



Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina

Intercultural health approaches in the areas of management and research in Argentina

Mariana Lorenzetti♦

Recibido: 13 de marzo de 2017

Aceptado: 28 de mayo de 2017

Resumen

En Argentina las perspectivas interculturales configuraron el reconocimiento indígena en el campo de la salud durante los tres primeros lustros del siglo XXI. Bajo los enfoques sustentados en la puesta en valor de la diversidad cultural, las políticas dirigidas a los pueblos indígenas han sido objeto de discusión tanto en los ámbitos de gestión como en los de investigación. Con el propósito de realizar una revisión de los modos en que se ha problematizado la salud intercultural analizo algunos de los supuestos y prácticas que guiaron las intervenciones socio-sanitarias así como también las investigaciones centradas en explorar tales experiencias. Para ello retomo mi trayectoria de trabajo centrada en indagar los distintos aspectos que hacen a la salud indígena y las lecturas de algunos de los estudios que abordaron la incidencia del sistema público de salud en contextos interétnicos. Mediante este recorrido señalo qué cuestiones tienen en común determinados abordajes interculturales promovidos en las instancias de gestión y de investigación, y de qué modos ambas dialogan, se interrogan y tensionan mutuamente.

Palabras clave: políticas de reconocimiento indígena- salud intercultural- investigación- gestión-Argentina

♦ Investigadora del INMeT (Instituto Nacional de Medicina Tropical), Puerto Iguazú, Misiones-Argentina. Doctora en Antropología por la Universidad de Buenos Aires, Argentina. Correo electrónico: lorenzettimariana@gmail.com



Abstract

In Argentina, intercultural perspectives have shaped indigenous recognition in the health field during the first three decades of the 21st century. Under the approaches based on the enhancement of cultural diversity, the policies aimed at helping indigenous peoples have been the object of discussion in both management and research areas. In order to review the ways in which intercultural health has been at stake, I am analyzing some of the assumptions and practices that guided socio-health interventions as well as research focused on exploring such experiences. To do this, I resume my work career focused on investigating the different aspects related to indigenous health, and the studies that addressed the impact of the public health system in interethnic contexts. Through this review, I outline what issues certain intercultural approaches have in common which are promoted in the management and research instances, and in what ways they converse, interrogate and stress each other.

Keywords: Indigenous recognition policies- Intercultural Health- Research- Management- Argentina



Introducción

En Argentina la discusión sobre la cobertura de los servicios de salud en las comunidades indígenas adquirió resonancia pública en 1992 con la emergencia del Cólera que afectó a varias zonas del noroeste y noreste del país. En este marco, el estado de salud de la población indígena ingresó paulatinamente en los ámbitos de gestión como asunto que debía ser atendido. En los años sucesivos, con la intervención de diversas carteras ministeriales, se fue conformando la red de agentes sanitarios indígenas.¹ La incorporación de los mismos en los equipos de Atención Primaria de la Salud se constituyó en el antecedente del enfoque intercultural en salud. En las dos primeras décadas del siglo XXI, no sólo se diagramaron iniciativas específicas tales como el Programa Nacional de Acciones Humanitarias para Población Indígena (ANAHI) y el Programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, sino también se crearon las llamadas Salvaguardas Indígenas para extender la cobertura de otros planes de salud: el Nacer/Sumar y el de Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) [Lorenzetti 2016].² Con el objetivo de unificar y articular las intervenciones socio-sanitarias desde un área de incumbencia particular se creó, a mediados de 2016, el Programa de Salud para los

¹ Entre 1992 y 1993 el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) –agencia indigenista estatal- firmó convenios con el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Salud con la finalidad de capacitar a indígenas como “facilitadores culturales”. Elegidos por sus propias comunidades, se constituirían en el nexo con el sistema público de salud. A cambio de esta tarea los agentes recibían mensualmente una retribución al igual que aquellos inscriptos a otros planes sociales, tales como el Trabajar o el de Empleo Comunitario. En este sentido, el Programa Salud de Pueblos Indígenas se encuadró en la política de fomento de empleo de la época que otorgaba una retribución no contributiva a cambio de una contraprestación de seis horas diarias en alguna área o servicio.

² El Programa ANAHI fue creado en el año 2000. Con él se dio continuidad a la red de agentes sanitarios indígenas del NOA y NEA; el Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, se implementó en los años 2005-2006. Con dicho programa, además de cubrir algunas provincias del NEA y NOA, se incluyeron otras provincias de la región del Centro, Cuyo y Patagonia. En este marco se conformaron grupos de profesionales de distintas disciplinas (antropólogos, pediatras, médicos clínicos, asistentes sociales, enfermeros, nutricionistas) para el desempeño en comunidades indígenas propuestas por los representantes del Consejo de Participación Indígena del INAI. La Salvaguarda Indígena del Plan Nacer-Sumar tuvo por objeto garantizar la cobertura de servicios de salud a mujeres embarazadas, niños y adultos hasta 64 años de edad. Por último, la Salvaguarda Indígena del FESP buscó extender el alcance de un conjunto de programas priorizados tales como el de Tuberculosis, el de Salud Sexual y Reproductiva, Dengue, Chagas, HIV, entre otros. El mismo, financiado por el Banco Mundial, inició sus actividades en el 2006 para dar cobertura en las provincias donde se activa la Política de Pueblos Indígenas del Banco Mundial, OP 4.10. En este marco comenzaron a planificarse los Planes con Poblaciones Indígenas (PPI) diagramando áreas de intervención específicas.



Pueblos Indígenas, dependiente de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación.³

La adopción del enfoque intercultural, como principio rector en el diseño de acciones sanitarias y el armado de áreas programáticas específicas, acarrió una serie de debates en torno a la situación de salud de la población indígena. En este artículo realizo una revisión de las políticas indigenistas en el campo de la salud y de los estudios que se han centrado en sus implicancias a fin de reflexionar sobre la construcción de las agendas de gestión y las de investigación. Me interesa particularmente detenerme en los modos en que se problematizaron las relaciones interétnicas en el terreno de la salud-enfermedad-atención. Con este propósito, en primer lugar, explico los ejes analíticos a través de los cuales examino los presupuestos y los efectos generados tanto por la implementación como por los estudios centrados en la salud intercultural en Argentina. En segundo lugar, a través de mi propia trayectoria de investigación, reviso algunas de las experiencias de las acciones socio-sanitarias desarrolladas específicamente en las comunidades indígenas del departamento Gral. San Martín (provincia de Salta) y del departamento Iguazú (provincia de Misiones).⁴ Dichas referencias apuntan puntualmente a reponer ciertas cuestiones con las cuales fui pensando los argumentos que sustentan la perspectiva analítica que aquí presento.

Por último me detengo en un aspecto poco atendido en el terreno de la salud intercultural y es el eje sobre el cual pretendo detenerme en este trabajo. Me refiero concretamente a los campos de interlocución entre las instancias de gestión e investigación. Considero tal cuestión central para pensar los desafíos pendientes en las dinámicas de transferencia respecto de los conocimientos contextualmente producidos. Estimo que este recorrido

³ Bajo la resolución 1036-E/2016 se establece como objetivos del programa: “Generar la formulación de planes para lograr la reducción de las inequidades en las condiciones de salud de las poblaciones objetivo. Propender a la disminución de la morbi-mortalidad de la población indígena mediante el desarrollo de programas preventivos y promoción de la salud. Desarrollar actividades de capacitación de personas de las diferentes comunidades indígenas para favorecer el acceso a los servicios públicos de salud aceptando la interculturalidad” [Boletín oficial de la República Argentina del 29-7-2016/ N° 52739/16].

⁴ El trabajo en la provincia de Salta fue el resultado de la beca doctoral (2006-2010) otorgada por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires, la beca posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (2010-2012) y la participación en tres proyectos UBACyT entre los años 2004-2014. En la provincia de Misiones las tareas de investigación se enmarcan en el proyecto “Procesos de salud-enfermedad-atención, cartografía social y percepción del riesgo sanitario entre comunidades mbya guaraní, criollos, colonos y ocupantes de la Triple Frontera de Iguazú”, inscripto en el Instituto Nacional de Medicina Tropical.



puede contribuir a revisar los distintos puntos de vista que le dan relieve a la interculturalidad en el ámbito de la salud.

Claves para analizar el enfoque intercultural en salud

No han sido pocas las discusiones que ha despertado el enfoque intercultural en el campo de la salud. Los intentos por definir y fijar de algún modo el término escurridizo y polisémico para encuadrar las relaciones sociales entre un “nosotros-otros” y las políticas públicas pensadas para indígenas fueron numerosos [Ameigeiras y Jure 2006; Boccara 2007; Hirsch y Serrudo 2010; Fernández Juárez 2004 y 2006; Novaro 2006; Walsh 2010]. Antes que proponer una definición más en el concierto de las existentes, busco explicitar las claves teórico-metodológicas que considero significativas para la revisión de las distintas perspectivas interculturales en los ámbitos de gestión e investigación.

El planteo de Michel Foucault ([1984] 2010) sobre los modos en que se problematiza un asunto constituye un punto de partida para dar cuenta del contexto y del proceso de producción por el cual la interculturalidad se ha convertido en objeto de pensamiento y acción social. Si entendemos que “la problematización no quiere decir representación de un objeto preexistente, así como tampoco la creación mediante el discurso de un objeto que no existe” [Foucault 2010: 1007] es preciso detenerse en las relaciones entre aquello que es problematizado y el proceso de problematización.⁵

Tal cuestión, en nuestro caso, nos remite entonces a realizar un doble ejercicio: 1) analizar las construcciones de alteridad, los vínculos entre las políticas de reconocimiento indígena y los programas de salud, y 2) explorar, concomitantemente, a través de qué preguntas y recortes los trabajos de investigación han abordado a la “salud intercultural”.

El actual paradigma basado en la valoración de las diferencias culturales instaló como presupuesto la idea de la existencia de los indígenas como un dato de la realidad

⁵ Si bien las problematizaciones como respuestas dadas por individuos concretos implican algún tipo de creación, esto “no significa que se encuentran libremente flotantes sin ningún tipo de anclajes o amarres al contexto o situación específica en la que se despliegan, como tampoco son simples derivados o expresiones mecánicas de los contextos o situaciones históricas en las que emergen, se transforman o dispersan” [Restrepo 2008:127]. En efecto, para que algún dominio de acción o comportamiento devenga en objeto de pensamiento, se requiere que el mismo haya perdido la familiaridad y certidumbre que lo mantiene al margen del campo de visibilidad y se le asocie una serie de dificultades que demandan ser encaradas [Foucault 2010].



suponiendo a las sociedades latinoamericanas multiculturales o interculturales “desde siempre”. Ahora bien, si la multi/interculturalidad existió desde siempre, cabe preguntarse ¿qué sentido tiene utilizar un nuevo término para designar algo ya existente? En esta dirección, la distinción realizada por Stuart Hall [2010] entre “multiculturalidad” —como adjetivo (“multicultural”) empleado para describir las situaciones que afronta una sociedad donde coexisten grupos sociales diferenciados- y “multiculturalismo” -como sustantivo utilizado para referir a las políticas gubernamentales destinadas a administrar la diversidad- constituye una vía para comprender las actuales relaciones interétnicas resultantes de procesos socio-históricos.

Desde esta perspectiva, el desafío consiste en desentrañar cómo las políticas de las diferencias se conectan de múltiples maneras con las articulaciones de alteridad que las han antecedido. Es decir detenerse en las conceptualizaciones de “lo indígena” que se sedimentaron en las distintas coyunturas socio-históricas. Se trata entonces de dar cuenta de los usos y sentidos sociales de las diferencias que fueron instalando ciertas “ideas fuerza” y aún gravitan en el fundamento de las vigentes prácticas de inclusión/exclusión gubernamentales [Bengoa 2000].⁶

Al respecto, los trabajos que analizaron las propuestas multi/interculturales durante las reformas neoliberales del siglo XX [Benhabid 2006; Hale 2004 y 2007; Laurier *et al* 2005; Sieder 2004] han señalado un punto clave: la convergencia entre el “reconocimiento de la diversidad” -promovido desde esferas estatales y no estatales- y el quiebre o contracción de los canales de redistribución socioeconómicos que derivó en crecientes conflictos entre los pueblos indígenas y las distintas agencias interpeladas.

⁶ La periodización propuesta por José Bengoa [2000] retoma los modos en que concepciones hegemónicas fueron sucediéndose y yuxtaponiéndose unas a otras dando forma a la cuestión indígena. Bajo este planteo analiza cómo a la retórica jurídica de la igualdad del indígena del período independentista se le fue sobreprescribiendo nociones de tinte evolucionista. Nociones que, bajo el binomio civilización y barbarie, instalaron la idea de la “inferioridad del indio” conjuntamente con el lema “orden y progreso” durante la consolidación de los Estados-nación. Por su parte el indigenismo, cristalizado en la Reunión de Pátzcuaro (México) de 1940, impulsó la asimilación del indígena como parte del desarrollo de las naciones promoviendo la homogenización de la población. La re-emergencia del movimiento indígena de los años setenta y ochenta del siglo XX puso en jaque las concepciones asimilacionistas dando cuerpo a las categorías reivindicativas tales como pueblo, territorio, participación y auto-adscripción como criterio de identificación indígena. En conjunto tales concepciones deben entenderse como constelaciones que gravitan con distintos énfasis en el presente, según coyunturas y contextos específicos. Esas “ideas fuerza” -forjadas en los distintos períodos- son actualmente (re)significadas y puestas en circulación. Las mismas son parte del andamiaje que fundamenta las prácticas políticas de agencias estatales, organizaciones indígenas, organizaciones no gubernamentales, académicas, entre otros actores sociales.



Bajo este marco, las políticas sociales vinculadas al reconocimiento de los derechos específicos de los ámbitos estatales y transnacionales se constituyeron en el epicentro donde se expresaron los intentos de re-assignar un lugar a la diferencia y definir qué están dispuestos a aceptar en el ejercicio concreto de las reivindicaciones [Boccara y Bolados 2010].

Como refiere Guillaume Boccara [2015], si el paradigma intercultural se gestó como una forma de construir y administrar las diferencias resulta pertinente detenerse en las modalidades de interpelación que simultáneamente visibilizaron a los indígenas como “sujetos vulnerables” y “sujetos de derecho” [Lorenzetti 2010]. Como veremos en el próximo apartado, en el campo de salud tal situación generó varios nudos paradójicos que condensan actualmente las tensiones de las propuestas destinadas a extender la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en las comunidades indígenas.

A partir de estas consideraciones sostenemos que la producción social de la salud puede abordarse tanto desde las lógicas que orientan los proyectos de desarrollo socio-sanitarios -en nuestro caso los procedimientos implicados en la APS- como desde las improntas que tales proyectos dejan en las experiencias de las personas involucradas. Se trata entonces de identificar las posibilidades que determinadas prácticas -coherentes con cierta noción de cuidado en salud- dejan a los sujetos y suponen el desarrollo de modos de hacer y de actuar apropiados dentro de cierta configuración social.

Con esta perspectiva pretendo, entonces, no sólo de-construir qué es lo que se problematiza y cómo se lo hace, sino también reparar en los procedimientos implicados que aparecen bajo el término “interculturalidad” y los efectos que producen sobre las subjetividades de los colectivos sociales construidos a partir de ellos. Me interesa analizar cómo desde determinadas maneras de problematizar la salud indígena se prescribe el deber ser del sujeto, las condiciones a las que está expuesto y las posiciones que asume o confronta para convertirse en destinatario de las intervenciones socio-sanitarias. Tales dimensiones constituyen las coordenadas para deshilvanar las políticas indigenistas en este terreno y las lecturas de los trabajos académicos que las han examinado de cara a pensar algunos de los nudos problemáticos que hacen a las relaciones entre los ámbitos de gestión e investigación.



Desandando las lógicas interculturales de salud en contextos indígenas

En el año 2006, comencé a indagar en la conformación del espacio de salud intercultural a partir del seguimiento de dos iniciativas del Ministerio de Salud Nacional: el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAHI) y el Sub-Programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. A través del trabajo de campo llevado a cabo en la localidad de Tartagal, departamento de Gral. San Martín, analicé cómo desde tales programas se actualizaban y articulaban las relaciones entre la promoción de la salud y los reconocimientos indentitarios [Lorenzetti 2008].⁷

Un conjunto de preguntas guiaban el proceso de investigación: ¿Qué había implicado la incorporación del tópico intercultural como modalidad de gestión?, ¿De qué maneras se iba configurando una forma de gestión de alteridad?, ¿Cómo y en qué términos las diferencias se convertían en un problema de orden sanitario?

Por entonces, en Argentina, no abundaban los trabajos abocados a explorar cómo en el terreno sanitario se expresaban las políticas de reconocimiento centradas en el tópico intercultural. En contraste con el ámbito educativo donde la interculturalidad como principio rector se incorporó más tempranamente en las agendas estatales volcándose en leyes programáticas específicas [Hecht *et al.* 2015], en el campo de salud recién en el año 2005 comenzaban a sistematizarse los planteos de extender servicios y programas sanitarios bajo tal principio.

En los primeros años del siglo XXI fueron revirtiéndose algunas de las tendencias que caracterizaron las políticas indigenistas de la última década del siglo XX. En los años noventa -post actualización de los marcos jurídicos- los indígenas fueron subsumidos en ciertos programas de atención a grupos vulnerables de alcance nacional con el objetivo de efectivizar derechos específicos [Lenton y Lorenzetti 2005].⁸ En contraste durante la

⁷ En el departamento de Gral. José de San Martín se concentran comunidades indígenas de ocho pueblos indígenas: avá guaraní, chane, chorote, kolla, chulupi, tapiete, toba, wichí.

⁸ El proceso de reconocimiento jurídico de los derechos indígenas comenzó en Argentina durante la década de 1980, con el surgimiento de las llamadas leyes indigenistas integrales, tanto a nivel provincial como nacional. A nivel nacional, tal proceso se expresa en la Ley N° 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Indígenas sancionada en 1985. Una década después, sumándose a las once provincias que incluyen dentro de sus cuerpos constitucionales la temática indígena, se encuentra el artículo 75 inc. 17 de la Constitución Nacional, reformada en 1994. En éste se reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos, el derecho a una educación bilingüe e intercultural, el reconocimiento de la “personería jurídica de sus comunidades y la posesión y propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan”. Esto también involucra, “regular la entrega de otras (tierras) aptas y suficientes



primera década del siglo XXI, desde los ámbitos gubernamentales, se instaló la necesidad de confeccionar programas particulares, retomándose para ello los argumentos vertidos en los encuentros y documentos que realizaron un diagnóstico de la situación de salud indígena.⁹ En estos se señalaba:

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

En consonancia con esta lógica, se abrió un proceso que fue refrendándose en varios eventos locales como el taller sobre “Prioridades en Investigación en Salud Pueblos Indígenas” organizado en el 2008 por el Foro de Investigación en Salud de Argentina (FISA), el taller de “Interculturalidad en Salud: la cosmovisión de las comunidades indígenas sobre la interculturalidad en salud” promovido desde el Ministerio de Salud de la Nación en el 2009 y las reuniones para la confección de los “Planes con los Pueblos Indígenas” en distintas provincias del país en el marco del Programa Nacer/Sumar.¹⁰ A la

para su desarrollo humano” junto a “su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten” [GELIND 2000]. Estos reconocimientos jurídicos dieron pie para que, durante la década del noventa, los indígenas fueran incluidos en programas tales como el de Atención a Grupos Vulnerables (PAGV), el Componente de Atención a Poblaciones Indígenas (CAPI) financiado por el BID, el de Empleo Comunitario, el Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, entre otros [Carrasco, Sterpin y Weinberg 2008; Lenton y Lorenzetti 2005].

⁹ Entre los más influyentes en la región podemos mencionar el Seminario “Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de Salud, ¿Cuánto y Cómo se ha Avanzado?”, organizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el año 2007. Este evento dio lugar a la publicación del libro *Panorama Social de América Latina* donde se compilaron varios trabajos. Dichos documentos reflejaron la tónica de planteos que se venían vertiendo en la materia, encontrado eco en el despliegue de las iniciativas locales.

¹⁰ El taller del FISA tuvo como propósito generar una agenda pública nacional ante la problemática sanitaria del sector visualizando prioridades y los recursos para los proyectos que deberían emprenderse. Por otra parte con el taller organizado desde el Ministerio de Salud se formaliza la fusión del Programa ANAHI y del Subprograma Médicos Comunitarios para Pueblos Originarios en el nuevo Subprograma Salud Indígena. El mismo debía potenciar las acciones de salud destinadas a los Pueblos Indígenas incorporando a los agentes sanitarios indígenas en Equipos de Salud compuestos por médico, enfermero, y profesionales de apoyo. Asimismo se proponía expandir el área de influencia las acciones de salud a todas las provincias con población indígena. Este antecedente será el que finalmente impulsa, dentro de la órbita del Programa

Mariana Lorenzetti “Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina”, *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 11, julio 2017, pp. 148-176.



par de afirmar que los indicadores de morbi-mortalidad indígenas eran más desfavorables que la sociedad envolvente, estas instancias establecieron como criterio de desagregación de los programas el reconocimiento de “atributos culturales” recortando a las comunidades como entidades sociales particulares dentro del universo vulnerable.

En este contexto, la población indígena pasó a considerarse objeto de intervención en carácter de su vulnerabilidad y sujeto interpelado en pos de reconocérsele jurídicamente derechos y prerrogativas específicas [Lorenzetti 2010]. En ese juego de apelaciones donde se conjugó el “sujeto vulnerable” y “sujeto de derecho” se condensaron una serie de tensiones en los programas para indígenas. Estas tensiones remitían a algo más que una mera discrepancia entre diseño e implementación, pues justamente daban cuenta del modo en que la letra de los programas iba prefigurando, junto con otros aspectos, el tipo de acciones posibles. Concretamente, en el caso de los agentes sanitarios que trabajaban en las comunidades de Tartagal, pensar en términos de vulnerabilidad implicó identificar los “factores de riesgo” consignados en una planilla y asociarlos con los comportamientos de las familias antes que a las condiciones socio-económicas en las cuales estas se encontraban. Tal situación amplificó las fricciones entre las recomendaciones de los agentes sanitarios centradas en enseñar lo que sería una buena administración de los programas de compensatorios ofrecidos –la leche para los niños de bajo peso, los bolsones de alimentos o las tarjetas sociales alimentarias- y las demandas de las comunidades que buscaban ampliar esas estrechas concepciones de salud ligadas a cubrir meramente necesidades básicas. No fueron pocos los reclamos indígenas ante las imputaciones que las responsabilizaban del uso “no racional” de los paquetes básicos y retribuciones sociales, directa o indirectamente monitoreados desde la Atención Primaria de la Salud. Así frente a la desnutrición, la mortalidad infantil o la notificación de los numerosos casos de tuberculosis, en distintas coyunturas los indígenas procuraron revertir las miradas estigmatizantes inscribiendo tales situaciones críticas en el marco del despojo territorial, del arrinconamiento a zonas desfavorables, de la falta de agua potable y la pérdida de medios disponibles para abastecerse de insumos indispensables como leña, entre otros recursos necesarios. Lejos de concebir el estado de salud de las familias como producto de la comodidad, la desidia o su propio abandono –como frecuentemente sus

Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, la creación del Área de Salud Indígena mediante la Resolución N° 439/2011 del Ministerio de Salud de la Nación.

Mariana Lorenzetti “Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina”, *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 11, julio 2017, pp. 148-176.





comportamientos suelen adjetivarse- los grupos indígenas lo inscribían en las experiencias de desplazamiento forzoso y el arrebato de sus medios de vida [Lorenzetti 2012 y 2013]. No obstante, la posibilidad de expresar públicamente estas cuestiones encontraron límites en la necesidad de asumir ciertos roles o formas de actuar para ser destinatario de las denominadas “ayudas” y programas ofrecidos. En efecto, estos debían mostrarse merecedores de tales ayudas comprometiéndose a actuar de acuerdo a las recomendaciones estipuladas que se les daba durante las visitas domiciliarias o en el mismo hospital: “comprar los alimentos rendidores y baratos”, “dar la leche solo al niño de bajo peso”, “levantarse temprano para hacer la huerta”. Para los indígenas tales interpelaciones implicaron asumir, de alguna manera, las sospechas e imputaciones que se les atribuía respecto de los modos de manejarse con los recursos suministrados por las agencias estatales. Dar visibilización a ciertas problemáticas como el cercenamiento al territorio o la queja abierta ante las caracterizaciones desvalorizantes era expresada con el resquemor de quedarse sin los insumos que se les acercaba desde la Atención Primaria de la Salud [Lorenzetti 2012].

En este marco, se instaló la idea de que un “buen paciente” era quien seguía las recomendaciones y cuidados transmitidos por los agentes de salud y se mostraba predispuesto a modificar aquellos comportamientos considerados determinantes de su estado de salud. Así las estrategias o elecciones indígenas para afrontar las situaciones desventajosas que no se ajustaban a las expectativas de los criterios sanitarios fueron consideradas “costumbres”, “maneras idiosincráticas”, sobre las que se imponía la necesidad de actuar. De este modo, la asociación de la vulnerabilidad con “patrones culturales” iba obliterando las dinámicas sociales, económicas y políticas que reafirmaron la incorporación subordinada de las comunidades. Como resultante de tal recorte, la vulnerabilidad quedaba adosada a los mismos sujetos donde, en definitiva, eran considerados portadores y productores de riesgos [Lorenzetti 2010].

Varias cuestiones aparecen aquí como claves para de-construir los enfoques interculturales en salud e ir desgranando las tensiones que brevemente mencioné. Las mismas nos permitirán también pensar algunas situaciones presentes en las comunidades mbya guaraní de Puerto Iguazú respecto del carácter de las intervenciones de salud donde ciertas concepciones de cultura entran en juego.



Términos polémicos: nociones de cultura, diseño e implementación de los programas bajo el prisma de la salud

En primer lugar cabe observar las implicancias de los enfoques sanitarios que apuntan a los “estilos de vida” [Menéndez 1998] y a las apropiaciones del término cultura bajo estas concepciones. En segundo lugar, señalar los limitantes de los análisis preocupados por si las acciones desarrolladas en el ámbito de la salud se corresponden *sensu stricto* con los objetivos declarados de los programas.

Respeto a la primera cuestión podemos apuntar que “lo cultural” como campo de intervención y principio explicativo se ha convertido en una entidad autocontenida con “vida propia”, desvinculado de las relaciones sociales que lo instituyen como tal [Briones 2005; Restrepo 2014]. Sustraído de las prácticas de marcación y de los contextos sociopolíticos donde estas operan, lo denominado “cultural” habilita la delimitación de ciertos grupos sociales mientras reviste a otros de un universalismo que aprueba cursos de acción según criterios adjetivados como eficientes y efectivos.¹¹ De allí que, por ejemplo, las actividades de capacitación de los agentes sanitarios indígenas se limiten a impartir conocimientos de promoción de la salud y prevención de enfermedades donde los conocimientos biomédicos adquieren un papel preponderante y exclusivo por sobre los saberes y experiencias de quienes reciben la formación. Esta unilateralidad en las instancias de intercambio refleja, por un lado, la subalterización de las formas de entender los procesos de salud-enfermedad-atención indígenas y coloca solo a ellos como aprendices. Por otro lado, en el afán de que los agentes sanitarios detecten los factores de riesgo e intermedien como “facilitadores culturales”, la diversidad de los “estilos de vida” se presenta como resultado de la “libre elección” de las personas dejando de lado las condiciones de vida en las cuales se encuentran.

Puede advertirse que tales nociones de cultura derivan de la apropiación de ciertas perspectivas antropológicas por parte de los ámbitos de gestión, generándose una serie de

¹¹ Tal como sostiene Žižek, el paradigma multi-intercultural hegemónico ha consabido perpetuarse en tanto abreva en “una forma de racismo negada, invertida, autorreferencial, ‘un racismo con distancia’: ‘respetar’ la identidad del otro, concibiendo a éste como una comunidad ‘auténtica’ cerrada, hacia la cual el multiculturalista, mantiene una distancia que se hace posible gracias a su posición universal privilegiada” [1998: 172].



escollos y usos sociales problemáticos.¹² Me refiero a los enfoques antropológicos que en el afán de romper con las miradas etnocentristas enfatizan en las singularidades de los grupos indígenas respecto de las nociones de salud-enfermedad-atención o bien tematizan acerca de sus cosmovisiones dejando a un costado cómo las mismas se han ido re-actualizando a la luz de los cambios y dinámicas sociales que han afectado sus condiciones de vida. Con el marcado acento de particularizar o de ejercitar un “extrañamiento”, tales posturas corren el riesgo de des-historizar las concepciones de vida y las prácticas terapéuticas indígenas, construyendo una visión homogeneizadora y esencialista de los grupos al encapsularlos por fuera del tiempo y el espacio. Muchas de esas argumentaciones abonaron las ideas de que los indígenas son reticentes a las intervenciones socio-sanitarias, diluyendo las tensiones entre el sistema de salud formal y la población indígena a un mero asunto de inconmensurabilidad de perspectivas culturales. Asimismo, este tipo de enfoques ha ubicado la práctica antropológica en el rol de traductora o como herramienta de “sensibilización cultural” y en consecuencia como mediadora de los conflictos resultantes de las iniciativas de salud denominadas interculturales [Martínez Hernández 2011].

Este tipo de interpretaciones y sus implicancias se hace patente en Puerto Iguazú donde se localizan cinco de las ciento diez comunidades mbya guaraní que actualmente cuentan con el reconocimiento de las personerías jurídicas. En este caso, la salud indígena ha adquirido una resonancia con ribetes propios que le impone un espacio turístico distinguido como “maravilla natural del mundo”. Bajo tal marco las comunidades se han convertido en un atractivo para los visitantes a los que se propone conocer las “reservas mbya guaraní”. Así la creación de “circuitos étnicos” constituye una fuente de ingresos para las familias mbya que se combinan con otras actividades de subsistencia tales como los rozados, los trabajos temporarios denominados “changas” y la venta de artesanías. La contracara de este proceso ha sido la recreación de los imaginarios sociales donde el guaraní es asociado al “estado de naturaleza, consustanciado con la selva misionera” y retratado prototípicamente como cazador-recolector. Estas imágenes tienen una potente

¹² Para profundizar en las discusiones acerca de los usos de la noción “cultura” en distintos contextos y ámbitos -académicos, gubernamentales y de activismo social- ver Wright [1998]. Los interrogantes acerca de cómo se construyen sentidos de cultura y de qué modos estos configuran las prácticas de las dinámicas sociales apunta, precisamente, a desentrañar el entretejido entre espacios o campos en vinculación. Aquí me interesa señalar la proyección y circulación de ciertas ideas de cultura que encuentran legitimidad en ciertas perspectivas antropológicas.



capacidad para invisibilizar los problemas derivados de la pérdida del control territorial y la merma del acceso a los recursos disponibles. Los modos de existencia mbya asociados a las dificultades en el acceso al agua potable, a la vivienda y los medios de sustento son subsumidos bajo miradas hegemónicas en las cuales lo indígena irrumpe como parte de un pasado que perdura. En estos términos, prevalece la representación del mbya guaraní en tanto “museo viviente” que conserva un estado de naturaleza cultural primigenia y se lo exhibe como espejo invertido del “mundo occidental”.

En este contexto el programa provincial de salud indígena hasta el momento, se focaliza en acercar la atención médica a las salas de salud comunitarias donde básicamente los promotores de salud mbya se convierten en los traductores de las prescripciones biomédicas y son los que deben garantizar la continuidad de los tratamientos por parte de los pacientes. Aquí el “resguardo cultural” estaría garantizado por la mediación de los promotores indígenas en cuyas espaldas cae el peso de la adecuación del sistema público de salud. Mientras las actividades preventivas son reactivas pues se realizan ante el desenlace de los casos de enfermedad, la promoción de la salud se reduce a charlas informativas que dejan en manos de las propias familias mbya las acciones conducentes a resolver las situaciones problemáticas.

Me detendré ahora en el segundo aspecto mencionado al comienzo del apartado: a las formas de comprender los vínculos entre diseño y la puesta en marcha de los programas. Considero que tales formas no pueden desgajarse de las consideraciones arriba señaladas pues derivan de algún modo de las nociones, más o menos implícitas, que se tienen acerca de la cultura y el prefijo *inter* que conlleva el término interculturalidad.

Sin negar los aportes de los trabajos antropológicos que presuponen la perspectiva intercultural como instancia que posibilitaría superar viejas formas disciplinantes de incidir sobre las relaciones interétnicas [Aizenberg 2011; Arrue y Kalinsky 1991; Bergagna *et al.* 2012; Hirsch 2015; Ramírez Hita 2006; Sy y Remorini 2008], entiendo que tal valoración en sí misma merece ser revisada. Discutir si se tratan o no efectivamente de iniciativas “interculturales”, como si existiese una “interculturalidad auténtica/verdadera”, por fuera de aquellas concepciones y prácticas que se implementan en nombre de ella, puede llevar a ciertas encrucijadas o a visiones sesgadas.



En primer lugar, analizar la letra del programa y la implementación en términos “se dice una cosa y se hace otra” dificulta visualizar a ambas instancias como parte de un mismo proceso. Proceso donde el recorte y los sentidos sociales puestos en juego son instituyentes de los cursos de acción sobre determinados aspectos de la vida social de los destinatarios. Considero que el mayor escollo reside en tomar literalmente las prácticas discursivas escindiéndolas del contexto social en el cual son producidas, olvidando asimismo su carácter relacional y performativo. Concomitantemente dicha cuestión impide entender el carácter poroso de ciertas dicotomías que se han naturalizado: cosmovisiones indígenas versus conocimientos biomédicos, tratamientos “tradicionales” versus atención médica en el sistema de salud público. Existe una dificultad importante en visualizar los entrecruzamientos resultantes de los relacionamientos interétnicos - contextuales e históricamente situados- que hacen estallar los binomios señalados, dando lugar a resignificaciones de nociones y prácticas de salud-enfermedad-atención que merecen ser tomadas en cuenta. En este sentido, los modelos analíticos centrados en las dicotomías poco aportan en la comprensión de las configuraciones sociales y recrean viejos estereotipos que son parte del problema [Langdon 1988].

En segundo lugar, si bien el número de investigaciones en salud intercultural indígena ha aumentado considerablemente [Hirsch y Lorenzetti 2016], el foco puesto exclusivamente en el trabajo de campo en las comunidades paradójicamente relegó a un segundo plano la aproximación etnográfica hacia las dinámicas de las agencias estatales involucradas en el diseño e implementación de los programas específicos.¹³ Dicho asunto nos lleva a indagar en las formas en que se construyen las agendas de investigación en relación a las propias de los ámbitos de gestión. En el análisis de las experiencias interculturales en salud, uno de los sesgos es tomar acríticamente como problema de investigación los problemas de agenda de los programas, dando por sentados los mismos supuestos con que éstos se

¹³ Numerosos investigadores en Argentina trabajaron desde diferentes perspectivas analíticas la salud indígena en distintos contextos. Entre las temáticas abordadas encontramos: la salud materno-infantil y los procesos de embarazo-parto-nacimiento [Cantore 2014; Drovetta 2009; Hirsch 2015], el acceso y uso de medicamentos en las comunidades [Hirsch *et al.* 2015], las demandas de salud indígenas [Leavy 2016], la atención en los sistemas públicos de salud [Stival 2016; Suarez 2016], la articulación entre saberes-prácticas indígenas y alcance de los servicios-programas de salud [Sy y Remorini 2008; Estrella 2016], los proyectos de autogestión indígena de la salud [Sabatella 2011], las dificultades de la participación indígena en las políticas de salud [Cuyul 2015], la incorporación de la variable indígena en la generación de datos estadísticos en los sistemas de salud [Cuyul *et al.* 2011], la formación y capacitación de los profesionales de salud en los enfoques interculturales [Bergagna, *et al.* 2012].



elaboran. En consecuencia, las lecturas de tales experiencias pueden quedar atrapadas en las mismas reificaciones que son propias de las iniciativas analizadas, al tomar como dados los problemas y las representaciones tal como son planteados por quienes diseñan e implementan los programas [Lorenzetti 2010]. Así, por ejemplo se termina replicando que la cuestión de la inaccesibilidad al sistema de salud público se reduce a las dificultades de acceso geográfico, a un problema de tipo lingüístico-comunicacional o bien resaltan las cosmovisiones indígenas sin desmenuzar cómo y en qué términos estas interpelan las intervenciones socio-sanitarias. Este recorte deja fuera de debate de qué modos el enfoque intercultural es asociado únicamente a la extensión de la atención médica y pierde de vista las maneras en que los propios destinatarios van reapropiándose, resistiendo o impugnando ciertas nociones de salud.

Ahora bien, ¿Es posible pensar una articulación entre los ámbitos de gestión y los de investigación? ¿Qué tensiones y desafíos presenta para ambas instancias generar un diálogo entre sí? ¿Qué puede aportar la práctica antropológica a estos debates? Estos interrogantes resultan cada vez más recurrentes no sólo en el seno de la antropología sino también en otros campos disciplinarios y entre los agentes sociales implicados en la producción social de la salud. Estas preguntas serán el hilo conductor del próximo apartado.

La práctica antropológica en los ámbitos de gestión e investigación: articulaciones posibles

El espacio de la salud intercultural ha renovado las interpelaciones hacia la práctica antropológica por parte de los profesionales con otras formaciones disciplinarias, los agentes estatales y las organizaciones indígenas. De ellas se desprenden requerimientos acerca de los aportes del conocimiento etnográfico y de las expectativas del rol del antropólogo involucrado en la indagación del quehacer “intercultural”. En esas arenas de discusión, el dilema por la contribución de la producción antropológica y sus implicancias conforma una encrucijada donde se condensan diversas fricciones. A través de ellas se expresan los distintos posicionamientos respecto de los posibles modos de transferir las herramientas teóricas-metodologías de trabajo y el conocimiento antropológico hacia otros ámbitos.



Sin duda el campo de la salud indígena constituye un espacio particular en tanto predomina la tendencia de ubicar al antropólogo como el traductor cultural cuya labor consistiría en revelar las vías para conseguir los cambios deseados y/o solucionar conflictos que pueden encontrar los programas sanitarios. Esta construcción prototípica del papel del antropólogo retroalimenta varias cuestiones que merecen ser revisadas a la luz de las problemáticas que encierran. Por un lado, abreva en la idea de que “otros” deben ser decodificados convirtiendo la práctica antropológica en su portavoz, subsumiendo la agencia indígena bajo el ala del “experto” y pasando por alto las prescripciones normativas que se promueven. Es común que, desde las agencias estatales, se conciba como ámbito “natural” el trabajo de campo en las comunidades y se mire con cierto recelo al antropólogo cuando dirige su atención a las dinámicas de gestión procurando un análisis relacional de las prácticas e interacciones. Por otro lado, la atribución de ese rol mediador, conlleva a pensar a la disciplina como una “hacedora de recetas” que deriva en una antropología de corte utilitarista donde las preguntas del para quién y con qué propósitos terminan tornándose difusas. Bajo esta configuración los aportes del trabajo antropológico se desdibujan y pierden el potencial para explicitar los nudos críticos que encierran los vínculos entre el sistema público de salud y los pueblos indígenas.

Los planteos de José María Uribe Oyarbide [2015] respecto de las vinculaciones de la práctica antropológica y el contexto donde esta se inscribe nos llevan a revisar un conjunto de aspectos concernientes a los retos que el trabajo antropológico le presenta a la relación investigación-gestión. En esta dirección podemos identificar tres ejes: 1) las traducciones que han tenido o se pueden derivar de las afirmaciones de los estudios antropológicos centrados en analizar las diferencias culturales, 2) el dilema del carácter teórico o aplicado del conocimiento producido, 3) las disyuntivas desde las cuales se piensa la práctica antropológica ejercida en los ámbitos de gestión e investigación. Sin pretender agotar todas las aristas que cada eje condensa, me interesa señalar algunas implicancias relevantes para pensar la construcción de los espacios de la salud intercultural indígena.

El primer eje nos insta a considerar no sólo cómo ciertas visiones sobre las diferencias culturales y la interculturalidad se han fraguado en los diferentes ámbitos sociales, sino también a atender los modos en que determinados enfoques antropológicos pueden reforzar tales visiones. La noción de cultura entendida como estilo de vida y determinante



de los comportamientos ha dejado una fuerte impronta en el sentido común y en el campo de la salud. Impronta que ha sido acompasada, en palabras de Eduardo Restrepo, por la “otrerización de la diferencia”, es decir: “al establecimiento de una serie de distinciones ontológicas esencializadas entre ‘occidente y el resto’, ‘los modernos y los nos modernos’ asociadas a unas geografías imaginadas [2014: 23]. Cabe aquí la observación de Alcida Ramos [1994] acerca de los escollos propios de la construcción del indígena “hiperreal”. Es decir, cuando las representaciones estandarizadas y modelizadas del indígena fijan los estándares permitidos de sus demandas y permean las lógicas de reconocimiento a través de las cuales se da respuesta a las problemáticas que afrontan las comunidades. En el terreno de la salud, la paradoja señalada por Ramos parece encontrar su máxima expresión: mientras que el objetivo explícito del indigenismo es el “indio de carne y hueso”, la herramienta sobre la cual se trabaja es el “indio modelo” que tiene una poderosa capacidad de escindir a las personas del contexto social donde se hallan inmersas. De allí que tal situación genere cortocircuitos cuando los resultados de las intervenciones no coinciden con los esperados, en tanto las acciones de los indígenas no se ajustan a los parámetros del “deber ser” supuestos en los programas socio-sanitarios.¹⁴

En este sentido, cobra relevancia el enfoque etnográfico mediante el cual es posible producir “conocimientos implicados” [Uribe Oyarbide 2016] capaces de poner en cuestión la construcción de las representaciones “hiperreales”. Conocimiento implicado pues la experiencia etnográfica involucra necesariamente no sólo la inclusión de las perspectivas de nuestros interlocutores sino también un trabajo contextual y situado que, orientado teórica y metodológicamente, nos lleva a revisar de un modo permanente las nociones analíticas con las cuales comprendemos las dinámicas sociales. En este plano discutir el carácter teórico o aplicado del conocimiento antropológico no tiene sentido si consideramos que su mismo hacer involucra la articulación teoría-práctica. Así, respecto del segundo eje señalado, podemos afirmar que no existe una antropología sin teoría o sin práctica, ambas son dimensiones constitutivas de la disciplina. Bajo ninguna

¹⁴ Respecto a las construcciones modelizadas del indígena cabe recordar también el trabajo de Charles Hale (2004). A través del análisis de las políticas multiculturales en Guatemala, Hale advierte que la delimitación de las formas de acción indígenas en pos de efectivizar sus derechos colectivos configuró la figura del “indio permitido” al establecer los parámetros tolerables de las plataformas reivindicativas. En el campo de la salud que he caracterizado, la distinción entre “indio permitido” y el “indio desautorizado” opera como estrategia no sólo para desplazar las demandas consideradas radicales por abreviar en la valoración de las prácticas curativas indígenas sino también para desacreditar los cuestionamientos o voces críticas respecto a las acciones sanitarias implementadas en las comunidades.



circunstancia, ya sea en el ámbito de investigación o la gestión, el trabajo antropológico consiste en volcar un conocimiento ya adquirido sino en una tarea de construcción en colaboración con otros [Lenton 2016]. Retomando el argumento de Brígida Renoldi el ejercicio antropológico busca “desentrañar para quién quiere decir qué, esto es: qué realidades los términos inscriben, qué preocupaciones están asociadas a ellos y a quiénes preocupan, pero sobre todo qué mundos evocan” [2016: 26]. En el caso de los programas sociosanitarios destinados a las comunidades indígenas este ejercicio implica al menos dos desafíos. La aproximación etnográfica debe reorientarse a reconstruir no sólo las perspectivas desde la cuales se originan las demandas de salud, sino también problematizar los recortes promovidos por las agencias estatales mediante el recorrido de construcción y conceptualización por el cual ciertos asuntos se transforman en objeto de la atención pública en desmedro de otros. Así frente a las solicitudes de diagnóstico realizadas desde los ámbitos de gestión en salud, un ejercicio ineludible para el antropólogo es atender a los condicionamientos y a la circunscripción de las esferas de atención que los pedidos conllevan [Besse 2000: 8]. La contribución de la práctica antropológica en este terreno es desnaturalizar los presupuestos instalados, explicitar los posicionamientos y los efectos que tienen los pronunciamientos en el marco de las interacciones sociales dadas por los programas de salud. Una cuestión central es cómo ciertos aspectos se convierten en “problemas” en la agenda pública y se transforman en “objetos” de políticas públicas caracterizando a los grupos sociales destinatarios.

Pensadas desde la práctica antropológica, las relaciones entre investigación y gestión nos instan a revisar las disyuntivas respecto a las articulaciones posibles entre ambos ámbitos [Guiñazú 2016]. Este último eje de análisis implica preguntarse cuán diferentes son las actuaciones en dichos espacios. Marian Moya [2015] señala que si bien la tarea académica y de gestión puede diferir en términos de tiempo, criterios de evaluación, posibilidades de financiación y maneras de mostrar los resultados, estos aspectos hacen parte de la dinámica de toda praxis antropológica. Generalmente se remarca que los plazos de investigación son más distendidos en comparación a los de intervención donde el corto plazo parece estar supeditado a los recursos disponibles y a la necesidad inmediata de obtener resultados. No obstante, estas cuestiones no son ajenas a las prácticas de investigación: mostrar resultados a través de las publicaciones, los plazos y los recursos



disponibles configuran aspectos que forman parte de la discusión actual en el campo académico [Guiñazú 2016; Moya 2015].

La inserción de la práctica antropológica en los diversos campos institucionales está atravesada por estos múltiples condicionamientos e interpelaciones sociales. Al respecto uno de los puntos para replantear la articulación entre los espacios de gestión de las políticas indigenistas en salud y los espacios de investigación es revisar las modalidades de transferencia en la construcción de conocimientos. Las estrategias de transmisión no deben ser entendidas como el traslado y aplicación de conocimientos de una esfera a otra, sino como la creación de prácticas de extensión capaces de poner en consideración los aportes de la aproximación etnográfica en los distintos contextos. Estas consideraciones en el campo de la salud llevan el aditamento de pensar en la interdisciplinariedad como un asunto ineludible en la construcción de agendas donde las trayectorias de formación disciplinarias de quienes forman parte del mismo dejan también su impronta. En estos marcos de actuación, la propuesta de Carlos Giménez [2012] de componer claves interpretativas desde las mismas prácticas constituye un primer paso hacia la articulación de las miradas disciplinarias que a menudo aparecen como compartimentos estancos. Con esta premisa el esfuerzo de la teorización desde la práctica podría restituir el carácter multiperspectivo de los procesos de salud-enfermedad-atención. Este ejercicio posibilitaría también desmontar las estrategias de desocialización que los presentan como realidades independientes de los grupos sociales, sus historias y las relaciones políticas-económicas puestas en juego [Martínez Hernández 2011].

Hasta aquí realizamos un recorrido que procuró desandar, aún sin zanjar todas las aristas, algunas de las discusiones vinculadas al campo de la salud intercultural indígena en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. A continuación, a modo de cierre provisorio, retomo brevemente algunas de las cuestiones que aún representan un reto para el trabajo antropológico.



Reflexiones finales

La puesta en valor de la diversidad cultural en Argentina ha configurado las políticas indigenistas en los ámbitos gubernamentales de salud y dio lugar a los debates respecto del alcance y las implicancias de la misma en diversos trabajos antropológicos.

Como señalé la apelación a la interculturalidad se convirtió en el eje que justificó la puesta en marcha de los programas sanitarios dirigidos al colectivo indígena. En este marco, el foco en las “diferencias culturales” condensó el flujo de las discusiones entre agencias estatales, indígenas, profesionales de la salud y de las ciencias sociales.

Sin embargo, explorar con mayor profundidad y sistematicidad cómo las distintas apropiaciones y sentidos del término cultura van encontrando una caja de resonancia continua siendo uno de los retos pendientes para los estudios antropológicos. Ello permitiría entender de qué modos las nociones de salud-enfermedad-atención se redefinen según las experiencias y contextos interétnicos específicos, superando los modelos dicotómicos que poco aportan a la comprensión de la complejidad de los vínculos y aspectos implicados en la situación de salud de las comunidades indígenas.

En este sentido el enfoque etnográfico constituye un camino no solo para restituir la historicidad de las concepciones de salud-enfermedad y las prácticas terapéuticas en juego, sino también para analizar las agendas de gestión y de investigación. En esta dirección, queda pendiente ahondar en el entramado de las lógicas estatales y problematizar los recortes desde los cuales se implementan y diseñan los programas denominados interculturales. Cabe entonces en esta instancia revisar las herramientas de la práctica antropológica a fin de construir los conocimientos implicados en los espacios donde interactuamos con nuestros interlocutores.



Bibliografía

AIZENBERG, LILA

2011 Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural. *Revista Latinoamericana de Población*, 5 (9), julio-diciembre: 49-69.

AMEIGEIRAS, ALDO Y JURE, ELISA (COMPS.)

2006 *Diversidad cultural e interculturalidad*. Prometeo, Buenos Aires.

ARRUE, WILLIE Y KALINSKY, BEATRIZ

1991 *De la médica y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la Provincia del Neuquén*. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

BENGOA, JOSÉ

2000 *La emergencia indígena en América Latina*. Fondo de Cultura Económica, Santiago de Chile.

BENHABID, SEYLA

2006 ¿De la redistribución al reconocimiento? El cambio de paradigma en la política contemporánea, en *Las reivindicaciones de la cultura: igualdad y diversidad en la era global*. Katz, Buenos Aires: 95-144.

BERGAGNA, ALEJANDRA; CARRIZO, KARINA Y SACCHI MÓNICA

2012 La dimensión intercultural en salud. Experiencia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta, Argentina, *Revista Isees*, 11, julio-diciembre: 123-134.

BESSE, JUAN

2000 Los dilemas de Jano. El rol, la posición y la disposición del investigador en la práctica de evaluación de impacto de políticas a través de métodos y técnicas cualitativas. *Gestión y Política Pública*, IX (1), enero-junio: 5-38.

BOCCARA, GUILLAUME

2007 Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 39 (2), diciembre: 185-207.



2015 La interculturalidad en Chile: entre culturalismo y despolitización, en *Saude indigena: politicas comparadas na America Latina*, Esther Jean Langdon y Marina Cardoso (orgs.), Florianopolis, Editorial de la Universidad Federal de Santa Catarina: 195-216.

BOCCARA, GUILLAUME Y BOLADOS PAOLA

2010 ¿Qué es el multiculturalismo? La nueva cuestión étnica en el chile neoliberal. *Revista de Indias*, (70) 250, mayo-agosto: 651-690.

BRIONES, CLAUDIA

2005 *(Meta) cultura del estado-nación y estado de la (meta) cultura*, Editorial Universidad del Cauca, Popayán.

CANTORE, ALFONSINA

2014 Antropología y la desnaturalización del sistema de salud: sobre la concepción de enfermedad de comunidades Mbyá en Misiones, *En Letra*, 1, diciembre: 142-163.

CARRASCO, MORITA, STERPIN, LAURA, Y WEINBERG, MARINA

2008 Entre la cooperación y la asistencia: un análisis de la incidencia del apoyo económico internacional en el movimiento indígena en Argentina. *Avá*, (12), Julio: 09-26.

CEPAL

2007 Políticas y Programas de Salud de Pueblos Indígenas en América Latina”. En *Panorama Social de América Latina*, CEPAL, [en línea]. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/30305/PSE2007_Cap5_AgendaSocial.pdf.

Acceso el 23 de noviembre de 2007

CUYUL, ANDRÉS

2015 La política de salud para pueblos indígenas en “El Impenetrable”, provincia de Chaco (Argentina), en *Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina*. Silvia Hirsch, Mariana Lorenzetti, y Oscar Daniel Salomón (eds.) Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires: 45-70.

CUYUL, ANDRÉS, MARÍA ROVETTO Y MARIANA SPECOGNA



2011 Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2 (7), junio: 12-18

DROVETTA, RAQUEL

2009 Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la Puna jujena, Argentina. *Barbaroi*, 31, agosto-diciembre:139-154.

ESTRELLA, PAULA

2016 Salud pública en territorio mapuche. Tensiones y articulaciones entre saberes y prácticas de salud en la comunidad de Payla Menuko, en *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad*. Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti (eds), UNSaM edita, Buenos Aires: 91-114.

FERNÁNDEZ JUÁREZ, GERARDO (COORD.)

2006 *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*, Abya-Yala, Quito.

2004 *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Abya-Yala, Quito.

FOUCAULT, MICHEL

[1984] 2010^a Polémica, política y problematizaciones, en *Obras Esenciales*. Paidós, Barcelona: 991-998.

[1984] 2010^b El cuidado de la verdad, en *Obras Esenciales*. Paidós, Barcelona: 1005-1015.

GELIND (GRUPO DE ESTUDIOS EN LEGISLACIÓN INDÍGENA)

2000 El espíritu de la ley y la construcción jurídica del sujeto 'pueblos indígenas' en *VI Congreso Argentino de Antropología Social*. Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata y Colegio de Graduados de Antropología, 14 al 16 de septiembre.

GIMÉNEZ, CARLOS

2012 Teoría y práctica en la historia de las ideas. Implicaciones para la antropología aplicada, *Gazeta de Antropología*, 28 (3), disponible en <http://hdl.handle.net/10481/25174>, acceso 15 de enero de 2017.

Mariana Lorenzetti "Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina", *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 11, julio 2017, pp. 148-176.



GUIÑAZÚ, SAMANTA

2016 La práctica antropológica en ámbitos de gestión de procesos y problemáticas sociales: supuestos, reflexiones y desafíos. *Estudios en Antropología Social*, 1 (1), enero-julio: 105-119.

HALE, CHARLES

2004 Rethinking Indigenous Politics in the Era of the “Indio Permitido”, *NACLA Report on the Americas*, 38 (2): September-October 16-21.

2007 ¿Puede el multiculturalismo ser una amenaza? Gobernanza, derechos culturales y políticos de la identidad en Guatemala, en *Antropología del Estado. Dominación y prácticas contestatarias en América Latina*. Lagos, María L. y Calla, Pamela (comps.), INDH / PNUD: 285-346.

HALL, STUART

2010 La cuestión multicultural, en *Sin garantías: Trayectorias y problemáticas en estudios culturales*, Eduardo Restrepo, Catherine Walsh y Víctor Vich (eds.), Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar, Universidad Javeriana- Instituto de Estudios Peruanos, Universidad Andina Simón Bolívar, Envión Editores. Popayán-Lima-Quito: 583-618.

HECHT, CAROLINA; PALACIOS, MARIANA; ENRIZ, NOELIA Y DIEZ, LAURA

2015 Interculturalidad y educación en la Argentina. Discusiones en torno a un concepto polisémico, en *Educación, Pueblos Indígenas y Migrantes: reflexiones desde México, Brasil, Bolivia, Argentina y España*, Gabriela Novaro, Ana Padawer y Carolina Hecht (coords), Biblos, Buenos Aires: 43-64.

HIRSCH, SILVIA

2015 Salud pública y mujeres indígenas del noroeste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención a la salud reproductiva, en *Saude indigena: politicas comparadas na America Latina*, Esther Jean Langdon y Marina Cardoso (orgs), Florianopolis, Editorial de la Universidad Federal de Santa Catarina: 169-192.

HIRSCH, SILVIA, ANA DELL ARCIPRIETE, MARILYN CEBOLLA Y FLORENCIA ORLANDO



2015 Los itinerarios terapéuticos y la importancia de las terapias con medicamentos industriales en comunidades Pilagá, Qom, Guaraní y Mbya Guaraní de Argentina, en *Procesos de investigación e intervención en salud en comunidades indígenas de la Argentina*. Silvia Hirsch, Mariana Lorenzetti, y Oscar Daniel Salomón (eds.) Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires: 333-378.

HIRSCH, SILVIA Y LORENZETTI, MARIANA (EDS.)

2016 *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad*. UNSaM edita, Buenos Aires.

HIRSCH, SILVIA Y SERRUDO, ADRIANA (COMPS.)

2010 *Educación Intercultural Bilingüe en Argentina*. Novedades Educativas, Buenos Aires.

LAGNDON, JEAN ESTHER

1988 Saúde Indígena: A Lógica do Processo de Tratamento, Revista de *Saúde em Debate*, Janeiro: 12-15.

LAURIE, NINA, ROBERT ANDOLINA, Y SARAH RADCLIFFE

2005. Ethnodevelopment: social movements, creating experts and professionalising indigenous knowledge in Ecuador. *Antípode*, 37 (3), June: 470-496.

LEAVY, PIA

2016 Entre el privilegio y la vulnerabilidad. Reflexiones antropológicas en torno a salud pública, derechos especiales y relaciones interétnicas en una comunidad ava-guaraní de salta en *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad*, Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti (eds.) UNSaM edita, Buenos Aires: 141-162.

LENTON, DIANA

2016 Tensiones y reflexividad en la aproximación antropológica a la política indigenista. *Estudios en Antropología Social*, 1 (1), enero-julio: 5-13.

LENTON, DIANA Y LORENZETTI, MARIANA

2005 Neoindigenismo de necesidad y urgencia: la inclusión de los Pueblos Indígenas en la agenda del Estado neosistencialista, en *Cartografías Argentinas: políticas*

Mariana Lorenzetti "Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina", *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 11, julio 2017, pp. 148-176.



indigenistas y formaciones provinciales de alteridad. Claudia Briones (ed.). Antropofagia, Buenos Aires: 293-325.

LORENZETTI, MARIANA

2008 Relaciones interétnicas y construcción de "lo saludable" desde las intervenciones de Atención Primaria de la Salud", en actas *Quintas Jornadas de Investigación en Antropología Social*, Instituto de Ciencias Antropológicas, Sección Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

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.

2012 La dimensión política de la salud: las prácticas sanitarias desde las comunidades periurbanas wichí del departamento de San Martín (Salta). *Publicar- En Antropología y Ciencias Sociales*, X (XII), junio: 65-85.

2013 Experiencias de sufrimiento, memorias y salud en las comunidades wichí de Tartagal. *Cuadernos de Antropología Social*, 38, diciembre: 131-151.

MARTÍNEZ HERNÁEZ, ÁNGEL

2011 *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Anthropos, Barcelona.

MENÉNDEZ, EDUARDO

1998 Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes, *Estudios sociológicos*, XVI (46): 37-67.

MOYA, MARIAN

2015 Antropología Aplicada: del recurso utilitario al compromiso para la transformación. *Etnografías Contemporáneas* 1 (1). Octubre: 13-24.

NOVARO, GABRIELA

2006 Educación Intercultural en Argentina: potencialidades y riesgos, *Cuadernos Interculturales*, 4 (7), julio-diciembre: 49-60.

RAMÍREZ HITA, SUSANA



2006 La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. En *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica cultural*. Fernández Juárez, G (coord.). Abya- Yala, Quito: 405-412.

RAMOS, ALCIDA

1994 The Hypereal Indian. *Critique of Anthropology*, 14(2), junio: 153-171

RENOLDI, BRÍGIDA

2016 Mundos en emergencia. Conversación entre la antropología y las políticas públicas. *Estudios en Antropología Social*, 1 (1), enero-julio: 24-32.

RESTREPO, EDUARDO

2008 Cuestiones de método: «eventualización» y problematización en Foucault. *Tabula Rasa*, 8, enero-junio:111-132.

2014 Interculturalidad en cuestión: cerramientos y potencialidades, *Ámbito de encuentros*, 7 (1): 9-30, Disponible en http://www.suagm.edu/une/pdf/ambito/ambito_7_1.pdf, acceso 22 de octubre de 2015.

URIBE OYARBIDE, JOSÉ MARÍA

2015 Antropología Aplicada: momentos de un debate recurrente. *Etnografías Contemporáneas* 1 (1). Octubre: 26-57

SABATELLA, MARÍA EMILIA

2011 *Procesos de subjetivación política: reflexiones a partir de un proyecto de medicina mapuche en Los Toldos*, IIDyPCa-UNRN-CONICET, Bariloche.

SIEDER, RACHEL

2004 Del Indigenismo Institucional Integracionista a la Gestión Pluralista de las Políticas Públicas, en *Memorias del Cuarto Congreso de la Red Latinoamericana de Antropología Jurídica (RELAJU): Globalización y pluralismo jurídico: luchas sociales y legales en la construcción de estados interculturales*. 16 a 20 de Agosto, Quito, Ecuador.

STIVAL, MATÍAS

2016 Tiempo, procesos de atención y pacientes qom (toba). Una problematización de las perspectivas de los profesionales y personal de salud, en *Salud pública y pueblos*



indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad, Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti (eds.) UNSaM edita, Buenos Aires: 71-90.

SUAREZ, MARÍA EUGENIA

2016 Tramas y tensiones en el tratamiento de la diarrea infantil en el norte de la provincia de Salta. Prácticas sanitarias y estrategias de atención en *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad*, Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti (eds.) UNSaM edita, Buenos Aires: 183-206.

SY, ANAHÍ Y REMORINI, CAROLINA

2008 Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión, en *VI Jornadas Nacionales de Investigación social sobre la Infancia, la adolescencia, la Convención Internacional de Derechos del Niño y las Prácticas sociales "Oportunidades"*, 18 al 20 de Septiembre, Universidad del Sur, Bahía Blanca.

WALSH, CATHERINE

2010 Interculturalidad crítica y educación intercultural, en *Construyendo interculturalidad crítica*, Viaña, Jorge; Luis Tapia y Catherine Walsh (eds.) Instituto Internacional de Integración, Convenio Andrés Bello, La Paz: 75-96.

WRIGHT, SUSAN

1998 The politicization of «culture». *Anthropology Today*, 14 (1), February: 7-15.

ŽIŽEK, SLAVOJ

1998 Multiculturalismo, o la lógica cultural del capitalismo multinacional en *Estudios culturales. Reflexiones sobre el Multiculturalismo*, Jamenson, Fredric y Žižek, Slavoj (eds.) Paidós, Buenos Aires: 137-188.