

Del "capital social" a la "culturalización de la pobreza": la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena.

Lorenzetti, Mariana Isabel.

Cita:

Lorenzetti, Mariana Isabel (2007). *Del "capital social" a la "culturalización de la pobreza": la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena. IV Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-024/18>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7ne/BRz>

Del "capital social" a la "culturalización de la pobreza": la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena.

Lorenzetti, Mariana Isabel
Instituto de Cs. Antropológicas, Sección Etnología y Etnografía. Facultad de Filosofía y Letras- UBA
lorenzettimariana@yahoo.com.ar
Propuesta Temática: Identidades- Alteridades

Introducción

En Argentina nos encontramos con la emergente configuración de enclaves de reconocimiento de la cuestión indígena dentro del diseño de políticas sociales. El presente trabajo pretende, desde una perspectiva antropológica, analizar la formulación e implementación de dos programas de salud destinados a la población indígena: ANAHI y Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. Dichos programas, no sólo interpelan a los indígenas como los “más pobres entre los pobres”, sino también los desagrega respecto de “otros pobres” mediante la valoración de un “capital social” vinculado a prácticas culturales que les serían propias (Lorenzetti 2006 y 2007).

En este marco, nos interesa analizar cómo mediante las intervenciones sociosanitarias de los programas se carga de sentido la noción de “capital social” que se atribuye al colectivo indígena, estableciendo una alteridad que los diferencia y delimita respecto del resto de la población.¹ Nos proponemos abordar la injerencia que ciertos dispositivos tienen sobre la vida social de los destinatarios a través del despliegue de estrategias que tienden a modificar lo mismo que suponen valorar: las prácticas culturales que se les reconoce/atribuye como propias.

Nos basaremos para ello en los registros etnográficos y en las entrevistas realizadas a los distintos operadores de los programas -médicos, enfermeras, agentes sanitarios- durante el trabajo de campo emprendido en uno de los emplazamientos de implementación de estos programas: la localidad de Tartagal (Pcia. de Salta).²

¹ Tanto el ANAHI -Programa Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas, Res 477/2000- como el Programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, se encuentran dentro de la órbita del Ministerio de Salud de la Nación. Con ambas iniciativas, el Ministerio apunta a “consolidar una política de salud que, con un enfoque de interculturalidad, permita ir reduciendo las crecientes brechas sociales y económicas que separan esta población del resto del país” (Ministerio de Salud de la Nación 2006).

² Los datos primarios fueron relevados en las visitas llevadas a cabo en las comunidades indígenas destinatarias, en observaciones realizadas en el hospital, así como en entrevistas no estructuradas efectuadas a los distintos agentes efectores de los programas.

Intentaremos establecer en qué sentido la valorización positiva de un “capital social” y la valorización negativa mediante la culturalización de la pobreza, presentes en la formulación e implementación de los programas, constituyen dos modalidades distintas, pero complementarias, en las que se encarna la auto-responsabilización de los destinatarios. No obstante, en primer lugar expondremos los puntos de partida desde los cuales nos proponemos abordar la cuestión y el contexto más amplio donde se inscriben estas iniciativas, para luego analizar la relación entre la “letra de los programas” y los dispositivos de intervención desplegados en su implementación.

El carácter neoliberal de las políticas sociales

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

De acuerdo a Rose (1997 y 2003), toda una nueva grilla de ideales regulatorios, vinculada a una emergente concepción de sujeto, debe ser entendida en términos de nuevas racionalidades de gobierno y nuevas tecnologías para la conducción de la conducta. La instauración de un “vocabulario ético” estructurado en torno a la autonomía, la elección, la libertad, la autenticidad, la identidad, la eficacia y eficiencia ha permeado toda una serie de ámbitos diferentes donde se presupone que la persona es un agente activo, deseoso de ejercer una responsabilidad informada, autónoma y secular respecto a su propio destino.

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

Tal como señala Álvarez Uría (1998), dicho redireccionamiento tiene que ver no sólo con la crítica realizada al carácter “universal y abstracto” de las políticas sociales causante de

la desatención a los grupos más desfavorecidos, sino sobre todo a la idea de que con ellas se habría contribuido a mantener al individuo en una posición subordinada en un sistema de protecciones sociales que, lejos de promover su autonomía, retroalimentaban su dependencia y pasividad con ayudas indiscriminadas y unilaterales financiadas con fondos públicos que no reclamaban ninguna contrapartida.

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

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

Paradójicamente, es a partir de reconocer derechos al colectivo indígena que las agencias estatales han comenzado a sistematizar sus intervenciones en términos de “asistencia”. No obstante, como analizaremos más adelante, la subsunción del colectivo indígena se realiza mediante mediaciones más complejas. Nos referimos a que deja de concebirse al indígena como sujeto totalmente pasivo para promoverse un involucramiento “mas activo” a través de tácticas que van desde una valoración de pautas culturales como “capital social” hasta prácticas de consulta y participación, el fomento de lazos asociativos junto con la atención hacia percepciones y valores “propios” de los grupos que hagan sostenible y sustentable el programa. Así, si bien las intervenciones se fundamentan en nombre del reconocimiento de derechos especiales, las mismas parecen oficiar de paraguas para el despliegue de dispositivos propios de las políticas sociales de atención a “grupos vulnerables”.

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

De este modo, si la formulación del programa (orientación normativa) contiene la clave de representación de lo que constituye una adecuada forma de intervención según ciertos criterios y principios rectores, es en el terreno concreto de implementación donde una serie de prácticas ponen en juego la significación de dicha representación. Por lo tanto, nos interesa reponer las formulaciones del programa a fin de señalar el modo en que ellas abren un campo de incidencia sobre ciertos aspectos de la vida social y cobran cuerpo en el plano de las interacciones sociales en un determinado contexto. Ello nos remite, en principio, a la forma en que los programas problematizan ciertas cuestiones, construyen los dispositivos de intervención que suponen, tanto determinadas formas de resolución, como también, una “realidad” sobre la cual pretenden operar. Tal análisis nos llevará, en un segundo momento, a poder reponer el modo en que se operacionalizan tales dispositivos en relación al contexto donde se ejecutan los programas. En el próximo apartado nos abocaremos, pues, a la primera tarea de análisis para luego establecer las conexiones entre una y otra instancia.

El discurso normativo de los programas

Nuestra perspectiva busca apartarse de aquellos análisis que reparan en el discurso normativo de los programas para señalar luego su falta de traducción más precisa en la práctica, como si la cuestión se tratara simplemente de una inadecuación entre lo que se dice y lo que se hace. Nuestro punto de partida intenta complejizar la relación entre formulación e implementación de los programas buscando (de)construir los procesos de producción de los problemas que determinan qué es objeto de discusión y qué no, sobre quiénes se interviene y

cómo se lo hace.³ Tal ejercicio implica, entonces, no tomar como instrumento de trabajo lo que, justamente, debe someterse a indagación, en palabras de Bourdieu: "... aquello que posibilita la experiencia dóxica del mundo, es decir, no sólo la representación preconstruida de este mundo, sino también los esquemas cognoscitivos que forman la base de construcción de dicha imagen" (1995:184).

Detenernos en este punto, nos remite pues a dar cuenta del marco en el cual se inscriben las iniciativas señaladas: el Programa ANAHI y El sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. Dichas iniciativas se enmarcan dentro del Plan Federal de Salud, la política rectora del sector cuya base apunta a ponderar la estrategia de *Atención Primaria de la Salud* como organizadora del sistema. Ambos programas están abocados al trabajo en el primer nivel de atención centrado en actividades de asistencia, prevención y promoción de la salud.

En el caso de Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios se trata de un Sub-programa dentro del programa nacional Médicos Comunitarios. Constituido éste como una modalidad "específica" diseñada para la población indígena, tiene por objeto "mejorar la situación sociosanitaria...desde un abordaje intercultural basado en el respeto por las tradiciones y costumbres de las distintas comunidades" (Ministerio de Salud 2005a). Al igual que el Médicos Comunitarios, contempla la capacitación de los equipos de trabajo a través de un "Posgrado en Salud Social y Comunitaria orientado a Pueblos Originarios". Con él se aspira, no sólo, a fortalecer la formación de profesionales en la Atención Primaria de la Salud, sino también, a la resolución de problemas locales y de trabajo en la comunidad. Definido como un posgrado en "servicio" se destaca su cumplimiento en "terreno", es decir, en el mismo ámbito asignado para el desempeño de las actividades que contempla el programa.⁴

Las actividades están vinculadas a la prevención y promoción de la salud con la "participación activa de la comunidad", seguimiento y búsqueda de "familias vulnerables y situaciones de riesgo socio-sanitario", tareas asistenciales junto al centro de salud, con el objetivo de "ampliar la cobertura de los servicios y programas nacionales y provinciales en las comunidades indígenas, adaptando su implementación a la realidad local" (Ministerio de Salud 2005a). Lo que se prioriza entonces es la *atención primaria* desde un enfoque que

³ En este sentido, entendemos que una política social es el resultado de disputas y re-interpretaciones (es más un proceso que un plan), pero que no obstante es consustancial a la misma definición del problema y la determinación de los sujetos de la intervención estatal (Grassi 2003: 221).

⁴ Lo particular del tipo de capacitación estaría en que a diferencia "... de los posgrados que se realizan en el aula de las universidades, lejos de las situaciones de trabajo (...) el enfoque educativo se compromete en la integración de las teorías y las prácticas, apuntando a producir mejoras efectivas en la práctica profesional y en el

enfatisa la *participación activa comunitaria* para la intervención sobre el *riesgo* y lo *vulnerable* a través de la *capacitación de recursos humanos*.

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

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

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

En este nivel, cabe señalar que, la activación del “capital social” juega en dos sentidos, tanto para los profesionales encargados de la ejecución del programa como también para los sectores que se constituirán en beneficiarios del mismo.

Por su parte, el programa ANAHI también es una iniciativa que apunta a “una adecuación cultural en el sector ...con un enfoque de interculturalidad (que) permita ir reduciendo las crecientes brechas sociales y económicas...” (Ministerio de Salud 2006). Si bien el mismo ha pasado por diferentes momentos donde se ha ido re-definiendo tanto su alcance como injerencia⁵, aquí nos circunscribiremos al componente/objetivo más estable que ha tenido el programa, esto es: la contratación de agentes sanitarios indígenas como “facilitadores culturales” para la accesibilidad de la población indígena al sistema de salud formal.

desempeño de los equipos de salud, en el mismo contexto social y sanitario de los procesos de trabajo en salud (Ministerio de Salud, 2005b).

⁵ El Programa ANAHI fue creado en el año 2000 durante la gestión de la Alianza con la finalidad de dar continuidad y sistematizar las acciones de salud iniciadas por el Ministerio en los años 93 y 94 bajo el “Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud en Comunidades Aborígenes”. En ese entonces, el ANAHI básicamente priorizaba la formación y capacitación de una red de agentes sanitarios indígenas para que actuasen como “facilitadores interculturales” (Lorenzetti 2006). En la actual gestión de gobierno, el programa ha intentado ampliar su radio de acción, teniendo no obstante siempre como estrategia la Atención Primaria de la Salud. En principio, planteándose una co-coordinación con el Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, junto también con una articulación con otros programas interministeriales y de otros organismos. Actualmente, después de ese intento fallido, el programa se propone tomar la cabeza en lo que se ha dado en llamar “Marco de Planificación para Pueblos Indígenas en el Proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública -FESP-“ (Ministerio de Salud 2006). Es decir, intenta re-posicionarse como un “área de articulación” de las acciones destinadas a la población indígena. Dicha cuestión que excede al trabajo no será aquí trabajada.

El objetivo de integrar los agentes sanitarios indígenas a los equipos locales de Atención Primaria de la Salud (APS) supone también valorar al mismo como portador de un “capital social”. Él se convertiría en el canal transmisor más apropiado a la hora de comunicar y desarrollar acciones de prevención y promoción dentro de las comunidades indígenas. Su rol como “facilitador intercultural” ayudaría a superar los obstáculos que las “diferencias lingüísticas, culturales y comunicacionales ... dificultan el éxito de una buena prestación” (Documento ANAHI, Ministerio de Salud 2005). Su trabajo como “traductor” y nexo con el sistema de salud formal se convierte en el eje de esta iniciativa que busca extender el alcance de las prestaciones de aquel.

Nos encontramos así frente a dos programas que otorgan un papel preponderante a las “capacidades”, en términos de un “capital social”, como forma de intervención sobre la población indígena que, aunque vulnerable, también se la desagra del resto por reconocérsele portadora de un capital cultural específico.

En lo que sigue, intentaremos analizar cómo ésta valoración de “recursos humanos” es puesta a jugar en la instancia de implementación de los programas dentro de un contexto específico: la localidad de Tartagal (Pcia. de Salta). Mediante la reconstrucción de algunas situaciones surgidas en el marco de interacciones concretas, trataremos de dar cuenta cómo dichas representaciones son actualizadas por parte de los actores involucrados.

Las intervenciones sociosanitarias de los programas.

El eje de trabajo, en este apartado, busca abordar en qué consisten las intervenciones sociosanitarias realizadas por quienes llevan adelante la ejecución de los programas mencionados. Esto es, sobre qué cuestiones se opera y qué significado le atribuyen los actores a sus prácticas. Pues, es a partir de las mismas que se van interiorizando ciertas reglas de juego como, también, moldeando determinadas expectativas de comportamiento. A través de su seguimiento es posible relevar el carácter de las configuraciones de las relaciones sociales implicadas en las prácticas organizadas en torno a la salud.

Comenzaremos por la experiencia del Equipo Comunitario para Pueblos Originarios para señalar algunas de las tensiones suscitadas por el tipo de intervenciones donde se privilegia el “capital social” como forma de resolver lo que se define “problema de salud”.

En el caso del Equipo Comunitario de salud destinado a Tartagal, sus actividades estuvieron circunscriptas a una comunidad indígena perteneciente al pueblo Wichí, ubicada a

dos kilómetros del centro urbano de dicha localidad.⁶ Adoptando como estrategia de intervención sanitaria la Atención Primaria de la Salud (APS), el equipo dispuso su trabajo sobre los ejes de prevención y promoción de la salud, además de tareas asistenciales, dando prioridad a la atención de niños en riesgo de 0 a 5 años y el control prenatal de mujeres embarazadas por considerar ambos grupos poblacionales los “más vulnerables” de la comunidad. En este sentido, al igual que otros programas, la estrategia apuntó a una focalización sobre la focalización, esto es: sobre el interior de la comunidad seleccionada se identificó los “focos” visualizados como problemáticos tomando en consideración la tasa de mortalidad materno-infantil. A través de esta doble focalización, como veremos más adelante, los problemas de salud se fueron individualizando, al punto de apartarlos de una determinación “social” que pudiera explicarlos.

Así, el Equipo centró sus actividades en la realización de charlas y talleres sobre el cuidado de la salud de niños, embarazadas y mujeres, visitas domiciliarias, la atención médica ambulatoria, acompañamiento de las familias, trabajos de articulación con los distintos centros de salud (el hospital, el Centro de Atención Primaria de Salud (CAPS) cercano a la comunidad), y coordinación con algunos referentes locales de salud encargados de la ejecución de otros programas sociales. A partir del seguimiento de dichas situaciones fue posible desentrañar cómo se iba cargando de significado la apelación del “capital social”, sobre todo en un contexto donde la contracción y distribución desigual de medios e insumos impone, básicamente, la necesidad de acrecentar el “ingenio” para incentivar las “capacidades propias” no sólo de cada profesional, sino también la de los destinatarios.

De este modo, si para los coordinadores nacionales de los Equipos Comunitarios “la disposición de recursos humanos a zonas de difícil llegada” representaba “lo valioso de esta experiencia”, es decir, el fuerte de la modalidad, para los profesionales del hospital de Tartagal el contar con “más recursos humanos” no implicó necesariamente una ventaja. Antes bien, la articulación del equipo como nexo entre la comunidad y el hospital estuvo cargada de ambigüedades. Pues lo que, por un lado, supuso que el sector de APS distendiera su atención sobre la comunidad por considerarla “cubierta” por el equipo, por otro lado, se constituyó en una fuente de ansiedades y presiones para los distintos servicios del hospital. No sólo porque el trabajo del equipo en este aspecto generaba una demanda “agregada” a un hospital

⁶ El Equipo comenzó su trabajo en septiembre de 2005, culminando su tarea en el mes de diciembre de 2006. En principio, estuvo conformado por una antropóloga, una asistente social, un pediatra, una médica generalista, una obstétrica, una enfermera y un nutricionista. Luego de la renuncia de dos de sus miembros -la antropóloga y el pediatra- el equipo siguió funcionando con el resto de sus integrantes. Durante dicho lapso de tiempo el trabajo del equipo estuvo organizado en períodos de 15 días por mes de permanencia en terreno.

colapsado, sin insumos suficientes, sino también porque ponía en cuestión el modelo/circuito de atención que éste tenía (y aún tiene) para con los indígenas. Un circuito con una dinámica de funcionamiento particular vinculada a las condiciones para solicitar los turnos médicos de atención, a los canales administrativos para la realización de trámites (autorizaciones para los exámenes clínicos, el pago de aranceles como “contribución voluntaria”). Se supone, que las demandas provenientes de las comunidades indígenas deben ser resueltas por los CAPS a través de los llamados “perifericos”, es decir, los consultorios “extramuros”. El acercamiento del indígena al hospital sin mediaciones o acompañamiento, supone un distorsionamiento de los canales de atención previstos para ellos. Lo que se espera es que la figura del agente sanitario junto con los dispensarios locales sean quienes aligeren las tareas del hospital evitando su saturación, circunscribiendo en todo caso la intervención del mismo en “situaciones extremas”. De este modo, las derivaciones al hospital de las personas atendidas en la comunidad por el equipo tenían receptividad en la medida en que fuesen acompañados por un miembro de éste que “acreditase” la necesidad de atención hospitalaria y además actuara como “traductor”.⁷ Para muchos de los que trabajan en el hospital, si el indígena no logra canalizar su demanda es porque carece de “actitudes adecuadas”, en palabras de quienes atienden las distintas recepciones de los servicios: “no se saben comunicar”, “manejan otros tiempos, son lentos”, “tenés que adivinar qué quieren, para qué vienen”, “no entienden cómo realizar los trámites, tenés que explicarle miles de veces todo”. Desde esta perspectiva, además, quien no consigue turno es porque no se levantó lo suficientemente temprano para conseguirlo, porque no trajo la documentación requerida o porque no es “expeditivo” en la expresión de sus necesidades. Las dificultades de acceso al hospital quedan encapsuladas como un problema individualizado de ese “otro” que no logra adaptarse a las reglas de juego establecidas. A través de ellas se “naturalizan” las interminables colas para conseguir un turno, la solicitud de “contribución voluntaria” a personas de escasos recursos, la limitada disponibilidad de turnos y de insumos en relación a la demanda.

Es en este contexto, que el Equipo Comunitario, se dispuso a trabajar en la creación de una figura capaz de establecer y mantener un nexo entre la comunidad y el hospital.⁸ La idea era formar un “referente comunitario” que pudiera agilizar los trámites y canalizar las demandas de la gente de su comunidad en el hospital. Se recurría así a formar un “recurso

⁷ La actividad de los miembros del equipo quedaba circunscripta a “acompañar” a las mujeres en la solicitud de turnos para la asistencia médica, la realización de ecografías, análisis clínicos, así también para poder conseguir los medicamentos en la farmacia del hospital.

⁸ El propósito era dejar establecido lo que ellos denominaban una “base” que permitiera a los miembros de la comunidad acceder más fácilmente a la atención médica hospitalaria, sobre todo teniendo latente la preocupación de qué iba a pasar cuando el equipo ya no estuviera.

humano” como portavoz de la propia comunidad que facilitará el acceso al hospital. La formación del referente comunitario se presentaba como una instancia de “empoderamiento” de la comunidad. Sin embargo, la iniciativa del equipo promocionada como una oportunidad de fortalecimiento en la capacidad de la propia comunidad para hacer frente a su situación desventajosa, no tardo en generar situaciones problemáticas tanto en el hospital como al interior de la propia comunidad. En principio porque, para que el referente comunitario fuera “reconocido”, se necesitó gestionar una “credencial de identificación” en el hospital a través del sector de APS. Es decir, fue preciso contar con un “signo oficial”, como acto de consagración, para que tal figura se tornase identificable dentro de la estructura del hospital (Lorenzetti 2007). Por otra parte, al interior de la comunidad, la creación de este “trabajo voluntario” iba cargando de tensiones las relaciones entre el referente comunitario y las personas que se le acercaban para pedir los turnos médicos. El referente comunitario no sólo dependía de la “buena predisposición” de quien lo atendiera en el hospital, sino también de poder coordinar el tiempo entre las “changas” para la propia subsistencia de su familia y su “trabajo voluntario” como nexo de la comunidad y el hospital.⁹ Esta situación fue generando roces y malentendidos en la comunidad, teniendo el referente comunitario que dar muestras permanentes de su buena voluntad, incluso en el mismo hospital para lograr un espacio que lo reconociera como tal. En consecuencia, el trabajo que en principio se suponía debía contribuir a la “adecuación” del sistema de salud formal, terminó convirtiéndose en una “adaptación” de la comunidad los requerimientos del sistema de salud formal.

Además de trabajar en el acceso de la comunidad al hospital, el equipo, como ya señalamos, se abocó a la realización de talleres y charlas en el marco de las tareas de prevención y promoción de la salud. Se trataba de generar instancias participativas, en las cuales se promoviera el protagonismo de las mujeres en torno al cuidado de la salud materno-infantil. El escaso nivel de respuesta a la convocatoria por parte de la comunidad preocupaba al equipo al punto que se intentaron diferentes estrategias para “despertar” el interés de la misma.¹⁰ Nos interesa aquí detenernos en los diferentes puntos de vista de unos y otros respecto a esta cuestión. Puntos de vista que hacen referencia a las expectativas de la

⁹ El trabajo implicaba entre otras cuestiones la solicitud de los turnos en el hospital, acompañamiento en caso de considerarse necesario, la articulación con el agente sanitario del sector para apuntalar el seguimiento de las “familias en riesgo”.

¹⁰ La convocatoria se realizaba casa por casa, al momento de la reunión se tocaba la campana de la iglesia, se le pedía al referente comunitario que también les recordase a las mujeres, las últimas veces a las mujeres que participaban en las reuniones se les pedía que hicieran “ellas mismas” la convocatoria de boca en boca, que le contaran a las demás lo que habían “aprendido” y “trabajado” en las charlas. Las charlas se abocaron a salud sexual y reproductiva, al cuidado del cuerpo de la mujer, cómo preparar la leche, cuándo se debe recurrir a la guardia del hospital, cuándo a la consulta, higiene bucal, entre otros temas.

comunidad respecto al trabajo del Equipo y a lo que el Equipo creía que estaba a su alcance resolver o en condiciones de responder/hacer. Así, en numerosas oportunidades, mientras que se esperaba a que se acercasen más mujeres o se discutía si se empezaba la reunión con las presentes o se posponía, cada una iba expresando su parecer. En tanto las opiniones de las mujeres de la comunidad señalaban: “creímos que ustedes venían para otra cosa...”, “pensábamos que nos iban a ayudar, a dar cosas, no a hablar, nomás”, “seguimos igual, para ir al hospital necesitamos ir acompañados”, “es que ustedes dicen, dicen, pero no traen nada”. Los integrantes del Equipo iban remarcando que de “entrada” les habían aclarado que no venían a traer cosas, que sólo intentaban fortalecer los lazos comunitarios que ayudasen al cuidado de la salud; y que, respecto al acceso al hospital, ellos procuraban construir “una puerta de entrada”, dependía luego de la comunidad “la apertura” que con ella alcanzasen, pues en definitiva eran ellos quienes iban a tener que seguir trabajando en aquello a partir del aporte de cada uno de sus miembros.¹¹ Se establecía, de este modo, una relación entre la asistencia otorgada y la “auto-ayuda”: se convertían en merecedores de aquella siempre y cuando estuviesen dispuestos a cumplir con determinadas expectativas de comportamiento que los demostrasen “activos” sorteadores de obstáculos.

No obstante, el emprendimiento de las actividades relacionadas a la prevención y promoción, iban causando en el mismo Equipo contradicciones y cuestionamientos. Ellas ponían de manifiesto no sólo las limitaciones de no contar con los recursos materiales y medios necesarios con los cuales solventarlas o encararlas¹², sino sobre todo los enfrentaba a “la prevención y promoción de la salud” en un contexto donde el comedor comunitario funciona sólo los primeros 15 días del mes por falta de provisiones para los restantes, la falta de agua en momentos se hace crítica, la entrega de bolsones de alimentos para las “familias en riesgo” es fluctuante¹³, sobreviviendo éstas de la venta de artesanías, de las “changas” combinadas con desplazamientos temporales hacia el monte chaqueño, o con el subsidio Jefas y Jefes de Hogar Desocupados.

En este marco, surgían las diferencias entre los miembros del Equipo en relación al qué y cómo hacer. Así, mientras algunos se abocaron más a las gestiones -el nutricionista, la asistente social-, la enfermera, la obstetra y la médica generalista dedicaron gran parte de su

¹¹ Así, frecuentemente se enfatizaba la importancia de la ayuda mutua, del apoyo y confianza que debían brindarle al referente comunitario, de la importancia de “hacerse valer y no quedarse”, de “la salud como un derecho que hay que ejercitar y defender”.

¹² La posibilidad de obtener recursos disponibles para sus actividades dependía de su articulación con el hospital, del contacto con otros sectores locales como el de acción social, o como veremos a continuación de los recursos de la misma comunidad.

¹³ En ese momento su entrega estaba suspendida hasta tanto se realizará una nueva licitación.

tiempo al trabajo de asistencia médica y acompañamiento, a las charlas y talleres con la gente de la comunidad. En numerosas oportunidades las discusiones generadas entre los miembros del equipo giraban en torno al temor de caer en lo que pudiese considerarse según sus palabras “asistencialismo”, definido como la contracara de lo que ellos consideraban sus objetivos: “incentivar”, “concientizar”, “movilizar”, “motivar”. De este modo, el acento pasaba a estar puesto en una prevención y promoción centrada en la incidencia sobre los “comportamientos” por encima de las condiciones y el contexto donde la comunidad desarrolla su cotidianidad. En definitiva, se trataba de “adecuar” las conductas de las familias a fin de amortiguar el impacto de las situaciones desventajosas por las que atraviesan los integrantes de la comunidad. Si, por ejemplo, hacer un taller sobre nutrición, en las circunstancias a las que aludimos, enfrentaba al Equipo al problema de los medios y recursos con los que la comunidad cuenta, se terminó trabajando en las indicaciones plausibles de cómo preparar la comida en función de los recursos “disponibles”. El eje giraba, entonces, en torno a acrecentar la capacidad y el mejoramiento de las familias en la administración de medios y bienes escasos. En consecuencia, el mejoramiento de las condiciones de salud quedaba encuadrado en la promoción de la vida al nivel de mínimos biológicos.

En este contexto, el ejercicio de incentivación del equipo, asentado en la presentación de la salud como derecho, aparecía -retomando el planteo de Rose (2003)- como la necesidad de establecer una consonancia entre los esfuerzos de autopromoción de quienes están sujetos a este tipo de intervención y los objetivos que dichas intervenciones terminan promoviendo.

De este modo, “acercar el sistema de salud” implicaba, en palabras de un integrante del Equipo, “...generar que vayan al centro de salud, no llevarlos de la mano porque no sirve...”. La acción de acercamiento recaía en la propia comunidad. El sentido compartido que los miembros del equipo atribuían a sus intervenciones, tratando de desligarlas del “asistencialismo”, aparecía ligado a expresiones tales como “movilizar”, “despertar interés”, “estimular inquietudes respecto a la salud”. A través de tales actitudes se intentaba romper con la “apatía” y “distanciamiento”. Apatía y distanciamiento que, si bien en principio se la reconocía producto de una relación, terminaba endilgándose al indígena, quedando en éste su “resolución”.

No obstante, ese papel preponderante de la estimulación vía el “consejo práctico” también está presente en las tareas que llevan adelante los agentes sanitarios que trabajan en el sector de APS del hospital. Es a partir de aquel que puede entenderse el “rol” asignado a los agentes sanitarios indígenas y el carácter complejo del mismo de cara a las expectativas que

en él depositan tanto el hospital, como las comunidades indígenas donde desarrollan sus tareas.

El agente sanitario es quien, a través de la visita domiciliaria, debe “detectar” las familias en riesgo, “enseñar” los cuidados adecuados de la salud, “promover los hábitos de higiene”, “inculcar” la importancia del vínculo familiar, distribuir la leche a las familias con niños desnutridos y realizar su seguimiento, “captar” a las mujeres embarazadas para que realicen los controles prenatales, “concientizar” sobre la importancia de la planificación familiar, articular con el área de acción social local la implementación de los programas, coordinar con los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) la asistencia médica necesaria y llevar a cabo las campañas tanto de vacunación como de prevención frente a situaciones críticas. Cada agente sanitario tiene a cargo aproximadamente de 170 a 200 familias.¹⁴

En términos generales, es a los agentes sanitarios a quienes les corresponde diariamente incidir sobre las “barreras culturales” de las comunidades indígenas a través del “cuidado a domicilio” mediante la enseñanza de los “buenos hábitos” de preservación de la salud.

Aquellas, junto a otros barrios criollos pauperizados, constituyen los sectores donde es necesario emprender la tarea de “enseñanza” tal como la definen quienes trabajan en APS. Dicha enseñanza se ejerce sobre la “familia en riesgo”¹⁵ a través de tácticas que van determinando lo que se considera “apropiado” en contraposición a lo que se califica de “inapropiado”. De este modo, la ayuda material que se le otorga a estas familias va acompañada del “consejo” que se sirve de ella para poner en acto su “influencia moral legítima” (Donzelot 1990).

La demanda de asistencia se convierte, en consecuencia, en un “índice de inmoralidad” causante de carencias educativas y sanitarias que justifican la tutela moral que incide en la distribución de insumos; los mismos requieren de una administración económica apta por parte de las familias imponiéndose de esta manera normas de promoción y

¹⁴ Las palabras entrecomilladas forman parte de la jerga/vocabulario con que los agentes sanitarios se refieren a las tareas encomendadas.

¹⁵ Entre los indicadores de las planillas que el agente debe completar por cada familia visitada se encuentran los siguientes ítems: grupo familiar integrado por menores entre 0 a 5 años; ingreso económico inestable (trabajo irregular/jornalero); ausencia de padre o madre (padre o madre soltero/a- viudo/a); carencia de obra social; enfermedades crónicas o sociales en la familia; desnutrición (por cada menor de 5 años), desempleo (más de 30 días sin ingresos); embarazada; vivienda (hacinamiento/promiscuidad); grado de instrucción de la persona a cargo del menor/analfabetismo; mortalidad infantil/materna; Recién nacido/puérpera. A cada uno de estos ítems le corresponde la asignación de un número de cruces, en caso de superar las siete cruces dicha familia se la considera una “familia en riesgo”.

prevención de la salud. El reparto de la leche para los niños desnutridos menores de 6 años de edad constituye una de esas ocasiones paradigmáticas donde se manifiesta la modalidad por la cual se busca incidir en el comportamiento a fin de que, de acuerdo una agente sanitario, “aprendan a administrar lo que se les da”.¹⁶ En numerosas oportunidades, el tema de la leche se convierte en la expresión por la cual se exteriorizan los estereotipos, se disputan las representaciones válidas y se determina cuál es el uso legítimo de lo que se otorga como “ayuda”. En la visita domiciliaria, donde el agente sanitario va controlando el peso y talla de los menores de 5 años, suele ser frecuente que, en caso de haber detectado un niño desnutrido, y este no halla aumentado de peso como lo esperado, comience el interrogatorio respecto al “uso de la leche”. En el mismo se deslizan los supuestos que porta el agente sanitario, supuestos que van desde “la madre no sabe preparar la leche”, “la mujer es dejada, no le hace la leche”, hasta la presunción de que la leche es vendida. Se abre lugar, entonces, a la sospecha en tanto se presume una “conducta irregular” que es necesario detectar, que merece ser corregida. En tales circunstancias la intervención del agente sanitario apunta a lo que se considera un “uso racional de la leche” acorde al objetivo por la cual fue entregada: la “recuperación del niño desnutrido”. Así, en principio, no se contemplan otras estrategias de uso como posibles, por ejemplo “repartir” la leche entre todos los niños que integran el hogar o “venderla” para comprar otro producto (ej. carne). Tales “distorsiones” son reprobadas, pues estarían tergiversando el sentido de la ayuda, son vistas como signo de “aprovechamiento”.

Las intervenciones apuntan, entonces, a una forma de asistencia que debe ser “medida”, en tanto la “ayuda” a través de insumos debe ir acompañada de la promoción de la “práctica del esfuerzo”. En este sentido, existe un cierto consenso entre quienes trabajan en APS sobre la tarea a desarrollar: se trata de no “fomentar dependencia”, esto es comportamientos que, a sus ojos, impliquen una distensión en la responsabilidad de la familia en su propio mantenimiento. De allí que la “ayuda” a través de la enseñanza se dirija a evitar que las personas, en el decir local, “se abusen”, “esperen todo servido”, “se hagan mañeros, vagos o flojos”.

¹⁶ La caja de leche en polvo se entrega según el grado de desnutrición del niño/a: una por semana si su “déficit es grave”, una cada 15 días si se trata de un “déficit moderado”, una caja al mes si su “déficit es leve”. Esta nueva nomenclatura para clasificar el grado de desnutrición se comenzó a utilizar a principio de este año, al adoptarse como parámetro las tablas/medidas antropométricas que se utilizan a nivel nacional. Antes de que ello sucediera, se utilizaban las tablas antropométricas construidas por la provincia donde se clasificaban a los niños/as desnutridos según su nivel creciente de gravedad en: “canal I”, “canal II” y “canal III”.

En este contexto, como adelantamos, los agentes sanitarios indígenas¹⁷ en su papel de traductor/mediador adquieren una posición de carácter ambigua. Pues, incorporados en la estructura de APS en su condición de indígenas, para quienes trabajan en este espacio no dejan de ser parte de la población objetivo, en tanto, frente a las propias comunidades aparecen como la cara visible del Estado.

Este doble status es el que trae aparejado una serie de inconvenientes. Si por un lado, se les pide que se comporten como “indígenas” a fin de adecuar o facilitar la tarea de prevención y promoción, al mismo tiempo se los condiciona a comportarse en calidad de delegados del Estado.

Conversando respecto de las ventajas o desventajas de trabajar en la propia comunidad uno de los agentes sanitarios indígenas expresaba: “a la larga o a la corta trae más problemas de lo que puedes llegar a solucionar”. Haciendo alusión a lo difícil que es estar en la propia comunidad en calidad de agente sanitario comentaba “cómo haces para hacerles entender que hay cosas que no están en tus manos”. En contraposición, frente a la pregunta de por qué creía que en APS no es habitual que destinen a los agentes sanitarios indígenas a sus propias comunidades, el mismo contestó: “dicen que si nos mandan a trabajar allí nos hacemos vagos..., por eso, es mejor que te manden a otro sector“. Dicha posición de “mediador” aparece como un lugar de tensión en ambas direcciones, pero por diferentes motivos que expresan las percepciones que tiene tanto el sector de APS como los indígenas acerca del rol de estos agentes sanitarios.

Esa ponderación del agente sanitario como conocedor de su gente y entonces “facilitador de la comunicación”, aparece puesta en entredicho en la medida en que para APS no necesariamente redundaba en una ventaja, ni en algo a tener demasiado en cuenta. De hecho en relación a la modalidad de trabajo, otro de los agentes sanitarios indígenas aludía: “nosotros nos tenemos que acomodar a las pautas de acá [APS], hay que hacer lo que te dicen”. Haciendo referencia a la manera de trabajar, señalaba sus dudas respecto a los “buenos resultados” de realizar la visita familia por familia: “te dicen que es mejor, que así hay más llegada, no sé, a mi me gustaría reunir a la gente, se podría trabajar de otra forma”. Desde su perspectiva habría más posibilidades de alcanzar logros si se pudieran juntar las familias y funcionar con proyectos remarcando “hay problemas que son comunes, todas las

¹⁷ Algunos agentes sanitarios indígenas han dejado de pertenecer al programa ANAHI para pasar a ser parte del personal que integra la planta transitoria. Otros siguen en cambio recibiendo sus haberes del programa ANAHI. Hasta principios de este año un agente sanitario indígena del programa ANAHI percibía como haber 345 pesos mensuales.

familias tienen los mismos problemas”. Al no haber instancias para plantear los problemas de manera conjunta agregaba que para él esa era una manera de mantenerlos separados.

En términos generales, dada la dinámica de funcionamiento del sistema de salud formal, la figura del agente sanitario indígena parece sólo relevante en la medida en que pueda hacer extensible el ejercicio de control social sobre estas poblaciones. Poblaciones cuyos problemas de salud son pensados en términos de “estilos de vida” donde justamente se trata de incidir en esas “conductas disfuncionales”. De este modo, al re-individualizarse los problemas se aparta a los mismos de una determinación social para inscribirlos en un orden moral. Como señala Rose, dicha construcción no hace más que servir “...de base a nuevas y más duras estrategias de vigilancia y control de quienes, después de todo, tienen en sus propias manos la responsabilidad de su destino” (2003: 242).

En el próximo apartado plantearemos algunas reflexiones finales provisionarias que nos permitan pensar cómo la apelación al “capital social” aparece, más que contrario a la culturalización de la pobreza, como una condición de su posibilidad de re-emergencia.

Algunas reflexiones finales

En el marco de los programas de salud analizados resulta pertinente comenzar a pensar la apelación al “capital social” y la re-actualización de la culturalización de la pobreza como dos modalidades complementarias de auto-responsabilización de los destinatarios.

En estas formas de intervención, donde aparece sobredimensionado el aporte de “los recursos humanos” por encima de las condiciones sociales de existencia, puede vislumbrarse un desplazamiento hacia una culturalización remozada de la pobreza. En este sentido, ciertos sectores de la población quedan expuestos a nuevas modalidades de intervención de los expertos cuya tarea apunta a “re-educarlos” o “habilitarlos”, proporcionándoles técnicas de planificación de la vida y la conducta personal aptas para que puedan arreglárselas como sujetos autosuficientes y autónomos (Rose 2003: 242).

Desde esta perspectiva, consideramos se torna necesario reparar en cómo este tipo de intervenciones construye “alteridad” de una manera compleja y ambivalente. Pues, por un lado, se basa en un “reconocimiento” de un capital social al cual hay que valorar, por otro lado, “la ‘inferioridad’ se encarna en el cuerpo del pobre, en términos de la posesión de un tipo de cultura que se desarrolla y reproduce en un mundo de pobres, lo que justifica y promueve una diferenciación de ‘este mundo’ del resto de la sociedad” (Alvarez Leguizamón 2005: 243).

Como campo discursivo y dispositivo “lo cultural” aporta un marco que, haciendo abstracción de las condiciones en las que operan las prácticas de marcación, aborda la diferencia independientemente de sus implicancias socioeconómicas. Así, este campo parece proporcionar una “base racional” para la regulación de los problemas de desigualdad en una sociedad que naturaliza las “diferencias” y las construye como inevitables. Y si bien, tomar en cuenta las “especificidades” de la población indígena no es algo que no se haya ensayado anteriormente bajo otros intentos de “inclusión social”, lo novedoso ahora es que esa valoración viene de la mano del principio de subsidiaridad del Estado.

Por último, desde la perspectiva de análisis adoptada interesa señalar que, más que mostrar la inadecuación o pensar en términos de distorsionamientos entre la formulación de los programas y su implementación, habría que pensar en la articulación entre ambas instancias. Esto es, más que tomarlas como “superficies de enfrentamiento” (Donzelot 1990) en términos de “se dice una cosa” y “se hace otra”, quizás sea oportuno verlas como instancias de emergencia de nuevas técnicas de regulación a partir de las cuales explorar las actuales resistencias, los conflictos y las líneas de fuga que unas veces las refuerzan y otras veces las acoplan a las reglas de juego social existentes.

Bibliografía

- Alvarez Leguizamón, S (2002): “La transformación de las instituciones de reciprocidad y de control, del don al capital social y de la ‘biopolítica’ a la ‘focopolítica’”. En *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. Caracas, Facultad de Ciencias Económicas. Instituto de investigaciones Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela, 8 (1): 57-89.

- Alvarez Leguizamón, S (2005): “Los discursos minimistas sobre las necesidades básicas y los umbrales de ciudadanía como reproductores de la pobreza”. En Alvarez Leguizamón, S (comp.): *Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe*. Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales- CLACSO.

- Alvarez Uría, F. (1998): “Retórica Neoliberal”. En Alvarez Uría, F. *et. al. Neoliberalismo versus democracia*. Madrid, La Piqueta.

- Bourdieu, P. y Wacquant L. J. (1995): *Respuestas por una antropología reflexiva*. México, Grijalbo.

- Briones, C. (2005): “Formaciones de alteridad: contextos globales, procesos nacionales y provinciales”. En Briones, C. (comp) *Cartografías argentinas: políticas indígenas y formaciones provinciales de alteridad*. Buenos Aires, Antropofagia.
- Domenech, E. (2003): “El multiculturalismo en Argentina: ausencias, ambigüedades y acusaciones”. En *Estudios*. Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, Nro. 14: 33-47.
- Donzelot, J (1990): *La policía de las familias*. Valencia, Pre-textos.
- Grassi, E. (2003): *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal: la otra década infame (1)*. Buenos Aires, Espacio.
- Lorenzetti, M. (2006): *Re-significaciones neoliberales de ‘lo Indígena’: las articulaciones de políticas de reconocimiento y políticas sociales en Argentina*. Tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas, facultad de Filosofía y letras, Universidad de Buenos Aires (UBA).
- Lorenzetti, M. (2007): “Políticas de reconocimiento, políticas sociales y ciudadanía: el Programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. Ponencia presentada en las Jornadas Internacionales “*Del tercero ausente al tercero excluido. En torno a la invisibilidad social y política*”. Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA y Centre de Sociologie des Practiques et des Représentations Politiques, Université Paris, VII Denis Diderot. Buenos Aires 9, 11 y 13 de Abril.
- McNeish, J. (2005): “Luchando por la prosperidad: reflexiones sobre la crisis y las políticas para la pobreza en Bolivia”. En Alvarez Leguizamón, S (comp.): *Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe*. Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales- CLACSO.
- Ministerio de Salud de la Nación (2005a): “Programa Médicos Comunitarios. Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Comunitarios”. Disponible en: www.medicoscomunitarios.gov.ar/pueblos.php. Acceso: 16 de Julio de 2006
- Ministerio de Salud de la Nación (2005b): “Programa Médicos Comunitarios, Posgrado en Salud Social y Comunitaria: Actividades Preliminares para Becarios”.
- Ministerio de Salud de la Nación (2005): Documento ANAHI. Disponible en: www.msal.gov.ar/htm/site/prog_anah.asp. Acceso: 31 de agosto de 2005.
- Ministerio de Salud de la Nación (2006): “Marco de Planificación para los Pueblos Indígenas en el proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública” (Documento FESP).

Rose, N. (1997): “El gobierno en las democracias liberales “avanzadas”: del liberalismo al neoliberalismo. *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, Madrid, 29: 25-40.

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