

LA DIMENSIÓN POLÍTICA DE LA SALUD: LAS PRÁCTICAS SANITARIAS DESDE LAS COMUNIDADES PERI-URBANAS WICHÍ DEL DPTO. DE SAN MARTÍN (SALTA)

Dra. Mariana Isabel Lorenzetti
ICA, FFyL, U.B.A.
lorenzettimariana@gmail.com¹

RESUMEN

Los programas de salud para indígenas de las dos últimas décadas han privilegiado la Atención Primaria de la Salud (APS) como principio de intervención tendiente a revertir los desfavorables índices de morbi-mortalidad en este sector poblacional. En este trabajo analizo las tensiones entre las prácticas socio-sanitarias de la APS y las nociones de salud-enfermedad puestas en juego por las comunidades peri-urbanas wichí en Tartagal (Provincia de Salta). En primer lugar, indago cuál es la lógica y la modalidad preponderante que anima la APS. En segundo lugar, reconstruyo el contexto socio-político donde se inscriben las intervenciones socio-sanitarias, teniendo presente el carácter que allí asumen las relaciones interétnicas. A través de un abordaje etnográfico examino dónde y a través de qué medios los sujetos involucrados dirimen los conflictos respecto de lo que se recorta como problema de salud. Luego de analizar cómo se articulan las prácticas de la APS en dicho contexto, las concepciones de salud hegemónicas y las modalidades con las que las comunidades wichí articulan reclamos posibles, planteo algunos recaudos teóricos-metodológicos necesarios para poder entender, en su complejidad, la dimensión política de la salud.

Palabras clave: política, salud, resistencia, comunidades wichí

¹ Fecha de realización del artículo: mayo de 2012. Fecha de aceptación: junio 2012

ABSTRACT

Health programs of the past two decades aimed at indigenous people have taken the primary health care intervention as a tool to modify the unfavorable indices of morbidity and mortality of these social groups. This paper analyzes the tensions between the practices of Primary Health Attention and notions of health and disease of the wichí communities (Province of Salta). First, we inquire what the prevailing logic of the Primary Health Care. Second, reconstructed the socio-political context in which are inscribed the health interventions. Through an ethnographic study is examined where and by what means the persons involved arbitrate health problems. After examining how they link the practices of primary health care in this context, hegemonic conceptions of health and the ways in which wichí communities pose their demands, it raises some theoretical and methodological precautions necessary to understand in its complexity the political dimension of health.

Keywords: politics, health, resistance, wichí communities

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, desde las agencias estatales se advierte una creciente preocupación por la “salud indígena”, centrada, fundamentalmente, en discutir el acceso y el alcance de la atención médica y los programas sanitarios a dicho sector poblacional. En este marco, distintas iniciativas del Ministerio de Salud de la Nación fueron configurando un conjunto de directrices. Las mismas fijaron como objetivo prioritario promover una “adecuación cultural” en las intervenciones socio-sanitarias tendientes a revertir los indicadores de salud desfavorables que afectan a la población indígena (Lorenzetti 2009).² Como espacio emergente dentro de la agenda pública, el dominio de la “salud intercultural” ha dado lugar a cierta visibilización de las diferencias étnicas-culturales. En el mismo, las adscripciones identitarias se constituyen en objeto de disputa en cuanto aparecen, más o menos explícitamente, asociadas a determinados parámetros que se definen como “saludables” (Lorenzetti 2012).

² Entre dichas iniciativas se encuentran: el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAH), creado en el año 2000 durante la administración de la Alianza (presidencia de Fernando de la Rúa), a partir del cual se da continuidad a la red de agentes sanitarios indígenas formada en los años 93 y 94, por la emergencia del cólera en las provincias del NOA y NEA; el Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, implementado en los años 2005-2006 (administración del Frente para la Victoria, durante la presidencia de Néstor Kirchner). Con dicho programa, además de cubrir algunas provincias del NEA y NOA, se incluyen otras provincias de la región del Centro, Cuyo y Patagonia. Por último, se encuentra la Salvaguarda Indígena del Proyecto Funciones Esenciales y Programas Priorizados, financiado por el Banco Mundial, puesto en marcha en el año 2006 para dar cobertura en las provincias donde se activa la Política de Pueblos Indígenas del Banco Mundial, OP 4.10.

Teniendo presente que las intervenciones socio-sanitarias se asientan en construcciones de salud y alteridad (resultantes de procesos socio-históricos específicos), me interesa analizar los efectos que estas tienen en las comunidades peri-urbanas wichí de la localidad de Tartagal. Particularmente, el propósito del trabajo es examinar cómo cobran expresión las tensiones entre concepciones de salud-enfermedad-atención que guían las actividades de la Atención Primaria de la Salud (APS) y el modo en que los indígenas interpretan las intervenciones socio-sanitarias. A través de dichas fricciones puede advertirse que, mientras las acciones de la salud pública están reducidas a morigerar Necesidades Básicas Insatisfechas, desde las comunidades se cuestionan estas modalidades de intervención hegemónicas. En este sentido, los wichí vinculan sus reclamos de salud con los procesos de despojamiento territorial y arrinconamiento a espacios de vida desfavorables, considerándolos como determinantes de los padecimientos que los aquejan.

De acuerdo con el propósito señalado, en primer lugar, analizo cuál es la lógica preponderante que anima la APS, basada en la construcción de perfiles poblacionales según “factores de riesgo”. En segundo lugar, reconstruyo en qué contexto tiene lugar este tipo de intervención socio-sanitaria. Puntualmente, examino las definiciones de “normalidad” locales que modulan las relaciones entre criollos e indígenas. Mediante el análisis de estos dos puntos, el trabajo se encamina a examinar dónde y a través de qué medios los sujetos involucrados dirimen los conflictos respecto a lo que se recorta como problema de salud. En base al trabajo de campo realizado, retomo la producción de sentidos que los agentes de salud local y los wichí otorgan a las prácticas sanitarias en el marco de sus interacciones sociales.³ En este sentido, el trabajo apunta a evidenciar los puntos críticos donde se expresan las tensiones entre las prácticas sanitarias y los reclamos de salud wichí según las condiciones de posibilidad que los mismos encuentran para canalizarlos.

LA CONSTRUCCIÓN DE LOS “FACTORES DE RIESGO” EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Desde que se planteó, en el año 1978, el enfoque en salud basado en la “atención primaria”⁴, sucesivos encuentros y documentos, tanto en foros inter-

³ El trabajo de campo se inició en el año 2006 en el marco de la beca doctoral financiada por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires. El mismo tuvo su continuidad a través de la beca post-doctoral otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas durante los años 2010-2012. El análisis que aquí presento es producto de la experiencia etnográfica desarrollada en comunidades indígenas wichí que se encuentran a 36 kilómetros del centro urbano de Tartagal (cabecera del departamento de San Martín, provincia de Salta). Dichas comunidades se encuentran ubicadas en las inmediaciones de las rutas nacionales N° 34 y N° 86.

⁴ Con la Declaración de Alma Ata (URSS) en el año 1978, organizada por la OMS, 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”. Dicho enfoque de salud 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 prevención y curación que modificara el peso de la práctica médico-asistencial. Tal perspectiva apuntaba, básicamente, a la comunicación y la educación

nacionales como en los ámbitos nacionales, fueron reformulando dicha política sanitaria. Con el objeto de abordar el carácter programático que asumió el modelo en los últimos años, resulta pertinente retomar el documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), titulado “Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas” (2005). Allí se sostiene que:

... 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 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 (En Maceira 2007: 16-17).

Siguiendo estos lineamientos, las iniciativas de la salud dirigidas a los pueblos indígenas dan por sentado la estrategia de la APS como pertinente para reducir los indicadores de salud desfavorables que afectan a dicho sector poblacional. Se señala que los principios constituyentes de la APS, tales como la accesibilidad y la cobertura universales, la participación y el auto-sostenimiento individual y comunitario, junto con el costo-efectividad en función de los recursos disponibles, constituyen 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).

No obstante, en el diseño de estas iniciativas son poco comunes las reflexiones críticas sobre el *modus operandi* a partir del cual la APS cobra encarnadura en prácticas concretas. Me refiero a los presupuestos que dan forma a una concepción de la salud circunscripta a la administración de “riesgos”, así como las implicancias de una política sanitaria donde la gestión social pasa por la identificación de “factores de riesgo” entendidos como “estilos de vida”.⁵

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).

⁵ El análisis sobre la construcción del “riesgo”, como aspecto estructurador de relaciones sociales contemporáneas, ha sido trabajado desde la sociología y la antropología, desde diferentes enfoques, por Beck (1998), Castel (1986), Luhmann (2006) y Douglas (1996). En el campo de la salud, los trabajos de Margulies (2009), Margulies, Barber y Recoder (2006) y Epele (1997), sobre los usos y efectos de la noción de “riesgo” y “estilos de vida” en la construcción biomédica del VIH-Sida, constituyen un aporte significativo al problematizar los modos en que se entrelazan las teorías y prácticas de asistencia sanitaria con la estigmatización de ciertos sectores sociales en contextos particulares. Asimismo, para una

Alegando la voluntad de proporcionar una atención más ajustada a las necesidades de los grupos más desfavorecidos, las propuestas de intervención han reducido el trabajo de los equipos de APS a la gestión de los recursos sanitarios mediante la construcción de “grupos de riesgo”. De este modo, la adopción de la noción “de riesgo” ha implicado 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). Fundado en un procedimiento de orden técnico e ideológicamente neutro, dicho modelo de gestión justifica una distribución focalizada de recursos mediante el cálculo de paquetes y planes de atención básica.

Es en este marco que los equipos de APS del departamento de San Martín llevan a cabo las tareas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Mediante la realización de las visitas domiciliaria, corresponde a los agentes sanitarios detectar a las “familias en riesgo” a fin de enseñar los cuidados de la salud, promover los “hábitos de higiene”, “inculcar la importancia del vínculo familiar” y distribuir la leche a las familias con niños desnutridos. Asimismo, deben “captar a las mujeres embarazadas” para asegurar la realización de los controles prenatales y “concientizar” sobre la importancia de la planificación familiar. Dichas tareas implican también 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 llevar a cabo “las campañas” tanto de vacunación como de “prevención frente a situaciones críticas”.

A través de los factores de riesgo predeterminados en una planilla⁶, cada agente sanitario debe clasificar a las familias visitadas en una gradiente de riesgo: “leve”, “moderado” o “grave”. De este modo, la visita domiciliar constituye la modalidad operativa para medir, calificar, apreciar y jerarquizar a las familias, distinguiendo lo “normal” de lo “anormal” según ciertos criterios. En este sentido, los indicadores de riesgo supeditados, básicamente, a la composición familiar y a los medios disponibles de manutención (como retomaremos más adelante) devienen la base a partir de la cual se despliegan las intervenciones sanitarias. Así, de acuerdo con la identificación y la sumatoria de los factores de riesgo, el agente sanitario determina cómo se realizará la asistencia y qué recursos corresponden de acuerdo con el caso y los procedimientos previstos. 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 vigilancia recae diferencialmente sobre las familias del sector asignado, desplegándose con más intensidad sobre aquellas de alto riesgo y riesgo

aproximación desde la epidemiología crítica sobre el “riesgo”, como eje vertebrador de las políticas en salud, pueden consultarse los trabajos de Almeida Filho, Castiel y Ayres (2009), Almeida Filho (2000), Brehil (2003) y Carvalho Mesquita Ayres (2005).

⁶En las planillas, los “factores de riesgo” consignados son: “Grupo familiar integrado por menores de 6 años; Desempleo y/o ingreso inestable (trabajo irregular, jornalero); Ausencia de Padre o Madre (padre madre soltero/a -Viuda/o; Hacinamiento; Enfermedades crónicas en la familia; Enfermedades sociales (violencia familiar, alcoholismo, drogadicción); Niños menores de seis años con déficit nutricional; Embarazada en riesgo; Tratamiento inadecuado de Agua y/o DSE y/o TSB y/o Vivienda inadecuada; Analfabetismo de la persona a cargo de los menores; Mortalidad infantil o materna; Recién nacido/puérpura.”(Formulario N° 1, año 2009).

moderado (Lorenzetti 2010).⁷

Bajo estas coordenadas, la operacionalización de los factores de riesgo sanitario (como aquello que “ nombra la realidad ”) implica, en la práctica, construir un fichero de comportamientos inapropiados dirigido a intervenir en los “ estilos de vida ” según determinadas normas sociales y valores de referencia (Douglas 1996, Epele 1997, Lurbe I Puerto 2005, Margulies 2009, Rose 2007). Así, 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. Cabe entonces analizar cómo esas nociones de riesgo son construidas socialmente, en tanto no pueden ser trabajadas independientemente de la lente que ordena una determinada manera de detectar “ lo riesgoso ” (Bestard 1996). Dicha 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 estos, más la atribución de responsabilidades al respecto, constituyen, por tanto, formas de proteger, defender y afirmar ciertas normas hegemónicamente instituidas (Bestard 1996, Brehil 2003).

Me interesa ahora detenerme en el contexto en el que se desarrollan las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Particularmente, analizaré la percepción social del riesgo en su articulación con las bases sociales de su codificación. Tal percepción encuentra inteligibilidad en la configuración de una “ matriz de alteridad ” (Briones 2005) donde tanto la población indígena como los problemas que atraviesan tienen una visibilidad particular.⁸

LOS MARCOS SOCIALES DE LAS INTERVENCIONES SOCIO-SANITARIAS

El contexto en el cual se inscriben las intervenciones en salud no es una cuestión externa que debe ser relacionada con las experiencias subjetivas, ni meramente un escenario en el que las experiencias transcurren sino, justamente, una parte constitutiva de las mismas (Grimberg 2009a:11). Por dicha

⁷ De este modo, si la familia supera las “ siete cruces ” es considerada una “ familia de riesgo ”, acrecentándose su nivel o grado de riesgo cuanto más “ cruces ” se consignen en la planilla. De esta manera, se establece que la “ familia de alto riesgo ” debe ser visitada una vez al mes; la “ familia de riesgo moderado o leve ”, una vez cada mes y medio; en tanto, las “ familias normales ”, en cuyo formulario se registra menos de “ siete cruces ”, una vez cada tres meses.

⁸ En este sentido, la “ matriz de alteridad ” debe entenderse como la resultante de mecanismos de marcación puestos en juego en cierta formación social. Por y a través de ellos, se racionaliza, aprehende y disputa la distribución desigual de los medios de producción y reproducción social entre grupos, con su consecuente modo de incorporación político-ideológico. La “ matriz de alteridad ” solo es inteligible a condición de dar cuenta de una “ economía política de producción de las diferencias ”, por la cual articulaciones entre el sistema económico dominante, la estructura social, las instituciones jurídico-políticas conjuntamente con los aparatos ideológicos hacen que prácticas de diferenciación ensamblen y constituyan, al mismo tiempo, jerarquías económicas, sociales y políticas entre grupos sociales concretos (Briones 2002).

razón, en este apartado me centro en las condiciones sociales que le dan una impronta particular a las actividades de APS desarrolladas en las comunidades peri-urbanas wichí de Tartagal (departamento de San Martín, provincia de Salta).⁹

En primer lugar, no pueden dejar de considerarse cómo la expansión de la frontera agroindustrialsojera, el crecimiento de actividad hidrocarburífera con los emprendimientos de exploración/explotación y el avance del sector maderero han implicado, en conjunto, una reordenación en la movilidad poblacional y un control territorial en la región.

Una de las cuestiones más preocupantes que vienen comprometiendo las condiciones de vida de las comunidades indígenas es el desmonte y la situación de precariedad dominial de las tierras que ocupan. En el departamento de San Martín, en el lapso de 10 años, los desmontes han triplicado la zona deforestada, quedando no sólo el margen de reproducción y autonomía de las comunidades más comprometido a un espacio ambiental deteriorado, sino también despojando a las comunidades del control territorial. La superposición de los desmontes sobre tierras de uso y ocupación indígena es significativamente considerable (Defensoría del Pueblo de la Nación 2009). El avance sobre territorio indígena, coadyuvado por la dilación del reconocimiento dominial (tal como dicta el artículo 17, inciso 15, de la Constitución Nacional) ha dejado a las comunidades en una situación endeble frente a intereses político-económicos del estado provincial y de terceros. Solo 18 de 97 comunidades relevadas tienen la titularidad de las tierras: 5 con títulos individuales, 13 con títulos comunitarios, mientras que las otras 90 comunidades restantes no tienen título de propiedad (Buliubasich 2008:28). En tanto las comunidades rurales se ven afectadas por la reactivación del mercado de tierras, encontrándose rodeadas de fincas, al mismo tiempo las comunidades peri-urbanas se han visto constreñidas por la expansión del ejido urbano resultado de la construcción de barrios y asentamientos criollos que fueron provocando desplazamientos y relocalizaciones a zonas más degradadas. Asimismo, dicho constreñimiento se vio acentuado por la incorporación de familias wichí de parajes alejados que se acercan a la zona urbana en busca de trabajo, educación, servicios y acceso a programas sociales.¹⁰ De este modo, para las comunidades indígenas de la zona tales cam-

⁹ Actualmente en el departamento de San Martín se encuentran, aproximadamente, 110 comunidades pertenecientes a diferentes pueblos indígenas: Ava Guaraní, Chané, Chorote, Chulupí, Tapiete, Toba, Wichí. Los re-acomodamientos territoriales, los desplazamientos y las relocalizaciones de la población indígena han incidido en los procesos de comunalización, dando lugar a la conformación de nuevas comunidades. Escapa al propósito del artículo detenerse en esta cuestión de manera minuciosa. Sólo me interesa remarcar que no es posible cristalizar/fijar el número de comunidades. Por el contrario, es preciso entender que dicho número está supeditado a las dinámicas que atraviesa el colectivo indígena en virtud de las acciones políticas estatales puestas en marcha. Son los procesos de reconocimiento oficial los que van repercutiendo en las formas organizativas internas de cada pueblo indígena. Para profundizar sobre la situación dominial del territorio ocupado por las comunidades indígenas del departamento de San Martín, puede consultarse el relevamiento llevado a cabo por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y la Universidad Nacional de Salta (Buliubasich y González 2009).

¹⁰ Los programas sociales disponibles fueron cambiando durante la gestión de gobierno del presidente Néstor Kirchner y Cristina Fernández de Kirchner. El Programa Jefes y Jefas de Hogar desocupados/as fue reemplazado parcialmente por el Plan Familias en el año 2008 y, luego, este último, por la Asignación Universal por Hijo. Asimismo, al momento de la realización del trabajo de campo, entre los programas vigentes, se encontraban el Programa de Empleo Comunitario (PEC), las pensiones para las familias con más de siete hijos, las pensiones por discapacidad. Los denominados "bolsones de alimentos Crecer

bios han implicado la necesidad de articular estrategias de subsistencia ligadas a usufructuar los recursos disponibles que quedan del monte, el empleo temporario en las fincas -denominado "poroteada"-, la realización de changas en combinación con actividades relacionadas a la artesanía o carpintería y a la inscripción en planes sociales diversos.¹¹

En este marco, las relaciones entre criollos e indígenas aparecen torneas por las tensiones generadas por una nueva valoración del espacio y la ponderación de la población que no es incorporada masivamente a las actividades productivas de la zona. En esta configuración social las concepciones hegemónicas de "progreso" y "desarrollo" (Nisbet 1981) van resignificando la cuestión indígena. El departamento de San Martín emerge como un espacio susceptible de ser colonizado por "frentes de desarrollo" que pretenden sacar del "atraso" a una región signada, según los promotores del mismo, por el "olvido" y el "abandono". Valorizada por una nueva cruzada (esta vez emprendida por corporaciones petroleras, empresas agroindustriales y madereras), la región aparece como próspera y pujante. Así, mientras el avance de la frontera agropecuaria, la tala de bosque nativo y la incursión de prospecciones hidrocarbúricas van, por un lado, forjando la imagen de una región "rica y biodiversa", por el otro, van delineando una imagen de precariedad e inestabilidad, donde la zona queda ligada (tal como me fuera expresado por diferentes profesionales de salud) a una "pobreza endémica, difícil de erradicar".¹²

En este marco, las comunidades devienen huéspedes anacrónicos que incomodan y/o impiden el desarrollo productivo y próspero de la región. Desde la mirada hegemónica, los indígenas se convierten en un factor disruptivo, siempre latente, cuando estos no se supeditan al carisma grupal distintivo del criollo que vuelve a imponerse como "pionero" y "emprendedor", y se recrean los argumentos que justificaban el avance sobre el territorio indígena a fines de siglo XIX y comienzos del siglo XX. Dotados de un aura modernizante, los emprendimientos mencionados imprimen una visibilidad particular a la presencia indígena en tanto la misma suele ser interpelada como signo de otro tiempo, un

Mejor" para los niños/as menores de 6 años con déficit nutricional, junto con el "bolsón Pancitas" para embarazadas, fueron parcialmente sustituidos por Plan Provincial Alimentario que incluye las Tarjetas Sociales, la Tarjeta Alimentaria Infantil del Programa Nutri-Vida, los tickets del Programa para Embarazadas y del Programa Focalizado B (TBC), Pan Casero y los Comedores Infantiles. Entre otros programas de carácter federal se encuentra el Plan Nacer que da cobertura médico-asistencial a las mujeres embarazadas y a los niños menores de 6 años.

¹¹ Si hasta la década de 1960, los frentes productivos donde se insertaban los indígenas eran los ingenios azucareros y el cultivo comercial de algodón (Gordillo 2006, Gordillo y Leguizamón 2002, Trincheró 2000 y 2007), a partir de la década del 70 la inserción de los indígenas al mercado laboral, tal como lo señalan los autores, cambia notablemente. 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 (Trincheró 2000). En lo que hace a la expansión del frente agrario, tal proceso ha dado lugar a la "pampeanización del umbral del chaco" (op.cit: 259). Respecto a las inversiones de explotación de la cuenca gasífera, cabe mencionar la construcción de dos gasoductos (NORANDINO y ATACAMA) orientados a la exportación hacia países limítrofes. Por otra parte, el proceso de privatización de la cuenca del noroeste acentuó la actividad exploratoria en la zona por parte de las empresas Repsol-YPF, Refinor, Pluspetrol, AmericanEnergy, Tecpetrol, entre otras. No obstante, en términos generales, dichos emprendimientos no han implicado un aumento en el volumen de mano de obra empleada.

¹² 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.

“obstáculo del avance”.

En esta coyuntura, las referencias al contacto y/o proximidad entre criollos e indígenas van expresando el nudo problemático donde se evidencian las fricciones de las relaciones interétnicas. En tanto los wichí remiten las condiciones de salud deterioradas a la presencia y al accionar criollo, e identifican la enfermedad por el contacto con “lo criollo”, los criollos suelen hacer alusión a “lo aborigen” (particularmente de los wichí) como aquello que obtura “el progreso”.

Así, desde la perspectiva hegemónica criolla, las comunidades indígenas son visibilizadas como resabio de un pasado que aún persiste, explicándose su deteriorada situación de salud en términos de una falta de adaptación al cambio. Los momentos más significativos que ilustran dicha producción de sentidos son las reacciones ante los cortes de ruta realizados por las comunidades indígenas con la finalidad de visibilizar sus reclamos que ponen en evidencia el desplazamiento territorial y las consecuencias que les acarrearán las actividades económicas de la zona. En relación con este tipo de manifestaciones aparecen opiniones condensadas que señalan: “ellos no quieren progresar”, “son esquivos al trabajo”, “ahora andan a la caza y pesca de los planes”, “son flojos, esperan a que todo se les dé”, “no tienen cultura de trabajo”, remarcando, de este modo, los “perjuicios” que los mismos ocasionan para “sacar a la zona para adelante”. De este modo, se considera a los indígenas como ocupantes de un “espacio productivo que no trabajan”, “tierras que no usan, que están desaprovechadas”. Se los considera improductivos.¹³

Desde la perspectiva indígena, dichas opiniones no son más que la constatación del lugar que les cabe en el ordenamiento social. Tal como me expresaba un wichí, a raíz de las muertes por desnutrición infantil ocurridas en el verano del año 2011:

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

También me señaló en otra oportunidad:

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 por desmonte... mucho desmonte hay.

¹³ Las expresiones entrecomilladas fueron recogidas durante mi trabajo de campo en la zona cuando, a raíz de los cortes de las rutas nacionales N° 34 y N° 86, quienes se veían impedidos de transitar por las mismas manifestaban sus opiniones respecto de los reclamos indígenas.

Son estos esquemas interpretativos los que constituyen las bases de codificación y apreciación de las actividades de promoción y prevención del equipo de APS.¹⁴ Cabe entonces preguntarse qué implica y qué moviliza la percepción del riesgo para el sistema de salud formal y para las comunidades sobre las que recaen dichas intervenciones. Pues es en la “percepción social del riesgo” (Douglas 1996) donde se visualiza el conflicto en torno a concepciones de salud diferentes. Me detendré, puntualmente, en lo que generan las visitas domiciliarias llevadas a cabo por los agentes sanitarios, en tanto que, a través de ellas, se disputan los sentidos y las prácticas que remiten al cuidado de la salud.

LAS CONCEPCIONES DE SALUD EN DISPUTA

Si bien los wichí comparten problemas similares que hacen a las condiciones de salud con otras comunidades indígenas de la zona, los mismos adquieren una resonancia particular en virtud de una estratificación que los posiciona en el esquema de alteridad como “los otros, otros” (Lorenzetti 2011). Así, en la configuración interétnica operante en la localidad de Tartagal, las comunidades wichí son vistas como las más problemáticas. Tal como me explicará una de las agentes sanitarias en relación con la distinción entre comunidades:

La manera de vivir de los guaraníes es más civilizada, 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.

En el mismo sentido, uno de los agentes sanitarios, con varios años de antigüedad en el equipo de APS, me decía:

Uno va conociendo las distintas costumbres de cada etnia (...). Aprendés del trabajo en las distintas misiones [comunidades indígenas]. 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.

En contraposición, las comunidades wichí son calificadas como “críticas” por tratarse de lugares carentes de “buenas costumbres”, por “no tener hábitos de salud” y ser más reacias a las enseñanzas y consejos de los agentes sanitarios

¹⁴Según el Plan de Acción para Pueblos Indígenas de la provincia de Salta año 2009/2010 en el dpto. de San Martín -cuyas áreas operativas abarcan las localidades de Salvador Mazza, Aguaray, Tartagal, General Mosconi y Embarcación- los equipos de APS cubren un total de 5338 familias indígenas. De ese total el 53,5 % de las familias están en situación de “riesgo sanitario”, el 70,4 % cuentan con ingresos económicos irregulares y la mortalidad de niños/as indígenas de 1 a 4 años casi triplica a la de la población criolla de ese grupo etario (Documento FESP 2010).

(Lorenzetti 2011). Particularmente en ellas se señala la necesidad de una vigilancia y una atención pormenorizada del “riesgo”, en tanto la salud se la concibe, preponderantemente, como una cuestión de comportamiento, desligada de su vinculación con el medio y las condiciones sociales en las que se inscribe. De allí que la identificación del riesgo devenga, para el agente sanitario, indicio de conductas inapropiadas, o “falla”, por la cuales la familia pasa a considerarse portadora y productora de aquel. En tanto la visita domiciliaria tiene como foco de intervención a la familia, donde la detección de los “factores de riesgo” apunta a determinar la solvencia en su manutención, esta modalidad de intervención va construyendo trayectorias individuales de marginación. Así, se trata solo de morigerar el riesgo con la distribución de recursos y programas de asistencia básicos tales como: leche para menores de 6 años según estado nutricional, los denominados “bolsones de comida”, las pensiones por discapacidad o por familia numerosa, y la distribución de tarjetas sociales, entre otros programas.

En este sentido, los wichí se vuelven visibles para el sistema público de salud a condición de mostrarse como sufrientes o enfermos (Fassin, 2003), siendo la asistencia sanitaria puesta en marcha solo en consideración de esa circunstancia: es decir, cuando hay signos palpables de un “cuerpo alterado”, donde a través del control de peso y talla se detecta a un niño/niña con algún grado de déficit nutricional, o cuando en el control médico de la embarazada los estudios clínicos advierten anemia y/o descalcificación, entre otros indicadores del estado de salud. De este modo, la percepción social del riesgo, desde el sistema público de salud, se inscribe dentro de parámetros que se reducen a administrar Necesidades Básicas Insatisfechas, constriñendo la salud de los indígenas en esos términos.

En estas coordenadas establecidas, lo que deviene el núcleo de disidencia entre las demandas indígenas y las actividades desarrolladas en APS es este particular régimen de visibilidad. Si, generalmente, para los promotores de salud los signos de un cuerpo sufriente o enfermo son las marcas que develan cierta irresponsabilidad por parte de las familias en su propia sustentación (en su capacidad como seres autónomos), para los wichí sus cuerpos “sin fuerza” devienen testimonio donde anclar sus reclamos de salud. Tal como me expresará un wichí, en relación con su preocupación respecto a la desnutrición y muerte infantil: “Antes no se conocía enfermedad como ahora; el aborigen no enfermaba así, ahora sí, sin fuerzas quedamos.” De este modo, aludiendo al debilitamiento y a los riesgos, señalaba el proceso de despojamiento vinculado a la imposibilidad de valerse de los recursos del monte como antaño, de verse constreñidos a espacios degradados y a las condiciones laborales en las fincas lindantes:

Nosotros queremos vivir como los antiguos... En esa época no había dueños, no había criollo, campeaban tranquilos. Todo era nuestro [extiende su brazo señalando los alrededores] no había alambre. Ahora hay dificultad para buscar alimento... El que va a fincas viene sin platita, así “pila” [mira al perro al que llaman Pila. Se trata de una especie que se caracteriza por la ausencia de pelo en el cuerpo]

¿Qué queda? Nada... Algunos consiguen pensión... Bolsones... No queda nada.

Los momentos en que los casos de desnutrición y/o muerte infantil trascienden en el espacio público, significativamente, constituyen uno de los terrenos donde los wichí dirimen las responsabilidades imputadas e intentan instalar otra correlación de sentidos. Así, por ejemplo, con motivo del fallecimiento de dos niños wichí en la Finca de Caraguatá ocurrido en octubre de 2008, un cacique declaraba:

...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. (Cacique de una de las comunidades de la ruta 86. Fuente: *Indymedia*, 11/10/2008).

En el verano de 2011, cuando la desnutrición y muerte infantil, a través de los medios de comunicación, volvió a instalarse en la escena pública, un referente wichí observaba:

...hemos dicho al periodista: “acá dicen ‘la familia es responsable’. Nosotros decimos que la doctora fue responsable y no nosotros.” (...) [Refiriéndose al fallecimiento de una beba de seis meses, continuaba:] la abuela quiso que la internen ese mismo día, el viernes. Ellos no quisieron... los doctores no hicieron caso. En la guardia nomás atendieron y las mandaron de nuevo a la casa. Después han dicho: ‘¿por qué no vino antes?’, pero no era que no se había ido. Si vamos al hospital horas y horas, esperamos para ser atendidos. Acá estamos olvidados... somos atendidos cuando ya estamos muriendo. (Maestro bilingüe, comunicación personal).

Contándome sobre el informe realizado en dicha oportunidad por la cadena *BBC Mundo*, uno de los agentes sanitarios wichí me explicaba:

...ahí dijimos que no se nos trata bien, hay discriminación. A criollos los tratan bien, con respeto. A un mataco, no. Ver cómo tratan a mi gente, duele. El gobernador dijo que es por nuestra cultura se nos mueren los chicos. No es así. Nosotros venimos denunciando la situación de hambre, del territorio, los desmontes, pero al mataco no se escucha.

Desde la perspectiva wichí aquí reseñada, la enfermedad aparece en un entramado de sentidos vinculado a las tensiones sociales, las contradicciones y las hostilidades, donde la salud y el padecimiento del aborigen son directamente remitidos a las relaciones sociales entre criollos e indígenas. En contra-

posición, el discurso oficial vincula el deterioro de las condiciones de salud de las comunidades a una cuestión cultural y de tergiversación en el “uso” de los planes de asistencia. Así, ante los casos de mortalidad infantil de las comunidades durante el verano de 2011, el gobernador y vicegobernador señalaban:

... Aun teniendo infraestructura sanitaria no quieren asistir a los hospitales por una cuestión cultural... (*La Política Online*, 9/02/2011).
...la tarjeta social que hoy tienen los hermanos indígenas, hay que reconocerlo, porque reciben ayuda social, hay varios planes... Muchos de ellos lo destinan para comprar motos, comprar celulares y/o hacer otras cosas. Pero tal vez tengamos que cambiar y que eso vuelva a la leche, vuelva a la comida que realmente necesita cada familia o cada chico (*Todo Noticias*, 8/02/2011).

Son esos momentos de exhibición en la escena pública donde se advierten, de manera más explícita, los límites de una concepción de salud restringida a los factores de riesgo. Si en la visitas domiciliarias los agentes sanitarios sólo prestan especial atención, básicamente, a la composición familiar (cantidad de hijos, ausencia/presencia de padres), al grado de alfabetización de los progenitores, al tratamiento de agua y residuos, a las características de la vivienda y a los ingresos disponibles, por el contrario, las experiencias wichí y los sentidos dados a su cotidianidad expresan lo que el discurso oficial sanitario desplaza o directamente ignora: los determinantes político-sociales de la salud.

Las visitas del agente sanitario representan, para las familias wichí, únicamente la posibilidad de acceder a un programa/plan/recurso que, combinado con otros ingresos alternativos, les permiten mitigar su constante situación de precariedad e inestabilidad. En esta configuración, sus cuerpos enfermos devienen el único recurso para demandar (Fassin 2003) ante el sistema de salud formal y otras instancias gubernamentales. De este modo, los wichí, señalando cómo los efectos de los frentes productivos se han encarnado en sus cuerpos, buscan ampliar y desplazar las restringidas concepciones biomédicas de salud. Tal como me hacía referencia un joven wichí:

...escuchamos ‘el paisano no quiere ir al médico... no hacemos tratamiento’. Hacemos tratamiento. Lo que pasa muchas veces no hay para remedios, leche, alimento. No es asunto médico, dicen en el hospital... El médico tiene que saber. Nos tratan de duros de entendimiento, ¿ha visto? Nosotros entendemos. Hallamos que ellos no entienden.

En esta dirección, la apelación wichí al “cuerpo” como testimonio de la precariedad de sus condiciones de existencia juega un papel ambivalente. En un campo donde únicamente el riesgo habilita algún tipo de asistencia (a título de enfermedad o de exigencia vital), la necesidad de hacer visible una señal de deterioro equivale para los wichí asumir cierta sumisión y convalidar la “falla/

inadecuación” que se les atribuye. No obstante, cuando las circunstancias lo permiten, esas señales constituyen el medio a través del cual se confronta la lectura parcializada que explica sus condiciones de salud.

Para comprender cuáles son los canales en los que discurren los reclamos indígenas es preciso tener en cuenta las condiciones de posibilidad de los planteos. Respecto de la entrega de bolsones, leche, inscripción a planes/programas, una mujer wichí me decía:

...andamos pidiendo porque no hay. Cuesta conseguir. A veces no conseguimos... por eso necesitamos la sanitaria. No nos dan. Dicen que vendemos la mercadería. No se vende mercadería... quedamos sin mercadería, sin plata de pensión. El aborígen no puede quejarse, si se enoja no consigue.¹⁵

Desde la mirada criolla, los reclamos, o el desacatamiento indígena de los consejos que los agentes sanitarios acercan a las casas, son catalogados como fuera de lugar, signo de “altanería” o de “desubicados”. En consonancia, si habitualmente se imputa a los aborígenes wichí “ser callados” o no “tener palabra”, cuando realizan algún pronunciamiento se vuelven intolerables.

Las situaciones de exasperación respecto a las demandas o los petitorios de las comunidades se acentúan cuando los wichí, de manera conjunta, logran instalar en espacios periodísticos radiales, televisivos o medios gráficos, las cuestiones que atañen a su salud vinculadas a la pérdida de control territorial y manejo de recursos naturales. Tal fue el caso de diferentes funcionarios públicos que, durante los meses del verano de 2011, decodificaron la trascendencia pública de las muertes infantiles como una campaña “sucía”, de oportunismo político para desprestigiar al gobierno.¹⁶

Me interesa detenerme aquí para señalar algunos aspectos complejos de esa ambivalencia donde el cuerpo se convierte en el testigo ineludible con capacidad de otorgar veracidad a los reclamos que oscilan entre la obtención de bolsones, leche, planes/programas sociales, y una política de reconocimiento territorial y manejo de recursos naturales. ¿Cómo es posible interpretar ambas demandas que movilizan “el cuerpo deteriorado” como recurso? ¿Expresan ellas cuestiones antagónicas o irreconciliables? ¿Cuáles son sus alcances e implicancias? Si bien una primera lectura apresurada podría ver ambos reclamos como modalidades incompatibles que se dirigen a caminos opuestos, es preciso entenderlas como parte de un mismo proceso de resistencia. Un proceso que, inserto en relaciones sociales asimétricas, pasa por distintas instancias y ar-

¹⁵ Tal como mencionáramos, el agente sanitario constituye el nexo con los recursos circulantes (leche/bolsones) y facilita la entrada a otros programas de los cuales las familias viven.

¹⁶ Para ver cómo políticos y funcionarios estatales, en los distintos medios gráficos, se expresaban al respecto, pueden consultarse las siguientes notas periodísticas: “Murió otro chico aborígen en Salta y ya son tres en una semana” (*Clarín*, 03/02/2011); “La Desnutrición Infantil enfrenta a Romero con Urtubey” (*El Intransigente*, 20/01/2011); “Romero ataca a Urtubey: ‘La crisis nutricional es por un error de política.’” (*El Intransigente*, 04/02/2011); “En la argentina que crece, los indios se mueren de hambre” (*Diario Perfil*, 19/02/2011)

ticula el espacio privado-familiar con el espacio público-comunitario de manera singular. Es decir, en la visita domiciliaria la familia procura acceder a los recursos/programas de asistencia ateniéndose a los parámetros y percepciones de riesgo que el agente sanitario maneja sin ponerlos en cuestión. Por el contrario, es en el espacio público donde se expresan comunitariamente las constricciones operantes de concepciones de salud que enmascaran la desigualdad bajo el lenguaje del riesgo.

En este sentido, se trata de distintas instancias y momentos de interacción que modulan los reclamos, entre la urgencia y la incertidumbre, en un contexto donde los indígenas no pueden prescindir del sustento que otorgan los programas sociales. Y, si bien ello implica para los wichí asumir distintos lugares de enunciación en apariencia contradictorios o disonantes, los mismos remiten a una especie de cinta de *Moebius* en tanto no es posible disociar los diferentes tipos de demandas.

Es en este punto que se vuelve relevante atender no sólo a los diversos marcos y tempos de la praxis política sino también a la constitución de agentes y de agencias según determinadas condiciones sociales (Briones y Ramos 2010). Ampliar los espacios analíticos de observación constituye el primer paso para sortear lecturas dicotómicas que nos llevan a pensar las prácticas de manera excluyente en términos o bien de subordinación, o de resistencia, antes que como resistencias subordinadas o subordinación en resistencia.

A modo de cierre provisorio, voy a detenerme en la articulación entre una APS codificada según factores de riesgo, el contexto donde tiene su despliegue y las tensiones entre concepciones de salud con las que las comunidades wichí articulan reclamos posibles. Mediante la articulación de estas dimensiones quiero señalar algunas cuestiones de índole teórico-metodológicas para el análisis de las iniciativas tendientes a extender los servicios de salud en las comunidades indígenas wichí.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

Al comienzo del trabajo hice referencia a cómo la Atención Primaria de la Salud se ha constituido en una línea estratégica de las intervenciones destinadas a los indígenas. Señalé cómo las revisiones al enfoque de APS dejan intactos los supuestos de costo/efectividad de las iniciativas que, asentadas en una racionalidad orientada a maximizar recursos escasos, terminan subsumiendo las intervenciones sociales de promoción de la salud a una lógica de mercado.

Desde esta perspectiva cobra relevancia la identificación de factores de riesgo que, al apuntar a una atención prioritaria y a una distribución ajustada según necesidades definidas como básicas, va codificando una economía moral dirigida a regular lo “normal” y lo “divergente” (Luhmann 2006). En el marco aquí analizado, quien se convierte en “buen ciudadano” 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. La inculpa pública recae así en la propia víctima del infortunio al convertirse en un medio “eficaz para

silenciar denuncias de la totalidad del sistema social” (Douglas 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 tales intervenciones al resguardo de las críticas o de la posibilidad de cambio. A la luz de tal configuración todos los bienes devienen escasos pues no son estos los que romperían el círculo de la asistencia, sino un cambio en las actitudes de los destinatarios. Así, puesta a jugar en un contexto y en situaciones específicas, la promoción y la prevención en el campo de la salud, bajo la lógica del riesgo, adquiere determinada encarnadura y afecta, de una manera singular, la cotidianidad de los wichí de Tartagal.

En principio, las visitas domiciliarias constituyen el instrumento a través del cual se va descontextualizando el riesgo de su vinculación con el medio y las condiciones sociales en las que se inscribe, para señalar e incidir en el comportamiento “desviado” o “inapropiado” que presuponen los factores de riesgo detectados. Así, bajo el rotulo de la eficiencia, la distribución de los recursos y programas de asistencia se centra en quien es “merecedor”, es decir, en aquellos dispuestos a cumplir con determinadas expectativas de comportamiento que los demuestren activos sorteadores de obstáculos.

Para los indígenas interpelados desde estos parámetros, el ámbito de la promoción de la salud deviene una búsqueda permanente hacia la consecución de insumos o programas que garanticen un mínimo de subsistencia capaz de dejarlos a flote por sobre esa delgada línea entre vivir y morir. Es en este punto que cobra inteligibilidad un régimen de visibilidad donde la veracidad de la demanda queda anclada en la movilización de un “cuerpo sufriente” (Fassin 2003). Como señalé, las acciones wichí para instalar los reclamos respecto a la situación de salud encuentran un lugar de enunciación constreñido en tanto deben apelar al infortunio o a la enfermedad para contar con cierta recepción. Mediante este modo de sensibilización, las demandas wichí abarcan un arco de expectativas que van desde la solicitud de leche, bolsones, planes y subsidios, hasta el reconocimiento territorial y el manejo de recursos naturales entre otras reivindicaciones. Si bien estos reclamos discurren por circuitos diferentes de tipo individual, familiar o colectivo y se ponen en acto bajo distintas modalidades (en las visitas domiciliarias, en los cortes de ruta, en los medios de comunicación), ellos no se presentan excluyentes o completamente disociados.

Durante el trabajo de campo, una de las cuestiones que despertaron mi inquietud era justamente cómo entender estas prácticas con distintos registros o topes reivindicativos donde intervenían los mismos grupos de personas, es decir, quienes mayoritariamente se movilizaban por programas de asistencia también participaban de la “lucha por el territorio”. Muy ocasionalmente, quienes llevaban a cabo acciones de protesta por el desmonte, por el corrimiento de alambrados de las fincas, o se manifestaban en contra de las actividades de las empresas hidrocarburíferas, ponían en cuestión a quienes también se involucraban en la consecución de planes sociales. En dichas oportunidades, los comentarios críticos recaían en las agencias estatales o funcionarios que, ante las acciones de denuncia, solo habilitaban el acceso a ciertos recursos destinados a satisfacer las necesidades más inmediatas.

Por otra parte, también comencé a observar el grado de receptibilidad que tenían dichas acciones de reclamo provenientes de las comunidades wichí. Advertí que, a pesar de generar más o menos resquemores y poca aceptabilidad entre los criollos, ciertas solicitudes tenían más éxito en lograr concreción. Mientras que la entrega y el acceso a los programas de asistencia son factibles de encauzarse a través de ciertas concesiones, los reclamos de reconocimiento territorial y manejo de los recursos naturales son desestimados en tanto friccionan los límites preestablecidos. Pues, estos últimos desafían el lugar de subordinación que ocupan los wichí en el marco de las relaciones interétnicas. En este sentido, la entrega de planes o recursos no hace más que reforzar y recordar su incorporación subordinada, ejerciendo cierta presión o freno a los reclamos que se extralimiten por fuera de esos términos. En cierta medida, las prácticas de APS estabilizan los lugares sociales “merecidos” de reconocimiento e inscriben las demandas wichí en los discursos autorizados para el reclamo.

Tomando en cuenta estas reflexiones, considero que el análisis de las formas de expresión de las demandas wichí en el terreno de la salud amerita examinar las condiciones de posibilidad, pero también realizar una genealogía de cómo se fueron entramando las relaciones interétnicas en un contexto específico. Al respecto, para comprender la complejidad de los modos en que se disputan nociones de salud en actos cotidianos de resistencia (Scott 2000), resulta pertinente recordar que las prácticas de resistencia nunca están en una situación de exterioridad respecto de las relaciones de poder (Foucault 2001). En este sentido, es necesario que nuestros esquemas interpretativos puedan analizar las articulaciones entre acciones de protesta abiertas y la cotidianidad de los sujetos para una mejor comprensión de procesos complejos (Grimberg 2009b:86). Desde esta perspectiva, un aspecto por destacar es que las estrategias de resistencia de los grupos subalternos están determinadas tanto por configuraciones económicas, políticas y simbólicas como por la manera en que las relaciones de poder son internalizadas, resignificadas y reformuladas por los sujetos o grupos en sus praxis cotidianas (Seymour 2006:305).

El abordaje de las prácticas donde están en juego nociones de salud debe advertir entonces el entrecruzamiento entre determinados discursos hegemónicos y subalternos teniendo presente el contexto donde se expresan las relaciones de poder y los sentidos que movilizan a los agentes sociales en cada coyuntura particular (Grimberg 2009b). Ello implica problematizar cómo los procesos de politización encuentran expresión en prácticas concretas desde un abordaje etnográfico capaz de cartografiar distintos momentos, espacios de interlocución, experiencias y trayectorias de los individuos o grupos involucrados, en vinculación con las condiciones de posibilidad de las demandas y sus formas de expresión (Viola 2008). La capacidad de atender todas estas dimensiones señaladas constituye, a mi entender, un buen antídoto ante análisis apresurados que tienden a adjetivar a los grupos sociales como “pasivos” o “activos”, “cooptados” o “contestatarios”. En este sentido, el trabajo presentado ha pretendido ser un primer ejercicio destinado a revisar, a la luz de algunas situaciones etnográficas concretas, un modo posible de entender las tensiones en el campo de la salud indígena.

BIBLIOGRAFÍA

Almeida Filho N., Castiel L.D., Ayres J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3), pp. 323-344.

Almeida Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

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, D. (comp.), *Atención Primaria en Salud* (pp. 31-74). Buenos Aires: Paidós.

Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona. Paidós.

Bestard, J. (1996). Prólogo. En Douglas, M. (1996), *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales* (pp.9-16). Barcelona: Paidós.

Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Briones, C. y Ramos A. (2010). Replanteos teóricos sobre las acciones indígenas de reivindicación y protesta: aprendizajes desde las prácticas de reclamo y organización mapuche-tehuelche en Chubut. En Gordillo, G. y Hirsch, S. (comps.), *Movilizaciones indígenas e identidades en disputa en la Argentina* (pp. 39-78). Buenos Aires: La Crujía.

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 una 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.

Buliubasich, C. (2008). El impacto territorial de la actividad económica: políticas públicas y dimensión cultural. Disponible en: www.igc.org.ar/Documentos/elab%2008/buliubasich.pdf. Consultado en mayo de 2010.

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.

Carvalho Mesquita Ayres, J.R. (2005). *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En Varela, J. y Álvarez Uría, F. (comps), *Materiales de Sociología Crítica* (pp.219-243). Madrid: La Piqueta.

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. Consultado en noviembre de 2007

Clarín. Murió otro chico aborigen en Salta y ya son tres en una semana. 03/02/2011. Disponible en: http://www.clarin.com/sociedad/Desnutricion_en_salta_0_420558170.html. Consultado en febrero de 2011.

Defensoría del Pueblo de la Nación (2009). Informe Deforestación en la provincia de Salta: consecuencias biológicas y sociales. Disponible en: <http://www.clarin.com/diario/2009/02/21/um/deforestacion.pdf>. Consultado en noviembre de 2009.

Diario Perfil. Robustino Pinedo, En la Argentina que crece, los indios se mueren de hambre. Edición impresa, Año VI, N° 0548. 19/02/2011.

Documento FESP (2010). Plan de acción para pueblos indígenas provincia de Salta: año 2009/2010. Disponible en: www.msal.gov.ar/.../cid/documentos/ppi/PPI-2009-10-SALTA.pdf. Consultado en noviembre de 2010.

Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona. Paidós.

El Intransigente. Romero ataca a Urtubey: 'La crisis nutricional es por un error de política'. 04/02/2011. Disponible en: <http://www.elintransigente.com/notas/2011/2/4/romero-ataca-urtubey-la-crisis-nutricional-error-politica-69647.asp>. Consultado en febrero de 2011.

El Intransigente. La Desnutrición Infantil enfrenta a Romero con Urtubey. 20/01/2011. Disponible en: <http://www.elintransigente.com/notas/2011/1/20/desnutricion-infantil-enfrenta-romero-urtubey-67598.asp>. Consultado en febrero de 2011.

Epele, M. (1997). La lógica del (auto)cuidado y sus consecuencias en la Institucionalización del VIH-SIDA. V Congreso de Antropología Social. La Plata. Disponible en: <http://www.naya.org.ar/congresos/contenido/laplata/LP2/26.htm>. Consultado en abril de 2013.

Fassin, D. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes. *Cuadernos de Antropología Social*, 17, pp. 49-78.

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.

Gordillo, G. (2006). *En el Gran Chaco: antropologías e historias*. Buenos Aires. Prometeo.

Gordillo, G. y Leguizamón, J. M. (2002). *El río y la frontera: movilizaciones aborígenes, obras públicas y Mercosur en el Pilcomayo*. Buenos Aires. Biblos.

Grimberg, M. (2009a). Introducción. En Grimberg, M. (ed.), *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico* (pp. 7-19). Buenos Aires: Coedición Facultad de Filosofía y Letras (UBA) y Antropofagia.

Grimberg, M. (2009b). Poder, políticas y vida cotidiana. Un estudio antropológico sobre las protestas y resistencia social en el Área Metropolitana de Buenos Aires. *Revista de Sociología y Política*, 17, N° 32, pp.83-94.

Indymedia Argentina, Centro de Medios Independientes (2008). La difícil realidad de la comunidad wichí en Salta. Disponible en: <http://argentina.indymedia.org/news/2008/10/631404.php>. Consultado en octubre de 2008.

La Política Online. Según Urtubey, los aborígenes desnutridos no van al hospital "por una cuestión cultural". 9/02/2011. Disponible en: <http://www.lapoliticaonline.com/noticias/val/71200-6/segun-urtubey-los-aborigenes-desnutridos-no-van-al-hospital-%E2%80%99>. Consultado en febrero de 2011.

Lorenzetti, M (2012). Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud. *Estudios en Antropología Social*, 1, (2). Disponible en: http://cas.ides.org.ar/files/2012/05/04_eas_v2_n1_loren.pdf.

Lorenzetti, M. (2009). La construcción de la "salud intercultural" como campo de intervención. En Kornblit, A.; Camarotti, A. y Wald G. (eds.), *Eventos Académicos N°5, VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires: Área Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino germani. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

Lorenzetti, M. (2010). Salud intercultural: articulaciones entre biopolítica y alteridad en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas. Tesis Doctoral, Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Filosofía y Letras, Argentina.

Lorenzetti, M. (2011). Relaciones interétnicas y prácticas de atención a la salud en el Chaco Salteño. *Revista Corpus, Archivos virtuales de alteridad americana*, Vol. 1, N° 2. Disponible en: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/corpus>.

Luhmann, N. (2006). *Sociología del riesgo*. México. Universidad Iberoamericana.

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 París. Tesis doctoral. Disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-0718106-135329//klp1de1.pdf. Consultado en julio de 2009.

Maceira, D. (comp.) (2007). *Atención primaria en salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires. Paidós.

Margulies, S. (2009). Etiología y riesgo en la construcción clínica de la enfermedad VIH-sida. Ensayo de antropología de la medicina. *Intersecciones en Antropología*, 11, pp. 215-225.

Margulies, S.; Barber, N. y Recoder M. L. (2006). VIH-Sida y 'adherencia' al tratamiento. Enfoques y perspectivas. *Antípodas, Revista de Antropología y Arqueología*, 3, pp. 281-299.

Nisbet, R. (1981). *Historia de la idea de progreso*. Barcelona. Gedisa.

Rose, N. (2003). Identidad, genealogía, historia. En Hall S. y Du Gay P. (eds.), *Cuestiones de identidad* (pp. 214-250). Buenos Aires: Amorrortu.

Rozenblant, E. (2007). Atención Primaria de la Salud y gestión. Un enfoque de integración y acción. En Maceira, D. (comp.), *Atención Primaria en Salud* (pp. 31-74). Buenos Aires: Paidós.

Scaglia, M. C. (2006). La Atención Primaria de la Salud en contextos de excusión: el desarrollo del Programa Médicos Comunitarios en un municipio del conurbano Bonaerense. [CD-ROM]. IV Jornadas de Investigación en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.

Scott, J. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*. México D. F. Ediciones Era.

Seymour, S (2006). Resistance. *Anthropological Theory*, (6), 3, pp. 303-321.

Todo Noticias. Chicos que siguen muriendo. 8/02/2011. Disponible en: http://tn.com.ar/sociedad/chicos-que-siguen-muriendo_049926. Consultado en febrero de 2011.

Trincherro, H. H. (2000). *Los dominios del demonio: Civilización y Barbarie*

en las fronteras de la Nación, El Chaco Central. Buenos Aires. EUDEBA.

Trincheró, H. H. (2007). *Aromas de lo exótico (retornos del objeto): para una crítica del objeto antropológico y sus modos de producción.* Buenos Aires. SB.

Viola, A. (2008). Usos y abusos del concepto de Resistencia. En Laviña, J. y Orobitg, G. (Coord.), *Resistencia y territorialidad. Culturas indígenas y Afroamericanas.* (pp.63-83). Barcelona: Universitat de Barcelona.

