanto ello implica de alguna manera asumir las estigmatizaciones que sobre el colectivo indígena se descargan.

En este sentido, al interior del equipo de APS, quien deviene prototipo de un buen agente sanitario es *el criollo que sabe aconsejar*, convirtiéndose en el referente que los agentes sanitarios indígenas deberían imitar o seguir.

En términos generales, como ya adelanté, la desconfianza o mayor supervisión que desde el hospital se dispensa a *las misiones* parece hacerse co-extensiva a los agentes sanitarios indígenas integrados en APS. Varios agentes indígenas, en diversas oportunidades, me manifestaron sentirse *más observados* que sus compañeros criollos en la realización de las tareas, tal como vimos con los casos de Prado y Ramón. Además, a pesar de encontrarse trabajando dentro del hospital, es frecuente que señalen lo dificultoso que les es conseguir los turnos para la asistencia médica o estudios clínicos. Se sienten *no escuchados* e indican al hospital como un espacio en el cual el aborigen es considerado como alguien que *no tiene palabra*. Así, si bien todos los agentes hacen referencia a las dificultades para tramitar turnos de atención médica, son los agentes sanitarios indígenas quienes remarcan aún más estas dificultades, sintiéndose muchas veces “desautorizados” no sólo en el espacio intrahospitalario, sino

también en el sector de trabajo cuando se los supervisa, tal como el caso de Ramón pone de manifiesto.¹³⁹

Por otra parte, trabajar en el ámbito de la propia comunidad no es sencillo y de hecho expresan sentirse más aliviados de las presiones que pueden generarse en su comunidad si llevan a cabo sus tareas como agente sanitario en otras. Dichas presiones están vinculadas principalmente a la distribución de recursos (leche, bolsones y programas), tarea que obedece a principios de reparto con una lógica ajena y diferente a los criterios recíprocos que gravitan dentro de las comunidades entre la familia extendida o vecinos. El reparto discrecional, pautado desde el hospital conjuntamente con el área de acción social -focalizado en los menores de 6 años y las embarazadas- hace que las redes de reciprocidad y compromisos establecidos intracomunitariamente puedan verse perturbados al estar sujetos a otra dinámica. Así, como me señalaban Prado y Ramón, la disposición de los recursos que el agente sanitario cuenta, pero que debe manejar a través de criterios fijados en otra parte, puede llegar a generar roces entre la gente y su desempeño como tal, pudiendo ser acusados de *mezquinos*. Tal agravio o rumor pondría no sólo a él sino también a su familia en una situación difícil de sobrellevar en la propia comunidad, pues puede llevar a resquebrajar o resentir las relaciones sociales de las cuales se forma parte y con las cuales se convive cotidianamente.

En las comunidades tanto guaraníes, como chorote o wichí que visité durante mi trabajo de campo, la “ayuda mutua”, sea para trabajar el cerco, realizar otro tipo de actividades de subsistencia, recibir visita (alojar a parientes), o intercambiar algunos productos -entre otras formas en que aquella cobra su expresión- constituye un valor social del cual no es posible sustraerse sin que ello pase por desapercibido o no apareje consecuencias. El papel de la distribución y la ayuda mutua constituye uno de los pilares sobre los que se asientan gran parte de la subsistencia de los grupos que conforman una comunidad.

Tal como señala Gordillo, “...la reciprocidad se expresa no sólo positivamente a través de una distribución voluntaria, sino también a través de formas de control sobre

¹³⁹ Basta recordar, como ejemplo, lo mencionado en el caso de Prado, cuando éste hacía referencia al curso de formación de nuevos agentes sanitarios abierto por APS. La mayoría de los indígenas no habían podido inscribirse ni tampoco tener la entrevista por no contar con el título secundario completo. Las expresiones de Ramón en torno a su incorporación en APS pueden entenderse en este mismo sentido.

actitudes que puedan amenazarla” (2006:129).¹⁴⁰ De allí que, cuando la “reciprocidad” en tanto modalidad distributiva de bienes y/o prestación de ayuda de algún tipo se ve de algún modo socavada, se exagera su carácter de mecanismo de control social y se acentúa su componente coercitivo sobre los miembros que conforman el grupo (Gordillo 2006: 220). En dichas circunstancias, entonces, el agente sanitario indígena se ve atravesado por tensiones que provienen de la posición ocupada dentro del hospital en tanto indígena y del lugar en su comunidad por ser el lazo con una fuente de recursos a los que, si bien tiene cierto acceso, no maneja o controla directamente, porque están regulados por otros principios de distribución.

De esta forma, como me era señalado por Prado, el trabajo *familia por familia* parece constituirse en una forma de resolución de problemas ajena a cuestiones *compartidas* por todos. Se lo percibe entonces como una manera de *mantenernos separados*, esto es, una forma que va socavando o pone en entredicho mecanismos de funcionamiento comunitario con los cuales el grupo va sorteando diferentes dificultades ligadas a la subsistencia y a la reproducción del grupo en tanto tal.

Por otra parte, como veremos en profundidad en el próximo capítulo, la lógica de distribución de insumos (leche, bolsones) o programas responde, en el caso de los agentes sanitarios criollos, a una especie de intercambio de recompensas en función del cambio de comportamiento o actitud que se espera de la madre o la familia en relación a las recomendaciones que aquellos van proponiendo. En efecto, el merecimiento o no de recursos y programas está íntimamente ligado a poder regular y efectivizar el abandono de *conductas inapropiadas* y garantizar la asunción por parte de la familia de determinadas *responsabilidades*.

En este sentido, el intercambio de recursos o ayuda realizado intracomunitariamente entre indígenas está regido por otra lógica donde la obligación o el compromiso de dar se vincula con la necesidad y la retribución que se espera en función de poder contar con productos que ayuden a la reproducción del grupo, a sobrellevar momentos de crisis ocasionados por la inestabilidad de los trabajos

¹⁴⁰ En este sentido, es necesario aclarar que este rasgo de relaciones sociales predominantemente recíprocitarias, como expresa Gordillo, debe entenderse no como “una versión de utopías igualitarias” encarnadas en las comunidades, sino como el producto histórico de formas sociales de reproducción sobre las que se ha apoyado la incorporación de esta población dentro de las relaciones capitalistas, posibilitando al mismo tiempo frenar o menguar formas de explotación/explotación más severas (2006: 125 y ss). El peso de las reglas recíprocitarias que rigen a dichos grupos debe por ende entenderse en el marco de las condiciones que amenazan sus posibilidades de reproducción.

temporarios, y a afianzar al mismo tiempo la pertenencia al grupo, pudiendo ser reconocido en él.¹⁴¹

Recapitulando

Hasta aquí, he intentado dar cuenta de la complejidad que reviste el lugar del agente sanitario en la medida en que el mismo está atravesado por múltiples variables que hacen a los condicionamientos y a la estructuración de ciertas relaciones sociales. Tal análisis no habría sido posible –entiendo– sin reponer la experiencia social de los agentes sanitarios mismos, en el marco de ciertas reglas de juego estructurantes al mismo tiempo que estructuradas. A su vez, éstas no pueden entenderse independientemente de los sujetos que las instituyen y las significan.

Asimismo en este capítulo, mediante la reposición de los registros, busqué introducir cómo a través del “cuidado a domicilio” va tomando encarnadura un proceso de normalización vinculado al *consejo práctico*. Con él se instaura y se deja presente lo que se considera *adecuado/apropiado* o *inadecuado/inapropiado*. Como vimos, las intervenciones recaen básicamente sobre la mujer en tanto madre y en los niños. Los problemas se van individualizando y aparecen preponderantemente interpretados como problemas de comportamiento: “estilos de vida”, “malos hábitos”, “mal acostumbramiento”. La promoción y prevención de la salud se liga básicamente a incidir sobre las conductas más que a las condiciones del medio donde las comunidades desarrollan sus actividades cotidianas.

En este contexto, mi argumento radica en que la figura del agente sanitario se constituye en una especie de “ortopedia moral” (Foucault, 2005: 24) de la *familia con más de siete cruces*, pues es en *la visita* que la misma deviene una *familia de riesgo*.¹⁴²

¹⁴¹ Para un análisis de la “reciprocidad” como mecanismo de redistribución social puede consultarse el trabajo de Marshal Sahlins (1983) y el de Maurice Godelier (1998). Para un recorrido sobre distintas maneras de conceptualizar la reciprocidad desde los enfoques antropológicos y sociológicos, puede verse el análisis de Ricardo Abduca (2007). Respecto a los trabajos abocados a cómo las prácticas de reciprocidad de los grupos indígenas del Gran Chaco fueron transformándose y re-significándose a partir de su incorporación a la economía de mercado, pueden consultarse los trabajos de Gordillo (1994; 2006), Cordeu y Sifreddi (1971). Entre otros trabajos antropológicos que han analizado la reciprocidad entre los grupos indígenas del Gran Chaco podemos encontrar la tesis de Lorena Cardin (2008), quien realiza un análisis de la vigencia del don entre los toba formoseños, y los de Fernando Lynch (1994; 2002), centrados en los sistemas de intercambio y reciprocidad entre los pilagá.

¹⁴² Es con y mediante la visita domiciliaria que la familia y los roles dentro de ella definidos (madre, esposa, hombre, padre) operan como “tecnología moral” (Foucault, 2005), y se convierten en el punto

En este marco, no son pocas ni menores las tensiones extra que experimenta el agente sanitario indígena, pues en muchas oportunidades se siente compelido a asumir las mismas estigmatizaciones que recaen sobre *las misiones*, a fin de operar sobre ellas y ser entonces reconocido un buen agente sanitario.

A partir de lo trabajado en este capítulo, nos hallamos en condiciones de ir profundizando el papel del agente sanitario como distribuidor de recursos y programas sociales, a fin de seguir desmenuzando otras facetas del complejo carácter de las intervenciones socio-sanitarias. Con ello atenderé al modo en que se conjuga la percepción del riesgo, los consejos prácticos impartidos durante la visita y el acercamiento de ciertos insumos a las familias que integran *las misiones*.

referencial a partir del cual se establece la distancia o alejamiento de ese ideal prescriptivo que define lo “normal”.

Capítulo VI

La normalización en el marco de la Atención Primaria de la Salud

Procesos de normalización

Entender los programas de salud para indígenas en términos de “regulación de población” nos remite a los procesos de normalización que los mismos conllevan. Pues, organizados en torno a la gestión de la vida del colectivo indígena, éstos implican una forma de distribuir lo viviente en un dominio de valor y utilidad, a través de toda una serie de operaciones ligadas a calcular, medir, calificar, apreciar y jerarquizar, en suma, a distinguir lo “normal” de lo “anormal” (Foucault, 2002a: 174).

Con el concepto de “normalización” aludo, entonces, al proceso de regulación de la vida de los individuos y de las poblaciones. En este sentido, como señala Foucault, nuestras sociedades son “sociedades de normalización” en tanto “la sociedad normalizadora es una sociedad en la que se cruzan, según una articulación ortogonal, la norma de la disciplina y la norma de la regulación” (2000: 229).

Como vine trabajando en el capítulo anterior, las *visitas domiciliarias* implican el despliegue de una serie de actividades y procedimientos a través de los cuales se efectúa la distinción de lo “normal” y lo “anormal”. Ahora bien, me interesa profundizar aquí qué implica tal distinción, bajo qué arreglos concretos se realiza y cuáles son algunos de los efectos que ello acarrea.

Teniendo presente que los mecanismos de tipo disciplinario desplegados por las intervenciones socio-sanitarias de APS están supeditados a la noción del riesgo y a lo vulnerable, en este capítulo intentaré dar cuenta de cómo el control y la vigilancia no recaen de la misma manera sobre el conjunto en el que se interviene y, asimismo, a cómo ambos aspectos están vinculados a cierto modo de administrar recursos y programas sociales.

Para avanzar en dicha dirección, me centro concretamente en analizar la forma en que se despliegan las intervenciones realizadas por los agentes sanitarios en articulación con la distribución de recursos que realizan, destacando la conexión con los programas sociales que, de alguna manera, los mismos habilitan mediante su intermediación. Sólo mediante la reposición de las tareas concretas desarrolladas en ese

marco entiendo que es posible dar cuenta del despliegue del proceso más amplio de normalización contenido en lo que se nomina promoción de la salud y prevención de enfermedades.¹⁴³

Para ello retomo brevemente, en primer lugar, en qué marco la construcción social del riesgo se inscribe como forma de gestión, para luego sistematizar algunos de los aspectos ya trabajados. Sobre esta base, entro después de lleno en el eje que estructura este capítulo, esto es, en la articulación entre la percepción social del riesgo, la distribución de recursos, y el papel que juega en dicha distribución el *consejo práctico* que el agente sanitario realiza.

El riesgo como política de gestión diferencial de poblaciones

Como argumenta Lurbe I Puerto (2005), es en el campo de la biopolítica -en tanto forma de intervención operante- que hallamos la génesis de los mecanismos de gestión del riesgo sanitario y su consolidación en la salud pública.

A partir del afianzamiento de las políticas sociales de corte neoliberal, la gestión de los recursos sanitarios se ha valido de la estrategia de construir “grupos de riesgo”, alegando la voluntad de proporcionar una atención más ajustada a las necesidades de los grupos más desfavorecidos (Rose, 2007).

En este marco, la construcción de “perfiles poblacionales de riesgo” se fue convirtiendo en el instrumento conceptual a partir del cual es posible establecer conexiones causales probables entre acciones (eventos o atributos) y sus efectos. La noción de riesgo implica, por tanto, un método sistemático para plantear prioridades y asignar medios, constituyéndose en una herramienta para optimizar los recursos según una estructura de posibilidades (Lurbe I Puerto, 2005).

En efecto, como también señala Rose (2007), la introducción del concepto de riesgo en la gestión de los recursos se ha convertido en la guía con la cual tomar decisiones administrativas, basadas en un procedimiento de orden técnico -de apariencia

¹⁴³ De este modo, prevenir es en primera instancia vigilar, es decir, anticipar la emergencia de eventos indeseables en el seno de poblaciones estadísticamente detectadas como portadoras de riesgo. En el caso que nos ocupa, se trata de una tarea orientada a fomentar el *nivel de alarma* tanto de los agentes sanitarios que trabajan en *las misiones*, como en las familias que allí viven.

ideológicamente neutra- a través del cual justificar una distribución focalizada de recursos mediante el cálculo de paquetes y planes de atención básica.

Siguiendo el planteo de Fassin (2008), podemos decir que en materia de promoción de una vida en salud y de prevención de enfermedades, la identificación de “grupos de riesgo” forma parte del “higienismo contemporáneo”. Se trata pues de la intersección entre una tecnología de intervención sobre las poblaciones -basada en la estadística social- y una conciencia enfocada sobre la cuestión social. De este modo, el “higienismo contemporáneo”, en su doble vertiente de método y política, cobija tanto una ambición científica de neutralidad -acorde con una racionalidad fundada en la eficiencia- como un proyecto moral destinado a aliviar el sufrimiento y corregir las desviaciones.

Ahora bien, además de lo planteado hasta el momento, ¿qué supone esta manera de “gobernar a los hombres” (Foucault, 2006) mediante la construcción de los denominados “grupos de riesgo”? En otros términos, ¿qué implica conducir o guiar a estos grupos poblacionales a partir del “riesgo”?

En primer lugar, implica un ideal normativo que, en nombre de comportamientos presumiblemente sanos, va clasificando según criterios itemizados a individuos o grupos en “portadores de riesgos”, al tiempo que va descontextualizando el riesgo de su vinculación con el medio y las condiciones sociales en las que se inscribe. En este sentido, por lo tanto, la construcción de “perfiles poblacionales de riesgo” y el manejo de los mismos contribuyen a reforzar las normas de acuerdo al grado de amenaza percibida para las relaciones sociales y las prácticas cotidianas establecidas dentro de ciertas coordenadas morales (Douglas, 1996). De allí que la operacionalización de los factores de riesgo sanitario, como aquello que “ nombra la realidad”, implique en la práctica construir un fichero de comportamientos inapropiados, traducándose en un lenguaje administrativo dirigido a intervenir en “los estilos de vida” que estarían interfiriendo en la manera de entender y vivir según determinadas normas sociales y valores de referencia (Douglas, 1996; Lurbe I Puerto, 2005; Rose, 2007).

En segundo lugar, dentro de esta configuración, quien administra los “riesgos” - y opera sobre el grupo recortado con dichos criterios- es progresivamente compelido no ya a emprender la identificación de una condición, sino a calcular el riesgo de un individuo o un acontecimiento, con la obligación de asumir la responsabilidad de los

cálculos realizados, los consejos dados y el éxito de las estrategias que se ponen en juego para monitorear y administrar ese riesgo (Rose, 2007).

En este sentido, siguiendo el planteo de Bestard (1996), se trata de abordar la noción de riesgo en tanto categoría social. Esto es, analizar la percepción social del riesgo en su articulación con las bases sociales de su codificación. Como afirma Douglas (1996), las nociones de riesgo son nociones construidas socialmente y no pueden ser trabajadas independientemente de la lente que ordena una determinada manera de detectar “lo riesgoso”. Tal lente es configurada a partir de un lenguaje político comprometido con ciertos juicios de valor y puesto en práctica en las interacciones sociales de sujetos que ocupan posiciones sociales diferentes.

Tanto la selectividad de los riesgos -donde se enfatizan algunos aspectos y se ignoran otros-, como el umbral de tolerancia de éstos, más la atribución de responsabilidades al respecto, constituyen por tanto formas de proteger, defender y afirmar ciertas normas hegemónicamente instituidas (Bestard, 1996; Douglas, 1996).

Haciendo propia la propuesta de Mary Douglas, las preguntas que articulan el siguiente apartado refieren a cómo un determinado conjunto de normas sociales y principios morales configuran la percepción social del riesgo y cómo ese conjunto está codificado en las formas de intervención puestas en práctica por los agentes sanitarios (1996: 21-22).

Partiendo entonces de estas consideraciones, me interesa detenerme en la interconexión entre promoción de la salud y prevención de enfermedades, en la percepción social del riesgo y en la distribución de recursos que los agentes sanitarios realizan cuando llevan a cabo sus tareas. Con el abordaje de estas tres dimensiones articuladas, busco profundizar el análisis de las intervenciones socio-sanitarias dirigidas a la población indígena, orientadoras de una manera de hacer vivir ligada a la distribución de “mínimos biológicos”.

La percepción social del riesgo y la distribución de recursos en el sector de trabajo

El proceso de normalización, como adelanté en los capítulos anteriores, cobra textura con la *visita domiciliaria* y el *control* del peso y talla de los niños menores de seis años que el agente sanitario realiza en el sector que les es asignado.

Como vimos en el recorrido del capítulo anterior, la *visita domiciliaria* constituye el mecanismo a través del cual se despliegan toda una serie de operaciones que tienen al sector y, dentro de él, a la familia como “punto de aplicación” de sus intervenciones. A través de éstas, ciertas técnicas reguladoras y mecanismos disciplinarios van entretrejiéndose (Foucault, 2000 y 2006). Pero el punto a destacar es que la acción del agente sanitario en el sector no es continua o uniforme en la totalidad de familias asignadas, sino que está orientada por una serie de indicadores predeterminados sobre los cuales debe organizar, a fin de optimizar, su trabajo sobre la cantidad de familias que tiene a su cargo.

A partir de los denominados *factores de riesgo*, consignados en una planilla de registro, el agente debe distinguir el *nivel crítico* de la familia visitada. En este sentido, cada uno de los factores/indicadores consignados en conjunto en la planilla configura por sumatoria un “perfil poblacional” sobre el que el agente sanitario debe prestar especial atención. Ellos conforman la matriz mediante la cual el trabajo de promoción y prevención se desenvuelve, constituyendo tanto una manera de individualizar los problemas de salud, como al mismo tiempo de integrarlos en un campo seriado de clasificación (Foucault, 2000) de acuerdo a una modalidad de identificación y cuantificación de “riesgo”.¹⁴⁴

Retomando el planteo de Foucault, podemos decir que se trata de un proceso de normalización estructurado a partir de los dispositivos de seguridad. Pues, a través de la implementación del sistema de cruces según los factores detectados, se van estableciendo series -gradaciones- entre familias de *alto riesgo*, *riesgo moderado* o *normales*, en este sentido:

...lo que hay es un señalamiento de diferentes curvas de normalidad y la operación de normalización consistirá en hacer interactuar diferentes atribuciones

¹⁴⁴ De este modo, la *pre-ronda*, como período previo a la realización de las *visitas domiciliarias*, constituye para los agentes sanitarios el momento de ordenar la cantidad y periodicidad de las mismas de acuerdo a los porcentajes de *familias en riesgo* que tienen en el sector. Como ya mencioné, es en dicho período donde el agente *planifica* como será su trabajo en la *ronda* según el *resumen del sector* elaborado. En él se vuelcan los datos correspondientes a la cantidad de menores de 6 años, la cantidad de embarazadas, el cálculo estimado de embarazos previstos para la *nueva ronda* y el porcentaje de población a vacunar, entre otros indicadores.

de normalidad y procurar que las más desfavorables se asimilen a las más favorables. Se parte de lo normal, y para hacerlo se toman en cuenta ciertas distribuciones que se consideran más favorables. Esas distribuciones son las que sirven de norma: **“la norma es el juego de las normalidades diferenciales”** (Foucault, 2006: 84, subrayado propio).¹⁴⁵

De este modo, son los *factores de riesgo* los que aparecen como determinantes del estado de salud de las familias en cuestión, tornándose “datos” sobre los que le corresponde al agente actuar. El carácter de estos indicadores, instituyentes de un objeto pre-construido de intervención, moldea la mirada del agente sanitario, quien en la visita interpelará a la familia, generalmente a la mujer, en dichos términos. En consecuencia, la atribución de tales propiedades a las familias se acaba de consumir en la *visita domiciliaria* y con dicha atribución el agente sanitario (re)produce la entidad sobre la que habrá de intervenir. Al asignar una condición de acuerdo a los *factores de riesgo* completa ese objeto pre-construido, es decir, configura una realidad que hay que regular y controlar.

Como adelantara en los capítulos IV y V, es por medio de *la visita*, casa por casa, que el agente va distinguiendo, discriminando dentro del conjunto de familias asignadas, cuáles son las de *mayor riesgo* y las de *menor riesgo*. Mediante la asignación de una *cruz* a cada factor de riesgo, según se indica en el formulario junto con otras referencias -como por ejemplo existencia de agua potable, huerta o cría de animales-, los agentes sanitarios van determinando los pasos a seguir. De esta manera, si la familia supera las *siete cruces* es una *familia de riesgo*, acrecentándose su nivel o grado de riesgo cuanto más *cruces* se consignen en la planilla.

Así, tal como se indica en el Formulario N° 1, por “Grupo familiar integrado por menores de 6 años” el agente sanitario debe “marcar con 1 X por cada uno de ellos”; por “Desempleo y/o ingreso inestable (trabajo irregular, jornalero) debe “marcar con 2 X”. Cuando hay “ausencia de Padre o Madre (padre madre soltero/a -Viuda/o) corresponde “marcar con 2 X”. En el ítem “hacinamiento” se establece “marcar con 1 X”. Tanto para “Enfermedades crónicas en la familia” como para las “Enfermedades sociales (violencia familiar, alcoholismo, drogadicción)”, el agente sanitario debe, por

¹⁴⁵ En ese sentido, la normalización disciplinaria opera a través de un modelo óptimo, donde lo primero y fundamental es la norma y su carácter prescriptivo, y donde el señalamiento de lo normal y lo anormal se deriva de la norma postulada. Por el contrario, con los dispositivos de seguridad, lo normal es lo primero y la norma se deduce de ésta, de modo que se trata más de una “normalización” que de una “normación” (Ibid: 84).

cada ítem, “marcar 2 X”. En caso de “Niños menores de seis años con déficit nutricional marcar 3 X por cada uno”. Cuando se trata de una “embarazada en riesgo, marcar con 2 X”. Por “Tratamiento inadecuado de Agua y/o DSE y/o TSB y/o Vivienda inadecuada” corresponde “marcar con 1 X por cada uno”, por “Analfabetismo de la persona a cargo de los menores” debe “marcar con 2 X”; quedando por último “marcar con 7 X” en caso de “mortalidad infantil o materna” o en caso de que en la casa se encuentre a “Un recién nacido/puérpera”.

No obstante, los *factores de riesgo* que el agente sanitario debe detectar no permanecen inalterables, pues pueden ser reformulados desde la Dirección de APS provincial. Durante el tiempo de realización del trabajo de campo, algunos de los *factores de riesgo* fueron cambiando. Cuando empecé a realizar el acompañamiento de los agentes sanitarios a sus sectores de trabajo, figuraba como ítem “Vivienda/hacinamiento/promiscuidad (marcar con 1 X)”, desapareciendo este ítem del formulario a mediados del año 2007. En esa oportunidad se desglosaba, asimismo, el de “enfermedades crónicas y sociales en las familias”, quedando como dos factores de riesgo diferentes y subsumiéndose como “enfermedades sociales” la “violencia familiar, alcoholismo y drogadicción”.

Un segundo cambio en el formulario se dio durante el 2009, momento en que los agentes sanitarios se encontraban trabajando sobre nuevas planillas en las cuales el ítem “carencia de obra social (marcar con 1 X)” fue reemplazado por el de “hacinamiento (marcar con 1 X)”, mientras que al ítem “tratamiento inadecuado de agua y basura” se le agregaba el de “vivienda inadecuada”, teniendo que completar en otro casillero las características de la misma, es decir, de qué materiales estaban hechas las viviendas.

Desde la dirección de APS, dichos cambios eran vistos como oportunidades para agudizar la percepción del riesgo en el agente sanitario y eventualmente “sacarlo” de lo que se podría haber convertido en una tarea rutinaria. Llamar la atención sobre los cambios en el formulario suponía también enfocar sobre nuevos aspectos hasta entonces ignorados o no tenidos muy en cuenta (por ej. el de “enfermedades sociales” al que, separándose del de “enfermedades crónicas”, se le otorgaba un estatus aparte). Asimismo, tales cambios implicaban el reemplazo de unos por otros, quedando afuera algunos factores, que ya no serían contemplados o tenidos en cuenta, como con la sustitución del ítem “carencia de obra social” por la vuelta del criterio “hacinamiento”,

por ejemplo. No obstante, en este esquema, lo que no se modificaba era el número de factores de riesgo que despertaba el alerta, el cual siempre se mantenía constante con un total de 12 ítems.

En conjunto, son dichos factores y los cambios en algunos de ellos, los que están relacionados con la actividad diaria y conforman los elementos con cuales los agentes van construyendo su experiencia social de intervención. En este sentido, ellos integran parte del lenguaje social que va creando las líneas de demarcación externas e internas de los grupos sociales.

A partir de la cantidad de *cruces* acumuladas entonces se va determinando el acercamiento o alejamiento de lo *normal* y, según lo que observe el agente sanitario, la disciplina o vigilancia recae diferencialmente sobre las familias del sector asignado, desplegándose con más intensidad sobre aquellas de *alto riesgo* y *riesgo moderado*. Es este procedimiento de cálculo de riesgos el que permite delimitar, concentrar e intensificar los mecanismos disciplinarios. Dicho procedimiento hace a su vez más eficiente y efectivo el carácter individualizador de los mismos con base en el cual se instala la posibilidad de una dinámica pastoral con las tensiones que ella genera y ya fueran mencionadas, esto es, que el cuidado de algunos comporte “descuidar” a otros.¹⁴⁶

No obstante, conjuntamente con los ítems predeterminados en la planilla, es la percepción social del riesgo junto con ciertas actitudes indicadoras de predisposición para *el cambio* lo que se pone en juego en la relación agente sanitario y familia. En este juego, la distribución de insumos y programas sociales adquiere un papel importante para mantener el riesgo a niveles tolerables, al mismo tiempo que -con dichas intervenciones- se busca alcanzar el mayor grado de acatamiento posible a las *recomendaciones* del agente sanitario.

Así, una de las cuestiones que más despertó mi curiosidad cuando realicé *las visitas domiciliarias* con los agentes fue entender cuáles eran y por dónde pasaban los criterios con los que llenaban sus planillas y realizaban las tareas, particularmente cuando los agentes sanitarios tenían a cargo *sectores mixtos* (familias criollas e

¹⁴⁶ Se trata, pues, de distinguir “riesgos diferenciales” y “discriminar las distintas normalidades” a partir de una “distribución normal de afección de los fenómenos” de acuerdo a distintas variables (Foucault, 2006: 82), en este caso, según los *factores de riesgo* arriba señalados. Se puede decir, de este modo, que en la *visita* -re-orientada bajo las coordenadas del riesgo- hay un juego permanente de remisiones entre mecanismos disciplinarios y dispositivos de seguridad.

indígenas) pues, a “simple vista”, no parecía haber tantas diferencias entre muchas de las familias del *barrio* y de la *misión* en lo que a *factores de riesgo* se refiere.

Sin embargo, como ya trabajé en los capítulos anteriores, *las visitas* no tienen el mismo cariz según dónde se realicen. En las *misiones*, la tarea encomendada de *enseñar los buenos hábitos de la salud* adquiere una dinámica preponderante y a menudo va acompañada de un *consejo* que reclama como contrapartida un “esfuerzo práctico”, encaminado a convertir a las familias en “merecedoras de asistencia”. De este modo, si en las *familias criollas* la *ayuda* brindada en *leche* o *bolsones de alimentos* es otorgada sin mayores resquemores, en las familias de la *misión* requiere *más atención* y generalmente es presentada como un “intercambio de favores” que deja a la familia en deuda. Una deuda que sólo puede ser saldada en la medida en que se responda a los requerimientos del agente sanitario ligados, a su vez, con las exigencias impuestas desde la coordinación del hospital y que, de “cumplirse”, afianzan la aptitud del visitador y con ello su puesto de trabajo.

El papel preponderante de la estimulación vía el *consejo* presente en las tareas que llevan adelante, sobre todo, los agentes sanitarios criollos, se halla íntimamente relacionado -retomando las palabras de uno de ellos- a que las familias *aprendan a administrar lo que se les da*.

Las intervenciones apuntan, entonces, a una forma de asistencia que debe ser medida, en tanto la *ayuda* a través de insumos -que acompaña al *consejo* y logra entonces poner en acto su “influencia moral legítima” (Donzelot, 1990: 68)- tiene que corresponderse con la “promoción de la práctica del esfuerzo”.

En este sentido, existe un cierto consenso entre quienes trabajan en APS sobre la tarea a desarrollar: se trata de no *fomentar dependencia*, esto es, comportamientos que, a sus ojos, impliquen una distensión en la responsabilidad que debe tener la familia por su propio mantenimiento. De allí que la *ayuda* materializada en distintos insumos se acompañe siempre de una enseñanza, a fin de evitar que las personas -según el decir local- *se abusen, esperen todo servido, se hagan mañeros, flojos o vagos*.

El reparto de la leche para los niños desnutridos menores de 6 años de edad constituye entonces una de las ocasiones paradigmáticas donde se manifiesta la modalidad por la cual se busca incidir en el comportamiento considerado *inapropiado*. En numerosas oportunidades, la entrega de leche se convierte en la expresión por la cual

se disputan los estereotipos válidos y se determina cuál es el uso legítimo de lo que se otorga como *ayuda*. En los denominados *controles*, cuando el agente sanitario va pesando y midiendo a los menores de 6 años, suele ser frecuente que, en caso de detectarse a un niño desnutrido y que éste no haya aumentado de peso como se esperaba, comiencen las preguntas respecto al *uso de la leche*.¹⁴⁷ Se abre lugar, entonces, a la sospecha, en tanto se presupone una conducta irregular que es necesario detectar, que merece ser corregida. En tales circunstancias la intervención del agente sanitario apunta a lo que se considera un uso correcto y racional de la leche acorde al objetivo por la cual fue entregada: *la recuperación del niño desnutrido*. Así, en principio, no se contemplan otras estrategias de uso como posibles, por ejemplo “repartir” la leche entre todos los niños que integran el hogar, o “canjearla/venderla” para conseguir otro producto (ej. carne). Tales “distorsiones” son reprobadas, pues estarían tergiversando el sentido de la ayuda y son vistas como signo de *aprovechamiento*.

Dentro de esta perspectiva, los agentes van estableciendo cierta correspondencia entre la percepción social del riesgo y la distinción de aquellos “pobres merecedores” de los “pobres no merecedores” (Donzelot, 1990). En esta configuración cobra entonces vital importancia el “mérito” de quien se constituye en demandante o asistido. Es éste el que debe continuamente demostrar que su cuerpo se resiste a la decadencia y manifiesta su voluntad de inserción social, o bien, de hacer explícito el cumplimiento de las responsabilidades esperadas frente a la observancia terapéutica (Fassin, 2005). En este sentido, a los ojos de los agentes sanitarios, *las misiones* aparecen como los sectores donde su tarea de promoción no encuentra un terreno fértil para desplegarse y, justamente, hace falta inculcar el “mérito” para constituirse en un “pobre merecedor”.

Las distintas tácticas de promoción de los cuidados domiciliarios implican no sólo habilitar la atención médica hospitalaria de los integrantes de la familia -mediante las *derivaciones* emitidas por el agente sanitario- sino también canalizar la distribución

¹⁴⁷ Se pesan y miden todas las semanas los niños/as desnutridos con *déficit grave*; cada 10 /15 días, a los de *déficit moderado y leve*; y en el *control general*, a los *niños/as normales*, a quienes se les chequea el peso sólo una vez al mes. La cantidad de leche entregada varía, ya que se provee de una caja de leche en polvo de acuerdo con la periodización pautada para el control de cada niño, a partir de los seis meses y hasta los cinco años de edad. A los recién nacidos, se los controla todos los días hasta cumplir la primer semana. A partir del séptimo día hasta cumplir el mes se los pesa y mide 1 vez por semana.

de insumos, leche, *bolsones* de alimentos- y la *llegada* de distintos programas de asistencia.¹⁴⁸

Facilitar el acceso a recursos y programas se da, de este modo, en un marco particular de relaciones entre las familias de la misión asistidas y los agentes sanitarios que asisten en la educación sanitaria. Me interesa, en el próximo apartado trabajar algunas instancias a partir de las cuales pude ir reconstruyendo las lógicas de intervención que orientan la distribución de recursos entre las familias que integran el sector, en su vinculación a los procesos de normalización puestos en marcha.

El consejo y la ayuda como medios para conjurar los riesgos

En términos generales, como señalé, la *ayuda* en bienes y/o programas que recibe cada familia está acompañada siempre por el *consejo práctico*, sobre todo si quien lleva a cabo la visita es un criollo. Depende de la ponderación que el agente sanitario realice de las causas o razones que estarían incidiendo en el riesgo detectado, que éste enfatice ese consejo en algunos aspectos más que en otros. En líneas generales, tales aspectos están relacionados con los *factores de riesgo* arriba señalados, en tanto suponen la existencia de *comportamientos inadecuados* que hay que cambiar o revertir.

A medida que iba realizando el acompañamiento de los agentes sanitarios, comencé a darme cuenta del papel preponderante que los mismos tienen no sólo con relación al reparto de recursos, sino también en relación con su rol habilitante en el acceso a otros programas sociales. Es a partir de ambas cuestiones que los agentes legitiman su accionar y de algún modo dan cuerpo a los criterios oficialmente anunciados, en tanto éstos van siendo actualizados y puestos en práctica.

En torno a la asignación de recursos o la *entrada* a planes sociales, se despliega una serie de cuestiones vinculadas, más o menos implícitamente, a la “recompensa”

¹⁴⁸ La *derivación* es el papel que “certifica” la necesidad de atención y legitima dicha demanda. En él, el agente sanitario, consigna no sólo datos del sector del cual proviene el paciente, sino también las causas que motivan el pedido de asistencia médica. A partir de la *derivación* es posible, para quien debe ser atendido, conseguir con más facilidad el turno en el hospital. Respecto a los programas, podemos mencionar el Plan Nacer, el Programa Familia y el Programa Pro-Huerta. A través de la extensión de certificados (calendario de vacunación) o de verificar ciertas condiciones, se asegura el ingreso de las familias a tales programas. Cuando se trata de *los bolsones de alimentos* para el niño desnutrido o la mujer embarazada, también se extiende una derivación para que el pediatra o la obstetra emitan un certificado a ser presentado en la oficina de Acción Social. No obstante, a partir de la implementación del bolsón “Nutri-Vida” (*Salta21*, 6/7/2008) este sistema de certificación médica para la obtención de los paquetes de alimentos fue modificado. Se trabajará este aspecto más adelante en el trabajo.

versus el “castigo”, esto es, al intento de incidir en ciertas actitudes consideradas “poco saludables” o a refrendar acuerdos entre las partes. Lo que por lo general se intercambia es leche, bolsones y/o ayuda para la realización de trámites por una “respuesta” o compromiso activo para con las *recomendaciones* del agente.

En una de las *rondas de trabajo*, una de las agentes sanitarias destinada a una *misión* se había comprometido ayudar al cacique de la comunidad a gestionar *los PEC* (Programas de Empleo Comunitario). A través de los PEC, los destinatarios perciben un estipendio mensual de 150 pesos, debiendo trabajar en algún *proyecto comunitario*. En ese momento, el cacique había conseguido algunos materiales a través de una donación, para la construcción de un salón comunitario de uso múltiple. Contar con un espacio físico les permitiría, más adelante, gestionar un comedor comunitario. Esos días la sanitaria iba organizando tanto las visitas como los papeles que se tenían que presentar por el PEC (cantidad de hombres y los datos de quienes trabajarían en el proyecto), dando *una mano* al cacique que preparaba el proyecto. Así, entre casa y casa, ella me iba comentando cómo habían hablado y llegado a un *acuerdo*:

...No sé cómo consiguió los materiales, yo no sé cómo ellos consiguen, pero a veces les traen cosas, consiguen... políticamente consiguen (...). Yo lo veía dando vueltas con unos papeles y bueno charlando sale que estaba con los trámites, pero no sabía cómo hacer el proyecto.

Fue en esa charla que la agente sanitaria se comprometió a ayudarlo, pero proponiendo al mismo tiempo que, de los que salieran en el PEC, se destinase una *cuadrilla de hombres* para realizar *el saneamiento* con el propósito de ir juntando la basura tanto de las casas como de las esquinas o calles: *la idea es enseñarles a algunos y que ellos a su vez pasen por las casas y repliquen. Hay que organizar el trabajo, algunos van a barrer, a juntar y otros a palear (...)*. Después un grupo se encargaría de *controlar*. De este modo, me señalaba: *ellos van a concientizarse entre ellos... es un beneficio para la misión y para mí... todos salimos ganando...* La agente sanitaria definía tal iniciativa como un *trabajo de articulación* con la gente de *la misión*: *una manera de hacer en conjunto*. Así, me explicaba: *primero van a estar para limpiar dos horitas. Dos horitas son suficientes*. Después quedarían *con tiempo para la construcción*.

El intercambio de *ayuda* para sacar el proyecto de construcción por el *tratamiento de la basura* quedaba así enmarcado en un intercambio de favores entre

agente y *misión*. En este caso, la preocupación de la agente sanitaria por el tema del saneamiento estaba también ligada a la observación que una de las supervisoras había efectuado respecto de su trabajo en *la misión*:

Yo acá estoy nominada, como en la Casa de Gran Hermano. (...) Todo por la basura... Si me descuido me van a sentenciar y voy a terminar botada [despedida].

En este sentido, la gestión de notas firmadas por las familias de la comunidad *en apoyo al proyecto* y la *ayuda* de la sanitaria era presentada como cooperación entre partes, en las que ambas se beneficiarían.

Como señalé, el *saneamiento ambiental* traducido en la *limpieza del hogar* es uno de los puntos presentes a tener en cuenta en las visitas y por el cual una familia puede ser considerada *en riesgo*. El *tratamiento adecuado de la basura* mediante su quema en el *pozo basurero*, tal como recomiendan los agentes, se convierte en un indicador de la predisposición de la familia para el cuidado de su salud. En este sentido, cuando el agente sanitario ve en la mujer *colaboración* con el cumplimiento de sus recomendaciones, busca una manera de recompensar el gesto dándole, por ejemplo, las semillas del Programa Pro-Huerta para que realice la *huerta familiar*. Así, en una oportunidad, un agente sanitario me explicaba:

Si lográs que hagan el pozo basurero para que quemen la basura, después le decís que también pueden usar la pala para hacer la huerta y que vos les vas a traer las semillas.

Partidario de alcanzar acuerdos con cada familia, después de haber tenido una trunca experiencia de organización comunitaria, ese mismo agente me contaba:

(...) en la misión [menciona a una comunidad wichí], les sacaron las herramientas que había dado el Pro-Huerta, porque no hicieron la huerta comunitaria. Ni siquiera la hicieron para quedarse con las herramientas, se las habrían podido prestar entre ellos para trabajar, para utilizarlas en otras changuitas.

Desde entonces, él aclara que ya no se compromete con *proyectos grandes* como los de *huerta comunitaria*, porque hay algunos que terminan *vendiendo las herramientas o no haciendo las cosas*. Según su parecer *los caciques también tienen miedo de que la gente los haga quedar mal, que no respondan*, por tal motivo ya *no hay casi proyectos, todo se maneja con los bolsones, las pensiones o planes*.

El acercamiento de recursos, planes o programas que los agentes realizan depende también de las circunstancias y de la oferta disponible que hace que en determinados momentos sea más fácil acercarse unos u otros.¹⁴⁹

Los agentes sanitarios, por ejemplo, reconocen las épocas de elecciones como un momento en donde se da un mayor flujo de los llamados *bolsones de alimentos*, aumentando las chances de que las familias logren conseguirlos, a diferencia de los períodos no electorales, donde las oportunidades disminuyen, por lo que se vuelve a los criterios de reparto ligados al *riesgo sanitario*. En síntesis, las campañas de los políticos y los partidos parecen distender los requisitos, al distribuirse *ayuda* por fuera de las certificaciones médicas que legitiman la necesidad y de los carnets de peso y talla de niñas/os menores de seis años.

La primera vez que escuché comentarios al respecto fue en junio de 2007. Camino hacia un sector con un agente sanitario, pasaba una camioneta a una velocidad que nos cubrió de tierra. En la misma, según identificó el agente sanitario, se llevaban *bolsones*. La camioneta era un vehículo de *Acción Social*, que poco tiempo después vería en otras comunidades. En dicha ocasión el agente me comentaba que él les *aconsejaba* a las familias que recibieran *todo* lo que les daban: *les digo que agarren todo, no importa de dónde viene, si son "renovadores" o "peronistas", no importa... después que voten a quién quieran, siendo entonces (...) cosas que hay que aprovechar.*

En general, esos períodos pre-electorales son vistos como "tiempos de bonanza", pero también pueden ser percibidos con cierta ambivalencia por parte de los agentes.

¹⁴⁹ Antes del lanzamiento de la llamada *Tarjeta Social*, existían seis tipos de bolsones alimentarios: el *Bolsón Federal*, el bolsón *Crecer Mejor* para niño/a desnutrido/a, el *Pancitas* para las mujeres embarazadas, el *Bolsón de Emergencia* y el *Bolsón para personas con TBC* (tuberculosis) y el bolsón para mayores de 70 años. Con la implementación de la *Tarjeta Social*, que reemplaza a los bolsones federales, los beneficiarios pueden adquirir productos, preestablecidos en una lista, en los supermercados o comercios adheridos, por un monto mensual que -hasta junio de 2009- iba de 50 pesos hasta un tope de 120 pesos.

Asimismo, en Julio del 2008 se pone en marcha el "Programa Nutri Vida" dentro del Plan Provincial Alimentario. Entre los objetivos principales del Plan se encuentran: "Disminuir el déficit y el riesgo nutricional de niños de 0 a 6 años identificados y que se encuentran bajo control en el Programa de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud Pública. Prevenir las situaciones de déficit nutricional y de crecimiento a partir de la presencia de factores de riesgo social con criterios definidos. Garantizar con el kit alimentario definido un aporte adecuado de nutrientes y calorías. Abordar la población que se encuentra en una situación de potencial desnutrición como consecuencia de factores de riesgo social convergentes con estrategia intersectorial y multiactoral" (Fuente: Parte de Prensa de la Provincia de Salta - Publicado 4 de Julio 2008). De este modo, con los módulos alimentarios del "Nutri Vida" se reemplazarían los bolsones otorgados a las familias con menores de 6 años con algún grado de déficit nutricional y también sustituirían parte de los llamados *Pancitas*. Volveremos particularmente sobre este punto más adelante.

Por un lado, pueden aliviar el *estado crítico* de las familias pero, por otro, pueden debilitar su poder de influencia sobre ellas, al habilitarse otras vías alternativas de obtención de recursos que hacen perder al agente su peso gravitante o capacidad de influencia, al menos momentáneamente.

No obstante, los agentes sanitarios también pueden canalizar ese flujo de recursos que se otorga. En otra oportunidad, esta vez en la campaña legislativa pre-electorales del 2009, se presentaba una situación similar a las anteriores. La agente sanitaria se había enterado de que, en el comedor, *los de acción social* iban a estar anotando a la gente para que recibiera el *bolsón Nutri-Vida*. A media mañana, interrumpiría las visitas para ir en búsqueda de las familias que aún no recibían el *bolsón* y avisarles que llevaran el carnet de embarazo o de los chicos, junto con los documentos, de manera que pudiesen anotarse en el *listado* y, así, acceder a uno. El *trámite del bolsón* causaba cierto alboroto en la comunidad. Pronto, en el comedor comunitario, se hacía larga la cola de mujeres.

Luego de emprender nuevamente las visitas, la agente sanitaria me comentaba:

Avisar a las casas cuando están anotando -como ahora- es trabajo de la comisión de la misión o del cacique.... Los que tienen que encargarse son ellos. Yo lo hago para ayudarlos (...) sé que necesitan (...) para que vean que me preocupo.

No obstante, más allá de las consideraciones que los agentes puedan tener en estas circunstancias y de las cuales ellos también se pueden *aprovechar*, la mayoría suele ser crítica de estos mecanismos de entrega, en tanto vuelven a los *aborígenes pícaros* y los incentivan a la *flojera*; o bien, los *acostumbran a no querer* después *esforzarse* o a despreocuparse de sus obligaciones. De este modo, me señalaban que, cuando se *entrega políticamente*, se *pierden los criterios* y se *le entrega así nomás, a cualquiera*.

Sin embargo, la posibilidad de que las familias cuenten con un *bolsón de alimentos*, aún cuando dichos insumos sólo alcancen a lo sumo para una semana, es vista como una *ayuda* de gran consideración hacia las *familias críticas*. En octubre de 2008, cuando volvía a realizar trabajo de campo, un “nuevo” *bolsón* aparecía en escena: el *Nutri Vida*¹⁵⁰. Al igual que el existente -*Crece Mejor*- estaba destinado a los menores

¹⁵⁰ Cada *bolsón Nutri Vida* contiene una caja de leche entera en polvo instantánea de 800 grs, un paquete de azúcar de 1 kg., una botella de aceite comestible de girasol por 1 Lt, dos polvos para preparar postre

de seis años con déficit nutricional y reemplazaba al *bolsón Pancitas* otorgado a las embarazadas. A diferencia de los programas anteriores, donde para poder acceder se debía contar con una certificación médica, éste podía obtenerse directamente en la oficina de Acción Social, llevando sólo el carnet de peso y talla del niño/a como constancia de su estado nutricional y, en el caso de las embarazadas, el carnet prenatal que atestiguara su estado y predisposición al control del mismo.

En ese entonces, los agentes se encontraban haciendo la *nomina de beneficiarios* para entregar a Acción Social, que se encargaría de ir repartiendo los *bolsones Nutri Vida*. Si en un primer momento iba a ser el mismo hospital el que entregara los *bolsones*, se decidió que continuara siendo Acción Social la que se encargase de distribuirlos. Según uno de los supervisores de APS:

Es mucha responsabilidad y ellos ya tienen una infraestructura, íbamos a terminar de sobrecargarnos. (...) sí, ahora que es más directo, la gente nos exige más a nosotros. Vienen a quejarse todo el tiempo, 'que a mí no me dan', 'que no recibo' (...).

A raíz de esta situación, los *factores de riesgo* volvían a ser tema de conversación. Además de haber entregado los listados correspondientes de las embarazadas y niños desnutridos, el equipo de nutricionistas y la dirección de APS habían solicitado a los agentes que hicieran un listado de familias que, aún no teniendo ningún niño desnutrido o no habiendo embarazo, pudieran ser incluidas dentro de la categoría de *riesgo social*. Así bajo *riesgo social* debían contemplarse las familias en donde, por ejemplo, hay *muchas bocas y no hay trabajo*, o bien, donde *la mujer es sola, no tiene pareja*, o los casos donde existiese algún familiar *discapacitado o gravemente enfermo*.

Las visitas de los agentes sanitarios giraban entonces alrededor de los justificativos que se les daba a las mujeres acerca del por qué serían incluidas para recibir el *bolsito*, a pesar de *no haber ningún desnutrido o no estar embarazada*. Dicha ocasión se constituía nuevamente en una oportunidad no sólo para marcar la falta por la cual la familia se hacía acreedora del *bolsón*, sino también amplificaba las posibilidades del agente para, a través de éste, repartir “premios” o “sanciones” de una forma más discrecional según su parecer.

por 200 grs., un paquete de sémola de maíz por 1 kg., un paquete de arroz por 1 Kg y dos paquetes de fécula de maíz por 500 Grs.

Mediante la distribución del *Nutri Vida* -que ya no necesitaba la certificación médica- los agentes sanitarios retomaban el tema de la *buena alimentación*, recomendando qué alimentos son los más *rendidores* o cómo combinar las distintas entradas: *el subsidio* en caso de tenerlo, el *comedor comunitario* y los *bolsones de alimentos*. De este modo, por ejemplo, se recomendaba *guardar la mercadería del bolsón para cuando no haya comedor comunitario*. O bien, *no gastar* toda la plata del plan, programa o pensión *en unos pocos días* y reservar algún resto para cuando se acabasen los alimentos envasados del *bolsón*.

Se trata entonces de enseñar a que las familias “administren” los paquetes básicos de asistencia de acuerdo a patrones de distribución determinados. Patrones en donde la habilitación de recursos parece estar sincronizada, esto es: el cobro de los planes o programas comienza una vez que el comedor comunitario deja de tener provisiones para seguir funcionando.¹⁵¹ Además, de acuerdo a esta forma de administrar los recursos, una familia puede recibir sólo un bolsón por hijo/a y se da uno por mes. La familia no puede superponer bolsones de distinto tipo, es decir, recibir el *bolsón o Tarjeta Social por el Federal y el Nutri Vida*.¹⁵²

Cuando se comenzó a entregar el *Nutri Vida*, muchas mujeres y hombres se acercaron hasta el área de APS para preguntar cómo podían acceder al *bolsón* o a reclamar la inclusión en el listado y así poder retirarlo en Acción Social. En esos días las charlas en la sala de APS entre supervisores y agentes sanitarios giraron en torno a la confección de los listados de las familias en *riesgo social*. El *Nutri Vida* llevaba dos meses de implementación y desde la oficina de Acción Social se había pedido que los agentes anotasen claramente en el carnet los datos correspondientes al estado nutricional de los niños, que aclararan si los carnets nuevos que entregaban eran *duplicados* o *triplicados* y si se trataba de niños pertenecientes a familias de *riesgo social*. Nuevamente el tema de la *conciencia de riesgo* de los agentes se ponía en entredicho. Así, una de las supervisoras, luego de recibir una queja de una de las nutricionistas del hospital, decía enojada:

¹⁵¹ En general, los comedores comunitarios de las misiones funcionan los primeros 15 o 20 días del mes. Luego, los titulares de los planes o programas comienzan a cobrar según la terminación del número de documento.

¹⁵² Antes de que apareciera el *Nutri Vida*, sólo se podía recibir de manera simultánea el *bolsón Crecer Mejor* y el *Pancitas* en caso de que la madre del niño/a estuviese embarazada. Posteriormente, el *Pancitas* fue también sustituido por la entrega de tickets alimentarios a mujeres embarazadas.

Si ustedes ven a una mujer embarazada, flaca, amarilla con tres [hijos] que los trae a la arrastra, tienen que anotarla para que reciba el bolsón. Sino, los agentes quedamos como que no tenemos criterio de riesgo, conciencia de riesgo. (...) Uno ve un carnet todo anotado donde no se entiende el peso, la talla, cuándo fue pesado. Entonces cuando vamos a la visita, ponéle en el carnet, aclaren si es duplicado o triplicado. Explíquenle a la gente que no lo tiene que perder. Tratemos en lo posible de que sea una buena presentación.

Además de esas recomendaciones y advertencias, se pedía a los agentes que averiguaran si la familia ya estaba recibiendo la *tarjeta social* por el *Federal*. De este modo, otro de los supervisores intervenía para decir que los agentes debían *explicar bien en las casas, ubicar y serenar* a la gente, señalando que el *Nutri Vida* era para quienes *no reciben nada, ningún bolsón*.

En esa ocasión, durante los controles de peso y talla, los agentes sanitarios me comentaron que se había fijado como criterio anotar en el carnet *riesgo nutricional* para los casos de los chicos *recuperados*, con el propósito de que *en acción social no le corten el bolsón*. Al respecto, uno de ellos me señalaba que en la oficina de Acción Social *no tienen tampoco conciencia de riesgo*, pues enseguida daban de *baja el bolsón*, explicándome que:

...capaz que el chico viene aumentando de peso con la leche que se le da, más la ayuda del bolsón, y si vos ya le pones "recuperado" o "adecuado", los de acción social ya no les dan más el bolsón. Pero ese chiquito está en riesgo, hace meses que viene de a poco subiendo y si le cortás de golpe el bolsón o la leche se te cae de nuevo.

Así como el lanzamiento del *Nutri Vida* se constituía en una oportunidad para moralizar a las familias, -recordándoles sus obligaciones en relación al cuidado y crianza de los hijos junto con la administración en el uso de los recursos- la promoción del pasaje de las beneficiarias del Programa Jefes/as de Hogar Desocupados al Programa Familia, también se realizaba desde la misma óptica.

En el momento de reconversión de un programa a otro -a mediados del 2007- el Programa Familia aparecía como la posibilidad de fijar a la mujer dentro de la órbita doméstica.¹⁵³ De acuerdo a la perspectiva de los agentes sanitarios, además de contar con veinticinco pesos más por hijo, el Programa Familia significaba acceder a un *programa ideal para que la mamá se quede en su casa*, presuponiendo el contacto

¹⁵³ Mientras que el Programa Jefes/a de Hogar Desocupados establece la obligación de realizar una contraprestación de unas cuatro horas diarias con alguna tarea social o comunitaria dentro de una institución u organización, el Programa Familia busca exceptuar a la mujer de tal obligación.

exterior como el causante de relaciones cambiantes y perturbadoras respecto a las pautas consideradas de una “buena” constitución familiar.

En este sentido, los *factores de riesgo* son re-interpretados por los agentes en función de los programas que pueden acercarse y de las condiciones de acceso a recursos. De manera correlativa, se trata de dar *ayudas* en la medida que permitan la penetración del *consejo* y las mismas estarán condicionadas por una pormenorizada investigación de las necesidades que, según el parecer del agente y las directrices que maneja, sean importantes atender.

Así, por ejemplo, si a partir del *censo* donde quedan registrados los integrantes del grupo familiar se constata que los hijos de la mujer llevan distintos apellidos o el apellido de la madre –ergo, que *no son del mismo padre*–, tal situación se convierte para el agente sanitario en signo de promiscuidad. En estos casos, tal como me era señalado, es *recomendable decirle a la mujer que se cuide y haga uso de algún método anticonceptivo*. La *visita* girará entonces en torno a cómo debe hacer la mujer para acceder al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que se implementa en el hospital.

Si se trata de una familia que ha sido clasificada *en riesgo* por la cantidad de hijos menores de seis años y por tener uno o varios de ellos con un *estado nutricional deficiente*, el tema de la visita también será la *procreación responsable*. Pero en esta circunstancia, *la charla* del agente sanitario planteará no sólo la *necesidad de que la mujer se cuide con algún método*, sino además que sea una *buena madre y atienda a su hijo*. En estos casos, no sólo se entrega la leche al *niño/a desnutrido*, sino que el *seguimiento* se refuerza a través de los *controles* de peso y talla que el agente realiza.¹⁵⁴

Los controles se convierten en las instancias donde el agente puede, tal como me comentaban algunos de ellos, realizar un *seguimiento más cercano* y minucioso sobre las *familias de alto riesgo* y *riesgo moderado*. Tal como adelantaba, a través de ellos los agentes pueden *saber* si la madre *está haciendo bien las cosas*, esto es, si *le prepara la leche, si no la vende* y la *usa adecuadamente* porque sólo se la da al niño/a que tiene

¹⁵⁴ En estas situaciones, tal como indiqué, tanto la cantidad de leche recibida como la periodización del control también están prescritos según se trate de un déficit nutricional *grave, moderado* o *leve*. Generalmente, como adelanté en los capítulos anteriores, la leche para el niño desnutrido se entrega en el *control*, es decir, en el lugar y día que el agente sanitario fija. Esta modalidad, según me explicaban los agentes sanitarios, es una manera de garantizar que las madres asistan al mismo y de asegurarse así el *control del niño desnutrido*.

desnutrido/a. De este modo, es frecuente que, en caso de no detectarse cambios en el estado nutricional del niño/niña, el agente sanitario vuelva a realizar la visita domiciliaria, tratando de interiorizarse sobre los motivos por los cuales se mantiene estable o empeora. En esas ocasiones el agente irá anotando, en el formulario N° 1, *qué es lo que está pasando*, a fin de dejar en el apartado *observaciones* una *constancia*.

Acompañando a varios agentes sanitarios, pude observar la preocupación que despiertan dichas instancias. En una oportunidad, una de las agentes sanitarias (Mirna) había programado, como la primera *visita* del día, una de las casas donde tenía un caso de una *chiquita con déficit moderado*. El objetivo sería constatar si la madre había llevado a *control médico* a su hija. La visita comenzaba y se desarrollaba de la siguiente manera:

Llegamos a la casa. Mirna llama por el nombre a la mujer. Al salir una señora joven, Mirna la saluda y me presenta. La mujer nos hace pasar.

(...) Mientras la señora arrima unas sillas, Mirna trata de entablar conversación, le pregunta *¿Estás tomando mate?* La mujer contesta que *sí*. Mirna va sacando las cosas de su mochila y expresa: *seguro que no me esperabas, ¿no?* La mujer contesta que *no*. Nos cuenta que recién llegó de buscar la leña. No trae mucha leña porque está sola, no tiene quién la ayude con los viajes de leña. Mirna le aclara que viene a visitarla *un ratito, así no te ocupo mucho tiempo*.

Cuando la mujer va en la búsqueda de los carnets y el visto, Mirna comienza a revisar la planilla (formulario). A su regreso, le pregunta por una chica (su hija mayor). La mujer le dice que *no está*, se fue a estudiar al Chaco. Mirna: *¿No era que estudiaba acá?* La señora explica que *acá no tenía lo que le pedían para estudiar*. Mirna continúa: *¿con quién está en el Chaco?* La mujer cuenta que su hija está con su tía. Ella tiene familiares allá. Mirna, entre tanto, va acotando: *claro, por eso debe ser que hace mucho que no la veo. (...) La voy a tachar con lápiz de acá (del formulario)... me van a preguntar por la vacuna, le falta la doble viral*. A medida que va preguntando por cada uno de los hijos de la señora, simultáneamente mira uno a uno los carnets de los chicos.

Después de preguntarle por todos los integrantes del hogar y de fijarse si todos tienen el calendario de vacunación al día, Mirna le indica que necesita la derivación firmada que le hizo el otro día en el control. La mujer le contesta que no la tiene firmada. Mirna explica que es importante que la lleve al control con la nutricionista porque esa *derivación es por el tema del déficit... Tenés que llevarla el lunes*. La mujer sólo pregunta si tiene que llevar la misma derivación o si le va hacer una nueva. Mirna le contesta que debe llevar la misma y se dispone a preparar el pilón para pesar a la chiquita, para ver *cómo está*. Al constatar que su peso sigue igual, *no aumentó*, Mirna le dice que le va a dejar una caja de leche en polvo (de 800 gramos), pero que la próxima tiene que traerle la derivación firmada, sino *no puedo darte más leche*. Tomando de nuevo asiento, le pregunta a la mujer si alguno de la familia está trabajando: *te pregunto porque yo tengo que aclarar acá, ver lo que esta pasando y qué se puede hacer*. De esta manera, Mirna continúa: *¿Cuántos días a la semana te falta?, ¿dos o tres veces?, ¿una temporada?* La mujer contesta que *dos o tres días*. Ella está cobrando el Plan Familia pero no le alcanza. En estos días estaba preparando mate cocido con pan. Mientras Mirna anota en la planilla, me aclara que *acá no hay comedor*.

Así, me explica que ella le exige a la mamá, pero yo tengo que saber el motivo de lo que pasa. Por ahí van a decir que no soy buena, que no los entiendo, pero yo entiendo: cuando no hay qué comer ya no se puede exigir (...). El problema -señala Mirna- es que a veces ellos no se abren al diálogo para saber qué está pasando. Por ahí cuando no hay diálogo, van a salir a decir que la sanitaria es mala. Volviendo ahora a dirigirse a la mujer expresa: para bien tuyo y mío, mientras vos me digas tus problemas, tus motivos, yo no tengo problema... vemos qué se puede hacer, ¿me entendés? Mirna expresa su preocupación diciendo que la chiquita así no puede recuperar, a veces está estable y de repente baja de peso. Le dice a la mamá que está anotando su situación en la planilla para hablar con la gente del servicio social del hospital y ver si pueden ayudar. También le recomienda que vaya a la nutricionista y le cuente a ella para que haga un informe, así en acción social pueden darte un bolsón de emergencia. A continuación le pregunta si van a venir parientes del Chaco. La mujer contesta que no sabe. Mirna le aconseja: Cuando venga la gente del chaco y vivan acá, ellos tienen que compartir con vos. Hagan juntos las cosas, compartí con tus visitas del Chaco... Tienen que compartir, no tenés que hacer todo vos. (...) La señora escucha pero no esboza palabra. Escucha que le dice que ella tiene responsabilidad como madre y debe llevar a la chiquita al hospital. Luego señala que como agente sanitaria tiene la obligación de hacer que la madre vaya. Mirna le señala que si hace lo que le está indicando puede conseguir una ayuda (...).

Antes de irnos de la casa coordinan para que al mediodía la señora pase por el lugar que Mirna guarda la leche que reparte en el sector.

Al retirarnos de la casa, Mirna me aclara: Yo cuando exijo, estoy cumpliendo con mi trabajo (...) Mi deber es exigir a la comunidad que no se queden en la casa con los niños enfermos. (...) Pero tengo que saber cuál es el problema, cuando me vengan a preguntar por la familia, tengo que saber.

En este caso, además de los consejos del *compartir* y buscar una red de contención entre los parientes, será la *derivación firmada* -el cumplimiento de *ir al médico*- el que habilite el *seguir recibiendo la leche*.

Los agentes sanitarios van inmiscuyéndose con mayor o menor insistencia en el interior del hogar y asimismo pueden abrir las puertas de las casas para la injerencia de otras agencias sociales, instándolas a tomar posición y parte sobre el asunto por el cual se las convoca. Anotar y registrar son los pasos necesarios para habilitar la *ayuda* y justificarla. Los papeles y formularios forman parte de un universo ajeno que las familias aborígenes no manejan o controlan, pero que va permeando su cotidianidad, instituyendo la palabra escrita con una autoridad de la cual muchas veces no pueden sustraerse.

A su vez, la *visita* implica determinadas técnicas de indagación, cuya función es “hacer hablar” a la familia (Foucault, 2002a: 82). En estas instancias, la dimensión examinadora tiene como horizonte la “producción de verdad” (ob.cit.: 73), a fin de medir lo más ajustadamente posible la “necesidad real” de la familia visitada. Por medio

de los recursos asociados de “la confesión y el examen de conciencia”, los agentes sanitarios procuran conocer cómo aquella unidad social se apropia de los recursos y/o programas/planes distribuidos.

No obstante, éstas situaciones ligadas a la *entrega de la leche*, a lo que se anota o se dice en *las visitas*, o durante *los controles*, no están exentas de generar conflictos o fricciones entre el agente y la familia. Ellas pueden significar el *rechazo* del agente sanitario. De este modo, cuando éste no puede efectuar *la visita*, es decir, *entrar a las casas*, debe consignar, dentro del formulario, un tilde en el casillero correspondiente a *familia con rechazo*, aclarando -en caso de no poder revertir la situación- los motivos que llevaron a que *la visita* no pueda ser realizada. Tener un *rechazo* para los agentes sanitarios es algo que *no está bien visto*. El mismo puede poner en cuestión su desempeño como agente, comprometer la evaluación de su trabajo, viéndose así perjudicada su calificación. De este modo, el agente tratará de diversas maneras de subsanar el inconveniente para entrar a la casa.¹⁵⁵

Aquí nuevamente se pone en juego la percepción del riesgo, la entrega de insumos y los márgenes de autonomía de la familia para poner algún límite al accionar del agente sanitario.

Tal sería la situación de Emilce -una de las agentes sanitarias- cuando en una de las casas fuimos atendidas en la puerta:

Al golpear las manos, sale un hombre. Emilce le dice que viene por la visita. El hombre contesta que no la va a atender, no quiere la visita. El hombre ya se retira de la cerca, hasta que escucha que la agente sanitaria lo llama: *venga don para acá, un momentito*. Acercándose nuevamente me miró y categóricamente afirma que no la va a atender más, porque *la agente ha tratado mal a mi señora, ha tratado de sucia, la ha tratado de todo, delante de la gente le ha hecho pasar vergüenza*. Dice estar *dolido* por el trato que le dio la sanitaria a su mujer de *sucia y hedionda*. El hombre supone que soy *doctora*, hace su descargo dirigiéndose a mí e ignorando la presencia de Emilce. Señala que aunque la sanitaria venga con quién sea en su casa no la va a recibir más. Le explico que no soy doctora. Emilce no me deja terminar de hablar, interrumpe para decir que *ella está como colaboradora, aprendiendo el trabajo que hacemos los agentes sanitarios*. Ya con un tono de reproche y reto le dice: *es el único que hace problema acá, porque todos van a control, todos reciben la visita del sanitario*. El hombre subiendo el tono de voz exclama: *Cómo va a tratar así usted...* A lo que Emilce replica: *usted está seguro, yo no he tratado mal a nadie*. El hombre vuelve a remarcar: *ustedes se hacen los buenitos cuando está la doctora..., después cuando viene, no (...) Ha venido a*

¹⁵⁵ Si el problema subsiste, el agente sanitario es removido del sector y destinado a otra *misión* o *barrio criollo*. Además puede ocurrir que el *rechazo* se haga extensivo y otras familias adopten la misma actitud, comprometiendo la competencia y credibilidad del agente sanitario no sólo en el sector, sino también frente a la dirección de APS en el hospital.

hablar que le vende la leche. Nosotros damos la leche. Necesitamos la leche. (...) Vienen y dicen: 'ustedes venden la leche por eso los chicos están desnutridos...' así dicen, así andan diciendo. [Emilce fue a hablar con el cacique por el tema de la venta de leche. Según me contaría después, le habían llegado rumores de que se estaba vendiendo la leche y por ese motivo se acercó a conversar con el cacique del tema].

Emilce trata de justificar el trabajo que hace en la misión señalando: *Si no me importara, yo no me preocuparía nada; a mí me preocupan los chicos, que estén bien de peso. ¿Le parece que voy a quedarme tranquila que se mueran los chicos? Si yo digo algo, es para que los chicos estén bien. Después el problema es mío si le llega a pasar algo a la criatura. Si el padre no se preocupa, me tengo que preocupar yo. Por eso hago esto de pesarlos, de atenderlos... El hombre vuelve a reiterar que no la va a dejar pasar: usted ha retado mucho (...) Varias veces hemos necesitado y no ha venido. Esperamos porque a veces necesitamos la sanitaria. Emilce ya más impaciente replica: yo no puedo todos los días ir a tu casa, estar en tu casa. Todos los paisanos necesitan, la misión es grande, no sólo ustedes necesitan.*

Volviendo hacia mí, el hombre continúa: *nosotros le fuimos a buscar, y allá estaba... [señala con la mano en dirección al barrio criollo]. Emilce le contesta: Ellos también me necesitan, también hay embarazadas y desnutridos.... Si no pude llegarme en algún momento es porque estaba ocupada. Yo no ando paseando, yo trabajo.*

Intentando cerrar la conversación el hombre reitera estar *dolido* y molesto con la actitud de la sanitaria: *Usted no se ha portado bien con nosotros...se ha portado mal... Que la leche se quede para la sanitaria nomás...*

Emilce intenta defenderse: *No, no es que me haya portado mal. Busca persuadir al hombre para poder hacer la visita y pesar al chiquito que hace dos controles que no lo llevan. Explica que ella esta preocupada porque el chiquito esta bajando de peso y ya tengo cuatro muertes en la misión. (...) Si yo no me preocupo, el papá se queda en la casa, no lo lleva al médico... Yo tengo que decir..., tengo que buscar una forma de que reaccione el padre o la mamá. (...) Yo les digo: se va a morir el chiquito porque en la casa no podemos hacer nada. Lo que hago es levantar el nivel de alarma. Te hago prevenir, alertar. (...) Si el chiquito esta mal, urgente al médico... no nos quedemos en la casa. Yo sé que antes era así. La comunidad se queda, son más callados. Entonces yo les enseño que no es así.*

El intercambio de palabras cada vez se pone más tenso. Luego de que Emilce termina de hablar, el hombre contesta de manera rotunda: *no somos gente callados*. Ya algo resignada, Emilce señala: *ustedes conmigo son malos. Allá en el hospital no. Les dicen que no hay turno y no dicen nada, se quedan callados*. Replicándole, el hombre termina diciendo: *no, nosotros vamos allá y nos dicen '¿y la sanitaria, qué hacen?'*. Entonces *no trabaja la sanitaria. Algunos piensan así...* Al escucharlo, Emilce, ya totalmente resignada: *Bueno, hoy no me va dejar hacer la visita. Pero voy a venir en otro momento... cuando estemos más tranquilos... voy a venir otro día.*

Al irnos de la casa, a Emilce se la ve apesadumbrada; me habla que ella no es *mala*, sino que se *preocupa*. Ella está llevando una *tijerita* encima para abrir los paquetes de leche que entrega porque la señora del barrio criollo contiguo le comentó que algunas mujeres *están vendiendo la leche*. Emilce busca de esa manera que no vendan la leche. Me reitera que le *preocupan los chicos...* No busca que *pierdan las costumbres, pero sí que vayan al médico*; me repite: *el chico tiene que ir al médico*.

En los días sucesivos, mientras la acompañaba a visitar otras casas, Emilce volvería sobre el tema varias veces. Me marca que ella viene a la misión *todos los*

días... siempre digo la misión es la que más me abarca. Señala que le dieron dos manzanas del *barrio criollo*, pero *allá sólo voy a los recién nacidos y embarazadas*. Y acá, no; *doy vueltas y vueltas, y vueltas...* No es la primera vez que le cuesta entrar a una casa en una *misión*. Me comenta que ya conoce el sector, sabe qué *chiquitos me están por caer*. Emilce ya habló con su supervisor para ponerlo al tanto de la situación. Me reitera: *yo necesito saber, si me ha bajado 200 gramos...* Ella *siempre* hace hincapié en la mamá: *hágale la leche..., no me le dio la leche. Capaz el chiquito no esta comiendo. Yo tengo que conversar con la familia, no me puedo quedar callada (...)*.

En otra oportunidad, ya en su casa Emilce, me diría que el agente sanitario *no puede tapar nada*, menos *si el chiquito puede caer internado grave y después si se llega a morir...* Los supervisores *me va a decir: '¿vos no sabías que el chiquito estaba bajando de peso?'* Y yo *qué voy a decir. Lo que me hacen a mí, yo hago con la familia. A mí también me ponen el dedo cuando me dicen ¿y este chiquito? (...)* Yo *hago lo que está dentro de mis posibilidades, si tengo que sacar un turno o el tema de análisis para que eviten [ir a] la madrugada, lo hago. Hago lo que está dentro del programa*. Refiriéndose a los formularios me aclara: *a mí en mi planilla me piden de todo: que el dengue, que el chagas, que esto, que lo otro*.

El “uso” de la ayuda, anudado con el consejo de cómo comportarse, no necesariamente es correspondido linealmente o sin ningún tipo de reparo por parte de la familia visitada. El manejo del *riesgo* a través de la entrega o no entrega de recursos siempre se encuentra en un delicado equilibrio, muchas veces difícil de mantener. Los agentes sanitarios tratan de evitar que los conflictos con las familias del sector *lleguen a mayores*. De todos modos, como adelanté, la posibilidad de desobediencia a las prescripciones del agente sanitario tiene sus límites. Pues, es éste el que constituye el nexo con los recursos circulantes (leche/bolsones) y facilita la entrada a otros programas de los cuales las familias viven.

Con la indagación y percepción de los *factores de riesgo*, lo que se pone en juego son los criterios de optimización de recursos siempre acompañados e impregnados de un lenguaje moral que preside, ordena y regula la dirección que dichos recursos adoptan en la materialización de la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Se trata, asimismo de recursos calificados como *escasos*, que es preciso administrar bien y que pueden verse -desde quienes los entregan- como manipulados por fuera de los criterios establecidos.

En este marco, ciertos *reclamos* provenientes de *las misiones* o el desacatamiento de los preceptos que los agentes sanitarios acercan a las casas, son catalogados como fuera de lugar, signo de *altanería* o *desubicados*. De esta manera, si por un lado se imputa a los aborígenes -sobre todo tratándose de wichís y chorotes- *ser*

callados o no *tener palabra*, cuando “hablan” o “toman la palabra” se vuelven por el otro intolerables. En *las misiones*, las familias deben mostrar cierta predisposición para recibir: “mostrarse agradecidas”, aceptar no sólo lo que se da, sino también la manera en que se da, sin queja alguna, en silencio.

En este sentido, la tarea del agente sanitario debe ser cuidada y minuciosa; la entrega debe ser justa y focalizada en quién constituye un *riesgo* y *realmente necesita*, desalentando cualquier tipo de comportamiento que pueda verse como una manipulación de la condición de pobreza o complaciente con lo que ellos denominan como *la flojera*.

Los *problemas familiares* también son motivo de una *mayor atención* por parte de los agentes sanitarios, y leídos en clave de *riesgo*. Suelen ser un tema ríspido, tratándose generalmente de un dato que no es “confesado” o “dicho” por la propia familia, sino recabado por medio de terceros -vecinos- o por algún incidente que lo “haga saltar”. Para el agente sanitario, los *problemas familiares* entran en el ítem “enfermedades sociales”, a su vez contenido dentro de los *factores de riesgo* que figuran en el formulario. En este caso, la visita se realiza con más recaudo, pues se trata -según los agentes- de problemas con el *alcohol o vicios* y de *violencia doméstica* o *descuidos de los padres hacia los hijos/maltrato*. Aquí la interpelada -nuevamente- es la mujer como la *transmisora de las costumbres*, como la que debe *dar consejo, apuntalar a los hijos* o *defenderse del marido*. En ella recae el mandato de contención familiar frente a los “desbordes” de algunos de sus miembros, resaltándose su “natural” rol protector y maternal.

Particularmente dicha cuestión aparece, entre otras, con la preocupación de los agentes sanitarios respecto a una modalidad que -según comentan- ha ido aumentando de forma notable en los últimos años: *los chicos salen a la calle o al centro a pedir*. Acompañando a Estrella a su sector de trabajo, tendría la oportunidad de observar y escuchar qué tipo de recomendaciones se hacía en estos casos, y cuáles eran los pasos a seguir. Así en una de las casas, la visita comenzaba de la siguiente manera:

En el terreno de la casa, se ve a un hombre arreglando una bicicleta. Estrella golpea las manos y apenas el hombre la mira, traspasa el cerco y saluda: *Hola don. Vengo a conversar con la señora*; luego me indica que pase también.

El hombre, sentado donde está, llama a la mujer. Nos ubicamos debajo del toldo, donde hay una nena que apenas camina jugando con unos ovillos de lana. La mujer se va acercando y Estrella le pregunta *¿todavía no hay fuego?* La señora repite: *no hay fuego, no hay leña*. Estrella intenta seguir con la conversación:

¿estos palitos que tenés acá no queman?, ¿De la rama seca no queman? Al ver que la señora no le contesta, le pide que vaya a buscar los carnets y el visto. Mientras eso sucede, Estrella se pone a hablar con el hombre sobre el frío. La nena que juega con los hilos está sobre una manta. Estrella dice que *se le va a helar la cola y después va a empezar a hacer pis y pis...* Cuando regresa la mujer, le señala: *Ahora la tenés con pañal de tela, ¿no se le irrita la piel?* La señora contesta que no, sin agregar nada más a la interpelación de la agente sanitaria. Estrella me da los carnets para que los acomode por orden de aparición de los miembros de la familia según aparecen en el formulario. Comenta que la señora se encarga de criar a todos a sus hijos más chicos y a los nietos. Pregunta a la señora por una mujer que sería su hija. Ella no se encuentra en ese momento.

Le doy los carnets a Estrella junto con el formulario. Solo están los carnets de los chicos de la casa, pero no el de los adultos. Estrella le pide que traiga todos los carnets. El hombre sigue arreglando su bicicleta y no interviene. Mira de vez en cuando la situación.

Al traerlos le indica a la mujer que la tiene que vacunar con la doble viral y al *changuito* de 11 años con la anti-hepatitis. Mientras prepara una de las vacunas, Estrella pregunta si hay comedor. La mujer contesta que ya no hay comedor. Estrella continúa: *¿ustedes cocinan hoy?* La señora dice que *sí*, que está esperando que llegue la leña.

Antes de preparar la otra vacuna, pregunta si se encuentra en la casa el chico que tiene que vacunar con la anti-hepatitis. La mujer contesta que no. Estrella no pregunta si está en la escuela o si saben dónde está. Directamente comienza a decirles que: *no lo dejen estar pidiendo en la calle, yo lo vi pidiendo en la calle.* Aclara que *la maestra también lo vio (...) Ahora está peligroso. Se abusan de los chiquitos y ustedes si pasa algo se van a quedar llorando.* El hombre interviene para decir que *nadie lo manda, él va sólo a pedir.* Estrella: *bueno, yo nomás aviso porque lo vi pidiendo en la calle a él.* Le aconseja a la señora que *no lo mande a pedir, le pueden pegar los muchachones y quitar lo que ha conseguido,* además, agrega: *a ustedes los pueden acusar de abandono de persona; se puede ir preso por abandono de persona.* La mujer escucha y no dice nada.

Estrella me pregunta: *Mariana, ¿vos viste la noticia de lo qué paso en Tartagal?* Le contesto que no. No estuve viendo el noticiero. Estrella quiere de alguna manera hacerme participe de sus recomendaciones. Comienza a contar que *salió la noticia de que por ahí andan adultos que se aprovechan de los niños y los mandan a robar.* Por eso no hay que dejar a los niños en la calle porque *no se sabe con quién se pueden cruzar.* Ya dirigiéndose a la mujer de nuevo: *Por eso no tenés que dejarlo ir a la calle. ¿No está ahora?* Se hace silencio. Estrella: *¿Dónde está ahora el chiquito?* Mujer: *no sé...* Estrella también apela al hombre que está allí y le señala que tiene que decirle a la madre que *no lo mande... por ahí se junta con los grandes y se empiezan a drogar, ya se pierden.*

Estrella le indica a la mujer que se acerque para que pueda vacunarla: *bueno, voy a hacer llorar a la madre con la vacuna.* Mientras le da la inyección acota: *ahora están anotando la bolsita a quienes nunca recibieron,* pero que *no sabe bien cuándo le irán a dar ahora.* Estrella les sugiere que pueden ir a averiguar a Acción Social para ver si le dan el *bolsón de emergencia.* Antes de irnos de la casa, firma *el visto* y les dice que va a volver mañana a vacunar al *changuito* de 11 años. Por último agrega: *tenés que saber al menos dónde está, él te tiene que avisar.* Estrella firma *el visto* y se despide hasta el día siguiente.

Ya camino al hospital, Estrella me comentaría que mañana volvería a la casa para tener un panorama más claro de la situación de la familia. Esa visita constituía el primer paso de acercamiento para *conocer qué es lo que pasa*: si se trata de *un juego que hace el chico o son los padres los que lo mandan*. Por el momento, la sugerencia de Estrella era que se acercarán a Acción social por el *bolsón de emergencia*. Ese bolsón se otorga, según me explicaba, en *situaciones especiales*, y quien lo recibe debe contar con un informe de la asistente social que constata la condición de emergencia de la familia y realiza su seguimiento.

Generalmente, estas *situaciones familiares* son vistas por los agentes sanitarios como problemas de alguna manera *estimulados* por los padres que no asumen responsabilidades respecto de los hijos. En reiteradas oportunidades, los agentes sanitarios me hablarían de que *el aborigen no tiene cultura de trabajo*, relacionando dicha apreciación con *la costumbre de vivir de la caza y la pesca* de los grupos chorotes y wichís. Así, *el salir de los chicos a pedir* es explicado como una replicación de los comportamientos de los adultos que no tienen apego a una *cultura de trabajo y esperan que todo se les dé*.

Otra situación preocupante para al agente y sobre las cuales debe llevar un *control* más estrecho está referida a la movilidad familiar o de algunos de sus miembros en el período de cosecha de porotos, de pesca en el Pilcomayo, o de desplazamiento al monte chaqueño.¹⁵⁶ La necesidad de registrar las *ausencias* temporales se convierte en algo de suma importancia, en tanto, según algunos agentes sanitarios, a su regreso los integrantes móviles *pueden venir enfermos y conviene estar precavidos*. En estas circunstancias, la precaución y registro tienen más que ver con resguardar su trabajo que con incidir sobre esas prácticas. En varias ocasiones, los agentes me comentaron que, con frecuencia, cuando algún miembro de la familia movilizada se enfermaba, desde el hospital se les recriminaba *no estar enseñando, no hacer bien el trabajo*. Así, si bien frente a tales reproches los agentes creían suficiente contra-argumentar *cómo vamos a enseñar, si la familia o la persona no ésta en la casa*, de todos modos la responsabilidad recaía sin atenuantes sobre ellos. Como manera de protegerse de las reprimendas, ellos

¹⁵⁶ Se trata sobre todo de las familias de comunidades peri-urbanas Wichí o Chorote cuya movilidad es mayor que la de las familias de las comunidades guaraníes. Las primeras, a lo largo del año, combinan para su subsistencia diversas actividades ligadas al trabajo estacional: pesca, cosecha de porotos, obraje maderero, etc.

ahora llevan el *registro de todo*, anotando las ausencias y sus motivos en el apartado de *observaciones* del formulario. De esta manera, los agentes sienten que en tales circunstancias tienen mejores chances de que su trabajo no sea puesto en entredicho.

En relación a esta última cuestión, pero también vinculada a las analizadas en el capítulo, me interesa detenerme en los mecanismos de atribución de responsabilidades desencadenados a partir de *la visita*. Dichos mecanismos respecto de los *riesgos* recaen y decantan en las familias. Pues, devenidos los *riesgos* en el punto de toque de las intervenciones, donde se los escinde de las condiciones sociales que los sustentan, las familias quedan convertidas en “portadoras y productoras de riesgo”. Etiquetadas de este modo, su situación de estar *en riesgo* justifica ponerlas bajo un control atento, en tanto pueden convertirse al unísono en probables víctimas y victimarias.

Como vimos en *las visitas*, con la materialización del riesgo expresada en el “cuerpo enfermo o sufriente” (Fassin, 2005), se da paso a un proceso de “inculpación de las víctimas” por sus propios infortunios, en la medida en que se las piensa y trata como responsables de elecciones inconducentes hacia su sustentamiento. Así, dichas instancias aparecen como una especie de “profecía que se autorrealiza” (Douglas, 1996: 93).¹⁵⁷ De este modo -tomando el planteo de Álvarez Leguizamón- “la ‘inferioridad’ se encarna en el cuerpo del pobre, en términos de la posesión de un tipo particular de ‘cultura’ que se desarrolla y reproduce en un ‘mundo’ de pobres, lo que justifica y promueve una diferenciación de ‘este mundo’ del resto de la sociedad” (2005: 243).

Recapitulando

Generalmente es el conjunto de los aspectos señalados el que hace a la clasificación de la familia dentro del “ranking del riesgo”. Sin embargo, la ponderación sobre algunos de ellos más que otros depende de lo que el agente sanitario considere relevante según su “ojo entrenado”, enfatizando entonces en su *visita* aquella dimensión que le resulta prioritaria *atender*.

¹⁵⁷ En este sentido, la observación de Douglas se ajusta a las concepciones y formas que guían la distribución de recursos y planes arriba analizados. Como señala “...inculpar a la víctima es eficaz para silenciar denuncias de la totalidad del sistema social”, señalando al respecto cómo “...los pobres están en riesgo desde el punto de vista de la nutrición, en especial las mujeres encinta. Su vulnerabilidad da derecho a la sociedad a desviar la responsabilidad imponiendo restricciones estrictas en sus compras y dieta como condiciones para recibir un mínimo de ayuda. Si ellas o sus bebés son abatidos finalmente, su rechazo de la ayuda oficial explica el por qué tienen que culparse a sí mismas” (1996: 93-94)

En este sentido, el papel del agente sanitario está signado por un conjunto de funciones prácticas que implican determinados procedimientos. Con ellos se produce la *familia en riesgo*, no sólo a través de la determinación de *factores* que instituyen una “realidad”, sino también prefigurando una mirada que en *la visita* se termina por consumir. En otras palabras, en y con ella, los criterios formales de riesgo se articulan con el “sentido práctico” de los agentes, pues como forma de intervención refirma y recrea los criterios de riesgo, en la medida que éstos son invocados.

Las *visitas domiciliarias* constituyen entonces una modalidad de intervención donde hay una codificación del tiempo y ordenación del espacio a partir de “riesgos diferenciales” que el agente debe administrar. Para ello, el mismo se vale de una planilla/formulario donde registra, localiza e individualiza movimientos y comportamientos. A través de todo este corpus de procedimientos, va construyendo un saber orientado a optimizar su trabajo de control sobre el sector, gestionando al mismo tiempo la distribución de insumos y programas sociales. De este modo, puede decirse que *las visitas*, sustentadas en el enfoque de APS son el instrumento privilegiado que permite organizar y transformar las multitudes confusas o peligrosas en “multiplicidades ordenadas” (Foucault, 2002b: 221-223).¹⁵⁸ Como ya señalé, la *visita domiciliaria*, destinada a clasificar, observar, controlar, registrar e individualizar, implica una forma de intervención de tipo disciplinario que no recae con la misma periodización e intensidad sobre el conjunto de las familias que componen el *sector*, sino sólo sobre algunas: aquellas de *alto riesgo*.

En este sentido, cabe agregar cómo simultáneamente la “familia” se constituye en “instrumento privilegiado” para el gobierno de dicha población (Foucault, 2006: 132) en tanto, a través de ella, se procura regular la conducta sexual, la cantidad de hijos, los flujos de insumos y programas sociales. La “familia” -dispositivo de soberanía- constituye la bisagra, el punto de enganche sobre el que opera la disciplina desencadenada por y en *la visita*. La apelación del agente sanitario a las unidades sociales en términos de “relaciones familiares” -entendiendo por ello a padres e hijos-

¹⁵⁸ En conjunto, las nociones a partir de las cuales se interpela a los destinatarios de la promoción y prevención de la salud y las operaciones que ello supone constituyen la matriz donde se encabalgan técnicas reguladoras y mecanismos disciplinarios. Tenemos pues una trama de intervenciones en las cuales hay un encabalgamiento y remisiones permanentes entre dispositivos de seguridad, mecanismos disciplinarios y de soberanía, donde lejos de pensarse a éstos últimos como residuos o vestigios debe concebirse los como coexistentes dentro de la forma de un ejercicio de poder dominante: la seguridad (Foucault, 2006).

no sólo constituye una manera de instaurar o revigorizar tal concepción y estructura de familia, sino también una forma de garantizar la adhesión de sus integrantes a las pautas de comportamiento por ellos impartidas. En la medida en que discurso y práctica de intervención atribuyen el carácter indisciplinado del individuo a “la flaqueza de la familia”, no se hace más que reforzar ese juego entre soberanía familiar y funcionamiento disciplinario (Foucault, 2005: 111-112). En este caso, es en la figura de la mujer como *madre* y “protectora del hogar”, donde se deposita la responsabilidad de suturar las “deficiencias familiares” y los imponderables de la vida doméstica.

Dentro de este marco de intervención, se puede advertir cómo poco a poco se van individualizando los problemas por los que atraviesa el sector, mientras se los termina abstrayendo de toda determinación social. Desde tal perspectiva, más que impedir o evitar afecciones tales como desnutrición o la tuberculosis -por nombrar solo algunas- se trata de poner en marcha procedimientos capaces de compensar, regularizar -es decir, de actuar- presuponiendo que aquellas jamás desaparecerán por completo, y que sólo es factible circunscribirlas dentro de los límites socialmente tolerables.

Retomando el planteo de Fassin (2005), se trata entonces de una manera de administrar riesgos donde el cuerpo, a título de enfermedad o sufrimiento, es el único recurso que puede ser invocado para acceder a *bolsones o leche y/o ayuda*, ya sea -como vimos- vía certificación médica o por la inclusión de la familia dentro de la categoría de *riesgo social*.¹⁵⁹

La individualización y la focalización son en efecto las palabras de orden ya instauradas en las intervenciones sociales que, en las visitas, se convierten en prácticas efectivas de juicio, toda vez que a través de ellas se fundamenta la distribución de recursos y el acceso a los planes en función de la particularidad del caso y la justeza de la demanda. Una demanda de asistencia que sólo parece veraz si es expresada en términos de necesidades vitales rebajadas a las exigencias elementales del cuerpo, y

¹⁵⁹ En el trabajo sobre las políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en el contexto contemporáneo francés, Didier Fassin (2005) analiza los “usos políticos del cuerpo”. Mediante los dispositivos destinados a regular el movimiento de “desempleados y precarizados” y el de los migrantes, el autor aborda la configuración de una “economía política de la ilegitimidad” -como forma de reconocimiento social- en la cual la exposición del cuerpo a través del sufrimiento o enfermedad constituye la figura contemporánea de gobierno. Sigo aquí algunas de las ideas de Didier Fassin para pensar la relación entre la percepción social del riesgo de los agentes sanitarios y los criterios de distribución de recursos y planes.

cuando el cuerpo afectado da señales “visibles” que certifican la insuficiencia de recursos para satisfacer esas necesidades mínimas.¹⁶⁰

Más allá de que la acreditación de la necesidad preponderantemente opere sólo en esos términos, cabe mencionar que la prestación de ayuda del agente sanitario debe ir acompañada del mérito, es decir, quien recibe debe comprometerse o manifestar su voluntad de “hacer bien las cosas”. Un “hacer bien las cosas” supeditado a las enseñanzas y recomendaciones del agente sanitario.

La concepción de repartir justamente y a quién lo merece, con la que diariamente los agentes sanitarios se manejan, da cuenta de cuán hondo ha calado la idea de los recursos y planes como “bienes escasos” y cómo dichos recursos han sido constituidos como tales, a través de la interiorización de los valores sobre los que se asientan las actuales políticas sociales, incluidas las de Atención Primaria de la Salud. En el marco aquí analizado, quien deviene “buen ciudadano” –el merecedor por excelencia- es quien no requiere ayuda. Todo aquel en condiciones de recibirla carga con el síntoma de una falta o carencia moral que se personaliza en su accionar, dejando ensombrecidas las condiciones de vida disponibles para esos sujetos.¹⁶¹ Ante tal inadecuación, todos los bienes devienen escasos pues no son éstos los que romperían el círculo de la asistencia, sino un cambio en las actitudes/comportamientos de los destinatarios.

Por otra parte, es preciso remarcar que las visitas domiciliarias, en tanto procedimiento práctico, implican una especie de “confesión laica”¹⁶² que, a través de la indagación, el agente sanitario debe conseguir o suscitar. En dicho marco, la predisposición de las mujeres y hombres de las comunidades para atender a *la visita* del agente sanitario es la primera señal de prueba de la buena fe y voluntad de la familia que acepta entonces descubrirse a fin de tornarse “confiable”. Se espera que, en la visita, la familia se “desnude”, se muestre en una exhibición en donde no queden dudas

¹⁶⁰ En este sentido, es el cuerpo el último recurso para obtener algún “preciado bien”: “Preciado bien, en tanto asegura, ciertamente de una manera temporal y precaria, una relativa seguridad contra la aleatoriedad de la existencia” (Fassin, 2005: 205)

¹⁶¹ Retomando el planteo de Douglas, la inculpación pública recae así en la propia víctima del infortunio al convertirse en un medio “eficaz para silenciar denuncias de la totalidad del sistema social” (1996: 93). Cuando se puede inculpar al “individuo” por el “error”, ya no hay necesidad de cuestionar las formas y los procedimientos implicados en la distribución de bienes y servicios, quedando éstos y su misma circulación o concentración más al resguardo de las críticas o de la posibilidad de cambios.

¹⁶² Para retomar la expresión de Fassin inspirada en el trabajo de Michel Foucault, “La voluntad de saber. La historia de la sexualidad (Tomo I)”.

de la veracidad de su necesidad, estableciéndose las condiciones sociales y morales imprescindibles para que los recursos de la ayuda social los alcancen.¹⁶³

En este sentido, *la visita* implica un mecanismo a través del cual se instaura una forma de intercambio en la que no sólo circulan bienes materiales: a la par que el agente sanitario distribuye leche, bolsones y el acceso a planes sociales (directa o indirectamente), una serie de contraprestaciones se espera por parte de la familia -contraprestaciones vinculadas a afianzar compromisos y lealtad, agradecimiento y cumplimiento con el agente sanitario, quien se termina constituyendo en su benefactor. En dichas condiciones, el dominio expansivo de los agentes sanitarios no sólo es ejercido sobre los recursos, sino sobre las familias que se benefician y quedan obligadas a partir de la obtención de esos insumos indispensables para su existencia. La distribución de recursos y programas actúa creando lazos morales entre quienes dan y quienes reciben. Dentro de esa lógica, la atribución de *ayudas* implica por parte del potencial beneficiario una obligación: exponerse a la mirada y descubrirse de determinada manera; por parte del agente sanitario, el derecho a ser recepcionado y testificar esa necesidad del *beneficiario*.

Con y mediante la dimensión examinadora -basada en los *factores de riesgo* consignados en el formulario-, el agente sanitario busca tomar en cuenta la dimensión individual de la trayectoria desafortunada, las razones singulares de cada caso vistas como “estilos de vida”, otorgando reconocimiento social a las familias en base a “sufrimientos” y “méritos” y/o al “desamparo grave o gravedad excepcional” (Fassin, 2005). Ya sea por medio de la certificación médica o por la calificación de *riesgo social*, tal forma de intervenir implica la puesta en práctica de una justicia local donde es el “cuerpo enfermo o sufrido” el medio por excelencia que da derecho, u obliga, a la *ayuda*.

De este modo, las prácticas de reconocimiento social de existencia pasan por la distribución de recursos o programas “básicos” y “escasos” de aquellos que deben exhibir signos “visibles” de necesidad -encarnados en sus propios cuerpos- pero también cierto mérito para acceder a ellos.

¹⁶³ Así, a diferencia de lo que ocurre con los grupos poblacionales de los *barrios criollos* donde el “derecho a acceder” a recursos es algo dado y no cuestionado, para los grupos de *las misiones* ese derecho debe ser continuamente conquistado para ser ganado.

Siguiendo el planteo de Fassin (2005), podemos decir que nos encontramos frente a una modalidad particular de gobierno de y por los cuerpos, fundada en una “bio-legitimidad”, en la cual las decisiones políticas cotidianas se articulan en torno a la movilización del cuerpo alterado -enfermo o sufrido- como único recurso a ser negociado con relación a la atención de la salud.¹⁶⁴

La percepción social del riesgo y la distribución de recursos en la promoción de la salud y prevención de enfermedades llevada a cabo por los agentes sanitarios entran así en un terreno donde las prácticas se emplazan en un umbral en el cual la distinción entre “hacer vivir” y “dejar morir” se vuelve borrosa, porosa, al punto de volverla indistinguible.

Las lógicas que animan ciertos entramados de relaciones entre las *misiones* y los agentes sanitarios se inscriben en un registro donde la vida queda rebajada o reducida a las exigencias elementales del cuerpo -el hambre, el frío, la enfermedad (Fassin, 2005: 211)- y la asistencia se circunscribe a una administración de “mínimos biológicos”. Es esta reducción de la vida en términos de satisfacción de “necesidades básicas” lo que crea una tensión a veces percibida como contradictoria por los propios agentes. Esto es, ni bien se hace lo que se debe y el niño recupera peso, disminuyen las cruces y se pierde la *ayuda*, lo que en breve expone nuevamente al infante y a su familia a regresar al estado de incapacidad de afrontar las exigencias elementales del cuerpo.

De esta forma, en las prácticas que suponen las *visitas* y los *controles*, los dominios “hacer vivir” y “dejar morir” se fusionan, se misturan quedando los límites entre una y otra cuestión difíciles de disociar o, por lo menos, planteando una coexistencia problemática en tanto esa manera de “hacer vivir” implica concomitantemente una producción de vida reducida a una supervivencia endeble e inestable. Así la promoción de la salud y la prevención de enfermedades se inscriben como formas de intervención que implican un modo particular de “reconocimiento social”, fundado en la precarización absoluta de la condición humana. Aquí el cuerpo indígena reducido en términos de Necesidades Básicas Insatisfechas se convierte en objeto de intervención, estableciendo sólo como reivindicaciones legítimas aquellas que

¹⁶⁴ Con el neologismo “bio-legitimidad”, Fassin hace referencia a las formas contemporáneas de politización de la vida, en las que el “cuerpo expuesto”, ante la administración del Estado, en términos de una biologización de las necesidades humanas, constituye la última ratio capaz de impulsar algún tipo de intervención.

no se extralimiten de los contornos así delineados. Es a través de las constelaciones prácticas, llevadas por intermedio de los agentes sanitarios, que la focalización se construye a partir de la configuración de *riesgos* y donde las familias de *las misiones* quedan implicadas en la administración de sus propias fuerzas vitales reducidas a su mínima expresión.

En la medida en que las familias de *las misiones* sólo se vuelven visibles para el sistema de salud formal en términos de *riesgos*, las intervenciones parecen destinadas tanto a sacarlas de esa situación como a conjurar las “amenazas” que las mismas significan dentro de un espacio social más amplio, donde su proximidad con “lo criollo” también emerge como problemática. Opera un desplazamiento silencioso que va de “estar en riesgo” para sí, a ser un “riesgo para otros”. Dentro de estas coordenadas de inteligibilidad analizadas, y de acuerdo a las situaciones descriptas, las familias de *las misiones* devienen “focos” tendientes a “generar” enfermedades que -siendo atribuidas a *comportamientos inadecuados*- pueden propagarse y hacerse extensivas a los *barrios criollos* colindantes. *Las misiones* encarnan así la distensión y el no acatamiento de las normas socialmente sancionadas como “saludables”. Su marcación constante como tales no sólo las ubica en una posición de inferioridad, sino también constituye para los criollos la posibilidad de distinguirse y apegarse a la observancia de las reglas de “buen comportamiento” instituidas para ser apreciados como tales. De este modo, las observaciones impartidas a través de las prácticas socio-sanitarias de APS suponen un lenguaje de exhortación recíproca, donde las imputaciones de *mayor riesgo* asociado a “lo indígena” colaboran en la diferenciación de las unidades sociales, esto es *las misiones* y los *barrios criollos* vecinos, que también se recrean en otras dimensiones de la práctica social.

En el próximo capítulo, trabajaré cómo y a través de qué itinerarios los indígenas se vuelven visibles dentro de la estructura hospitalaria, atendiendo puntualmente a los circuitos de atención médico-asistenciales disponibles para las comunidades periurbanas y rurales de Tartagal. Me interesa detenerme en las maneras en que los indígenas son construidos como destinatarios de un “tratamiento especial” de acuerdo al “reconocimiento” de sus particularidades realizado por quienes trabajan dentro del hospital. Con ello pretendo profundizar el análisis sobre el carácter de la relación entre

los agentes sanitarios y *las misiones*, e incorporar la perspectiva de otros profesionales de la salud en su vinculación a las demandas indígenas respecto a la atención médica.

Capítulo VII

Los circuitos de atención: itinerarios posibles en el sistema de salud formal

Introducción

En el capítulo anterior analicé de qué manera los procesos de normalización ligados a la detección de *familias en riesgo* introducen, entre otras operaciones que concretan, un régimen de visibilidad peculiar sobre qué comporta ser de/vivir en *las misiones*. Me interesa en este capítulo analizar qué muestran otras situaciones donde esa visibilidad se potencia, reconstruyendo los circuitos de atención establecidos a través de los cuales la población indígena puede canalizar las demandas de asistencia médica. Puntualmente, analizaré la instrumentación de ciertos mecanismos creados para tal fin. Me refiero a *las derivaciones* realizadas por los agentes sanitarios que trabajan en el equipo de APS y a la experiencia del Equipo Comunitario para Pueblos Originarios orientada a crear un nexo directo entre el hospital y la comunidad indígena donde el mismo venía desarrollando sus tareas.¹⁶⁵

Particularmente, busco examinar el modo en que los indígenas, visibilizados dentro del ámbito de la salud pública, son diferenciados del resto de la población y contruidos como destinatarios de un tratamiento especial, mediante la “adecuación” de los canales de atención previstos para el “usuario normal”, con el fin de responder a determinados requerimientos de “salud”.

A través del análisis de estos itinerarios, es posible abordar el carácter de la relación que otros servicios del hospital -particularmente los que se refieren a la atención médica- tienen respecto a la población indígena. De este modo, busco asimismo dar cuenta de cómo los procedimientos destinados a vehicular la atención médica implican una forma de recepción y moldeamiento de las demandas de las comunidades indígenas que construye espacios públicos excluyentes.

¹⁶⁵ Cabe aclarar que las *derivaciones* también son las constancias que pueden realizar los médicos de que atienden en los centros de salud, llamados CAPS. Tal como señalé, a través de las mismas se puede gestionar los turnos para la atención médica o para la realización de diferentes estudios en el hospital. Dichas constancias -como demostraré más adelante- certifican que quienes las portan han pasado por otras instancias previas, y han agotado todos los canales antes de acercarse al hospital.

En suma, el capítulo apunta a señalar las maneras en que ciertos dispositivos ponen en acto y expresan la construcción de perfiles de usuarios diferenciados, en la medida que suponen determinadas prácticas orientadas a “facilitar” la accesibilidad de la población indígena al sistema de salud formal.

Los circuitos de atención: itinerarios posibles

Uno de los problemas que persistentemente visualizan los diferentes profesionales y quienes trabajan en tareas administrativas en el hospital en relación a las desfavorables condiciones de salud de las comunidades, está ligado a la inaccesibilidad de la atención médica atribuida a “barreras culturales” que aquellos proyectan sobre los indígenas. En numerosas oportunidades, durante las conversaciones mantenidas con recepcionistas, médicos y enfermeras, la cuestión de la inaccesibilidad aparecía expresada en frases tales como: *no se saben comunicar, no pueden contar lo que les pasa, algunos no hablan, ni entienden el castellano, son cerrados, manejan otros tiempos, ellos se auto-marginan.*

La falta de recursos materiales y humanos para hacer frente a las interminables colas, la escasa disponibilidad de turnos en relación a la demanda, el limitado tiempo de atención para cada paciente, el pedido de *la contribución voluntaria* a personas de escasos recursos, pocas veces son referenciadas a un proceso de descentralización de la salud y de pauperización creciente del sistema y de la misma población, limitante de la capacidad del hospital para atender demandas. Antes que poner énfasis en estos últimos factores, lo que estas circunstancias propician habitualmente es una descarga de responsabilidades que recae en quienes pretenden acceder a los servicios del hospital, señalándose como único obstáculo al acceso el hecho de carecer de comportamientos adecuados. Así, según los diferentes agentes de salud, quien no consigue turno es porque no se levanta lo suficientemente temprano para conseguirlo, porque no trae la documentación requerida o porque no es expeditivo en la expresión de sus necesidades.

En este marco, toda una batería de mecanismos son los que regulan el modo de acceso a los distintos servicios del hospital y asimismo moldean el tipo de demanda susceptible de ser recepcionada. En el caso que nos ocupa, ellos implican ciertas reglas de juego vinculadas con una dinámica de funcionamiento ligada a las condiciones para

solicitar los turnos médicos de atención, como así también a los canales administrativos para la realización de trámites (autorizaciones para los exámenes clínicos, pago de aranceles como *contribución voluntaria*). Ese funcionamiento condiciona también el tiempo de atención dispensado por cada paciente y el lenguaje médico-administrativo particular.

La configuración de las “vías de atención”: entre agentes sanitarios, médicos y asistentes sociales.

Es dentro de las coordinadas recién mencionadas que las demandas provenientes de las comunidades indígenas constituyen un elemento disruptivo para los diferentes servicios del hospital. En principio, no sólo porque se espera que ellas sean resueltas por los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) a través de los llamados *periféricos* -es decir, a través de los consultorios *extramuros*- sino porque, fundamentalmente, ponen en evidencia la crisis de funcionamiento del sistema de salud local. Así, el acercamiento del indígena al hospital se interpreta como un distorsionamiento o fracaso de los canales de atención previstos para ellos. Lo que se espera es que la figura del agente sanitario, junto con los dispensarios locales, sean quienes aligeren las tareas al hospital, evitando su saturación, o circunscribiendo en todo caso la intervención del mismo a “casos extremos”, como última instancia.

Como ya señalé, la relación de la población indígena con el hospital aparece mediada por el agente sanitario. Las *derivaciones* que él realiza -donde se establecen los motivos de la necesidad de la atención médica- es el mecanismo a través del cual se va concretando el circuito de atención establecido.

Es en torno a estas *derivaciones* que se hacen evidentes las tensiones y los conflictos entre el primer nivel de atención y los servicios del hospital. En reiteradas oportunidades los agentes sanitarios me fueron manifestando el malestar que les genera el hecho de que, al derivar a una persona -sobre todo si se trata de un indígena- el médico pregunte *antes que todo quién es el agente* que tiene a cargo el sector del que proviene el paciente. Así, una de las agentes me contaba:

Cuando alguien se va a atender lo primero que le preguntan es: ‘¿quién es tu agente sanitario?’ Se fijan si tienen las vacunas, cuándo va el agente sanitario, cuándo hace el control...cuando lo primero que hay que ver es que el

niño tiene un problema. Primero atendí al niño y después hace las preguntas. A mí me parece que debería ser al revés, ¿no?

A raíz de *la costumbre* que tienen los médicos de preguntar primero por el agente que visita la casa, antes que preguntar al paciente *cómo se siente, qué es lo que tiene*, uno de los agentes sanitarios me contaba una anécdota para ilustrarme la situación y expresarme cómo los *profesionales* ponen en duda el trabajo que ellos realizan:

Los profesionales antes que nada ya están diciendo a la gente de la misión ¿qué, tu agente no te ha enseñado? Y ellos contestan: 'no' por miedo, por vergüenza. Ellos también se sienten evaluados. Una vuelta la nutricionista que trabaja en el CAPS de [la misión] hizo una reunión para hablarles a las madres sobre la preparación de la leche. A mí me pareció buena idea, así las madres podían sacarse las dudas y preguntar. Estaban todas las mamás, las mujeres sentadas y yo estaba en la puerta. La nutricionista comienza la charla y les pregunta: '¿saben cómo preparar la leche?'. Las mujeres estaban sentadas, mudas, calladitas, no contestaban. Ahí nomás les dijo: '¿Pero cómo, el sanitario no les enseñó a preparar la leche?' Nadie respondía, algunas se sonreían, hasta que una contesta que no y quedé como que yo nunca les había explicado cómo se prepara la leche. Cuando terminó la charla, la doctora vino a hablarme, a decirme que no podía ser, que yo no hacía mi trabajo o que a la vista estaba que lo hacía mal, que cómo podía ser... Yo le dije a la doctora que les explicaba, a cada mamá que por primera vez le daba la leche le decía cómo tenía que prepararla.

Un día sin aviso, sin decirme nada, me encara y me dice que quería acompañarme a hacer el recorrido por las casas conmigo. Ahí por dentro me dije: 'no me va agarrar de punto la doctora'. Le dije: 'está bien doctora, vamos a recorrer las casas que me tocan visitar hoy'. Como ella no sabía cuál era mi planificación agarré y la llevé a una parte del sector. Sabía que ella no se iba acordar (...). La llevé a la casa de la mujer que había dicho que no le había enseñado a preparar la leche.

Llegamos, ya eran como las 11 de la mañana. La mujer recién se despertaba. Ni el fuego tenía preparado, nada. En la mesa del costado estaban las tazas apiladas del matecocado del día anterior, las moscas dando vueltas. Todo hecho un chiquero, desordenado... Ella le estaba dando la chichi [el pecho] al [hijo] que tenía de un año. Los otros [hijos] andaban por ahí... La doctora se acerca a la mamá y le pregunta por qué le está dando la chichi a su hijo que ya está grande y eso no lo alimenta. Enseguida le pregunta: '¿qué, el sanitario, no te ha dado la leche?' Yo veía que la mujer estaba a punto de decir que no. Pero por suerte en el montón de cosas de la mesa había un paquete de leche que yo estaba mirando. La mujer se quedó callada y yo le mostré el paquete de leche a la doctora.

La doctora le pregunta: '¿el agente sanitario te enseñó a preparar la leche?' Bueno, ahí como la mujer contesta que no, le pedimos al chico que estaba dando vueltas que nos trajera el agua, prendimos el fuego y eso demoro un poco (...).

Apenas nos fuimos de la casa yo le dije: 'doctora ¿usted se acuerda de esta mujer? La doctora no se acordaba. Entonces le recordé: 'no se acuerda doctora que era la mujer que estuvo en la charla que usted hizo en el centro cuando enseñó a preparar la leche. Fue la mujer que dijo que yo no había enseñado a preparar la leche. Ahí la doctora recordó. 'Tenés razón' -me dijo.

'Vio doctora, así son ellos. Ellos muchas veces dicen que no, que nadie les enseñó'. Por vergüenza, por sacarse la responsabilidad, por miedo, no sé por qué, pero es así, ellas no cuentan o dicen que no. La doctora me dio la razón. Yo le dije a la doctora: 'Vio cómo son, no es que uno no les enseñe'. Ellas no quieren decir (...).

Las sospechas sobre el desempeño entre unos y otros se hacen co-extensivas, al punto que cada uno de los implicados intenta tomar algún recaudo que ponga bajo salvaguarda su trabajo, deslindando o repartiendo las responsabilidades según las circunstancias.

El equipo de médicos también suele quejarse de cómo los agentes sanitarios realizan las *derivaciones*. En una de las pre-rondas, en el momento de hacer la evaluación de la ronda de trabajo anterior, parte de los médicos que habían participado de la jornada se quejaban y puntualizaban que los agentes sanitarios debían completar las *derivaciones* sólo con los síntomas que el paciente manifestara o expresara y no con un diagnóstico porque *para eso están los médicos*. De este modo, uno de ellos acotaba:

Si alguien tiene fiebre, tienen que poner que tiene fiebre y punto. No que tiene una infección o lo que ustedes infieren o les parece de lo que la persona cuenta u observan. Para algo un médico se prepara... después el paciente le cuesta entender lo que tiene o desconfía del médico.

No fueron pocas las ocasiones que en las charlas previas, antes de salir al sector por la mañana temprano, la coordinadora o los supervisores hablaran en la sala de APS al respecto, o se llamará a algún agente sanitario para conversar en particular sobre el modo en que se debían realizar las *derivaciones*, la cantidad/calidad y pertinencia de las mismas.

Desde la perspectiva de los agentes sanitarios, la desconfianza de *las misiones* hacia los médicos viene porque *ellos no se toman su tiempo, ni revisan a los pacientes*, sólo se guían por el *ojo clínico*:

No se le pregunta qué te pasa, desde cuándo te duele. No investigan, miran así, preguntan qué te duele y ya dicen 'es esto', ya nomás le recetan. Van al 'ojo clínico', no tocan al paciente (Mirna, agente sanitaria).

Asimismo, la mayoría de los agentes sanitarios señalan que *llenen las derivaciones* lo más completamente posible para facilitar el camino y lograr que los aborígenes sean atendidos. En este sentido, no son pocos los *consejos* que dan cuando realizan las *derivaciones*, pues se trata de que la persona a quien dieron la derivación *golpee muchas puertas, hasta conseguir*. Así, por ejemplo, en una oportunidad se

recomendaba a una mujer volver a llevar a su hija para que termine el tratamiento por una dificultad respiratoria:

Mirna, la agente sanitaria, trata de incentivar a la mujer para que se acerque al hospital. Aprovecha la visita domiciliaria para decirle: *'Tenés que hacerle el tratamiento, son dos jarabes. Vos les das uno y se va a volver a resfriar, le van a volver las placas. Si lo interrumpís, ese jarabe ya no le va a hacer nada y le van a tener que dar uno más fuerte. (...) Cuando el médico te da dos jarabes vos tenés que terminar el tratamiento, para que no vuelva con esas alergias. Vas a ir al médico de nuevo con lo mismo, el médico te va a recetar con la amoxicilina y a los tres días vas a decir: 'esta lo mismo mi hija'. Después dicen que no le hace nada lo que le dan, así dicen, ¿no? (...) Mirna prosigue diciendo que cuando a alguien se le da un tratamiento hay que terminarlo. Va recreando toda la situación o pasos que se deberían seguir, afirmando de este modo: Y cuando se termina hay que volver al médico a decirle: 'mire doctor usted me dio tal cosa y quiero saber cómo está ella, eso es la responsabilidad de la madre'. Esto no termina cuando vos le das el jarabe y se cura. Se termina cuando vos volvéis al médico a exigirle que la vea de nuevo. La mujer le cuenta a Mirna que ella fue a buscar el turno y le contestaron: ni con la derivación vamos a atender, así me ha dicho. Mirna trata entonces de convencerla para que vuelva a sacar un turno, le explica que quien la atendió no es la jefa del hospital, no es el gerente. La mujer la interrumpe para decir que no dan turnos.*

Mirna continua: *Vos tenés que decir si no me dan turno yo me voy a la gerencia. Y vas a ver cómo cambian. La señora expresa que sólo cuando ha ido el sanitario conmigo en un ratito me han atendido. Cuando fui con sanitario sí me han atendido.*

Mirna sigue hablando: *Así como te tratan a vos a mí también a veces me tratan así. Pero yo no me dejé boconear. Si vos no me das yo voy a buscar por otro médico a la tarde, le exijo para que me acomode. Vos tenés que hacer lo mismo.*

La mujer explica que no puede ir a la madrugada. No tiene con quién dejar a sus hijos para que los cuiden. Mirna entonces le pide la derivación para intentar ella sacar el turno y le indica que de todos modos se acerque al hospital al mediodía (...)

Días más tarde, hablando sobre el trabajo en APS en su casa, Mirna me decía:

(...) Yo les digo a las mujeres que no consiguen turno: 'cuando vos vuelvas busca otra estrategia, otra manera... vos decile: 'Hola, buen día mamita'. Hacéte la sociable. Si ella es criolla y no entiende, vos hacéle ver que podés. Vos ubicáte de otra forma, buscá la forma... decile que vas por la chiquita. Ellos a veces están muy agresivos, con la dureza... y ahí se desquitan con uno, con otro así. Entonces vos buscá la estrategia. Las que están dando los turnos conmigo también chocan, pero busco entonces otra forma. Como a una le gusta conversar, me pongo a charlar, le saco conversación y después buscan la carpeta y ya me dan el turno. Hay que buscar la forma. Ellos no quieren que el sanitario saque muchos turnos, porque dicen que después los pacientes no van, que después los aborígenes no aparecen. Y así pierden los pacientes que se amanecen en el hospital porque ya no hay más turnos. Ese es el problema del hospital. Algunos te dan, otros no te dan. Por eso te digo que hay que buscar la vuelta. Por eso yo arreglo con las mujeres para que se acerquen a las 7, 8 de la mañana o al mediodía cuando vuelvo del sector para sacar turnos con ellas y las vean que están ahí, que van a ir.

Tiene que ir la misma persona y si la ven que está con vos le dan. Si no, no. Si la ven que está con el agente ahí le dan, vos decís: 'yo traje a la mamá'. Así nos estamos manejando. Pero ahora se quejan porque le traemos ahí mismo a la gente

de la misión. Ahora piden que vayan solos. Y yo les digo que si ellos vienen solos los atienden mal y no les dan los turnos. Nadie les pregunta nada, están ahí parados. Pueden estar como dos horas frente al mostrador que nadie les pregunta para qué han ido.

Las dificultades por conseguir los turnos es un tema recurrente, y para los agentes se trata de *insistir*, de intentar perseverando. Poder contar con *la derivación* es un primer paso para obtener el turno de una forma más *rápida*. Pero a veces tener una *derivación* no es garantía de poder tener éxito en su consecución. En una ocasión cuando acompañaba a una doctora de uno de los CAPS, en su recorrido por la misión, escuché a una mujer que se quejaba: *doctora, ni al papelito han respetado*, señalando el *cansancio* de haber ido al hospital y una vez más no haber conseguido el turno. Aquella frase me quedó grabada, pues no sólo hablaba de un “respeto por un papel”, sino que desnudaba cómo asimismo el “valor de un papel revestido de autoridad” podía sin embargo quedar sin efecto. Aún así, la mayoría de las mujeres indican que no es lo mismo ir sin derivación que tener entre sus manos *el papelito* como habitualmente llaman a *las derivaciones*.

Dentro de este marco, entonces, las derivaciones constituyen para los indígenas una forma de “acreditar” la necesidad de atención hospitalaria y, para el agente sanitario, un “comprobante” de haber realizado su trabajo. No obstante, la cantidad de *derivaciones* que éste haga puede ser interpretada ambiguamente en el sistema de salud. En ciertas situaciones, puede significar que no previene lo suficiente o que no realiza las *enseñanzas* como corresponde. Así, las *derivaciones* realizadas por los agentes sanitarios se enmarcan con criterios de regulación de la demanda, hallándose al mismo tiempo, vinculadas al establecimiento de lo que se considera el “buen desempeño”. En cierto sentido, para los distintos servicios del hospital, la mediación realizada por los agentes sanitarios “más cercanos” a las comunidades se convierte tanto en una posibilidad de controlar las demandas indígenas, como de disciplinar el trabajo de los primeros. Se establece entonces un doble control, hacia afuera en *las misiones*, pero también hacia adentro, sobre lo que constituye el primer eslabón del sistema: la Atención Primaria de la Salud.

En términos generales, el trabajo intramuros en el hospital goza de una mejor reputación que el trabajo en los llamados *periféricos*. El desempeño en los CAPS parece tener menor prestigio y, para algunos profesionales, también puede ser una especie de

castigo o una forma de devaluación, deviniendo por trabajar allí “poco reconocidos”. Una de las primeras enfermeras con la que tomé contacto me comentaba de la *preferencia* por mandar a los *escasos* enfermeros indígenas a trabajar en los *periféricos de las misiones* para que *atajen allí a los aborígenes*. De esta manera, con cierta crudeza, me indicaba el trato diferenciado hacia el indígena tanto en términos generales, como también a nivel profesional.

En relación al cuerpo médico, cabe aclarar que mi acceso a ellos también se tornó un tanto dificultoso. Fueron pocos los encuentros de carácter formal con algunos médicos dispuestos a conversar sobre su trabajo. En este sentido, los intercambios entablados tuvieron lugar en algunas jornadas o actividad convocante, siendo entonces más bien esporádicos y circunstanciales.¹⁶⁶ Sin embargo tales ocasiones se constituyeron en las oportunidades para entender algunos aspectos de la modalidad de trabajo y del tipo de relaciones que los mismos mantienen con el área de APS y las *misiones aborígenes*.

Una de las primeras cuestiones que me llamó la atención es que todos de alguna manera -más o menos explícita- reconocen las *dificultades en la atención* y el acceso al hospital de la población indígena. En los intercambios con los médicos, las conversaciones muchas veces derivaron en la *falta de comprensión de la problemática aborígena*. Lo llamativo es que las imputaciones de cierta indiferencia o falta de compromiso en el trabajo -cuando quienes son atendidos viven en *las misiones*- se hacen en tercera persona: es a “otros” -colegas/ profesionales/ o servicios- a quienes puede cuestionarse e imputárseles tales actitudes. De todos modos, las referencias al *maltrato* o *situaciones de discriminación* nadie parece desconocerlas o negarlas; siempre están presentes y suelen hacerse acotaciones al respecto, pues la mayoría reconoce, en algún momento, haber *escuchado* comentarios o haber *presenciado* alguna situación. Uno de los médicos me señalaba:

(...) *Hay colegas que entienden la problemática del aborígena; otros que no porque les queda cómodo... ésta es la realidad. Está la idea instalada de que yo no me involucro, porque si me involucro pierdo mucho tiempo. Cada uno atiende la planilla del día y si está [el paciente] bien, y si no, se pasa al siguiente. Esos*

¹⁶⁶ Sólo algunos aceptaron mantener un contacto y realizar una entrevista, exculpándose la mayoría por no disponer de demasiado tiempo y estar absorbidos por el trabajo. El acercamiento al servicio social del hospital, donde trabaja un equipo de asistentes sociales, también tuvo un carácter discontinuo y fragmentario.

colegas no se involucran demasiado, terminan el consultorio y se van. Si se larga a llorar, ni preguntan por qué lloran, porque ése no es tema de ellos.

En una oportunidad una de las doctoras se lamentaba acerca de la atención en el hospital:

(...) cada vez queda menos personal que trabaja a conciencia...hay muchos que viven criticando o quejándose. El sistema tiene muchas dificultades... hay poco recurso humano y hay poca voluntad. Algunos se justifican diciendo 'por lo que pagan'. Pero vos no podés ser tu propio juez. Si no te gusta lo que te pagan, renunciá. Cada uno tiene que cumplir un turno acá. La gente no tiene la culpa. A mí que no me vengan con eso... Vos cumplís una función pública, si no te gusta, andá a una clínica privada, pero acá tenés que cumplir tu turno (...) Hace falta crear conciencia.

Otra compañera suya remarcaba:

(...) muchos de los que trabajamos acá estamos muy acostumbrados al trabajo intramuros, institucional... a poner rótulos inmediatamente. Yo veo cómo es el trato, la hegemonía del médico...se atiende así nomás... no se revisa al paciente o se lo saca de encima pronto porque tiene olor a humo, porque está hedionda... por lo que fuera.

La sensación de desborde es evocada con frecuencia y las salidas o posibilidad de sobrellevarla pueden adquirir diferentes matices o alternativas. Así, acerca del poco tiempo que el médico dispensa a los pacientes, una enfermera afirmaba:

Hay mucho mito con el idioma. La primera visión del médico es que el aborigen no entiende. Ellos entienden perfectamente. No es que no entiendan... lo que pasa que entenderse lleva su tiempo y el médico siempre está apurado. Es más fácil decir eso o decir: 'ésta es medio tonta, mirá no le quiere dar el pecho, la leche, no entiende. Ésa es la primera visión que tiene el neonatólogo (...) Entonces vos ¿qué haces?, te acercas, le hablás y ahí te das cuenta que no le da el pecho por pudor o porque no tiene formado el pezón. Es decir cosas que vos decís: le ha preguntado si ha dado de mamar a los otros hijos que tiene y por qué no quiere darle el pecho. Así van saliendo las cosas con tiempo, sin apuros...

Los rótulos, como sostenía la doctora, o la posibilidad de responsabilizar a quienes son sus subordinados –agentes sanitarios o enfermeros- son una de las maneras de explicar o dar cuenta de la inaccesibilidad al sistema de salud de las comunidades indígenas. Otra de las formas de alivianar o tratar de responder a las situaciones que presentan los pacientes provenientes de *las misiones* es derivar o recurrir al área de servicio social del hospital. De este modo, una de las asistentes sociales me decía:

Acá enseguida llaman a la asistente social: '¡ay por favor que venga ya la asistente social! ¿Cuál es el apuro?... primero asistilo clínicamente, compensálo y después vamos a tener tiempo para actuar, para hacer el abordaje social. Primero hay una prioridad. Hay que ver cuál es el problema... enseguida te vienen con el

abandono de persona: 'porque la mamá está gorda, no le da la leche y el chico está flaco'. Vos vas ahondando y ahondando y la mujer no tiene ni idea, para ella el chico es normal, para ella que ha visto así a su hermano, a su primo, es normal... no sabe qué canal de desnutrición es... Lo que sería anormal es ver a un chico gordito...'

(...) Como en todo lugar, hay quienes trabajan bien, a conciencia, y hay quienes no. A veces pienso que somos pocos los que quedamos con buena predisposición. Yo por elección he decidido trabajar acá... tuve oportunidad de trabajar en petroleras, en empresas privadas, ganando más... pero me quedé acá... porque tengo vocación de servicio... A mí no me vengán a hablar de compromiso y falsa mística. Eso nace de la cuna, de uno mismo... A mí me duelen las entrañas cada vez que veo un chiquito... Yo escribí una vez un artículo de la sonrisa que no es la sonrisa social... sino como una mueca, es la sonrisa del dolor y la miseria... esos chiquitos que tienen los ojos bien abiertos y la boquita abierta donde se les ve los dientes y no por una conducta social, por simpatía, sino por hambre.

Nosotras gracias a dios y esto no sé si es una coincidencia o casualidad pero las colegas del servicio tenemos el mismo compromiso... a pesar de que somos de generaciones diferentes, el compromiso que nosotras tenemos con esta gente es fantástico... somos iguales. El mayor logro es que vibramos de la misma manera, somos operativas y tratamos de resolver el problema a la gente. Pero no todos son así. Mirá lo que te digo, muchas veces vienen con la prescripción médica..., y preguntás ¿sabés lo que te dio el médico? No, contestan. ¿Sabés cómo tomarlo?, ¿Ya te explicó? Tampoco... El jarabe se lo preparamos nosotras. Hemos visto casos que por no saber ¡¡le dieron el polvo puro!!... no se puede dejar así nomás a la gente, no saben nada... Algunos [se refiere a quienes trabajan en el hospital] ya deberían saber. Si vos no aprendiste mínimamente eso en dos años que trabajás acá, entonces no servís para estar acá. Yo digo: 'recuperemos el sentido de lo obvio'. Los que atendemos acá tienen todas las necesidades insatisfechas en todo sentido... son excluidos... absolutamente pobres. Son estructuralmente pobres... yo digo que es pobreza genética. Están excluidos total y absolutamente. Llegan en situaciones límite... ¿sabés de qué te hablo cuándo hablo de pobreza estructural?, de pobreza que viene de la cuna (...).

La sensación de desborde y de que lo que se hace *es poco*, que *no alcanza*, es frecuentemente remarcada por todos los profesionales, pero especialmente desde el área de servicio social. Asimismo la idea de una pobreza caracterizada ya como *genética*, o *endémica* inherente a *las misiones aborígenes*, asociada como algo del orden de lo "natural", está fuertemente instalada en el ámbito hospitalario.

De hecho, por ejemplo, muchas de las discusiones acerca de la *desnutrición infantil* y las medidas a tomar suelen plantearse en esos términos; la contienda entre posturas contrapuestas gira alrededor de argumentos que refuerzan/ recrean o resisten nociones más o menos "biologicistas" y/o "naturalizantes". Al respecto me interesa detenerme, brevemente, en una de las últimas notas periodísticas que abordaron el tema de la desnutrición infantil, pues es una de las cuestiones que interpela diariamente a quienes trabajan en el hospital, sobre todo a médicos pediatras y a las asistentes

sociales. En dicha nota aparecen condensados los marcos interpretativos que se manejan cada vez que la *desnutrición infantil* se problematiza.

En julio de 2009, en el diario *Critica de la Argentina*, con el título: “Uno de cada tres niños salteños está desnutrido” se difundía el informe realizado bajo la coordinación de la Jefa de Servicio de Recuperación Nutricional del Hospital de Niños salteño. Allí se resaltaba que mientras para los médicos son “enanos nutricionales”, para las autoridades sanitarias a nivel provincial se trata de “enanos raciales”. De este modo, en la nota, aparecían confrontadas una y otra postura:

(...) “La jefa del Servicio de Recuperación Nutricional del Hospital de Niños Jesús de Praga -Gladys Pernas- junto a su equipo, relevó 2.000 casos durante los últimos 24 meses y comprobó que el 33% tenía peso y talla inferiores a los parámetros que les corresponden de acuerdo con la edad. ‘Como los chiquitos pasan hambre, no logran encarrilarse genéticamente, crecen a menor ritmo y se quedan cortitos. Son enanos nutricionales’, asegura la especialista. ‘Ni repelente, ni oseltamivir, a estos chicos les falta olla’. (...) ‘Armamos este servicio a mediados de 1980, cuando empezamos a notar que el 33% de los desnutridos graves entraban a terapia y la mitad se moría por sobreinfecciones. Aunque el parte formal dijera que había fallecido por una sepsis derivada de una meningitis, por ejemplo, en realidad la causa de muerte había sido la desnutrición complicada por el cuadro infeccioso’, explica la especialista. ‘En la edad pediátrica, la persona necesita más comida porque es cuando más crece, donde la multiplicación celular es muy intensa. Si no tengo lo necesario para esa multiplicación, en lugar de crecer tres centímetros por mes, voy a crecer uno, porque me faltaron los nutrientes para esta multiplicación”.

(...) Sin embargo, las autoridades sanitarias admiten que la desnutrición afecta al 18,2% de los chicos, pero sostienen que ‘la baja estatura se debe a factores raciales, no de alimentación’. (...) ‘No son enanos nutricionales, son enanos raciales’, explicó Patricia García, jefa del programa materno infantil de la provincia de Salta. En una singular interpretación científica de la denuncia formulada por la doctora Pernas, la funcionaria aseguró que ‘el tamaño de los chicos guarda relación con las características genéticas de los aborígenes que vivían en esta región y se origina en la hipoxia relativa que sufren los habitantes del noroeste argentino que los hace antropométricamente más pequeños’. También admitió que ‘a pesar de que hemos implementado programas de asistencia nutricional para menores de seis años y madres embarazadas, sabemos que no son suficientes y que tenemos que mejorar nuestros indicadores de talla, porque estamos por debajo de la media nacional’ (*Critica de la Argentina*, 07/7/2009).

Lejos de ser expresiones contingentes o aisladas, estas posturas pueden encontrarse entre quienes trabajan en el hospital local y se hacen manifiestas a la hora

de explicar qué es posible hacer y por qué las medidas adoptadas en el ámbito médico-asistencial parecen *fallar o no alcanzar*.¹⁶⁷

En este encuadre general pueden, en parte, ubicarse las concepciones del personal del servicio social. Pues, si por un lado cuestionan la atención hospitalaria de los pacientes de *las misiones*, señalando cómo la descarga termina recayendo sobre el *área social* del hospital, por otro lado, la situación de los aborígenes es conceptualizada como una pobreza total de carácter perenne, inscripta en sus propios cuerpos al punto de considerársela naturalmente *genética* y, de alguna manera, difícil de ser revertida.

Recurrir al servicio social, una vez que la persona se ha convertido en paciente del hospital, constituye entonces -según me comentara otra de las asistentes sociales- una vía de asistencia, en la medida en que los médicos van derivando o reenviando los casos para la atención de situaciones que “exceden su campo”. Al igual que los agentes sanitarios, las asistentes sociales dicen sentirse desbordadas y suelen quejarse de la postura de los médicos que *enseguida te derivan los casos*. Asimismo, sienten que su trabajo es poco reconocido y quienes trabajan en el hospital no aprecian suficientemente los esfuerzos realizados. De este modo, la asistente social me decía:

Vos viste lo qué es! Acá tenemos una población que el 80 % es aborígen. Estamos al borde del desborde... Nosotras tenemos divididos los servicios: de la guardia y pediatría se encarga [me da el nombre de una de sus compañeras], terapia y cirugía lo tiene (...) y yo tengo maternidad, neonatología y ginecología. Además cada una tiene una función (...). No atendemos por planilla. Todo el mundo viene, más o menos atendemos 200 personas por día. A pesar de que las redes no están institucionalizadas, tratamos de articular con la iglesia anglicana, con el IPPIS [Instituto Provincial de Pueblos Indígenas de Salta], con Cáritas...

¹⁶⁷ Cabe aclarar que, ya en julio de 2008 -y antes de las dos muertes infantiles por desnutrición ocurridas en una finca en octubre de ese año- parte de la prensa local fue cubriendo el tema, retomando los informes y las declaraciones que venían realizando los médicos que trabajan en el Servicio de Recuperación Nutricional del Hospital de Niños salteño. En ese momento, los artículos aparecían así titulados: “Salta: niños de cerebro cortito, el flagelo del hambre” (COPENOA, 23/7/2008), “La muerte blanca en Salta (parte I)” (COPENOA, 15/10/2008), “Argentina: la muerte de los niños wichí” (Argenpress, 23/10/2008). En ellos el hambre era calificada como “una enfermedad social” y la muerte era asociada al “blanco”. A mediados del año 2009, nuevamente la “desnutrición infantil” se convertía en noticia, a raíz del inminente traspaso del Hospital hacia un gerenciamiento privado en manos de una Fundación llamada “Santa Tecla”.

Dentro del ámbito local (Tartagal), en el año 2006, se habían generado entre el Equipo Comunitario y el área de pediatría del hospital algunas fricciones respecto al peso y talla de los menores de seis años. Pues mientras que el Equipo usaba como parámetro las medidas antropométricas fijadas a nivel nacional, hasta mediados de 2007, el equipo médico y de APS se regía por las medidas antropométricas establecidas por la provincia, calificando el déficit nutricional en canal I, canal II y canal III. El hecho de manejarse con parámetros distintos daba un cierto desfasaje en la proporción de niños de bajo peso, originándose discusiones en torno a la “subestimación” de casos que quedaban sin atender.

Este trabajo no tiene que ser burocrático, nosotras después mandamos de regalo artesanías o alguna atención a quienes nos ayudan.

(...) La mayoría de los casos son derivados. Nuestro trabajo consiste desde conseguir los turnos para los hospitales de referencia, para consultas con especialistas que no están en el medio o para estudios especializados o expedientes para medicamentos o material para cirugía. Hay unas colegas que sostenían que no era tarea nuestra conseguir turnos... Y yo les demostré que no es así. Que esta gente no viene sólo por el turno. El problema no es el turno, el problema es que esa gente no tiene empleada doméstica que le cuide al chico mientras ella o él pide el turno... Si tienen que viajar a Salta [capital], nosotras entendemos esa problemática. Además conseguimos el turno para cuando ellos cobren el plan, para que cuando viajen tengan algo de plata para moverse. Nosotras lo vemos de una manera diferente... no, bueno, si hay turno para el 15 lo toma bien y sino también. Nosotras nos preocupamos porque pueda tomar el turno. Que pueda hacer la consulta y que después se acerque a nosotras, nos cuente la experiencia, si tiene que volver o no. Nosotras después le pedimos los turnos para seguir el tratamiento (...).

No queremos que los traigan hasta acá. Creo que eso es un daño terrorífico. Como también considero que ese asistencialismo de entregar bolsones no es una solución; los están perjudicando absolutamente, porque está desintegrando todo, la familia, todo. Unos comen en el comedor, otros en la escuela, unos por acá, otros por allá. Mandan a los chicos al comedor porque no tienen plata. Y los padres no ocupan su lugar.

M: ¿Cómo es el tema de los bolsones?

AS: Es un programa nacional, provincial y municipal... Son de terror. Hay un bolsón Federal. Hay uno que es Pancita Feliz que le entregan a las embarazadas, hay otros que les entregan a los ancianos, hay otros que le entregan a los que tienen más de siete hijos... Creo que hay cuatro o cinco... ya perdí la cuenta (...). Todo esto de entrega de bolsones es terrorífico. Hay que resolver el hambre más urgente, la escuché decir a Alicia Kirchner [Ministra de Desarrollo Social de la Nación], pero hace más de siete años que estamos dando bolsones... estamos hace años entregando planes a millones de personas... Se debería hacer otro tipo de cosas ya... ¿no te parece? El aborigen se mal acostumbra y sólo hace esfuerzo para pedir. Quienes entregan los bolsones son los de acción social. Nosotras derivamos allí.

(...) Hay personajes nefastos que existen en el medio, que se aprovechan [de los aborígenes]. Los usan mal, para fines financieros. Y puede venir a golpearte la puerta mal uno con falso poder... Y te grita: '¡vos me vas a atender ya... porque me estas discriminando!, ¡yo te voy a denunciar porque me discriminas!'. Perjudica tu accionar y vos decís: '¡cuánta injusticia!' Sentís impotencia, uno que trabaja con tanto compromiso para ellos. Qué sería sin el servicio social... algunos no saben lo que hace el servicio social...

Esa gente que ahora esta subida al discurso de la discriminación y que te dice: 'vos me rechazas porque soy indio o soy aborigen'. Y nosotras trabajamos para ellos, con la gente de las misiones. Eso pasa habitualmente y sobre todo antes de las elecciones. Y acá tenemos picos de estrés. Son situaciones difíciles, pero bueno es nuestro trabajo. Uno tiene que hacer asistencialismo, muchas veces. Pero nosotras no lo hacemos para ganar un cliente político. [Se levanta, abre la puerta de un cuarto y me dice] mira acá tenemos pullovers y camperas... porque hay gente que no tiene qué ponerse (...). Pero se acostumbran mal los de las misiones, después ves que hacen colas para pedir colchones, para pedir chapas, para pedir....

El servicio social del hospital, de este modo, se convierte en refuerzo de las actividades emprendidas por los agentes sanitarios, cerrándose el círculo que estos últimos han iniciado. Y si bien desde este área también puede cuestionarse el desempeño de los agentes, su proximidad o cercanía con *las misiones* -dado el carácter de sus intervenciones- hace que las observaciones o críticas hacia quienes trabajan en APS no sean tan taxativas como las de otros servicios de atención cuyo contacto directo con las personas de las comunidades sólo se da dentro del ámbito hospitalario. Puede pensarse, entonces, que las apreciaciones más moderadas de las asistentes sociales hacia el trabajo de los agentes sanitarios se deben a que ellas mismas pueden verse objeto de las críticas que habitualmente se endilgan a éstos, y porque dada la demanda a ser atendida, su trabajo se respalda en la articulación y apoyo que los agentes puedan retribuirles.

Desde la perspectiva preponderante de quienes trabajan *intramuros*, el indígena debe llegar al hospital en última instancia, habiéndose agotado los canales para él abiertos -canales vinculados a la acción de los agentes medicalizadores en el terreno. De este modo, la responsabilidad de que el indígena termine en el hospital recae en cierta medida sobre estos efectores de salud, pudiendo convertirse dichos casos en signos que ponen en entredicho su desempeño en las tareas preventivas asignadas. Las relaciones entre los agentes sanitarios y quienes trabajan en el hospital parecen estar entonces signadas por dichas situaciones, experimentadas por los agentes sanitarios como una desvalorización de su trabajo por parte del personal de los otros servicios intramuros. Sin embargo, en la medida en que los agentes logran constituirse en los “mediadores” y/o “traductores”, ellos sienten que hacen posible convalidar su trabajo como necesario e incluso imprescindible.

De este modo, el acercamiento del indígena al hospital sin mediaciones o acompañamiento supone una tergiversación de los canales de atención previstos para ellos. La atención en el hospital del indígena tiene un grado de receptividad mayor en la medida en que las *derivaciones* acreditan la necesidad de atención hospitalaria, actuando además muchas veces como “traductora” de la demanda, en tanto que allí el agente sanitario consigna las razones y los síntomas que ameritan la consulta médica.

Cabe aclarar que aún cuando muchas veces los médicos cuestionen la manera de completar las derivaciones, los agentes constituyen para ellos ese saber/mediador

“desde abajo” (Foucault, 2005: 20) que “facilita” la atención médica, en tanto los agentes son portadores de un saber producto de la mirada que día a día realizan sobre las familias en el plano de la cotidianidad. En efecto, el agente sanitario actúa como el primer relevo de esa red donde, una vez que el paciente pasa por el servicio social, vuelve a ser re-enviado al agente sanitario que trabaja en la comunidad, quien de alguna manera seguirá monitoreando su “evolución”.

Hecha esta caracterización, en lo que sigue del capítulo abordo algunas de las limitaciones que encuentran ciertas iniciativas encaminadas a generar alternativas en respuesta a las dificultades asociadas al acceso al sistema de salud formal. Puntualmente voy a centrarme en la propuesta del Equipo Comunitario para Pueblos Originarios.

La experiencia del Equipo Comunitario: la creación de la figura de referente comunitario como nexo entre el hospital y la comunidad.

Como ya indiqué, la inaccesibilidad de los servicios de salud es una preocupación presente dentro de los programas que buscan extender el alcance de los mismos hacia la población indígena. Me interesa detenerme al respecto y analizar puntualmente la experiencia llevada a cabo por el Equipo Comunitario que se había propuesto trabajar en dicha cuestión.

En primer lugar, cabe señalar que, si para quienes coordinaban desde el Ministerio de Salud de la Nación a los Equipos Comunitarios *la disposición de recursos humanos a zonas de difícil llegada* representaba *lo valioso de la experiencia*, es decir, el fuerte de una modalidad hasta el momento inédita, para los profesionales del hospital de Tartagal, contar con más recursos humanos no implicó necesariamente una ventaja. Antes bien, la articulación del equipo como nexo entre la comunidad y el hospital estuvo cargada de ambigüedades. Por un lado, porque supuso que el sector de APS distendiera su atención sobre la comunidad por considerarla *cubierta* por el equipo; por el otro, porque se constituyó en una fuente de ansiedades y presiones para los distintos servicios del hospital. No sólo porque el trabajo del equipo en este aspecto generaba una “demanda agregada” a un hospital colapsado, sin insumos suficientes, sino también porque ponía en cuestión el modelo/circuito de atención que éste tenía (y aún tiene) para con los indígenas, siempre mediado por la figura ya existente del agente sanitario.

En este contexto, y como estrategia a partir de la cual mejorar el acceso de la comunidad al hospital, el Equipo Comunitario se dispuso a trabajar en la creación de una figura capaz de establecer y mantener un nexo con el hospital y ayudar en este aspecto al agente sanitario. La idea era formar un *referente comunitario*, elegido por la comunidad, que pudiera agilizar los trámites y canalizar las demandas de sus miembros en el hospital. Se recurría así a *formar un recurso humano*, portavoz de la propia comunidad, que facilitara el acceso al hospital. La formación del referente comunitario se presentaba como una instancia de “empoderamiento” de la comunidad: la iniciativa del Equipo era promocionada como una oportunidad de fortalecimiento en la capacidad de la propia comunidad para hacer frente a su situación desventajosa. Sin embargo, dicha iniciativa no tardó en generar situaciones problemáticas, tanto en el hospital como en el interior de la propia comunidad. En principio porque para que el *referente comunitario* fuera “reconocido”, se necesitó gestionar una *credencial de identificación* en el hospital a través del sector de APS. Es decir, fue preciso contar con un “signo oficial”, como acto de consagración, para que la figura se tornase identificable y legítima dentro de la estructura del hospital.

Por otra parte, al interior de la comunidad, la creación de este *trabajo voluntario* iba cargando de tensiones las relaciones entre el *referente comunitario* y las personas que se le acercaban para pedir los turnos médicos. El *referente comunitario* no sólo dependía de la “buena predisposición” de quien lo atendiera en el hospital, sino también de poder coordinar el tiempo entre las *changas* para la propia subsistencia de su familia y su *trabajo voluntario* como nexo entre la comunidad y el hospital.¹⁶⁸ Esta situación fue generando roces y malentendidos en la comunidad, teniendo el referente comunitario que dar muestras permanentes de su buena voluntad, incluso en el mismo hospital, para lograr un espacio que lo reconociera como tal.

En consecuencia, el trabajo que en principio se suponía debía contribuir a la “adecuación” del sistema de salud formal terminó convirtiéndose en una “adaptación” de la comunidad a los requerimientos del hospital.

El propósito del Equipo Comunitario -establecer lo que ellos denominaban *una base* que permitiera a los integrantes de la comunidad acceder más fácilmente a la

¹⁶⁸ El trabajo implicaba, entre otras cuestiones, la solicitud de los turnos en el hospital, el acompañamiento del paciente—en caso de que se considerase necesario—, la articulación con el agente sanitario del sector, actividades todas orientadas a apuntalar el seguimiento de las *familias en riesgo*.

atención médica hospitalaria- se diluyó una vez que el mismo dejó de trabajar en la zona, quedando el *referente comunitario* sin el apoyo de éste. Es decir, con el cese de las tareas del Equipo Comunitario en la comunidad, la iniciativa y la figura del referente quedaron sin efecto o, en principio, sin soporte y legitimación.

Transcurrido cierto tiempo del paso del Equipo Comunitario por la comunidad wichí, una de las mujeres recordaba con cierta añoranza la presencia de la obstetra del equipo que acompañaba y gestionaba los turnos de atención en el hospital, logrando también articular la atención en un CAPS relativamente cercano. En ese momento en que Rosa me relataba la experiencia con la obstetra, se encontraba intentando conseguir un turno para llevar a *control médico* a su hijo que estaba *bajo de peso*. No obstante, recordando con cierta nostalgia la presencia del Equipo, Rosa señalaba que a ella no le gustaba ir *acompañada* al hospital para atenderse, porque le daba *vergüenza*. ¿Vergüenza? -pregunté. A lo que Rosa respondió que ya no era *niña y a los niños nomás se acompaña*, enfatizando -al terminar la conversación- el no querer ir acompañada como los niños.

De esta forma, hombres y mujeres de distintas comunidades -sobre todo tratándose de wichís o chorotes- suelen expresar ambivalentemente la importancia de tener o contar con una *derivación* o con un *agente sanitario criollo* que facilite la realización de trámites, experimentando asimismo tales situaciones como una manifestación más de su supeditación a *alguien que puede hacer algo* que, por sus propios medios o sin su *ayuda*, les es difícil alcanzar. Pues en definitiva, como me expresaba una anciana, es la *orden de sanitario* [la que] *tiene valor*, y en consecuencia para hacerse acreedor de la atención médica es preciso contar con alguna.

Me interesa detenerme en este punto, para apuntar a cómo aparecen expresadas las demandas indígenas en relación a la “salud” y a la “atención médica” del sistema formal. Cuestiones que si bien están vinculadas, desde la perspectiva indígena no se reducen la una a la otra, como preponderantemente suele hacerse desde la óptica de los programas de salud.

En principio, y vinculado a lo recién expresado, durante distintas conversaciones con grupos familiares aborígenes, el hospital o los CAPS solieron ser puestos en duda como lugares de sanación/curación. No obstante, dichas referencias no implicaban una negativa total a verlos como posibilidades o alternativas a donde recurrir. En este

sentido, lo que frecuentemente aparece cuestionado es que tales espacios se juzgan pertinentes sólo para la sanación/curación de los criollos y denegados, de diversas maneras, para los aborígenes.

Fueron estas apreciaciones las que me llevaron a indagar sobre las actitudes de *rechazo* o *resistencia* que habitualmente en el ámbito local se atribuyen al aborigen respecto a la atención médica y su relación con el sistema de salud formal.

Cuando en una oportunidad acompañé a la coordinadora de APS a uno de los Centros de Salud, presencié una conversación entre ella y una doctora acerca de la relación de las misiones wichí circundantes con el CAPS. Ante la observación de la coordinadora sobre lo *descuidado* que se veía el centro de salud y la necesidad de *mantenerlo limpio*, la doctora le comentaba la *indiferencia* que la gente del lugar parecía tener con el CAPS puesto que, habiendo convocado a algunas de las mujeres para limpiar y así *conservar el CAPS*, ninguna se había acercado, lo cual era interpretado como *falta de interés* en relación a dicho espacio; un espacio que por tener un emplazamiento en ese lugar *deberían considerarlo de ellos* —el CAPS está ubicado a menos de 10 kilómetros del hospital y en un espacio intercomunitario donde se concentran varias *misiones*.

De ahí que se me demostrara cómo, a pesar de estar dentro del ámbito comunitario, la gente era *reacia* a acercarse al Centro de Salud. En ese momento, me había quedado pensando en el modo de “apropiación del centro” que se les proponía a las personas de las comunidades próximas. Esto es, si el acercamiento e involucramiento planteado sólo en términos de *mantener limpio el centro* sería una de las razones por las cuales mujeres y hombres mantenían cierta distancia como un intento de sustraerse de las imputaciones que, frecuentemente, se hacen respecto al cuidado de la higiene, marcándoles de manera reiterada una actitud de descuido o dejadez.

No obstante, más tarde, a raíz del contacto con una de las agentes sanitarias a cargo de dicho sector de trabajo, la cuestión del acercamiento y la relación con el CAPS de las comunidades próximas mostrarían otras aristas. Conversando con ella sobre si, al existir un CAPS próximo, le resultaba más fácil derivar, me explicaba que no necesariamente disponer de atención médica “más cerca” aliviana el acceso, pues:

La gente de acá es muy conflictiva. Los médicos no duran mucho, no quieren venir a trabajar acá, por esto que te digo que son muy problemáticos. Enseguida levantan notas, hacen notas y los terminan botando [echando]. Bueno,

ningún médico que ha estudiado años y años va a querer venir a trabajar acá para que se lo maltrate.

Con cierto contraste, el CAPS lejos de generar “apatía” o “indiferencia”, un lugar poco significativo para las comunidades, aparecía como un espacio disputado a través de *notas y descargos* que lejos de presentar a los aborígenes como pasivos o rechazantes de la atención médica, tenían por objeto incidir en la forma en que la misma se realiza. Al respecto, uno de los referentes de una comunidad wichí me decía que había *pocos doctores [que] entienden al paisano, cómo se vive, el doctor viene unas horas y se va, nomás*, señalándome que los médicos *no conocen, pero acá pasan muchas cosas: desmonte, fumigaciones, por eso se hacen notas*. Para él, las dificultades estaban asociadas a que *no quieren saber nada de aborigen. Y cuando se habla dicen: ‘ese no es problema de médico’, así algunos andan diciendo*.

Es en relación a los problemas que afrontan las diferentes comunidades, vinculados a la pérdida de espacio, con el consecuente arrinconamiento -ya sea por fincas o por la expansión del ejido urbano- y a la subsistencia ligada únicamente al engranaje de planes, programas y bolsones, que la demanda de salud no se agota, ni se reduce en la atención médica. *Estar bien o estar sano* implica para muchos tener que hablar de estas cuestiones. La salud, aparece asociada a estos problemas y la enfermedad se remarca como cuestión que va tomando cada vez más preponderancia, en contraste a “otros tiempos” cuando, según muchos afirman, *antes no se conocía enfermedad como ahora; el aborigen no enfermaba así, ahora sí, sin fuerzas quedamos*.¹⁶⁹

De este modo, contar con un CAPS cercano, a pesar de que su administración depende de un ámbito ajeno al espacio intra e intercomunitario, parece dar cierto margen de maniobra para manifestar o lograr tener alguna incumbencia en términos de atención médica. Margen de maniobra, cuyo efecto puede significar o acarrear -como me era señalado- que sean pocos los médicos, enfermeros o agentes sanitarios que acepten o quieran trabajar allí.

Planteado el carácter que adoptan las relaciones entre los servicios de salud y las comunidades, queda aún pendiente examinar con mayor detenimiento hasta qué punto

¹⁶⁹ Desde esta perspectiva, la enfermedad aparece en un entramado de sentidos que la vincula con las tensiones sociales, las contradicciones y hostilidades, donde la salud y el padecimiento del aborigen es vinculada a las relaciones sociales criollos-indígenas (Scheper Hughes y Lock, 1987).

el no asistir al hospital o al CAPS es efecto de un proceso de interiorización de que esos lugares no son espacios para los aborígenes -convalidándose o aceptando las posiciones de unos respecto de otros-, o puede entenderse el “no acercamiento” o “no asistencia” como una práctica de resistencia frente a la estigmatización o el trato dispensado por el sistema de salud formal. Quizás sea preciso ver ambas cuestiones en vinculación, como modulaciones de relaciones sociales criollo-indígenas que en algunas circunstancias se acercan más a una “confrontación directa”, tomando encarnación de esa forma, y en otras circunstancias puede implicar una asunción de las calificaciones y los lugares que cada uno ocupa en función de éstas.

Si hasta aquí me he dedicado a describir y analizar los circuitos o itinerarios posibles dentro del sistema de salud formal, teniendo presente fundamentalmente las lógicas que los orientan como así también el “sentido práctico” de quienes trabajan en el sistema de salud formal (Bourdieu, 1991), resta centrarse y ahondar en una línea de investigación futura en los procesos de subjetivación de la población indígena -procesos moldeados/atradesados por esas formas de intervención diseñadas e implementadas que aquí analizamos. Pero eso excede los objetivos de esta tesis.

Recapitulando: a modo de cierre provisorio

Rastreando los mecanismos y condiciones que posibilitarían, a los integrantes de la comunidad, el poder acercarse al hospital, comencé a percatarme de ciertas situaciones claves que informaban sobre prácticas diferenciales. A través de ellas pude identificar la construcción del circuito de atención particular, asentado sobre una serie de mediaciones que aseguraban, con diferentes grados de éxito, la recepción de la demanda indígena.

Tales mediaciones tenían que ver con la puesta en marcha de procedimientos capaces de “acreditar” la necesidad de atención de la demanda en el hospital. Los procedimientos estaban ligados a la intervención de algún agente de salud que sirviera como “voz autorizada” para la presentación de la demanda. De este modo, la intervención podía adoptar diferentes modalidades, desde el acompañamiento de los propios miembros del Equipo Comunitario en la realización de los trámites (solicitud de turnos, búsqueda de medicamentos en la farmacia del hospital, etc.), la necesidad de

contar con los *papelitos* de derivación al hospital, o el involucramiento del agente sanitario local en casos de internación como nexo entre el paciente y el médico, hasta la designación y formación de un miembro de la comunidad para que actuase como *referente comunitario* en el hospital. Todas estas instancias daban cuenta de una serie de dispositivos donde necesariamente se requería la mediación de algún agente de salud “reconocido” por el sistema que no sólo acreditara la “veracidad” de la demanda, sino que también le pudiera dar curso. En este sentido, para los miembros de la comunidad, el éxito de ser atendido dependía tanto de contar con el apoyo de algún agente de salud, como también de quién establecía el contacto –se tratase de un médico, un enfermero o de un “simple” agente sanitario.¹⁷⁰

A diferencia de otros usuarios del sistema, para el indígena la capacidad de ser recepcionado o escuchado en el hospital pasaba por conseguir a alguien que pudiera “representarlo” en el servicio de atención. En este sentido, la propuesta del Equipo Comunitario de formar un *referente comunitario* para facilitar el nexo entre el hospital y la comunidad resultó reveladora de la lógica que parece regir el comportamiento de quienes trabajan en el hospital. Siendo el *referente comunitario* un miembro de la misma comunidad, fue necesario gestionar una credencial de identificación en el hospital -a través del sector de Atención Primaria de la Salud- y su posterior presentación en los diversos servicios del hospital para que las inquietudes y demandas por él presentadas comenzasen lentamente a ser escuchadas. Sin ese paso, el acompañamiento de las familias y los trámites por él realizados en el hospital no lograban tener efectividad. La figura de *referente comunitario* debía entonces contar con un signo “oficial” de reconocimiento, cristalizado en una credencial, para tornarse identificable dentro de la estructura de funcionamiento del hospital. De esta manera, los cuestionamientos surgidos previamente a su “acreditación” -expresados, por ejemplo, en la mesa de entradas durante la tramitación de los turnos médicos por no ser esposo o pariente directo de las mujeres solicitantes- fueron cediendo paso a que el *referente comunitario* pudiese gestionar los pedidos según los requerimientos de las mujeres de la comunidad una vez que el Equipo Comunitario lo presentara a los distintos servicios.

¹⁷⁰ La rapidez en la respuesta a la solicitud presentada era más inmediata si la efectuaba un médico que si intervenía un enfermero o un agente sanitario, dando cuenta de la posición jerárquica dentro de la estructura hospitalaria.

La gestión de mecanismos para establecer un nexo entre hospital y comunidad indígena por parte del Equipo Comunitario trajo aparejada una serie de cuestiones. Por un lado, la creación de un *referente comunitario* volvía a reforzar, en cierto modo, la marcación indígena como alguien necesitado de tutela. Por otro lado, tal mediación estaba al mismo tiempo condicionada, en la medida en que también podía implicar un cuestionamiento sobre el trabajo comunitario *extramuros* del agente sanitario interviniente. A menos de seis meses de dejar el Equipo de trabajar en la comunidad, la figura del *referente comunitario* se diluía, quedando sin respaldo alguno.

En términos generales, para los distintos servicios del hospital la intervención mediada por los efectores de salud “más cercanos” a las comunidades se convierte tanto en una posibilidad de controlar las demandas indígenas, así como de disciplinar el trabajo de aquellos. Es que se supone que el indígena debe llegar al hospital en última instancia, habiéndose agotado los canales para él abiertos vinculados a la acción de los agentes medicalizadores en el terreno. A ellos les corresponde incidir sobre las “barreras culturales” de las comunidades indígenas a través de la promoción del cuidado a domicilio, mediante la enseñanza de los “buenos hábitos” de preservación de la salud. De este modo, la responsabilidad de que el indígena termine en el hospital recae, en cierta medida, sobre estos efectores de salud, pudiendo convertirse aquello en un indicador que pone en entredicho su desempeño en las tareas preventivas asignadas.

En conjunto y para sintetizar, podemos decir que dispositivos como las *derivaciones*, o la designación de *referentes comunitarios* a fin de “agilizar” la atención de las demandas indígenas en los distintos servicios de salud del hospital, constituyen formas que coadyuvan a la interiorización de las reglas de juego. Por un lado, implican una idea de “minoridad indígena” que hace necesaria la figura de un “traductor” capaz de establecer el enlace con el hospital, trayendo consecuentemente aparejada la extensión del control y el afianzamiento del poder de los profesionales sobre las demandas indígenas. Por otro lado, como vimos, este control no sólo se extiende hacia afuera como medio de administrar, en palabras de un agente, *los problemas que traen los indígenas*, sino también hacia adentro mismo del sistema, como forma de regular el trabajo de quienes se desempeñan en el primer nivel de atención de salud.

En efecto, ese “acto de reconocimiento” a través de terceros, pauta un régimen de visibilidad demostrativo del itinerario del indígena para acceder al hospital, quien

aparece en escena acompañado, siendo ese acompañamiento ambigüamente connotado, tanto señal de consideración como signo de estigmatización. En este sentido, más que constituirse en “la puerta de entrada”, tal mecanismo parece cristalizar el tope del derecho de asistencia médica para las comunidades indígenas.

Se trata pues de un “derecho a la asistencia” fundado en una “ciudadanía biológica” (Petryna en Fassin, 2008), en tanto las personas precarizadas encuentran únicamente “un lugar” a partir de un cuerpo que padece, donde son los trastornos “físicos” visibles y el lenguaje del padecimiento los que movilizan las acciones desde la salud pública hacia la población indígena (Fassin, 2008). Son estos circuitos ligados a la necesidad de contar con una derivación o algún contacto con el agente sanitario u otro profesional los que, de alguna manera, aletargan la atención médica hacia pacientes que muchas veces llegan al hospital en situaciones límites, con un agravamiento de la afección que motiva la intervención médica. Las dificultades en la tramitación de la solicitud de turnos, las demoras que éstas acarrearán hacen que efectivamente las personas de las *misiones* terminen asistiendo al hospital en “casos extremos”, cuando el deterioro es tal que amerita la “urgencia”. Así, tales circunstancias son interpretadas por el personal médico aludiendo a que *el aborígen tiene un umbral alto para soportar el dolor*, o bien a que *no se le ha inculcado un buen nivel de alarma--razón por la cual llegan tarde*, cuando el caso está muy avanzado. De este modo, según esta perspectiva, la decisión acerca del momento de asistir al hospital recae nuevamente en dichos sectores poblacionales que no logran canalizar la asistencia médica pues les es atribuida poca o nula capacidad para discernir sobre la gravedad del caso y actuar en consecuencia, esto es acudir al hospital.

Queda entonces como línea abierta para profundizar en un futuro análisis qué efectos tienen estas formas de intervención en la constitución de las subjetividades indígenas. Es decir, indagar detenidamente cómo dichos procedimientos de “reconocimiento social” repercuten en las concepciones que los distintos grupos indígenas se hacen de sí mismos y de su relación con el entorno social donde desarrollan su cotidianidad. En todo caso, algunas de las disputas reseñadas muestran que la descripción del entramado de la salud pública que ensayamos hasta aquí a través de sus dispositivos y algunos efectos no da cuenta sin más de cómo ese entramado es

percibido y analizado por los propios indígenas, o de cómo estas experiencias y circunstancias afectan sus visiones acerca de lo que comporta ser “distinto” al criollo.

Capítulo VIII

Consideraciones finales

Alteridad y biopolítica: articulaciones en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas.

Al comienzo de la tesis, introduje el argumento de que el proceso de reconocimiento de derechos específicos para el colectivo indígena ha inaugurado toda una gestión diferencial de programas sociales basados en lo que se ha denominado “discriminación positiva”¹⁷¹. Durante las dos últimas décadas -tanto en el ámbito internacional como en el nacional- se ha gestado una tendencia que progresivamente, en nombre de una “reparación o deuda histórica”, fue dando lugar a distintas modalidades de formulación e implementación de programas especiales para responder a la particularidad de la población-objeto a las cuales se dirigen: los indígenas.

Es dentro de este marco que la visibilidad de la cuestión indígena, atravesada por la exaltación así como por la naturalización de las diferencias étnicas/culturales, ha instaurado un campo de intervención donde esas diferencias son calibradas de un modo particular. En dicho terreno la apelación a la “interculturalidad”, como principio rector que orienta los programas diseñados, supone no sólo reconocer ciertos atributos como “culturales”, sino también determinar dónde y bajo qué formas aparece lo “cultural” (GEAPRONA, 2006), dándole cabida a su aparición y gestión en el diseño de las políticas mismas.

Teniendo presente estas coordenadas, el recorrido del trabajo realizado tuvo por objeto problematizar las relaciones entre las políticas de reconocimiento indígena y los programas de salud destinados a dicha población. A través del abordaje del Programa ANAHI y el Sub-Programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, el análisis de cada capítulo estuvo centrado en ir desbrozando los modos en que se gestionan las alteridades/diferencias desde las iniciativas de Atención Primaria de la Salud destinadas a la población indígena en Tartagal.

En este sentido, el eje vertebrador recién mencionado conllevó tener en cuenta varias cuestiones. En principio, implicó concebir al dominio de la “salud intercultural”

¹⁷¹ Con “discriminación positiva” nos referimos a las iniciativas que se apoyan en el discurso de los derechos indígenas reconocidos jurídicamente, aludiendo a que las poblaciones en condiciones desventajosas “merecen” ser tratadas en base a criterios diferentes a los que se aplican al conjunto.

como un proceso y como una construcción, donde intervienen distintas agencias y actores situados en posiciones diferentes e inscriptos en un entramado de relaciones dentro de un espacio social determinado (Bourdieu, 1991). Un espacio social donde, a partir de los lineamientos y procedimientos que plantean extender la promoción de la salud y prevención de las enfermedades hacia la población indígena, nuevas formas de agregación/desagregación social encuentran articulación con otros mecanismos de inclusión/exclusión existentes. De este modo, entonces, no sólo consideré necesario atender a los lineamientos federales de los programas, con sus formas de problematizar la “salud indígena”, sino también caracterizar el contexto social donde realicé el seguimiento de las iniciativas socio-sanitarias, la localidad de Tartagal.

En consecuencia, con el enfoque adoptado procuré apartarme de una mirada que quedara apresada en las formas propias de problematizar del ámbito burocrático y diera por sentadas las categorías, las estrategias argumentativas y las maneras por las cuales determinadas cuestiones devienen asuntos oficiales y legítimos, dignos de ser discutidos, publicados y difundidos (Bourdieu, 1995; Moro, 2000). Asimismo, realizar un análisis situado de las intervenciones socio-sanitarias en la localidad de Tartagal conllevó proporcionar una lectura de los procesos socio-históricos que dieron forma a la producción de una “matriz de alteridad” (Segato, 2007; Briones, 2005), gravitante hoy en la estructuración de las relaciones interétnicas. Retomando el planteo que Restrepo realiza siguiendo a Foucault, el interés radicó en entender “la historia del presente” (2008:113), con la intención de hacer inteligible las emergencias, los repliegues y las transformaciones que moldearon y moldean las configuraciones identitarias criollos-indígenas, ponderándolas así en su densidad y singularidad histórica. Preguntarme entonces por dicha historicidad ha implicado comprender los condicionamientos del presente que hacen al carácter que adoptan las intervenciones de salud dirigidas hacia población indígena y sin los cuales no es posible entender las experiencias de trabajo de los agentes de salud involucrados en ellas.

A partir de ello, el trabajo estuvo por ende centrado en elucidar las formas contemporáneas que adquiere “la inversión de lo político en la vida” (Fassin, 1999) del colectivo indígena –es decir, las maneras en que se problematizan sus condiciones de salud- a través del seguimiento de las iniciativas socio-sanitarias de la APS, teniendo presente las racionalidades que las inspiran y los procedimientos prácticos que las hacen

posibles dentro de un contexto particular. En este sentido, busqué indagar en las formas específicas de problematización que hacen al dominio de la “salud intercultural”, atendiendo las condiciones sociopolíticas en las cuales emergen los instrumentos constituyentes de las soluciones ensayadas.

El propósito de abordar la “salud intercultural” en tanto dispositivo biopolítico -ligado a una manera de “hacer vivir y dejar morir” (Foucault, 2000)- implicó entonces no sólo desentrañar los fundamentos y los instrumentos con los cuales se va diseñando e implementando la “adecuación cultural” propuesta desde los programas de salud, sino también re-construir los sentidos y usos sociales en relación a las diferencias étnicas-culturales, puestos en juego por quienes realizan las prácticas socio-sanitarias.

La configuración de los programas, con sus respectivas modulaciones esbozadas desde la administración federal -vía el Ministerio de Salud-, y las actividades de “promoción de la salud” implementadas en las comunidades indígenas de Tartagal se constituyeron así en dos dimensiones de análisis imprescindibles para restituir la compleja textura que adquiere la “salud intercultural” en tanto dispositivo de gobierno de la población indígena.

Tal como fue trabajado en los capítulos I y II, las lógicas de intervención basadas en la “interculturalidad” -como formas de gestión de alteridad- pueden inscribirse dentro de una racionalidad propia de las políticas sociales neoliberalizadas. En tanto, compartiendo sus supuestos, los programas pensados para indígenas van promoviendo una concepción de sujeto fundada en ideales regulatorios ligados a la “autonomía”, a la “autogestión”, al “reconocimiento de identidades”, y al “desarrollo de capacidades” en la búsqueda de satisfacer necesidades (Álvarez Leguizamón, 2005; Rose, 1997 y 2003; McNeish, 2005). En ellos, la ponderación de los indígenas como culturalmente diferentes los va circunscribiendo como “pobres especiales”, interpelándolos al mismo tiempo como “sujetos de derecho” y “sujetos vulnerables”.

De este modo, la construcción de este otro/indígena desde los programas de salud, como “portador de cultura” y al mismo tiempo “vulnerable” -en relación a índices de morbi-mortalidad mayores que la población no indígena- se va constituyendo en correlato con una forma de gestión que pasa por delimitar al colectivo indígena mediante el establecimiento de una “cesura” (Foucault, 2006: 230) -es decir, de

fronteras en el continuum de la población-, en términos de “diversidad cultural”-cesura que a su vez opera conjuntamente con la construcción de “perfiles de riesgo”.

Ahora bien, si en el campo sanitario la vulnerabilidad es retraducida en prácticas de identificación y clasificación de riesgos que acaban inscribiéndose en el cuerpo de los asistidos -al punto de considerarlos como “portadores de riesgo”-, la salud como un derecho a ser conquistado plantea en relación a tal cuestión una serie de aspectos que merecen ser reconsiderados. Pues, como vimos, en la medida en que la necesidad de una “adecuación cultural” de las intervenciones de APS conlleva reconocer diferencias culturales y fomenta la capacidad de agencia en la consecución del “derecho a la salud”, dicha “adecuación cultural” se constituye en el motor con el cual auto-implicar a la población indígena en la administración de recursos y servicios que se definen como básicos. De allí que, la construcción de “poblaciones de/en riesgo”, y la interpelación a los sujetos en términos de “derechos” puedan verse en conjunto como parte del proceso de la economización de las intervenciones socio-sanitarias aquí analizadas, en tanto como señala Rose (1997) se trata de gobernar canalizando la mayor cantidad de energía que, para su propio gobierno, suministren los mismos gobernados.

En este marco, el reconocimiento de “derechos” y “atributos culturales” se encuentra supeditado al cálculo de riesgos, convirtiéndose en el punto de apoyo en el cual descansa el involucramiento de individuos y poblaciones en el gobierno de sus fuerzas vitales. Así mediante la gestión de “mínimos biológicos”, con la distribución de planes sociales y bolsones de alimentos de acuerdo a riesgos sanitarios, encuentra expresión una “biologización de lo social” a partir de la cual la vida de los destinatarios queda bajo la disponibilidad de un mantenimiento reducido a una supervivencia precarizada. En este marco, las prácticas indígenas otrora valoradas por las iniciativas analizadas, a través de promover un reconocimiento cultural, devienen asimismo devaluadas y se tornan una razón para explicar una pobreza calificada localmente como *endémica, difícil de erradicar y persistente*.

De esta manera, dos tendencias encuentran refuerzos recíprocos y se articulan de manera compleja en el engranaje de las intervenciones socio-sanitarias: por un lado, una “culturalización de la pobreza” y por otro lado una “biologización de lo social”. Ambas van caracterizando las experiencias de Atención Primaria de la Salud dirigidas a la población indígena de Tartagal aunque, cabe aclarar, expresadas de modos diferentes

según las modalidades de implementación de las iniciativas que he abordado. Veamos entonces en qué sentido esas tendencias están presentes en las dos experiencias analizadas y cómo se entrelazan en ellas mecanismos de alterización y biopolíticos al tomar por objeto la vida de la población indígena.

Tal como quedó planteado en el análisis de la experiencia del Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, la sobre-ponderación de recursos humanos y la retórica de la estimulación de las capacidades y redes comunitarias por encima de los determinantes estructurales fueron no sólo individualizando el riesgo, al punto de restringir las acciones a mujeres y niños, sino también deslindando responsabilidades y convirtiendo los problemas de salud en cuestiones a resolver a partir del voluntarismo de los allí implicados. Se desplazaba así la atención hacia aquellas conductas de los miembros de la comunidad que se consideraba necesarias transformar o incentivar, a fin de sortear los obstáculos ligados al mantenimiento de la salud. Éstos tomados sólo como datos, conjuntamente con la administración de medios exigüos, hacían del “fomento de actitudes” una vía de adaptación a lo existente, recayendo en los indígenas la responsabilidad de su resolución. En esta dirección, el reconocimiento de los indígenas como agentes culturales activos, dentro de las condiciones señaladas, se mostraba solidario con poder asegurar ese umbral que los mantiene bajo el nivel de supervivencia establecido, el cual permanecía inalterado e incuestionado.

De este modo, aún desde una valoración positiva de lo que se consideraba un “capital cultural” por parte de los miembros del Equipo Comunitario, se puede plantear que esta forma de intervención compartía los supuestos en los que se asienta la “culturalización de la pobreza”, en tanto la superación de situaciones desventajosas quedaba planteada preponderantemente como una cuestión de actitud, diluyéndose el peso de los condicionantes que operan sobre la cotidianidad de los indígenas.

Como fui señalando, si bien el trabajo de “promoción de la salud” del Equipo Comunitario quedó circunscripto a incidir básicamente en los comportamientos y actitudes en base a “conquistar derechos” para enfrentar lo riesgoso, cabe detenerse en cómo la ponderación de la población indígena en términos culturales y la percepción social del riesgo encuentran otra caja de resonancia para quienes trabajan en el sistema de salud local. Me refiero al cariz que adoptan desde allí las intervenciones socio-

sanitarias moldeadas por una determinada construcción de alteridad, hegemónicamente operante, en la cual “lo criollo” devino en parámetro de “lo saludable”.

Tal como analicé en el capítulo III y en el capítulo IV, en un contexto donde la pauperización generalizada de la población y la “cercanía” entre criollos e indígenas se han vuelto cuestiones problemáticas, la promoción de la salud se halla íntimamente ligada a prácticas identitarias que van re-creando y re-estableciendo los contornos entre “lo criollo” y “lo indígena”, ordenando asimismo las relaciones interétnicas.

En dicho marco, la “proximidad” hace que los comportamientos de los indígenas de las comunidades peri-urbanas, interpretados en clave cultural, cobren una significación particular por parte de los agentes de salud mayoritariamente criollos. Aquí, ciertas prácticas indígenas atribuidas a *sus costumbres* son consideradas como praxis dislocadas que guardan poca correspondencia con un espacio pretendido pujante y próspero, donde el criollo todavía se siente pionero y con el deber de llevar a buen puerto la gesta civilizadora de sus antecesores.

Dentro de esta configuración interétnica, y de la re-estructuración política-económica producida en los últimos 20 años en la zona, los indígenas devienen fuera de lugar y de tiempo, apegados a “prácticas idiosincráticas” desfasadas, signados por no adaptarse a los cambios y atrapados en el *mal acostumbramiento*, es decir, en pautas anacrónicas o perniciosamente “conservadas”. Asimismo, la cercanía deviene preocupante en términos de la *mezcla* o de *entrevero* entre criollos e indígenas pauperizados, donde ideas de *contaminación* y *peligro* forman parte del vocabulario de quienes diariamente les toca promover la salud. Pues tal cercanía socio-espacial desafía las fronteras de las clasificaciones sociales vigentes, construyéndose como una anomalía que -confundiendo “los géneros distintos de las cosas” (Mary Douglas: 1991: 76)- entraña cierto peligro.

De este modo, el “contacto” y la “proximidad” constituyen asuntos que, traducidos al discurso sanitario, se vuelven sensibles y son tematizados mediante el establecimiento de un “ranking de riesgos”, a partir del cual se despliega un proceso de normalización tendiente a ordenar y controlar aquello que deviene amenazante.

Inscripto en esta trama de relaciones, el trabajo de los agentes sanitarios con las *visitas domiciliarias* en las *misiones* para la detección de los *factores de riesgo sanitario* -según un sistema de clasificación y estratificación de las *familias críticas* (mecanismos

reguladores)- va de la mano del control y la asistencia tendientes a encauzar el comportamiento riesgoso (mecanismos disciplinantes) que el “ojo entrenado” debe detectar.

En este sentido, “el ojo que distingue” sigue la lógica de la norma de salud construida socialmente, y es efecto de una determinada producción de alteridad, por la cual se ve a *las misiones* como carentes de comportamientos saludables, siendo por ende necesario una mirada atenta y constante que dé, entre otras cosas, muestra de que el agente sanitario está capacitado y tiene *nivel de alarma*.

Como señalé en el capítulo V, dentro del espacio social de APS, el agente sanitario es apreciado en su labor cuando pueden reconocérsele determinadas virtudes y habilidades ligadas a lo que se considera *saber observar, escuchar y dar consejo*. Un “buen agente sanitario” es quien se encuentra al servicio de la comunidad y debe guiarla hacia el camino “correcto”, diferenciando y marcando a las familias lo que es *adecuado y lo no adecuado*. Se trata pues de un “pastor de hombres” que debe desplegar un “poder de cuidado”, que concierne a la vida de los individuos y “cuya función es la de velar permanentemente por todos y cada uno” (Foucault, 1990: 110-111).

No obstante, la *visita domiciliaria* toma un carácter diferente según dónde y quién realice las tareas que ella implica, es decir, según la posición y adscripción identitaria del agente sanitario.

En este sentido, si en términos generales los *barrios criollos* que se visitan, según los agentes sanitarios criollos, representan una carga de trabajo menor -porque allí las familias *entienden-* las *misiones aborígenes* aparecen como su contrapartida. En estos sectores, los *factores de riesgo* son leídos desde las significaciones hegemónicas que explican el estado de salud en función de reconocer ciertos comportamientos calificados de culturales y desgajados de los condicionantes socio-económicos que pesan sobre la trama de las relaciones sociales. Condensadas dichas atribuciones culturales en el término de *costumbres*, las situaciones desventajosas que vive cotidianamente la población indígena se hacen reposar en un acervo de prácticas que aparecen contrapuestas a *la capacidad de cambio* ligada al *progreso o adelanto* de acuerdo a los parámetros locales, dando paso a una “culturalización de la pobreza” mediante la cual el estado crítico de las comunidades indígenas encuentra explicación en términos étnicos/culturales.

Es dentro de este marco que pueden entenderse las tensiones experimentadas por los agentes sanitarios indígenas incorporados al equipo de APS como “facilitadores interculturales”. En su doble implicación, como parte de la población-objetivo “problemática” y como parte del sistema de salud formal, el agente sanitario indígena da cuenta de otras situaciones conflictivas que las expresadas por los agentes sanitarios criollos. Por un lado, el mismo se siente más observado desde la misma dirección de APS en función de la puesta en duda de sus capacidades para realizar las tareas de promoción asignadas. Asimismo, “dar un buen consejo” sobre las cuestiones que se fijan como prioritarias (por ej. la *limpieza*) supone incorporar y asumir una imagen desvalorizada que desde allí se proyecta hacia el indígena. Por otro lado, el *consejo* implica el señalamiento de una falta o desviación por parte de la familia que es visitada, lo cual puede ocasionar al agente sanitario indígena ciertas incomodidades o reproches de la familia que se siente cuestionada por alguien que se supone en principio en una misma condición de paridad en tanto “indígena”.

Además, si el trabajo es realizado en su misma comunidad, los patrones de distribución de programas o insumos pueden convertirse en una situación conflictiva en la medida en que las maneras de redistribuir o repartir entre parientes o vecinos no son concordantes con los criterios sanitarios establecidos.

En principio, como fue planteado en el capítulo VI, el reparto de recursos (acceso a programas, bolsones y leche) está supeditado a un sistema de pautas que regulan su entrega. Un sistema donde el “cuerpo sufriente o enfermo” -como único recurso al que puede apelarse- es el que da derecho a la asistencia (Fassin, 2005). Dentro de este esquema regulador, la asistencia debe ser medida, es decir, fijada a partir de “paquetes básicos”, y quien la recibe debe mostrar señales o signos de merecimiento.

A su vez, a partir de las *visitas domiciliarias* y *los controles* de peso y talla de los menores de seis años, se van estableciendo lazos entre agentes sanitarios y familias, de modo que ambas partes quedan comprometidas. Mientras el agente va midiendo el grado de acatamiento de la familia respecto a sus recomendaciones –cuestión que lo reasegura en su lugar de trabajo-, la familia procura entrar en el flujo de recursos, programas o servicios que a través de éste puede conseguir. La distribución de insumos habla así de recompensas y de castigos, de cooperación y de resistencias. También habla de acuerdos, más o menos implícitos, entre dos posiciones desigualmente ocupadas, es

decir, entre aquel al cual le es conferido el poder de repartir y aquel que debe constituirse en “beneficiario”. En este sentido, la *visita domiciliaria* no supone el encuentro individual de dos personas, sino la construcción de un espacio social en el que ambos grupos se “encuentran” sobre la base de categorizaciones recíprocas socialmente construidas de acuerdo al esquema de percepciones y acciones que configuran las relaciones entre criollos e indígenas.

La *visita domiciliaria* constituye asimismo el medio por excelencia a través del cual se administran los *riesgos*. En y por ella, la construcción de la *familia en riesgo* se termina de consumir. A través del “cuidado a domicilio” promovido desde APS, va tomando encarnadura un proceso de normalización vinculado al *consejo práctico*. Mediante intervenciones que recaen en las *familias de riesgo* -de acuerdo a la grilla de factores pre-establecidos- los problemas se van individualizando y aparecen interpretados como problemas de “estilos de vida”, “malos hábitos”, “mal acostumbamiento”. Se trata pues de una manera de intervenir que apunta fundamentalmente a amortiguar las consecuencias de los denominados *riesgos*, relegando las causantes estructurales. Éstas, en todo caso, pasan a convertirse en datos a tomar en cuenta que anticipan la probable o emergente amenaza.

Durante y en *la visita*, la familia debe descubrirse o exponerse como una forma de acceder a los recursos; tiene que mostrar la veracidad de la necesidad a fin de no levantar ningún tipo de sospecha. No obstante, también debe exteriorizar algún gesto que demuestre el mérito y su voluntad para el propio mejoramiento. Del conjunto de estos principios organizadores, y de coyunturas más o menos favorables de reparto (maleabilidad de los criterios sanitarios; grado de mediaciones a las que debe responder), dependerá el acercamiento de los recursos y programas que el agente sanitario realice, según cómo la “experiencia de sufrimiento social” de la familia lo conmueva o lo movilice (Fassin, 2005).

En el contexto analizado, podemos indicar que la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades se corresponde con un “régimen de obligación” (Fassin, 2005) de quienes se ven “favorecidos” o alcanzados por ella. Dentro de estas coordenadas, la exposición del sufrimiento para la obtención de alguna ayuda “apenas encaja en la manifestación de una reivindicación de derechos” (Ibíd.: 212). Aunque las actividades desarrolladas en APS se enuncien tendientes a consagrar un derecho que les

asiste tanto a criollos como indígenas, todo reclamo, petición o demanda que provenga de *las misiones* es visto por quienes trabajan en el sistema de salud como un exceso intolerable, pues ellas de alguna manera friccionan los límites pre-establecidos y ponen en cuestión la lógica de funcionamiento dispensada hacia ellas.

En este sentido, no son pocas las tensiones o conflictos que se generan a partir de las maneras de intervenir de los diversos agentes de salud. Esas tensiones recorren los vínculos entablados con *las misiones* donde, de acuerdo a las circunstancias y posibilidades, la autoridad del agente sanitario puede llegar a ser más o menos desafiada o contestada y la certeza de eficacia o supeditación respecto de sus recomendaciones no está garantizada, quedando además limitada por las condiciones de existencia que pesan sobre las familias indígenas. Se trata de “acuerdos” precarios e inestables que deben ser re-actualizados permanentemente. No obstante, la calificación del indígena como aquél que *no tiene palabra y no sabe hablar* expresa tanto su lugar de subestimación como también la descalificación de su demanda o solicitud. Y si bien existen en determinados momentos y circunstancias otras fluctuantes vías posibles -Acción Social, ONG o instituciones religiosas- para obtener ciertos insumos -bolsones, planes de trabajo o proyectos comunitarios-, lo que no es tan fácil de sustituir es la intermediación del agente sanitario para la consecución de turnos de atención médica, convirtiéndose tal asunto en un freno al total distanciamiento o desacatamiento de sus prescripciones.

Como fue analizado en el capítulo VII, en el ordenamiento del mantenimiento de la salud de las comunidades, toda una línea jerárquica es organizada a través de una cadena de relevos que va desde los agentes sanitarios a la atención médica y, de allí, al servicio social del hospital con las asistentes sociales. Con ellas, el círculo se reabre toda vez que la familia vuelve a ser depositada en custodia del agente sanitario, pudiéndose ampliar asimismo el circuito de intervención cuando se apela a otras instituciones -Acción Social u otros organismos/organizaciones- para que intervengan en algún caso.

La atención del indígena en el hospital se realiza a través de una serie de mediaciones (*las derivaciones*) que acreditan la necesidad de asistencia médica. Son los canales abiertos por los “agentes medicalizadores en terreno” -ya sean los agentes sanitarios o los mismos médicos de los CAPS- los que van habilitando la llegada a un hospital sin demasiados insumos y con un personal médico que se siente desbordado

respecto a la atención de la demanda. Aquí las tensiones se expresan en relación a las descargas de responsabilidades que realizan unos y otros (agentes sanitarios, enfermeros, médicos, asistentes sociales, personal administrativo), cuando el circuito parece fallar o no responder a los requerimientos que plantea la población a ser asistida.

No obstante, también se atribuye la poca accesibilidad al sistema de salud formal a rasgos “idiosincráticos” de los indígenas. Al respecto son sus actitudes -entre las cuales sobresale preponderantemente, como fue señalado, la imputación de *no saber hablar* o no tener *suficiente nivel de alarma*- las que estarían incidiendo en las dificultades para ser atendidos en el hospital.

Teniendo presente el panorama hasta aquí descripto, me interesa volver sobre la experiencia realizada por el Equipo Comunitario para Pueblos Originarios, a fin de señalar una última cuestión. Puntualmente, para re-inscribir en este marco las iniciativas referidas tanto a la formación de un *referente comunitario* como nexos con el hospital, como al trabajo realizado respecto a la promoción de la salud entre las mujeres de la comunidad. Ambas propuestas, planteadas en el lenguaje de “reivindicación de derechos” --como “derecho a la atención” y “derecho al cuidado del cuerpo de la mujer”-- se constituyeron en el punto de anclaje de auto-implicación de los asistidos en relación a la resolución de los problemas. Problemas que, dadas las propuestas ensayadas, recaían en los propios indígenas en la medida en que, de cierto modo, se los consideraba como sus causantes. Por ende “el derecho”, antes que reconocido, aparecía como algo a ser “ganado”. Preponderantemente así configuradas, las intervenciones -- con la sobrevaloración del recurso humano por encima de la disposición de otros recursos- no estuvieron exentas de tensiones y confrontaciones. Pues, por un lado, las manifestaciones en términos de “reivindicación de derechos” resultaron disruptivas en la estructuración del sistema de salud local, al verse trastocadas las formas de manejo que moldean la demanda indígena. Por otro lado, al ponderar superficialmente las condiciones que estructuran la cotidianidad de la comunidad indígena, la exacerbación del estímulo de capacidades y prerrogativas hicieron que, desde la óptica de la comunidad, tales propuestas se viesan como un refuerzo de los imperativos y mandatos criollos tendientes a conservar el lugar de subordinación que se le asigna al indígena. Así, mientras que, para quienes trabajan en el hospital, los reclamos y solicitudes realizadas vía el *referente comunitario* fueron calificados como un exceso y una

sobrecarga –en tanto los indígenas tienen ante todo obligaciones por encima de derechos-, para los integrantes de la comunidad constituyó una experiencia que demarcaba nuevamente la imposibilidad de ser atendido sin las mediaciones o contactos criollos que habilitan la recepción de la demanda —hecho puesto de manifiesto por la necesidad del referente de contar con un carnet de acreditación.

En consonancia, también la exhortación al cuidado del cuerpo de la mujer mediante la inclusión de éstas en el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable fue leída como una continuación de las prácticas socio-sanitarias locales y significadas por los hombres de la comunidad como una manera de reducir a los indígenas que “molestan”.

A lo largo del recorrido realizado, he buscado analizar las maneras en que la alteridad indígena es administrada a partir de las micro-prácticas de asistencia desplegadas en el marco de los programas de salud que buscan cubrir a dicha población. A medida en que me adentraba en las lógicas que estructuran y animan tales prácticas, intenté desentrañar cómo se iban inscribiendo ámbitos de atención, es decir de visibilidad, donde a la par de “culturalizarse la pobreza”, se iban estableciendo estándares mínimos en el mantenimiento de la salud de las comunidades indígenas. Allí, preponderantemente para quienes trabajan en *las misiones*, las condiciones por las que atraviesan las comunidades indígenas pasan a explicarse por patrones de comportamiento “tradicionales” que no se corresponden con el *adelanto o progreso* de la zona, interpretando aquellos atributos asignados como “barreras culturales” que es necesario remover. En este sentido, la distribución de insumos y recursos básicos se asienta justamente en no promover actitudes y prácticas que suponen una distensión en las asunción de responsabilidades y alientan a que los indígenas se vuelvan *vagos o flojos*.

Es en la conjunción de estos dos umbrales de distinción --donde el estado de salud de las *misiones* se atribuye a rasgos culturales (bajo la nominación de *costumbres*), y donde APS se articula con la distribución de paquetes básicos-- que podemos hablar de una forma particular de “hacer vivir” a la población indígena de Tartagal. Una manera de “hacer vivir” que se halla íntimamente entretejida con una estructuración de las relaciones interétnicas criollos-indígenas y encuentra en dicho marco de inscripción su inteligibilidad. Pues, como he planteado, es en el dominio de la

salud donde toda una serie de identificaciones son puestas en juego, disputándose no sólo sentidos de pertenencia sino el lugar que les cabe a unos (criollos) y a “otros” (indígenas). A través de esas identificaciones, pueden verse condensadas las subjetividades forjadas al calor de ciertos sentidos de diferencia que, ligados a procesos socio-políticos y económicos de larga y corta data, ubican las adscripciones criollas e indígenas dentro de una “gradación de salud” (Crawford, 1994). En esta gradación, los indígenas devienen disruptores y por ello amenazantes de la observancia de los comportamientos saludables que se les atribuyen a los criollos. Sus “cuerpos enfermos o sufrientes” (Fassin, 2005) aparecen asociados al apego a costumbres que no se adaptan a un espacio social transfigurado y devienen así en perturbadoras del avance de los frentes productivos que se proyectan para sacar adelante la zona. En el campo de la salud, particularmente devienen un problema a resolver en términos de *población de riesgo*.

Así, mediante la atribución de salud o enfermedad adquiere significación la trama de relaciones entre criollos e indígenas que descansan en un conjunto específico de asociaciones históricamente construidas y dan forma a las prácticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades presentes. En este marco, el lenguaje de la salud se convierte en signo distintivo entre criollos e indígenas, y es asociado emblemáticamente a los primeros, donde sus “cuerpos saludables” -en contraste con los cuerpos indígenas- se constituyen en un símbolo del valor de tales individuos, circunscribiendo así el logro y el dominio/alcance de lo normal a los criollos.

En consecuencia, dentro de esta configuración, las *misiones* devienen entidades que deben ser custodiadas por centinelas (en primer lugar, por los agentes sanitarios) poniendo en acto, mediante sus prácticas, esas defensas necesarias frente a la irrupción de aquellos que devienen en *riesgo* y por ende en una amenaza (Crawford, 1994), para el todo y las partes.

Es en el entramado de relaciones establecidas dentro del contexto analizado que las prácticas sanitarias adquieren un sentido de “defensa social” (Foucault, 2000), instituyendo, al mismo tiempo, una línea borrosa o difusa entre el “hacer vivir y dejar morir”. Pues, asentadas en esquemas reguladores donde opera una etnoestratificación clasificadora de grupos e individuos, las mismas ponen en acto una administración de

recursos y asistencia denominada *básica* que deja a la población indígena en una precariedad y aleatoriedad constante.

Dentro de esta configuración, el ámbito de la “promoción de la salud”, para los indígenas desde allí interpelados, deviene una búsqueda circunscripta, permanentemente destinada hacia la consecución de insumos o programas que garanticen un mínimo de subsistencia capaz de dejarlos a flote por sobre esa delgada línea entre el vivir y el morir.

Frente a un espacio social-económico degradado, donde las condiciones estructurales en términos de subsistencia entre criollos e indígenas se han vuelto candentes, y ante la contracción de recursos disponibles, quienes trabajan en el sistema de salud formal se ven compelidos a una forma de gestión que se asienta y recrea un régimen de visibilización orientado a reforzar esas separaciones distintivas entre ambos conjuntos sociales, ahora trastocadas y confusas. Quizás en este sentido pueda comprenderse la atribución de *suciedad a las misiones*, en contraposición a los *barrios criollos* colindantes que, en cuanto a la afectación de *factores de riesgo* (condiciones de vivienda, acceso a agua potable, cobertura por obra social, tratamiento de la basura, etc.), no parecen diferenciarse demasiado.

No obstante, es la supeditación de *las misiones* a la sobrevivencia la que va creando una distancia entre unos y otros y proporciona, de este modo, una prueba que se confirma a sí misma respecto de que quienes allí viven son responsables de las adversidades determinantes de su estado de salud.

En concomitancia, dentro de esta ordenación, la necesidad de asistir sanitariamente a la población indígena supone sólo una parte del problema que ella representa para los agentes de salud, quedando latente y en tensión una administración de recursos y servicios que sólo se cierne sobre una “supervivencia biológica” apenas garantizada, comprometiendo no sólo a los indígenas sino también indirectamente a los criollos y en la cual se desvela una “ansiedad por los límites” trastocados (Crawford, 1994). De allí el desconcierto y el carácter ambiguo, contradictorio, que experimentan los agentes de salud respecto a las medidas y posibilidades de su accionar, surcadas por las tensiones que implica esa modalidad de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, en un contexto donde las condiciones político-económicas van acentuando las desigualdades sociales.

Se trata, entonces, de prácticas de “promoción de la salud” que están atravesadas por un sentido inmunitario, por la necesidad de un desarrollo de defensas o protección, frente a una manera de manejar lo vulnerable y los riesgos que pone en definitiva tanto a indígenas como criollos en continua sospecha y bajo situación de amenaza. En este cuadro de relaciones, donde la incertidumbre sobre los destinos de criollos e indígenas acrecienta la necesidad de diferenciación, parecen reforzarse aquellos mecanismos de marcación por los cuales determinadas vidas son juzgadas más calificadas y dignas de ser vividas que otras (Bauman, 2005: 57-58)

Dentro de esta configuración, la pobreza pensada en términos culturales es la que justifica la distribución de “mínimos biológicos”. Aquí la ponderación de la pobreza ligada a atributos culturales -valorados negativamente- amerita sólo una asistencia “elemental” tendiente a no contribuir con lo que se considera de alguna manera deficiente, cobrando fuerza y peso un esquema regulador de percepción, apreciación y acción naturalizado, que va forjando las relaciones interétnicas entre criollos e indígenas. Con y a través de él, las diferencias entre indígenas y criollos aparecen hegemónicamente -para quienes trabajan en el sistema de salud formal local- inscriptas en la naturaleza de las cosas, encerrando a unos y a otros en “un círculo de espejos que reflejan indefinidamente imágenes antagónicas” (Bourdieu, 1996: 5).

Hasta aquí, el trabajo presentado se centró en describir y analizar un abanico de prácticas socio-sanitarias realizadas en nombre de la “adecuación cultural”, retomando fundamentalmente las perspectivas de quienes las realizan e inscribiéndolas dentro del espacio social del cual son producto. En este sentido, tal enfoque implicó principalmente abordar las tareas desarrolladas en base a la experiencia de los agentes de salud involucrados, sin por eso desconocer los sentidos de dichas intervenciones para los destinatarios, expresados en el marco de las relaciones entabladas, y cuyo acceso fue posible en la medida en que el trabajo de campo me permitió un acercamiento a las formas en que se encaran las actividades socio-sanitarias.

No obstante, el acento puesto sobre cómo desde el sistema de salud formal se interviene en la gestión de salud de la población indígena ha dejado una serie de cuestiones planteadas que requerirán ser analizadas para continuar profundizando en la complejidad que adquiere el dominio de la “salud intercultural” como construcción socio-histórica inevitablemente disputada y disputable. En primer lugar, sería necesario

indagar, con más detenimiento, la incidencia que tales intervenciones socio-sanitarias acarrearán sobre los procesos de subjetivación indígena. Me refiero a abordar qué efectos e implicancias tienen estas formas de intervención sobre la vida social de las comunidades desde la óptica de los indígenas.

En este sentido, considero que la re-construcción realizada de algunos de los “dispositivos de normalización” (Foucault, 2006) desplegados en y por el sistema de salud formal puede constituirse en un punto de partida para abordar cómo a través de ellos se van configurando las experiencias de los indígenas respecto a las demandas/reclamos en términos de salud.

Abordar las dimensiones abiertas por los procesos de normalización mediante los programas de salud para indígenas, conjuntamente con la incidencia que éstos tienen en la subjetividad de los destinatarios, puede contribuir a entender las trayectorias sociales de los indígenas –es decir, el modo en que dichas intervenciones socio-sanitarias son vividas y re-significadas por éstos- y a ahondar en los procesos de resistencia y/o recreación de alteridades en el campo de la salud.

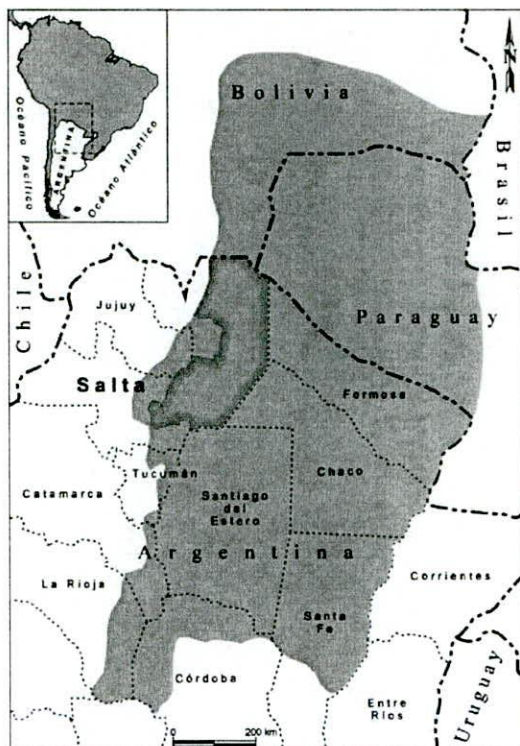
En esta dirección, el trabajo realizado hasta el momento constituye un andamiaje a partir del cual continuaré avanzando en la explicación de la trama salud-identidad-alteridad que las formas de intervención denominadas “interculturales” van entretejiendo, agudizando la mirada sobre las puestas en juego de los actores implicados, comprendiendo que ellas se hallan inscriptas en una red de relaciones interétnicas histórica y contextualmente condicionadas de las que proseguiré dando cuenta.

Con el recorrido propuesto a lo largo del trabajo, he procurado entonces cimentar un abordaje teórico-metodológico capaz de problematizar el ámbito de la “salud intercultural”, mediante un análisis situado que ha habilitado dar cuenta de algunos aspectos del carácter biopolítico de los programas pensados para indígenas, sin desgajarlos de su encabalgamiento con formas socio-históricamente sedimentadas de construcción de alteridad.

ANEXO

Mapas y fotos

Mapa 1- El Gran Chaco

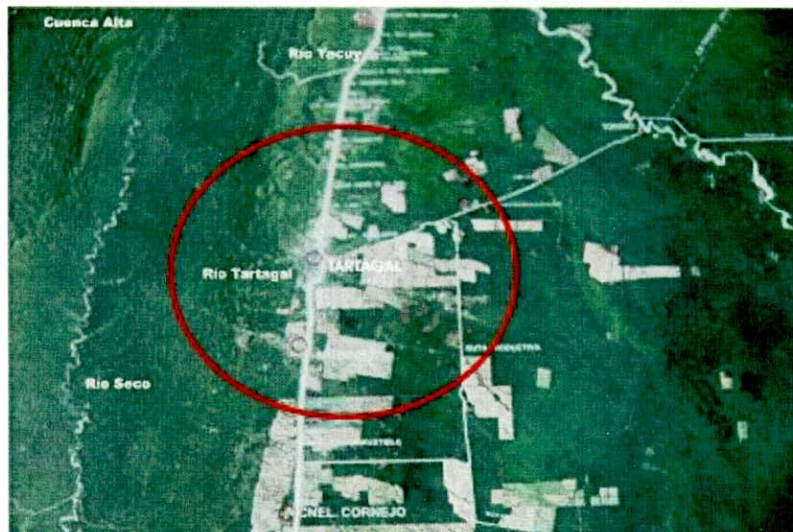


Fuente: Leake, A. (coord.) 2008. *Los pueblos indígenas cazadores-recolectores del Chaco Salteño: población, economía y Tierras*. Salta, Fundación Asociana; Instituto Nacional de Asuntos Indígenas; Universidad Nacional de Salta. [En línea] Disponible en: http://www.indigenaschacosalta.org.ar/esp/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=35. Acceso, Marzo de 2010



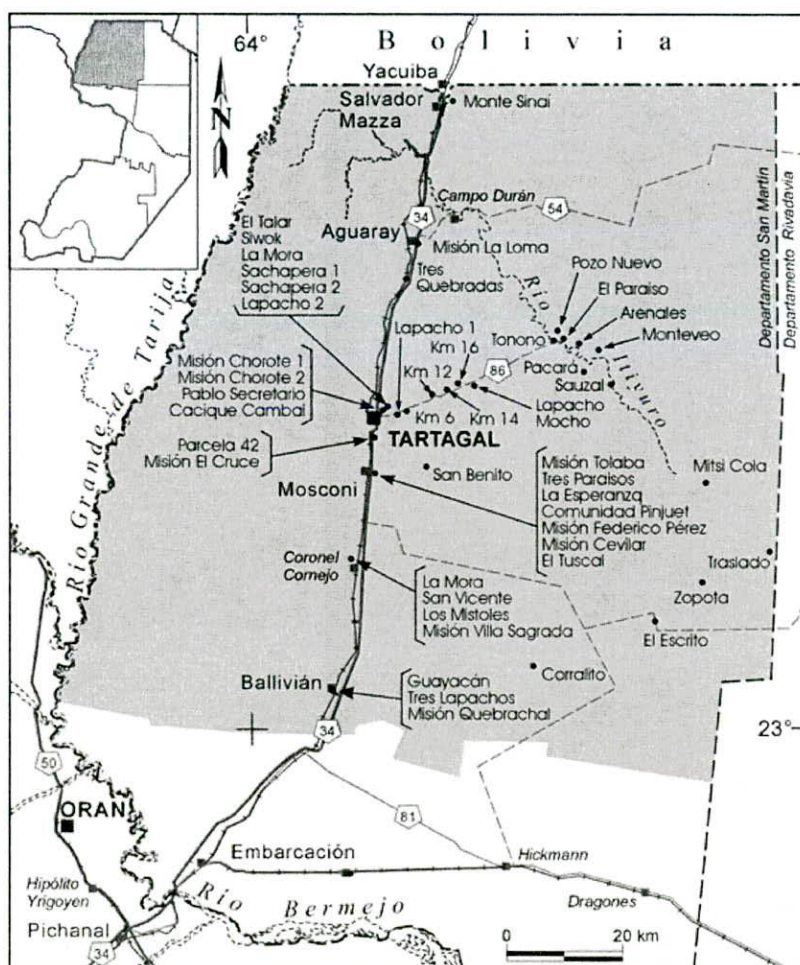
Fuente: http://www.viasalta.com/Guia/Turismo/Mapas/Circuitos/mapa_noreste.gif

Mapa 3- Foto Satelital del Municipio de Tartagal



Fuente: http://4.bp.blogspot.com/_Iu0jvH47IRU/SZGutMwEcZI/AAAAAAAAACJU/VTD8Gp-IwPQ/s1600-h/MAPA+SATELITAL+TARTAGAL.jpg

Mapa 4 Zona Tartagal. Ubicación de algunas comunidades wichí y chorote.



Fuente: Leake, A. (coord.) 2008. *Los pueblos indígenas cazadores-recolectores del Chaco Salteño: población, economía y Tierras*. Salta, Fundación Asociana; Instituto Nacional de Asuntos Indígenas;

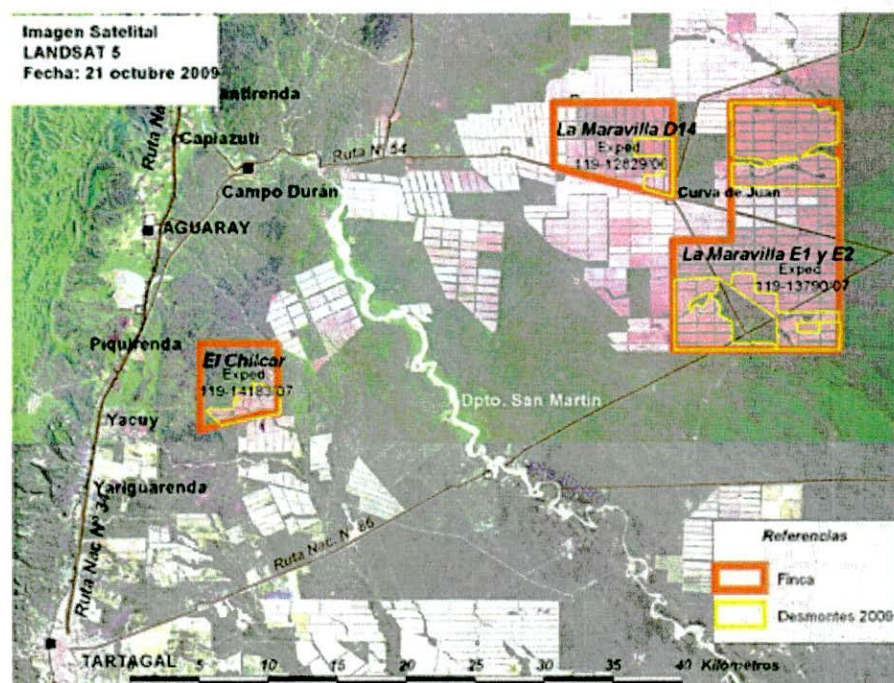
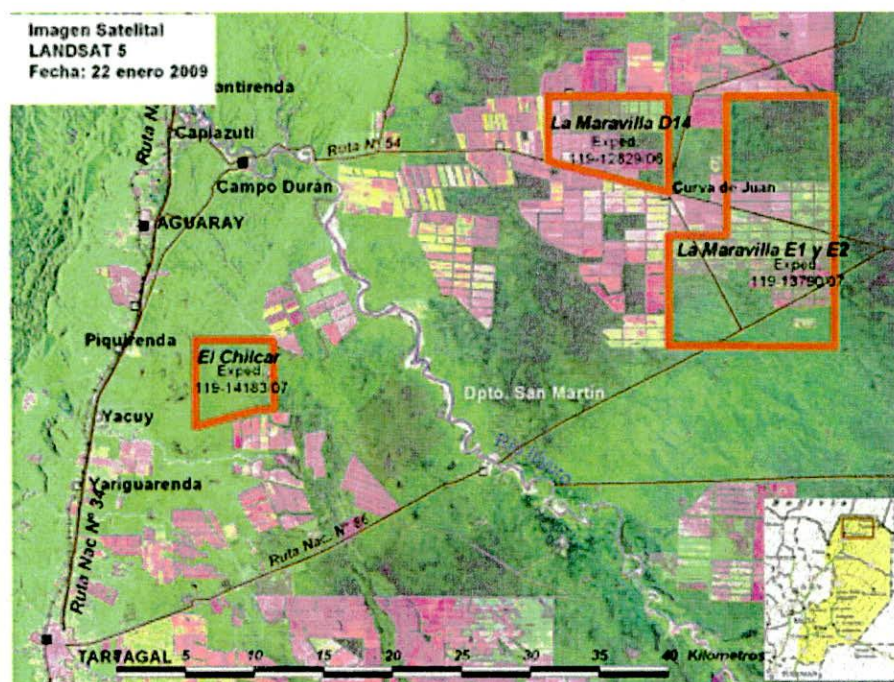
Mapa 5



Plano con la ubicación las comunidades indígenas próximas al centro urbano

Fuente: <http://nortedelbermejo.com.ar//mapa-comunidades-aborigenes-de-tartagal-2.html>. Acceso, marzo de 2010.

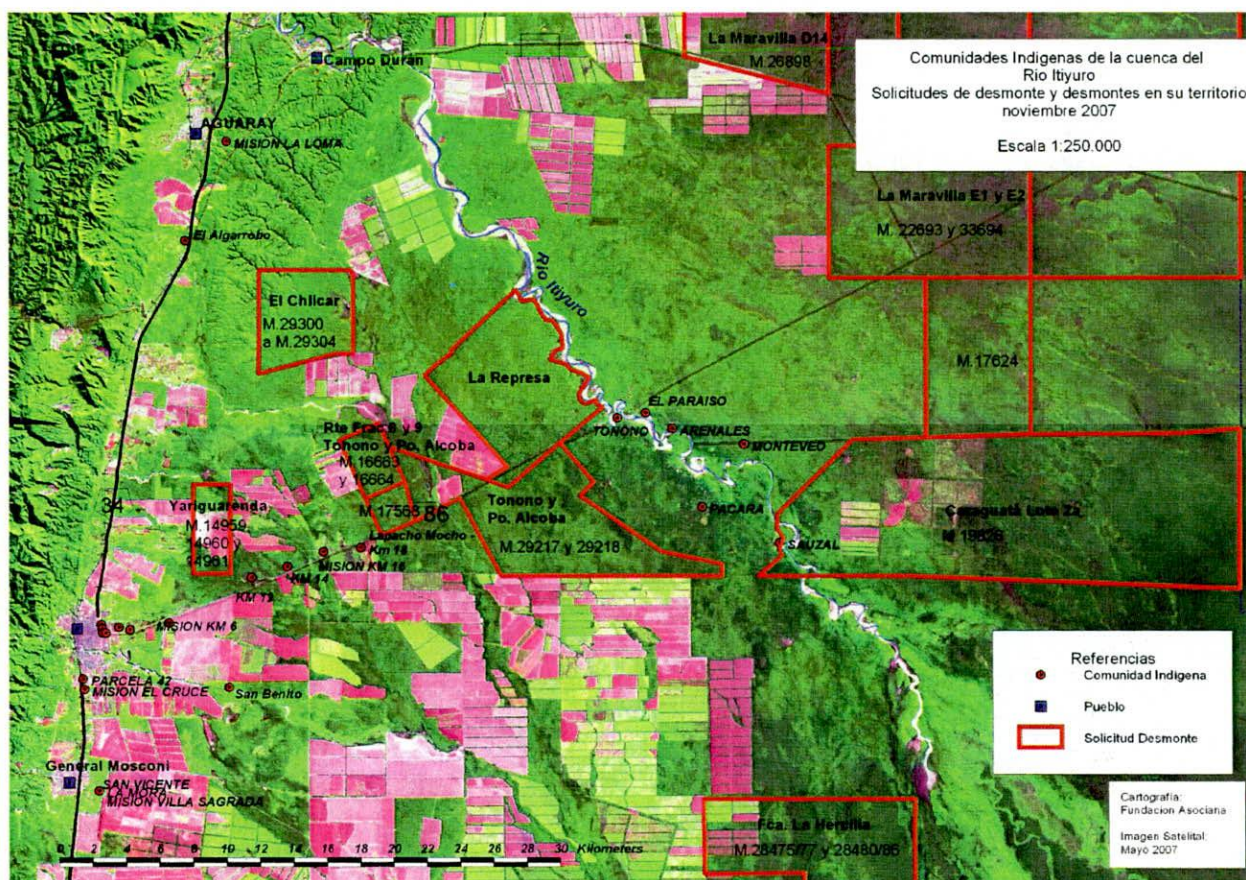
Mapa 6 - Desmontes en Salta, Departamento de San Martín (año 2009)



Las imágenes muestran la eliminación de áreas verdes en las fincas El Chilcar y La Maravilla.

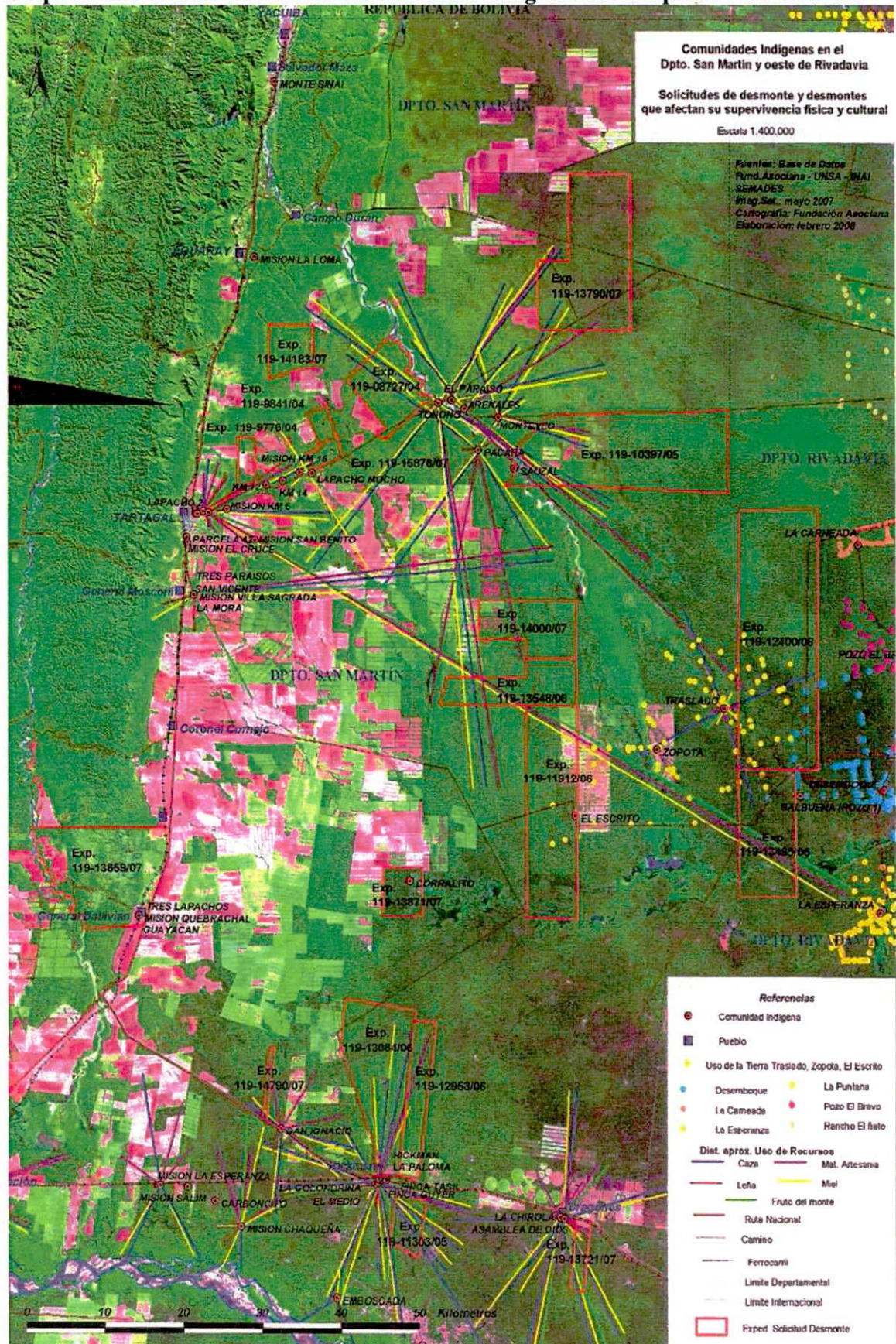
Fuente: Aranda, Darío (2010, febrero, 21) Salta, capital del desmonte: un documento revela como avanza la deforestación en la provincia. *Página 12*. [En línea]. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-140716-2010-02-21.html>. Acceso Febrero de 2010

Mapa 7- Ubicación de las comunidades originarias de la ruta 86 en relación con los desmontes actuales y programados en la zona de la cuenca del río Itiyuro, según las solicitudes del año 2007.



Fuente: Defensor del Pueblo de la Nación (2009) *Informe Especial: Deforestación en la provincia de Salta consecuencias biológicas y sociales* [En línea]. Disponible en: <http://www.clarin.com/diario/2009/02/21/um/deforestacion.pdf>. Acceso, Diciembre de 2009.

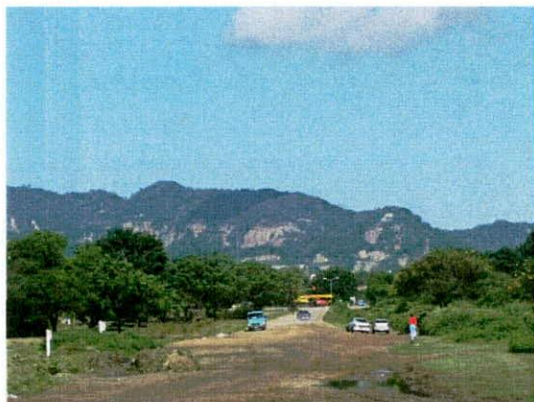
Mapa 8: Uso de recursos de las comunidades indígenas en el Dpto. de San Martín



Fuente: Defensor del Pueblo de la Nación (2009) *Informe Especial: Deforestación en la provincia de Salta consecuencias biológicas y sociales* [En línea]. Disponible en:

<http://www.clarin.com/diario/2009/02/21/um/deforestacion.pdf>. Cartografía realizada por la Fundación Asociana. Acceso, Diciembre de 2009.

Foto 1



Inicio de la Ruta 86

Foto 2



Ruta 86

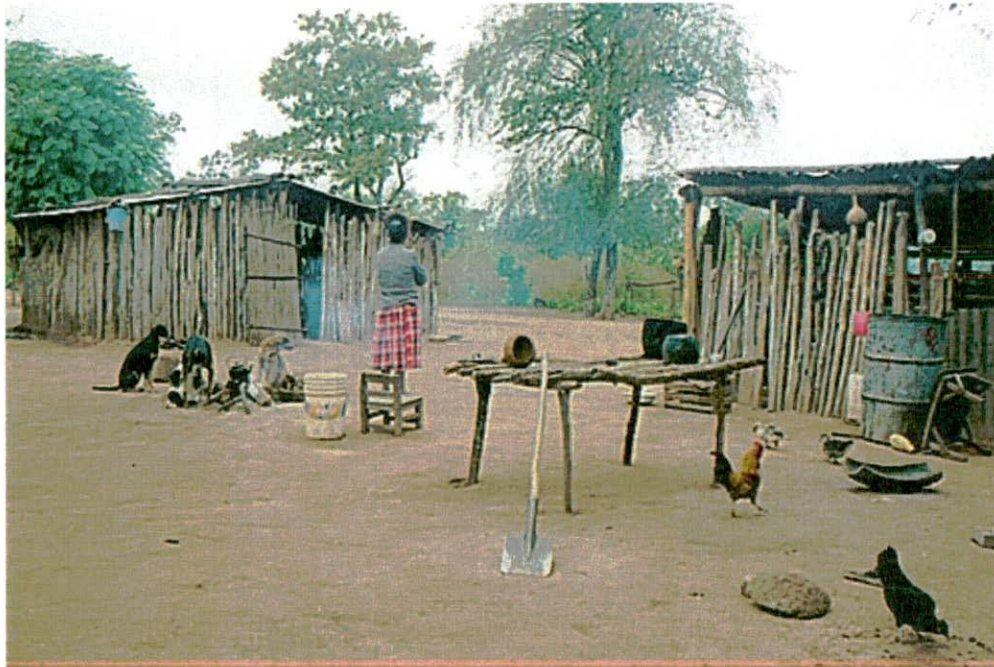


Foto 3: Viviendas de una comunidad Wichí de la Ruta 86 (Paraje Tonono)
Fuente: <http://www.panoramio.com/photo/2224508>, por Luis Maderuelo



Foto 4: vivienda comunidad Wichí Peri-urbana.



Foto 5: vivienda comunidad wichí peri-urbana



Foto 6: vivienda comunidad chorote peri-urbana.



Foto 7: viviendas Comunidad Guaraní peri-urbana.



Foto 8: camión de la municipalidad que reparte agua a las comunidades asentadas sobre la Ruta 86. El reparto se realiza una vez por semana, siempre y cuando la ruta 86 se encuentre en condiciones transitables. Fuente: Grupo Guías (Grupo Interdisciplinario de Acción Social), Enero de 2007.

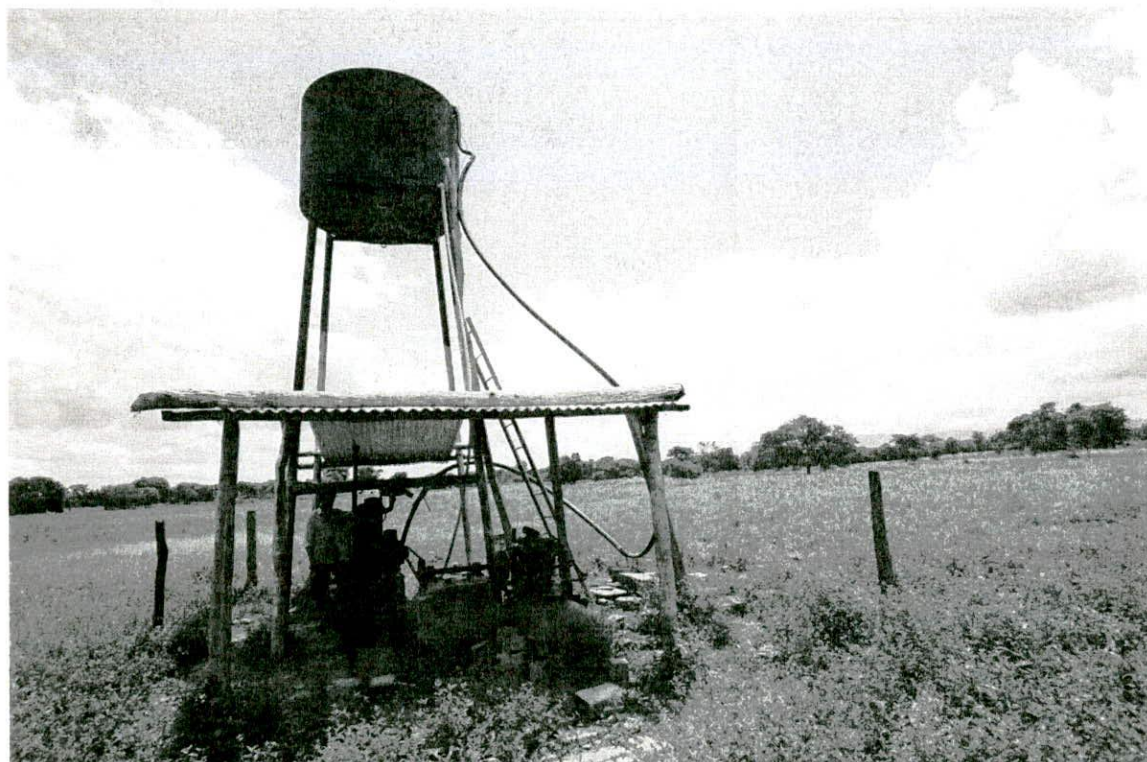


Foto 9: tanque de agua en km.17, inhabilitado por falta de combustible. Fuente: Grupo Guías (Grupo Interdisciplinario de Acción Social), Enero de 2007.



Fotos 10, 11 y 12: Cultivos de soja en fincas colindantes a las comunidades indígenas.



Foto 13: topadoras en desmonte

Fuente: Por el Territorio Wichí (2006). Documental, IWGIA
(International Work Group for Indigenous Affairs)



Foto 14: topadoras en desmonte

Fuente: Por el territorio Wichí (2006) Documental, IWGIA
(International Work Group for Indigenous Affairs)



Foto 15: desmonte – Caraguatá.

Fuente: Documental Por el territorio Wichí (2006) Documental, IWGIA
(International Work Group for Indigenous Affairs)



Foto 16: Desmonte, sobre Río Itiyuro en la finca Caraguatá, Dpto. San Martín

Fuente: CAPOMA - DDHH Centro de Acción Popular Olga Márquez de Aredez en defensa de los Derechos Humanos, La Soja Mata, Chaya Comunicación, con el apoyo de BASE Investigaciones Sociales (2009): *Expansión de los agro-negocios en el Noroeste argentino. Deforestación legalizada y resistencia de las comunidades* [en línea] Disponible en: <http://www.chayar.com.ar/bajar/Informe%20Argonegocios%20en%20el%20NOA.pdf>. Acceso, Septiembre de 2009.

BIBLIOGRAFÍA.

ABDUCA, R. (2007). "La reciprocidad y el don no son la misma cosa". *Cuadernos de Antropología Social*, Nro. 26: 107-124.

ALBO, X. (2004). "Interculturalidad y salud". En: Fernández Juárez, G. (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina, Perspectivas antropológicas*. Pp. 65-74. Quito, Abya-Yala.

ALVAREZ LEGUIZAMÓN, S. (2002). "La transformación de las instituciones de reciprocidad y control, del don al capital social y la 'biopolítica' a la 'focopolítica'". *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. Caracas, Facultad de Ciencias Económicas, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela, 8 (1): 57-89.

ALVAREZ LEGUIZAMÓN, S. (2005). "Los discursos minimistas sobre las necesidades básicas y los umbrales de ciudadanía como reproductores de la pobreza". En Álvarez Leguizamón, S (comp.): *Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe*. Pp. 239-273. Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO.

ALVALREZ URÍA, F. (1998). "Retórica Neoliberal". En Álvarez Uría, F. et. al. *Neoliberalismo versus democracia*. Pp. 353-384. Madrid, La Piqueta.

AMEIGERIAS, A. y JURE E. (comps.) (2006). *Diversidad cultural e interculturalidad*. Buenos Aires, Prometeo Libros.

ANDIA, A. M. y LIGNELLI, B. (2007). "Estrategias comunicacionales en Atención Primaria de la Salud: el caso del Programa de Salud Reproductiva de Mendoza". En Maceira, Daniel (comp.): *Atención Primaria en Salud*. Pp. 31-74. Buenos Aires, Paidós.

ARENAS, P. (2003). *Etnografía y alimentación entre los Toba- Ñachilamole# ek y Wichí- Lhuku'tas del Chaco central*. Buenos Aires, Arenas Pastor.

ARRÚE, W. y KALINSKY, B. (1991). *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.

ASSIES, W. (2003). "Reforma estatal y multiculturalismo latinoamericano al inicio del siglo XXI". [En línea] Disponible en: http://chakana.nl/files/pub/Assies_2003_reforma_estatal.pdf. Acceso Agosto 2008.

ASSIES, W. (2005). "El multiculturalismo latinoamericano al inicio del siglo XXI". En: *Jornadas "Pueblos Indígenas de América Latina". Programa de Cooperación Internacional*, Barcelona, 27 y 28 de abril de 2005. [En línea] Disponible en: http://www.odg.cat/documents/formacio/24abril_Salvador_Marti.pdf. Acceso Octubre de 2009.

BARTH, F. (1976). *Los grupos étnicos y sus fronteras*. México, Fondo de Cultura Económica.

BAUMAN, S. (2005). *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias*, Buenos Aires, Paidós.

BECKETT, J (1988) "Introduction". En BECKETT (ed.). *Past and Present. The construction of Aboriginality*. Pp. 1-10 .J. Canberra: Aboriginal Studies Press.

BENGOA, J. (1994). "Los indígenas y el Estado nacional en América Latina". En *Anuario indigenista*. México, Instituto Indigenista Interamericano, XXXIII (3): 13-40.

BENGOA, J. (2000). *La emergencia indígena en América Latina*. Chile, Fondo de Cultura Económica.

BESTARD, J. (1996). "Prólogo". En: DOUGLAS, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Pp.9-16. Barcelona, Paidós.

BIALET MASSÉ, J. (1985 [1904]) *Informe sobre el estado de la clase obrera*. Buenos Aires, Hyspamérica.

BOCCARA, G. (2004). "Del buen gobierno en territorio Mapuche. Notas acerca de una experiencia en salud complementaria". En *Cuadernos de Antropología Social* N° 20: 113-129.

BOCCARA, G. (2007). "Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile". En *Chungara, Revista de Antropología Chilena* 39-2, pp. 185-207.

BOCCARA, G. y BOLADOS, P (2008). "Gobernar a través de la participación. La fábrica del neoliberalismo multicultural en Chile". En *Memoria Americana. Cuadernos de Etnohistoria, Vol 16, N°2*. Universidad de Buenos Aires.

BOURDIEU, P. (1991). "Estructuras, habitus, prácticas". En: Bourdieu, P. *El sentido práctico*. Pp. 91-111. Madrid, Taurus.

BOURDIEU, P. (1993). "Espacio social y poder simbólico". En: Bourdieu, P. *Cosas dichas*. Pp. 127- 142. Barcelona, Gedisa

BOURDIEU, P. (1996). "La dominación masculina" En: *La ventana, revista de estudios de género de la Universidad de Guadalajara* (México) N° 3. [en línea] Disponible en: www.archivochile.com/Mov_sociales/mov_mujeres/doc_gen_cl/MSdocgencl0011.pdf. Acceso, 5 de diciembre de 2009.

BOURDIEU, P. (1999). *La Miseria del mundo*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

BOURDIEU, P. y WACQUANT, L. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. México, Grijalbo.

BOURDIEU, P. y WACQUANT L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.

BRIGGS, Ch. (1997). "Notes on a "Confession": On the construction of gender, sexuality, and violence in an infanticide case". En: *Pragmatics* 7(4): 519-546.

BRIONES, C. (1998^a). *La Alteridad del cuarto Mundo. Una Deconstrucción Antropológica*. Buenos Aires, Ediciones del Sol.

BRIONES, C. (1998^b). "Construcciones de aboriginalidad en Argentina". Ponencia presentada en el encuentro "Indigenismo na America Latina: O estado da arte, 23 y 24 de Noviembre de 1998, Universidad de Brasilia.

BRIONES, C. (1998^c). *(Meta) cultura del Estado Nación y estado de la (meta) cultura: Repensando las identidades indígenas y antropológicas en tiempos de post-estatalidad*. Serie Antropología 244. Departamento de antropología, Universidad de Brasilia.

BRIONES, C. (2002). "Viviendo a la sombra de las naciones sin sombra: Poéticas y políticas de (auto) marcación de "lo indígena" en las disputas contemporáneas por el derecho a un educación intercultural". En: FÜLLER, N. (ed) *Interculturalidad y política. Desafíos y Posibilidades*. Pp.281-417. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú e Instituto de Estudios Peruanos.

BRIONES, C. (2005). "Formaciones de alteridad: contextos globales, procesos nacionales y provinciales". En Briones, C (Comp.) *Cartografías argentinas: políticas indígenas y formaciones provinciales de alteridad*. Pp. 11-43. Buenos Aires, Antropofagia.

BRIONES, C. (2009). "Diversidad cultural e interculturalidad: ¿de qué estamos hablando? En: GARCÍA VÁZQUEZ, C. (comp.). *Hegemonía e Interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes: la interculturalidad como uno de los desafíos del siglo XXI*. Pp. 35-53. Buenos Aires, Prometeo Libros.

BRIONES, C., CAÑUQUEO, L., KROPFF, L., LEUMAN; M. (2004). "Escenas del multiculturalismo. Una proyección desde el sur". Ponencia presentada al *Grupo de Trabajo CLACSO "Cultura y Poder"*, GRIMSON, A: (coord.). Porto Alegre, 15 al 17 de septiembre.

BULIUBASICH, C. y GONZALEZ, A. (coords.) (2009). *Los Pueblos Indígenas de la Provincia de Salta. La posesión y el dominio de sus tierras*. Departamento San Martín. Salta, Universidad Nacional de Salta.

BUTLER, J. (2002). "Introducción". En BUTLER, J., *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, pp.17-49. Buenos Aires, Paidós.

CARDIN, L. (2008). "La vigencia del don entre los toba formoseños. El caso de Colonia Aborigen La Primavera". CD 2 Tesis de Licenciatura del Departamento de Ciencias Antropológicas, FFyL, UBA., ISBN 978-987-1450-29-9.

CARRASCO, M. (2009) *Tierras duras: Historias, organización y lucha por el territorio en el Chaco Argentino*. Coponhague, IWGIA.

CASTEL, R. (1986). "De la peligrosidad al riesgo". En: VARELA, J. y ALVAREZ URÍA, F. (comps). *Materiales de Sociología Crítica*, pp.219-243. Madrid, La Piqueta.

CASTEL, R. (1995). "De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso". *Archipiélago, Cuadernos de crítica de la cultura*. Madrid, 21: 27-36.

CASTEL, R. (1997) *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Buenos Aires, Paidós.

CASTRO, E. (2004) *El vocabulario de Michel Foucault*, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmes.

COLANGELO, M. A (2009) "La salud infantil en contextos de diversidad sociocultural" En: TAMAGNO, L. (coord.) *Pueblos Indígenas: interculturalidad, colonialidad y política*. Pp.117-127. Buenos Aires, Biblos.

COMAROFF, J. y COMAROFF, J. (1992). "Of Totemism and Ethnicity". En: *Ethnography and the Historical Imagination*. Boulder: Westview Press.

COMAROF, J. y COMAROFF, J. (2002). "Naturalizando la nación: aliens, apocalipsis, y el estado postcoconial". *Revista de Antropología Social*. Universidad Complutense de Madrid, 1: 89-183

CORDEU E. y SIFFREDI S. (1971) *De la algarroba al algodón. Movimientos milenaristas del Chaco argentino*. Buenos Aires, Juárez.

CRAWFORD, R. (1994). "The Boundaries of the self and the unhealthy Other: Reflections on health culture and AIDS". En *Social Science & Medicine*, Vol. 38, N° 10, 1347-1365.

CRIADO, E. (1998). "Los decires y los haceres" En: *Papers* N° 56, Universidad de Sevilla, Departamento de Sociología, Sevilla. Pp. 57-71.

CUYUL, A. (2008) "La Burocratización de la salud intercultural en Chile. Del Neo-asistencialismo el Autogobierno Mapuche en Chile". Disponible en http://www.mapuexpress.net/images/publications/13_5_2008_17_18_49_1.pdf. Acceso, Mayo de 2009.

DANANI, C. (1996). "Algunas precisiones sobre la política social como campo de estudio y la noción de población-objeto". En HINTZE, S. (org.) *Políticas Sociales: Contribución al Debate Teórico Metodológico*. Pp. 21- 38. Buenos Aires, CBC- Centro de Estudios Avanzados, Universidad de Buenos Aires.

DANANI, C. (1999). "De la heterogeneidad de la pobreza a la heterogeneidad de los pobres. Comentarios sobre la investigación social y políticas sociales". En: *Revista Sociedad* N° 14, pp. 29-40. Facultad de Ciencias Sociales (UBA).

DANANI, C. (2004). "El alfiler en la silla: sentidos, proyectos y alternativas en el debate de las políticas sociales y de la economía social". En: Danani, C. (comp.) *Política*

social y economía social: debates fundamentales. 9-38. Buenos Aires, UNGS-Fundación OSDE- Altamira.

DE MARINIS, P. (1999). "Gobierno, Gubernamentalidad, Foucault y los anglofoucultianos (Un ensayo sobre la racionalidad política del neoliberalismo)". En: GARCÍA SELGAS, F. y RAMOS TORRE, R. (Hrgs) *Globalización, Riego, Reflexividad. Tres Temas de la Teoría Contemporánea*. Pp. 73-103 Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.

DOMENECH, E. (2003). "El multiculturalismo en Argentina: ausencias, ambigüedades y acusaciones". En *Estudios*. Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, Nro. 14: 33-47.

DONZELOT, J. (1990). *La policía de las familias*. Valencia, Pre-textos.

DOUGLAS, M. (1991). *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos polución y tabú*, Madrid, Siglo XXI.

DOUGLAS, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona, Paidós.

ELIAS, N. (2000 [1976]). "Ensaio Teórico sobre as relacoes establecidos-outsiders". En: ELIAS, N y SCOTSON, J.L. *Os establecidos e os outsiders: sociologia das relacoes de poder a partir de uma pequena comunidade*. pp. 19-50. Río de Janeiro, Jorge Zahar ed.

FASSIN, D. (1999). "La patetización del mundo: Ensayo de antropología política del sufrimiento". Traducción Mara Viveros Vigoya. Mimeo. Disponible en www.portalcosta.com.ar/margen/posgra/cp05/apunt04_01.rtf. Acceso Junio de 2008.

FASSIN, D. (2005). "Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes". En: *Educação*, año/vol.: XXVIII, N° 056, Pontificia Universidade Católica Do Río Grande Do Sul, Porto Alegre. Pp. 201-226. [En línea] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/848/84805604.pdf>. Acceso Agosto de 2008

FASSIN, D. (2004). "Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: hacia una antropología de la salud", en: *Revista Colombiana de Antropología*, volumen 40, Bogotá. Pp. 238-318.

FASSIN, D. (2008). "El hacer de la Salud Pública". [En línea] Disponible en: <http://www.equidad.cl/biblioteca/formador-de-formadores/modulo-1/El%20hacer%20de%20la%20salud%20p%C3%BAblica%20Didier%20Fassin.pdf>. Acceso Octubre de 2009.

FERNÁNDEZ JUAREZ, G. (coord.) (2004). *Salud e interculturalidad en América Latina, Perspectivas antropológicas*. Quito, Abya- Yala

FERNÁNDEZ JUAREZ, G. (coord.) (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito, Abya- Yala.

FOUCAULT, M. (1985) "El juego de Michel Foucault", entrevista publicada en la revista *Ornicar*, N° 10, 1977. En Foucault, M. *Saber y verdad*. pp. 127/162, Madrid, Ediciones de la Piqueta.

FOUCAULT, M. (1990). *Tecnologías del yo*. Barcelona, Paidós.

FOUCAULT, M. (1991^a) "La Gubernamentalidad", AA:VV., En: *Espacios de Poder*. Madrid, La Piqueta.

FOUCAULT, M. (1991b). "Nuevo orden interior y control social". En: FOUCAULT, M. *Saber y Verdad*. Madrid, La Piqueta, 1991

FOUCAULT, M. (2000 [1976]). *Defender la sociedad*. Pp. 217-237. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

FOUCAULT, M. (2001). "El Sujeto y el Poder". En DREYFUS, H. y RABINOW, P, *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Pp. 241-259. Buenos Aires, Nueva Visión.

FOUCAULT, M. (2002a [1976]). *Historia de la Sexualidad, Tomo I La voluntad de saber*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina.

FOUCAULT, M. (2002b (1975)). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina.

FOUCAULT, M. (2005 [1993-1974]). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

FOUCAULT, M. (2006 [1977-1978]). *Seguridad, Territorio, Población*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

FOUCAULT, M. (2007 [1978-1979]). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires; Fondo de Cultura Económica.

FÜLLER, N. (ed.) (2002). *Interculturalidad y política. Desafíos y Posibilidades*. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú e Instituto de Estudios Peruanos.

GARCÍA VÁZQUEZ, C. (comp.) (2009). *Hegemonía e Interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes: la interculturalidad como uno de los desafíos del siglo XXI*. Buenos Aires, Prometeo Libros.

GEAPRONA (Grupo de Estudios en Aboriginalidad, Provincias y Nación) (2006). "Diversidad cultural e interculturalidad como cosnrucciones socio-históricas". En Ameigerias, Aldo y Elisa Jure (comps.) *Diversidad cultural e interculturalidad*. Pp 255-264. Buenos Aires, Prometeo Libros.

GELIND, (Briones, C., Carrasco M., Escolar, D., Lenton, D.) (2000a). "El espíritu de la ley y la construcción jurídica del sujeto 'pueblos indígenas'. *VI Congreso Argentino de Antropología Social*. Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata y Colegio de Graduados de Antropología, 14 al 16 de septiembre.

GELIND, (Briones, C., Carrasco M., Lenton, D., Siffredi, A.) (2000b). "La producción legislativa entre 1984 y 1993". En: CARRASCO M. (editora) *Los derechos de los pueblos indígenas en la Argentina*. Asociación de Comunidades Indígenas Lhaka Honhat e International Working Group on Indigenous Affairs. Serie Documentos en Español N° 30. Buenos Aires, VinciGuerra Testimonios.

GODELIER, M. 1998 [1996] *El enigma del don*, Paidós, Barcelona.

GORDILLO, G. (1994). "La presión de los más pobres: reciprocidad, diferenciación social y conflicto entre los tobas del oeste de Formosa". En: *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología*. 15:53-82.

GORDILLO, G. (1998). "Terror en el Pilcomayo: fragmentos de historias olvidadas (1885-1937)". En: *Nosotros los Otros*, N° 3, Año II, Septiembre 1998. Buenos Aires; pp. 7-11.

GORDILLO, G. (2005). *Nosotros vamos a estar acá para siempre: historias tobas*. Buenos Aires, Biblos.

GORDILLO, G. (2006). *En el Gran Chaco: antropologías e historias*. Buenos Aires, Prometeo.

GORDILLO, G. y LEGUIZAMON, J. M. (2002). *El río y la frontera: movilizaciones aborígenes, obras públicas y Mercosur en el Pilcomayo*. Buenos Aires, Biblos.

GORDON, C. (1991). "Governmental rationality". En: BURCHEL, G. et al. (eds.), *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. Chicago, The University of Chicago Press.

GRASSI, E. (1990). "Nuevo discurso familiarista y viejas prácticas de discriminación en la redefinición de los contenidos de la legitimidad del orden social". En: Tarducci, M. (comp.) *La producción oculta. Mujer y Antropología*. Pp. 87-106. Buenos Aires, Contrapunto.

GRASSI, E. (1998). "La familia: un objeto polémico. Cambios en la dinámica de la vida familiar y cambios en el orden social". En: Neufeld, M.R., Grimberg, M., Tiscornia, S., Wallace, S. (comp), *Antropología Social y política. Hegemonía y poder: el mundo en movimiento*. Pp.95-119. Buenos Aires, EUDEBA.

GRASSI, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal: la otra década infame (1)*. Buenos Aires, Espacio.

GRASSI E. (2004). *Política y cultura en la sociedad neoliberal: la otra década infame*. Buenos Aires, Espacio.

GUBER, R. (2001). *La etnografía: método, campo, reflexividad*. Buenos Aires, Grupo Editorial Norma.

GUTIÉRREZ, A. (2006). "Prólogo: La tarea y el compromiso del investigador social. Notas sobre Pierre Bourdieu". En: BOURDIEU, P. *Intelectuales, Políticas y poder*. Pp. 7-19. Buenos Aires, EUDEBA

HALE, Ch. (2002). "Does Multiculturalism Menace? Governance, Cultural, Right and the Politics of Indentuty in Guatemala". *Journal of Latin American Studies*, 34: 485-524.

HALL, S. (1985). "Significacation, Representation, Idiology: Althuser and Post-estructuralist Debates". *Critical Studies in Mass Communication*, 2 (2):94-114.

HALL, S. (2003). "Introducción: Quién necesita identidad". En En: Hall S. y Du Gay P. (eds.) *Cuestiones de identidad*. Pp. 13-39. Buenos Aires, Amorrortu.

HINTZE, S. (2004). "Capital social y estrategias de supervivencia. Reflexiones sobre el 'capital social de los pobres'". En: Danani, C. (comp.) *Política social y economía social: debates fundamentales*. Buenos Aires, UNGS-Fundación OSDE- Altamira. Disponible en http://www.tau.org.ar/upload/89f0c2b656ca02ff45ef61a4f2e5bf24/HINTZE___Capital_Social.pdf. Acceso, noviembre de 2007.

HIRSCH, S. (2006). *El pueblo Tapiete de Argentina: Historia y cultura*. Buenos Aires, Universidad de Buenos Aires.

HIRSCH, S. (comp.) (2008). *Mujeres Indígenas en la Argentina*. Buenos Aires, Biblos.

IÑIGO CARRERA, N. (comp.) (1984). *Indígenas y fronteras: Campañas militares y clase obrera, 1870-1930*. Buenos Aires, CEAL

ITURRALDE, D. (1997). "Demandas Indígenas y reforma legal: retos y paradojas". En: *Alteridades*, Vol. 7 (14). México. Pp. 81-98.

JENSON, J. Y PHILLIPS, S (1999). "De la estabilidad al cambio en el derecho de ciudadanía canadiense". En: GARCIA, S. y LUKES, S. (comps.) *Ciudadanía: justicia social, identidad y participación*. Pp. 93-124. Madrid, Siglo XXI.

LEACKE, A. (coord.) (2008). *Los pueblos indígenas cazadores-recolectores del Chaco Salteño. Población, Economía y Tierras*. Salta, Fundación Asociana, Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, Universidad Nacional de Salta.

LERÍN, S. (2004). "Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta". En: *Desacatos, Revista de Antropología Social*, N° 016, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México. Pp 111-125.

LERÍN S. y REARTES D. (2009). "Salud mental, un tema olvidado: capacitación intercultural del personal de salud que atiende a la población indígena". En: García Vázquez, C (comp.) *Hegemonía e Interculturalidad. Poblaciones originarias y migrantes: la interculturalidad como uno de los desafíos del siglo XXI*. Pp. 317-340. Buenos Aires, Prometeo Libros.

LOCK, M. y SHEPHER HUGHES N. (1987). "The mindfull body. A prolegomenon to futurework in medical anthropology". En *Medical Anthropology Quarterly* (New Series), N° 1.

LORENZETTI, M. (2006) *Re-significaciones neoliberales de 'lo Indígena': las articulaciones de políticas de reconocimiento y políticas sociales en Argentina*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas no publicada, Facultad de Filosofía y letras, Universidad de Buenos Aires (UBA).

LORENZETTI, M. (2007a). "Políticas de reconocimiento, políticas sociales y ciudadanía: El programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios". Ponencia presentada en *Jornadas Internacionales "Del tercero ausente al tercero excluido: en torno a la invisibilidad social y política"*. Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires y el Centre de Sociologie des Practiques et des Représentations Politiques de la Université Paris VII-Denis Diderot. Buenos Aires, 11, 13 y 16 de Abril de 2007.

LORENZETTI, M. (2007b). "Del 'capital social' a la 'culturalización de la pobreza': la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena". *4tas Jornadas de Jóvenes Investigadores*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 19 al 20 de Septiembre. Publicación en CD.

LORENZETTI, M. (2008) "La Biopolítica como marco de intelegibilidad de los programas de salud para indígenas". En *IX Congreso Argentino de Antropología Social: "Fronteras de la Antropología"*, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones, Posadas del 5 al 8 de agosto de 2008. Publicación en CD. ISBN 978-950-579-103-3.

LURBE I PUERTO, K. (2005) *La enajenación de los otros. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y en Paris*. [en línea] Tesis doctoral [ISBN:B-24362-2006/84-689-8876-6/], disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0718106-135329//klp1de1.pdf. Acceso Julio de 2009.

LYNCH, F. (1994). "La dialéctica pilagá de la reciprocidad. Una concepción dialógica del intercambio étnico de bienes" en *Runa XXI*, pp.207-239.

LYNCH, F. (2002). "Hacia un modelo etnológico de la reciprocidad. Desde el paradigma pilagá del intercambio." en *Runa XXIII*, pp. 89-127.

MACEIRA, D. (comp.) (2007). *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires, Paidós.

MARTINEZ, A. T. (2007). *Pierre Bourdieu: razones y lecciones de una práctica sociológica. Del estructuralismo genético a la sociología reflexiva*. Buenos Aires, Manantial.

MCNEISH, J. A. (2005). "Luchando por la prosperidad: reflexiones sobre la crisis y las políticas para la pobreza en Bolivia". En Álvarez Leguizamón, S (comp.): *Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe*. pp. 223-348. Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales- CLACSO.

MENÉNDEZ, E. (1995). "Participación Social en salud como realidad técnica y como imaginario social". En *Dimensión Antropológica*, Año 2, vol. 05, México.

MENÉNDEZ, E. (2001). "Biologización y racismo en la vida cotidiana". En *Alteridades* 11 (21), México. Pp. 5-39.

MIGNOLO, W. (2002). "Las geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder. Entrevista a Walter D. Mignolo". En: WALSH, C., SCHIWY F. y CASTRO-GÓMEZ S. (Eds) *Indisciplinar las ciencias sociales. Geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder. Perspectivas desde lo Andino*, Quito; UASB/Abya Yala. Disponible en: <http://www.oei.es/salactsi/walsh.htm>. Acceso octubre de 2009.

MORALES PEÑA, C. (2009). *Diálogos sobre salud en idiomas aborígenes*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.

MORO, J. (2000). "Problemas de agenda y problemas de investigación". En: Escolar Cora (comp.) *Topografías de la investigación: métodos, espacios y prácticas profesionales*. Pp: 113-140. Buenos Aires, EUDEBA.

NARI, M. (2004). *Políticas de la maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires, Biblos.

OSZLAK, O. y O'DONELL G. (1995). "Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación". *Redes, Revista de Estudios Sociales de la Ciencia*. Buenos Aires, 2 (4): 99-128.

PARKER R. y AGGLETON P. (2003) HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*. 57, 13-24.

POJASI, A. (1994). *Tartagal, Historia de una región (1864-1925)*. Salta, Asociación Bancaria, Seccional Salta.

PROCACCI, G. (1999). "Ciudadanos pobres, la ciudadanía social y la crisis de los Estados de Bienestar". En: GARCIA, S. y LUKES, S. (comps.) *Ciudadanía: justicia social, identidad y participación*. Pp. 15- 44. Madrid, Siglo XXI.

QUEIROLO, G. (2005). "Marcela Nari, *Políticas de maternidad y maternalismo político; Buenos Aires (1890-1940)*, Buenos Aires, Biblos, 2004, 319 p.", En *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea], Reseñas de libros y CD roms, 2005, Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/index1127.html>. Acceso Julio de 2009.

QUILICI, I. (2007). "Actores y elementos relevantes en políticas públicas en salud indígena". Ponencia presentada en el *Seminario Taller: Pueblos Indígenas de América Latina. Políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?* [En línea], Organizado por CEPAL, Santiago de Chile 25 y 26 de junio de 2007. Disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/8/29208/IQuiliciD.pdf>. Acceso el 09 de Agosto de 2007.

QUIROZ, J. (2006). *Cruzando la Sarmiento: una etnografía sobre piqueteros en la trama social del sur del Gran Buenos Aires*. Buenos Aires, Antropofagia.

RAMÍREZ HITTA, S. (2005). *Donde el viento llega cansado: Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz, Cooperación Italiana.

RAMÍREZ HITTA, S. (2006). "La interculturalidad sin todos sus agentes sociales". En Fernández Juárez, G (coords), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica cultural*. Pp 405-412. Quito, Abya- Yala.

RAMÍREZ HITTA, S. (2008). "Políticas de salud basadas en el concepto de "interculturalidad". Los centros de "salud intercultural" en Bolivia. En *IX Congreso Argentino de Antropología Social: "Fronteras de la Antropología"*, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones, Posadas del 5 al 8 de agosto de 2008. Publicación en CD. ISBN 978-950-579-103-3.

RESTREPO, E. (2004^a). *Teorías contemporáneas de la etnicidad: Stuard Hall y Michel Foucault*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca.

RESTREPO, E. (2004b). "Biopolítica y alteridad: dilemas de la etnización de las colombianas negras". En RESTREPO, E. y ROJAS, A. (editores), *Conflicto e (in) visibilidad. Retos en los Estudios de la gente negra en Colombia*. Pp. 271-299. Popayán, Universidad del Cauca.

RESTREPO, E. (2008). "Cuestiones de método: 'eventualización' y problematización en Foucault". En *Tabula Rasa*, N° 8. Pp. 111-132. Bogotá.

RODRÍGUEZ G. y SEGUEZZO G. (2009). "Los modos de problematización de la (in)seguridad: entre diagnósticos y terapéuticas", Paper a ser presentado en el XXVII Congreso ALAS, agosto de 2009 (Aceptación confirmada).

ROSE, N. (1997). "El gobierno en las democracias liberales "avanzadas": del liberalismo al neoliberalismo". *Archipiélago. Cuaderno de crítica de la cultura N°29*. pp. 25-40. Madrid.

ROSE, N. (2003). "Identidad, genealogía, historia". En: Hall S. y Du Gay P. (eds.) *Cuestiones de identidad*. Pp. 214-250. Buenos Aires, Amorrortu.

ROSE, N. (2007). "¿La muerte de lo social? Re- configuración del territorio de gobierno". En: *Revista de Sociología de Argentina*, año/vol 5, número 008. Buenos Aires. Pp: 111-150.

ROZENBLANT, E. (2007) "Atención Primaria de la Salud y gestión. Un enfoque de integración y acción". En Maceira, Daniel (comp.): *Atención Primaria en Salud*. Pp. 31-74. Buenos Aires, Paidós.

SALHINS, M. (1983). *Economía de la edad de piedra*. Barcelona, Akal.

SCAGLIA, M. C. (2006, agosto 2-4). "La Atención Primaria de la Salud en contextos de excusión: el desarrollo del Programa Médicos Comunitarios en un municipio del conurbano Bonaerense". [CD-ROM] En *IV Jornadas de Investigación en Antropología Social*, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.

SEGATO, R. (2007). *La nación y sus otros: raza, etnicidad y diversidad religiosa en tiempos de políticas de identidad*. Buenos Aires, Prometeo Libros.

SEGOVIA, L. (1998). *Nuestra Memoria "Olhamel Otichunhayaj"*. Buenos Aires, EUDEBA.

TAMAGNO, L. (coord.) (2009). *Pueblos indígenas: interculturalidad, colonialidad, política*. Buenos Aires, Biblos.

TARDUCCI, M. (org.) (2008) *Maternidades en el siglo XXI*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

TESTA, M. (1985) "Atención ¿primaria o primitiva? En *Cuadernos médicos sociales*, N° 34, Rosario.

TOPALOV, Ch. (2004). "De la 'cuestión social' a los 'problemas urbanos': los reformadores y la población de las metrópolis a principios del siglo XX". En: Danani, C. (comp.) *Política social y economía social: debates fundamentales*. Pp. 41-71. Buenos Aires, UNGS-Fundación OSDE- Altamira.

TRINCHERO, H. H. y MARANTA A. (1987). "Las crisis reveladoras: historia y estrategias de la identidad entre los Mataco- Wichí del Chaco centro-occidental". En: *Cuadernos de Historia Regional*. N° 10. Buenos Aires, Eudeba- Universidad Nacional de Luján. Pp. 74-92.

TRINCHERO, H. H (2000). *Los dominios del demonio: Civilización y Barbarie en las fronteras de la Nación, El Chaco Central*. Buenos Aires, EUDEBA.

TRINCHERO, H. H. (2007). *Aromas de lo exótico (retornos del objeto): para una crítica del objeto antropológico y sus modos de producción*. Buenos Aires, SB.

VIVEROS VOGOYA, M. (2006). "Políticas de sexualidad juvenil y diferencias étnico-raciales en Colombia: reflexiones a partir de un estudio de caso". En: *Estudios Feministas* 14(1), Florianópolis. Pp. 149-168.

WACQUANT, L. (2005). "Hacia una praxeología social: la estructura y la lógica de la sociología de Bourdieu". En BOURDIEU, Pierre y WACQUANT Loïc, *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.

WALSH, C. (2002). "(De) construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros del Ecuador". En: FÜLLER, N. (ed) *Interculturalidad y política. Desafíos y Posibilidades*. Pp. 115-142. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú e Instituto de Estudios Peruanos.

WRIGHT, P. (2008) "Formosa una poética de fronteras". En WRIGHT, P, *Ser en el sueño: crónicas de historia y vida toba*. Pp. 77-124. Buenos Aires, Biblos.

YOUNG, J. (2001). "Canibalismo y Bulimia: patrones de control social en la modernidad tardía". En *Delito y Sociedad, Revista de Ciencias Sociales*, Año 10, N°15/16. Pp.25-42. Buenos Aires, Programa de Estudios de Control Social (PECOS).

YÚDICE, G. (2002). *El recurso de la cultura. Usos de la cultura en la era global*. Ropollet, España, Gedisa Editorial.

ZIZEK, S. (1998). "Multiculturalismo, o la lógica cultural del capitalismo multinacional". En: JAMENSON, F. y ZIZEK, S. *Estudios culturales. Reflexiones sobre el Multiculturalismo*. Buenos Aires, Paidós.

FUENTES DOCUMENTALES:

Organismos Nacionales e Internacionales

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID), 2004 (GN-2295/04): "Marco Estratégico para el Desarrollo Indígena", [en línea]. Disponible en: <http://www.iadb.org/sds/doc/IND%2DGN2295S2.pdf>, acceso Diciembre 16, 2004.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID), 2004 (GN-2296/04): "Política Operativa sobre Pueblos Indígenas", [en línea]. Disponible en: <http://www.iadb.org/sds/doc/IND%2DGN2296aS.pdf>, acceso Diciembre 16, 2004.

CEPAL (2007). "Políticas y Programas de Salud de Pueblos Indígenas en América Latina". En *Panorama Social de América Latina 2007* de la CEPAL, [en línea]. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/30305/PSE2007_Cap5_AgendaSocial.pdf. Acceso el 23 de Noviembre de 2007

FISA (Foro de Investigación en Salud de Argentina) (2008). "Abordaje en salud con Pueblos Indígenas: hacia la fijación de prioridades en investigación". Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina y Equipo Multicéntrico de Prioridades de Investigación en Salud de la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, [en línea]. Disponible en: www.fisa.anm.edu.ar Acceso: Marzo de 2008.

MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO, PROVINCIA DE SALTA, Informe: "Acciones y políticas sociales del Gobierno de Salta", [en línea]. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/anexos/informe/10/44510.doc> Acceso 9 de noviembre 2009.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2000). Documento ANAHI, "Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas".

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2005^a). Documento ANAHI, "Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas" [en línea]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/html/site/prog_anah.asp. Acceso: 31 de agosto 2005.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2005b), “Programa Médicos Comunitarios. Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios”, [en línea]. Disponible en: www.medicoscomunitarios.gov.ar/pueblos.php. Acceso: 16 de Julio de 2006

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2005c). “Programa Médicos comunitarios. Posgrado en Salud Social y Comunitaria: Actividades Preliminares para Becarios”.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2006). Documento FESP “Marco de Planificación para los Pueblos Indígenas en el proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública”, [en línea]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pdf/MarcoSalvagIndigena-FESP.pdf>. Acceso 4 de Diciembre, 2007.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, PCIA DE SALTA (2008). *Manual del agente sanitario actualizado*, Salta, Gobierno de la Provincia de Salta.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, PCIA DE SALTA, Dirección de APS (2008). Carta destinada a gerentes generales, gerentes de APS y agentes sanitarios: “Recurso humano y revalorización” en *Instructivo del segundo curso pre-ronda año 2008*, Salta, Gobierno de la Provincia de Salta.

Artículos en diarios, revistas y publicaciones por capítulos (en orden de mención)

Capítulo III

Rodríguez, Jesús (2006, Abril 4). Tartagal: ya hay 130 evacuados y anuncian lluvias hasta fines de abril. *Clarín*. Suplemento Sociedad [En línea] Disponible en: <http://www.clarin.com/diario/2006/04/04/sociedad/s-03001.htm>, acceso, abril de 2006

Gutiérrez, Alfredo (2006, Abril, 6) Las aguas salteñas llegaron al Congreso. *Clarín*: Suplemento Sociedad [En línea] Disponible en: <http://www.clarin.com/diario/2006/04/06/sociedad/s-01172171.htm>, acceso abril de 2006

Rodríguez, Jesús (2006, Abril, 6). Lluvias, crecidas y más derrumbes ponen a Tartagal en máximo peligro. *Clarín*: Suplemento Sociedad [En línea] Disponible en: <http://www.clarin.com/diario/2006/04/06/sociedad/s-03801.htm>, acceso abril de 2006

Romero acusa al intendente de Tartagal de no prevenir los desbordes del río. (2006, Abril 6) *Clarín*: [En línea] Disponible en: <http://www.clarin.com/diario/2006/04/06/um/m-01172331.htm>, acceso abril de 2006

Palacios, Cynthia (2006, Abril 6) La Niña y el cambio climático, los culpables. *La Nación* [En línea] Disponible en: www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=795029, acceso 6 de abril de 2006

Volvió a desbordar el río Pilcomayo. (2008, Marzo 7) *El Tribuno*, [En línea] Disponible en: <http://www.corebe.org.ar/NOVEDADES/MARZO-2008.htm#VOLVIO>, acceso Marzo de 2008

El agua del Caraparí paso sobre el puente de la ruta 34 (2008, marzo 10) *El Tribuno*, [En línea] Disponible en: <http://www.corebe.org.ar/NOVEDADES/MARZO-2008.htm#ELAGUA>, acceso Marzo de 2008

El temporal hizo estragos en el norte. (2008, Marzo 11). *El tribuno* [En línea] Disponible en: <http://www.corebe.org.ar/NOVEDADES/MARZO-2008.htm#TEMPORAL>, acceso Marzo de 2008.

Aumenta la cantidad de evacuados y aislados por las crecidas de ríos (2008, Marzo 13). *Nuevo Diario de Salta* [En línea] Disponible en: www.nuevodiariodesalta.com.ar/diario/archivo/noticias_v.asp?11251, acceso marzo de 2008

Tartagal, desastre que pudo evitarse (2009, Febrero 13) *Clarín* [En línea] Disponible en: www.clarin.com/diario/2009/02/13/opinion/o-01858026.htm, acceso 13 de febrero de 2009.

Tartagal, otra vez bajo el agua y el barro. (2009, Febrero 9) *Página 12*, [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/ultimas/20-119738-2009-02-09.html, acceso 09 de febrero de 2009

Dos muertos y ocho desaparecidos. (2009, Febrero 9) *Página 12*, [En línea] Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/ultimas/20-119778-2009-02-10.html>, acceso 9 de febrero de 2009

Randazzo: “es un verdadero desastre”. (2009, Febrero 9) *Página 12*, [En línea] Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/ultimas/index-2009-02-10.html>, acceso 9 de febrero de 2009

Aranda, Darío (2009, Febrero 10) Mucho más que una catástrofe natural. *Página 12*, [En línea] Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-1197773-2009-02-10.html>, acceso 10 de febrero de 2009

Un antecedente, hace tres años. (2009, Febrero 10) *Página 12*, [En línea] Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/119773-38138-2009-02-10.html>, acceso 10 de febrero de 2009

Aranda, Darío (2009, Febrero 11) El día después, todo barro y mucha bronca. *Página 12*, [En línea] Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-119807-2009-02-11.html>, acceso 11 de febrero de 2009

Aranda, Darío (2009, Febrero 11) Polémica sobre los desmontes. *Página 12*, [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/119807-38159-2009-02-11.html, acceso 11 de febrero de 2009

Aranda, Darío (2009, Febrero 11) El destino de los bosques. *Página 12* [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/subotas/119807-38160-2009-02-11.html, acceso 11 de febrero de 2009

Agua, vacunas y herramientas. (2009, Febrero 11) *Página 12*, [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/119807-38162-2009-02-11.html, acceso 11 de febrero de 2009

La verdadera tragedia es la pobreza. (2009, Febrero 12) *Página 12*, [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-119868-2009-02-12.html, acceso 12 de febrero de 2009.

Cuidar el árbol para ver el bosque. (2009, Febrero 14) *Página 12*, [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-119973-2009-02-14.html, acceso 14 de febrero de 2009.

Garantizar el nivel sanitario. (2009, Febrero 14) *Página 12*, [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/3-38218-2009-02-14.html, acceso 14 de febrero de 2009.

Tartagal, reconstrucción y emergencia. (2009, Febrero 14) *Página 12*, [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-119956-2009-02-14.html, acceso 14 de febrero de 2009

Aranda, Darío (2009, Febrero 15). Tala, petróleo y alud: Tartagal, un pueblo con riqueza natural y pobreza estructural. *Página 12*, [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-119990-2009-02-15.html, acceso 15 de febrero de 2009

Aranda, Darío (2009, Febrero 15). Queremos tierra donde vivir tranquilos. *Página 12*, [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/119990-38229-2009-02-15.html, acceso 15 de febrero de 2009

Bullentini, Ailín (2009, Febrero 16) La reconstrucción de Tartagal. *Página 12*, [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-120028-2009-02-16.html, acceso 16 de febrero de 2009

Aranda, Darío (2009, Febrero 17) La valla a la topadora se llama wichí. *Página 12*, Sociedad [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-120092-2009-02-17.html, acceso 17 de febrero de 2009

Aranda, Darío (2009, Febrero 17) La tala y la soja. *Página 12*, Sociedad [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/sociedad/subnotas/120092-38273-2009-02-17, acceso 17 de febrero de 2009

El dengue y la ayuda. (2009, Febrero 17) *Página 12*, Sociedad [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/sociedad/subnotas/120092-38274-2009-02-17

ENDEPA (2009, Febrero 17) ¿Pudo evitarse el desastre en Tartagal?, comunicado de prensa por ENDEPA, En: *Indymedia*, [En línea] Disponible en: <http://argentina.indymedia.org/news/2009/02/654425.php>, acceso 17 de febrero de 2009.

Wahren, J. (2009, Marzo 7). Otras miradas sobre el desastre en Tartagal. *Página 12*, [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-121106-2009-03-07.html, acceso 7 de marzo de 2009.

Rodríguez, Carlos (2009, Febrero 19). Cruce de igual a igual por los desmontes. *Página 12*, Sociedad [En línea] Disponible en: www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-120205-2009-02-19.html, acceso 19 de febrero de 2009.

Que nos escuchen. (2009, Febrero 19) *Página 12*, [En línea] Disponible en www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/120205-38318-2009-02-19.html, acceso 19 de febrero de 2009.

El cacique de las 70 causas. (2009, Febrero 19) *Página 12*, [En línea] Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/120205-38319-2009-02-19.html>, acceso 19 de febrero de 2009.

Murieron de desnutrición dos niños aborígenes. (2008, Octubre 5). *El tribuno*, [En línea] Disponible en: <http://www.diariosalta.com/noticias/salta/359-murieron-de-desnutricion-dos-ninos-aborigenes>, acceso 6 de octubre de 2008

Murieron dos niños wichí en un desmonte. (2008, Octubre 10) *Nuevo Diario de Salta*, [En línea] Disponible en: www.nuevodiariodesalta.com.ar/diario/archivo/noticias_v.asp?15614, acceso 10 de octubre de 2008.

COPENOA (2008, Octubre 7) SALTA: Mueren dos niños aborígenes luego de pasar tres días sin comer en una finca en Tartagal. En: COPENOA [En línea] Disponible en <http://www.copenoa.com.ar/SALTA-Explotacion-desnutricion-y.html>, acceso 7 de octubre de 2008

Afirman que los niños wichi muertos no estaban desnutridos. (2008, Octubre 10) *El Intransigente.com* [En línea] Disponible en: <http://www.elintransigente.com.ar/notas/2008/10/10/regionales-4594.asp>, acceso 10 de octubre de 2008

Denuncian al INAI por instigar a la violencia. (2006, Septiembre 29) *El Tribuno*, [En línea] Disponible en http://eltribunosalta.com.ar/edicion-salta/salta/20060929_181922.php, acceso 29 de septiembre de 2006

Scandizzo, Hernán y Badano, Pablo (2006, Diciembre 31). Comunidades de Ruta 86: Bajo el fuego de la provincia y la agroindustria. En: *Indymedia* [En línea] Disponible en: <http://argentina.indymedia.org/news/2006/12/478582.php>, acceso, 5 enero de 2007

Red Eco Alternativo (2008, Octubre 11) La difícil realidad de la comunidad wichí en Salta. En: *Indymedia*, [En línea] Disponible en: <http://argentina.indymedia.org/news/2008/10/631404.php>, acceso 13 de octubre de 2008

Capítulo V

Revista Sanidad, Junio de 2008, Publicación de la Asociación de los Trabajadores de la Sanidad, Filial Salta.

Capítulo VI

Plan Provincial Alimentario (Programa *Nutri Vida*) Parte de Prensa de la Provincia de Salta -Publicado 4 de Julio 2008. [En línea] Disponible en: <http://www.cfired.org.ar/Default.aspx?nId=4245>, acceso Agosto de 2008.

Brizuela, Miguel (2008, Julio 6). 'Hemos decidido invertir en la panza de los chicos', dijo Urtubey. *Salta21*, [En línea] Disponible en: <http://www.salta21.com/Hemos-decidido-invertir-en-la.html>, acceso Agosto de 2008

Capítulo VIII

Federico, Mauro (2009, Julio 7) Médicos de Salta denuncian que uno de cada tres chicos está desnutrido: los llaman "enanos nutricionales". Pero para las autoridades son "enanos raciales". *Critica de la Argentina*, Suplemento Sociedad. [En línea] Disponible en: <http://criticadigital.com/index.php?secc=nota&nid=26035>. Acceso 7 de julio de 2009

Salta: niños de cerebro cortito, el flagelo del hambre (2008, Julio 7) *COPENOA* [En línea] Disponible en: <http://www.copenoa.com.ar/SALTA-Ninos-de-cerebro-cortito-el.html>, acceso 25 de octubre de 2008.

González Bazán, Elena (2008, octubre 15). La muerte blanca en Salta (Parte I) *COPENOA* [En línea] Disponible en: <http://www.copenoa.com.ar/La-muerte-blanca-en-Salta-Parte-I.html>, acceso 15 de octubre de 2008

González Bazán, Elena (2008, Octubre 23). Argentina: la muerte de los niños wichí. En: *Argenpress* [En línea] Disponible en: <http://www.argenpress.info/2008/10/Argentina-la-muerte-de-los-niños-wichi.html>, acceso 23 de octubre de 2008.