

Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud

Lorenzetti, Mariana Isabel*

Puntos de partida para el análisis de las relaciones interétnicas en el campo de salud

Hablar de “la producción de la salud” (Fassin, 2004: 308) es un punto de partida propicio para trabajar los modos en que distintos sujetos, con desigual capacidad de decisión-acción, van construyendo y recortando ciertas cuestiones como problemáticas en detrimento de otras que devienen secundarias, poco significativas, o directamente ignoradas. Entender el ámbito de la salud por los sentidos que porta, así como por los signos que representa, -es decir en el doble registro de significado y significante (Fassin, 2004)-, resulta clave de cara a ir desbrozando el carácter que asumen las relaciones interétnicas en el Chaco Salteño y captar las cuestiones que allí están en juego.¹

En este sentido, 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 (Foucault, 2002 y 2006) 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 aspectos imprescindibles 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). Instaura 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; Douglas, 1996).

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, pa-

so entonces a analizar cómo se conjuga esta concepción de promoción de la salud ligada al “riesgo” con los sentidos de “diferencias étnicas” que re-construyen quienes trabajan en uno de los equipos de APS local. 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 construcción del indígena como destinatario de la Atención Primaria de la Salud

Cuando por primera vez realicé mi aproximación al campo a un hospital del departamento de San Martín, lugar donde se articulaban dos programas de salud destinados a población indígena² las reacciones frente a mi interés por el tema de la salud en 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 (riberños), aparecían como “indios más puros”. Sólo el alejamiento supuestamente 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 aborígenes”³ 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 de APS 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).

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.⁴ Los agentes sanitarios son quienes les corresponde “detectar a las familias en riesgo”; “fomentar 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. De este modo, los agentes 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 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, criollos 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.⁵ 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 redundaba 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. En este sentido, una de las situaciones más esclarecedoras se dio en octubre de 2008 cuando la coordinación de APS dispuso, como medida de carácter excepcional, 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”.

Reparando entonces en cómo quienes viven en la “misiones” son concebidos 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).

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” está 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, donde se incluyeron manzanas de la zona céntrica de la localidad, con la finalidad de hacer un informe, preparar una campaña de prevención y dar asistencia médica a los casos que pudieran presentarse. 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 conflictivo, pues son “reacios” a recibir al agente sanitario por 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 local 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”⁶ 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”, un “reconocimiento al trabajo” realizado en una misión, trabajo calificado como “sacrificado”.

Esta distinción entre “barrios criollos” y “misiones aborígenes” 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. La entrega de leche, facilitar el acceso a los bolsones de alimentos a las familias viene definido desde arriba. Nosotros no ponemos las condiciones, los criterios de distribución. (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).

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.⁷

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 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 men-

cioné 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 mí 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 tobos 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 esté 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.⁸

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). 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).⁹

De este modo, 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/contacto 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 problematizar algunas dimensiones

de estas cuestiones y sus efectos.

La gestión de los “factores de riesgo” en las intervenciones socio-sanitarias

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 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”.¹⁰

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 de la Dirección Provincial de APS, Salta).

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:

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. De la misma manera, respecto a los aspectos que hacen al funcionamiento de las relaciones familiares buscara informarse a través de terceros, básicamente de vecinos o de otras personas cercanas que trabajen en la comunidad como maestros, pastores, etc.

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- aborígenas”, 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 se-

guir trabajando en APS:

...todavía está 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 denomi-

nadas 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 interpeándome] 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 contra-prestación de algún programa social? Resulta pertinente 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 anteriormente analizadas, 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 criollos/os iniciaron su trabajo en APS como contra-prestación 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?

Así, ante 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 para allí. Al principio no iba, escuchaba por la radio nomás. Todo el mundo tenía carpa ahí: 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 el departamento de San Martín]. Mi hija fue la que empezó a ir al corte. Los profesores decían que nos íbamos a convertir 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. (...) Ese corte fue grandísimo, se pidió trabajo. La gente pedía trabajo. (...) 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. (...) 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. 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 (...).

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....

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 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 de-

finitiva 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, 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. Así, por ejemplo, el tema del “saneamiento ambiental” -reducido a la limpieza del hogar- era una cuestión continuamente remarcada por el agente sanitario criollo cada vez que se visitaba a una familia indígena. El tema de la “suciedad” era frecuentemente recalada por los agentes como rasgo distintivo de las “misiones” en contraposición de los “barrios criollos” colindantes.

En este marco, 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 todos los “barrios criollos”, 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”.

En este sentido, la descontextualización de los “factores de riesgo” de las condiciones que lo generan, conllevan a que las prácticas de identificación y clasificación de aquellos durante “las visitas” terminen por inscribirse en el cuerpo de los indígenas al punto de considerarlos no solo portadores de riesgo, sino también productores de riesgo.

En un contexto donde la pauperización generalizada de la población y la cercanía entre criollos e indígenas se han vuelto 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 el marco de la re-estructuración política-económica producida en los últimos veinte años con el avance de los frentes agroindustrial (sojero), hidrocarburífero y maderero -que ha implicado una movilidad espacial de la población indígena a zonas urbanas o a áreas más constreñidas- desde la perspectiva criolla, los indígenas devienen fuera de tiempo y lugar; 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 “mezcla” o de “entrevero” entre indígenas y criollos pauperizados, donde las 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 vigentes, construyéndose como una anomalía que -confundiendo “los géneros distintos de las cosas” (Douglas, 1991: 76)- entraña cierto peligro.

Dentro de estas coordenadas, la gestión de “riesgos” aparece como medio capaz de reforzar 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.

En este contexto, cabe profundizar qué impli-

cancias 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 problematizar la lógica y estructuración de las prácticas socio-sanitarias inscriptas dentro de lo que, localmente, implica la Atención Primaria de la Salud.

Algunas reflexiones finales

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 tanto en los sentidos como en las prácticas sociales mediante las cuales se entretejen las 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 trabajo estuvo orientado a desnaturalizar la manera de construir y tratar “las diferencias” en el campo de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

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).

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 este sentido las prácticas de promoción de la salud y prevención implicadas en las “visitas domiciliarias” constituyen 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.

En términos generales, para los agentes sanitarios criollos que trabajan en las “misiones”, el estado de salud de la población indígena pasa 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 marco, el lenguaje de la salud se convierte en un 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.

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. 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 a la atribución de “pautas culturales” que no se adaptan a un espacio social transfigurado y devienen así en perturbadoras convirtiéndose, en el campo de la salud, como un problema a resolver en términos de “riesgos”.

Dentro de esta configuración, las “misiones” se convierten en 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 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), en el cual se desvela una ansiedad por los límites trastocados. 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 visibilidad dirigido 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.

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 entonces aquellos mecanismos de marcación por los cuales determinadas vidas son juzgadas más calificadas y dignas de ser vividas que otras (Bauman, 2005: 57-58).

Notas

- * Doctora de la Universidad de Buenos Aires con mención en Antropología Social. Becaria postdoctoral del CONICET. Instituto de Ciencias Antropológicas, Sección Etnología, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. E-mail: lorenzettimariana@gmail.com. Este artículo retoma parte de las argumentaciones de la tesis doctoral presentada en la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA (Lorenzetti, 2010)
- 1 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). Allí viven numerosas comunidades pertenecientes a distintos Pueblos Indígenas (Ava Guaraní, Chané, Chorote, Chulupi, Tapiete, Toba, Wichí). En el caso del Departamento de San Martín -lugar en donde realicé el trabajo de campo- según los datos censales del año 2001 la cantidad de hogares con indígenas es de 4.418, lo que equivale al 28,8 % del total provincial (Buliubasich y González, 2009). El relevamiento etnográfico con el cual se inició el proceso de investigación comenzó en el año 2006, y fue llevado a cabo mediante una beca doctoral UBACyT.
 - 2 En ese momento dos programas se encontraban en ejecución: el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAHI) y el Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. Con el primero, se había creado una red de agentes sanitarios indígenas que, incorporados al primer nivel de atención (APS), debían desempeñarse como "facilitadores culturales" dentro del sistema de salud formal. Con el segundo, se conformaron equipos interdisciplinarios, capacitados en "salud intercultural y comunitaria", que fueron destinados a zonas geográficas con población indígena para el trabajo articulado con los equipos de APS locales.
 - 3 Con el término "misión", el decir local hace referencia a las comunidades indígenas en 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, 2009). Comúnmente, quienes trabajan con población indígena y son criollos 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. 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.
 - 4 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.
 - 5 Del total de los agentes sanitarios del equipo de APS, hasta mediados del año 2009, sólo un 10% era indígena. De ese 10%, únicamente uno de ellos trabajaba 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 trabajaban en zonas más alejadas permanecían 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. Volveré sobre este punto más adelante.
 - 6 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.

- 7 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.
- 8 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)-
- 9 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).
- 10 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” (Lorenzetti 2010).

Bibliografía

- BAUMAN, Zygmunt (2005). “¿Son ellos demasiados?: o los residuos del progreso económico”. En BAUMAN, Zygmunt: *Vidas desperdiciadas: la modernidad y sus parias*, Buenos Aires, Paidós. pp 51-84
- BOURDIEU, Pierre (1991). “Estructuras, habitus, prácticas”. En: Bourdieu, Pierre *El sentido práctico*. Madrid, Taurus. pp. 91-111.
- (1993). “Espacio social y poder simbólico”. En: Bourdieu, Pierre *Cosas dichas*. Barcelona, Gedisa. pp. 127- 142.
- BULIUBASICH, Catalina y GONZALEZ, Ana. (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, Judith (2002). “Introducción”. En BUTLER, Judith: *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*, Buenos Aires, Paidós. pp. 17-49.
- CARRASCO, Morita (2009). *Tierras duras: Historias, organización y lucha por el territorio en el Chaco Argentino*. Coponhague, IWGIA.
- CASTEL, Robert (1986). “De la peligrosidad al riesgo”. En: VARELA, J. y ALVAREZ URÍA, F. (comps). *Materiales de Sociología Crítica*. Madrid, La Piqueta. pp. 219-243.
- CRAWFORD, Robert (1994). “The Boundaries of the self and the unhealthy Other: Reflections on health culture and AIDS”. En *Social Science & Medicine*, Vol. 38, N° 10, pp. 1347-1365.
- DOUGLAS, Mary (1991). *Pureza y peligro: un análisis de los conceptos polución y tabú*, Madrid, Siglo XXI.
- (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona, Paidós.
- FASSIN, Didier (1999). “La patetización del mundo: Ensayo de antropología política del sufrimiento”. Traducción Mara Viveros Vigoya. (Disponible en www.portalcosta.com.ar/margen/posgra/cp05/apunt04_01.rtf. Bajado el 1 junio de 2008).
- (2004). “Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: hacia una antropología de la salud”. *Revista Colombiana de Antropología*, volumen 40, Bogotá. pp. 238-318.
- (2005). “Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes”. *Educaçã*, año/vol.: XXVIII, N° 056, Pontificia Universidade Católica Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre. pp. 201-226. (Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/848/84805604.pdf>. Bajado el 5 Agosto de 2008)
- FOUCAULT, Michel (2000) [1976]. *Defender la sociedad*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica. pp. 217-237
- (2002) [1976]. *Historia de la Sexualidad, Tomo I La voluntad de saber*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- (2006) [1977-1978]. *Seguridad, Territorio, Población*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- HALL, Stuart (2003). “Introducción: Quién necesita identidad”. En: Hall Stuart y Du Gay Paul (eds.) *Cuestiones de identidad*. Buenos Aires, Amorrortu. pp. 13-39.
- LORENZETTI, Mariana (2010). *Salud Intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas*. Tesis Doctoral. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

PARKER Richard y AGGLETON Peter (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*. 57, pp. 13-24.

TRINCHERO, Héctor Hugo (2000). *Los dominios del demonio: Civilización y Barbarie en las fronteras de la Nación, El Chaco Central*. Buenos Aires, EUDEBA.

Resumen

Dentro de las emergentes políticas de carácter intercultural, la "salud indígena" devino en un dominio problemático donde diversos agentes sociales inscriben sentidos y prácticas delimitando cómo y qué cuestiones deben ser prioritariamente atendidas. En esta dirección, distintas instancias gubernamentales han venido impulsando como modalidad de intervención la "promoción de la salud y prevención de las enfermedades" en la población indígena del Chaco Salteño.

A partir del trabajo de campo en una de las localidades del Departamento de San Martín (Pcia. de Salta), analizo los modos en que los profesionales de un equipo de Atención Primaria de Salud (APS) van re-actualizando formas de gestionar las diferencias entre la población indígena y criolla. Puntualmente, abordo las demarcaciones sociales tipificadas como "criollas" y "aborígenes" bajo las cuales se identifican, al mismo tiempo que se clasifican, los comportamientos considerados "saludables" o "no saludables". Con ello busco dar cuenta de la textura que adquieren las relaciones interétnicas en el marco de este particular ámbito de salud.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud, relaciones interétnicas, salud indígena, Chaco Salteño.

Abstract

Inside the emerging intercultural policies, the "aboriginal Health" became problematic in a domain where various social meanings and practices delimiting how, and what, priorities issues should be addressed. In this direction various government agencies have been promoting as a form of intervention, the "health promotion and disease prevention" in the indigenous population of the Chaco region of Salta State.

From fieldwork in one of the locations of the Department of San Martín (Province of Salta), I analyze the ways in which professionals in a team of Primary Health Care (PHC) are re-updating ways to manage differences between indigenous and creole. Specifically, it addresses the social demarcations classified as "criollo" and "indigenous" under which they are identified, while classified, the behaviors considered "healthy" or "unhealthy." This seeks to explain the texture acquired by inter-ethnic relations in the context of this particular area of health.

Key words: Primary Health Care, inter-ethnic relations, aboriginal health, Chaco region of Salta State.