

# La "biopolítica" como marco de inteligibilidad de los programas de salud para indígenas.

Lorenzetti, Mariana Isabel.

Cita:

Lorenzetti, Mariana Isabel (2008). *La "biopolítica" como marco de inteligibilidad de los programas de salud para indígenas. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-080/9>



## **La “biopolítica” como marco de inteligibilidad de los programas de salud para indígenas**

Lorenzetti, Mariana Isabel

Instituto de Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras, Sección de Etnología y Etnografía. UBA

[lorenzettimariana@yahoo.com.ar](mailto:lorenzettimariana@yahoo.com.ar)

Palabras claves: Programas Sociales; Salud; Biopolítica; Población Indígena.

### ***Introducción***

En los últimos años, encuadrados en la tendencia de reconocimiento de “derechos específicos”, toda una grilla de programas sociales destinados al “colectivo indígena” se ha ido conformando bajo la órbita de distintas agencias estatales. Dentro de este esquema, la construcción de la cuestión indígena como problema recobra cierta visibilidad que habilita a determinadas formas de intervención política y espacios/campos de saber.

En este marco, me interesa dar cuenta de los procedimientos empleados en la configuración de programas ligados a la “Atención Primaria de Salud” (APS) que tienen como población-objetivo a los “indígenas”. Retomando algunos planteos conceptuales de Michel Foucault, intentaré hacer inteligible cómo dichos programas gestionan y administran la vida, entretejiendo tanto “técnicas reguladoras” como “técnicas disciplinarias”. A partir del análisis de las intervenciones sociosanitarias me centraré en los procesos de normalización desplegados por dichos programas, dando cuenta de la articulación y mutua implicación existente entre “dispositivos de seguridad” y “mecanismos disciplinarios”. Para ello retomaré las notas elaboradas durante mi trabajo de campo en el departamento de San Martín (pcia. de Salta) junto con documentos oficiales elaborados por las agencias estatales a cargo de dichas iniciativas. La propuesta de trabajo busca ponderar en qué sentido los mecanismos disciplinarios, lejos de diluirse, aparecen orientados por la lógica del “riesgo” y la construcción de lo “vulnerable”.

De este modo, en primer lugar, repondré las nociones Foucaultianas de “biopolítica” y “dispositivo de seguridad” que constituyen la clave de lectura desde las cuales me propongo abordar los programas de salud para indígenas. En segundo lugar, trabajaré el marco donde la “salud indígena” se inscribe como cuestión problemática. Por último analizaré, a partir de una de las iniciativas en Atención Primaria de la Salud, cómo opera la “normalización” sobre el sector en que se interviene.

### ***La biopolítica como marco de los programas de intervención social***

El proceso de reconocimiento de “derechos específicos” para el colectivo indígena ha inaugurado toda una gestión diferencial de programas sociales basados en lo que se ha denominado “discriminación positiva”.<sup>1</sup> Durante los últimos años, se ha gestado una tendencia que progresivamente, en nombre de una “reparación o deuda histórica”, fue dando lugar a modalidades de formulación e implementación de programas definidas como “especiales” para responder a la “particularidad” de la población-objeto a las cuales se dirigen: “los indígenas”. En ellas la apelación a la “interculturalidad” como principio rector que las orienta supone no sólo reconocer ciertos atributos como “culturales”, sino también determinar dónde y bajo qué formas aparece lo “cultural” (GEAPRONA, 2006).<sup>2</sup>

Tales iniciativas que invocan lo “intercultural”, no pueden ser pensadas sino es dentro de un contexto más amplio donde el “multiculturalismo”, en tanto forma de procesar las diferencias, ha emergido como posición “condescendiente y/o respetuosa para con las culturas locales...”, dando paso a lo que Žizek caracteriza como “...una forma de racismo negada”.<sup>3</sup> En este sentido, la “visibilidad” de la cuestión indígena atravesada por la exaltación, al mismo tiempo que por la naturalización de las “diferencias”, ha instaurado un campo de intervención en el cual es preciso detenerse.

De este modo, tomando como clave de análisis algunos de los planteos desarrollados por Michel Foucault, me interesa trabajar los programas de salud para indígenas atendiendo en conjunto la producción discursiva, las reglas y procedimientos por ellos implicados, en tanto instancias co-constitutivas emergentes de un mismo proceso. Un proceso que nos remite a una creciente preocupación que instituye como problema la tarea de “administrar la vida” de la “población indígena” a través de la gestión de programas de salud.

La pregunta pues, eje de este trabajo, es cómo pensar la implementación de estos programas desde la noción de “biopolítica”. Si por “biopolítica” entendemos “aquello que hace entrar a la vida y a sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana” (Foucault, 2002a:173), ¿en qué consiste “hacer vivir” al “colectivo indígena” desde las iniciativas centradas en la “Atención Primaria de la Salud”?

Para comenzar a esbozar una respuesta tentativa a dichos interrogantes es necesario en primer lugar, establecer dentro de qué cuestiones se inscribe la biopolítica como forma de poder,

---

<sup>1</sup> En Argentina el proceso de reconocimiento jurídico de los derechos indígenas, comenzó en la década de 1980 con el surgimiento de la llamadas “leyes integrales indígenas” 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. Asimismo, 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”, contemplando asimismo “regular la entrega de otras aptas y suficientes para su desarrollo humano” junto a “su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten” (GELIND, 2000). A partir de este proceso la “cuestión indígena” fue cobrando “visibilidad”, instituyéndose paulatinamente ciertas iniciativas dentro de la agenda estatal. Las aristas de algunas de esas iniciativas y sus efectos serán desarrolladas en el transcurso del trabajo.

<sup>2</sup> En este marco pueden inscribirse: el Programa de Educación Intercultural Bilingüe del Ministerio de Educación, los programas de salud para pueblos indígenas del Ministerio de Salud (Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, el Programa ANAHI), las iniciativas de la Secretaría de Turismo con algunos emprendimientos de “turismo comunitario”; la inclusión de la población indígena dentro de programas generales de mayor alcance a través de la emisión de resoluciones especiales como por ejemplo: el Programa Jefes/as de Hogar Desocupados, el Programa Remediar, el Plan Nacer, entre otros.

<sup>3</sup> Siguiendo a Žizek podemos decir que se trata un “racismo con distancia: ‘respeta’ la identidad del Otro, concibiendo a éste como una comunidad ‘auténtica’ cerrada, hacia la cual el multiculturalista mantiene una distancia gracias a una “posición universal privilegiada” que, en tanto “punto vacío de universalidad”, hace posible que pueda apreciar (y despreciar) adecuadamente las otras culturas particulares, siendo entonces el respeto multiculturalista por la especificidad del Otro una forma precisamente de reafirmar la propia superioridad (1998: 172).

dando cuenta al mismo tiempo, a través de qué conjunto de mecanismos la misma se ejerce sobre los procesos de vida que tiene por objeto y blanco, desplegando tanto controles precisos como regulaciones generales.

Ello nos remite, entonces, a la preocupación que Foucault trabaja en el curso “Seguridad, Territorio, Población” cuando, en función de elucidar si es posible definir a nuestras sociedades como “sociedades de seguridad”, avanza simultáneamente en dos direcciones, caracterizando lo que debe entenderse por “seguridad” -distinguiéndola de los mecanismos jurídico-legales y disciplinarios- y estableciendo el tipo de relación entre éstos mecanismos dentro de lo que denomina “dispositivo de seguridad”. Pues como aclara Foucault:

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

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

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

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

En este sentido, más que evitar o impedir mediante toda una serie de restricciones, limitaciones, prohibiciones, coacciones y vigilancia tal o cual fenómeno, se trata de un “dejar hacer”, “dejar pasar” en virtud del cual es posible captar el punto donde las cosas indeseables o deseables van a producirse y puede aprehendérselas en el plano de la realidad efectiva. El ordenamiento a través de los dispositivos de seguridad procura maximizar los elementos positivos y minimizar los aspectos riesgosos e inconvenientes, sin desconocer que dichos aspectos jamás se los suprimirá por completo.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Retomando el planteo de Foucault desarrollado en el curso “Defender la sociedad”, se trata intervenir en el nivel de esos fenómenos generales, en lo que tienen de global (modificar y bajar la mortalidad, alargar la vida, estimular la natalidad). Es decir, de establecer mecanismos reguladores que puedan fijar un equilibrio, asegurar compensaciones, mantener un promedio, establecer

En palabras de Foucault, mientras:

... “la ley prohíbe, la disciplina prescribe y la seguridad, sin prohibir ni prescribir, y aunque eventualmente se dé algunos instrumentos vinculados con la interdicción y la prescripción, tiene la función esencial de responder a una realidad de tal manera que la respuesta la anule: la anule, la limite, la frene o la regule. Esta regulación en el elemento de la realidad es, creo, lo fundamental en los dispositivos de seguridad” (2006:69).

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

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

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

En este sentido, la biopolítica como forma de intervenir para “hacer vivir”, es tanto práctica gubernamental como manera de racionalizar los problemas planteados por los fenómenos propios de un conjunto de vivientes en cuanto población, es decir de problematizar aquellos aspectos vinculados a la natalidad, la mortalidad, la salud pública, entre otros. Dentro de este diagrama, el ejercicio de poder recae en los individuos en la medida que ellos constituyen en conjunto una “población” que presenta cierta constante y regularidad. De allí que, más que plantearse las intervenciones sobre el cuerpo individual y sus mecanismos disciplinarios como antitéticas o antagónicas a los dispositivos de seguridad, pueda pensárselas como soporte o

---

una especie de homeostasis. A través de los mecanismos de seguridad se procura controlar una serie de acontecimientos riesgosos que pueden producirse en una masa viviente. Se procura controlar y (eventualmente modificar) su probabilidad o, en todo caso, compensar sus efectos. Ellos operan reagrupando los fenómenos de masas propios de una población de manera tal de obtener estados globales de equilibrio y regularidad (2000: 223).

refuerzo de las intervenciones situadas a nivel de la población. Unas y otras se implican mutuamente a través de un plexo de relaciones que, en todo caso, es necesario desentrañar.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, me interesa analizar cómo en un momento determinado y para un sector específico, una “tecnología de seguridad” ...“hace suyos y pone en funcionamiento dentro de su propia táctica elementos jurídicos, elementos disciplinarios, y a veces llega a multiplicarlos” (Foucault, 2006: 24). El análisis que pretendo encarar apunta a entender las políticas de salud para indígenas como formas de regulación de población que operan “sobre la manera de vivir, y sobre el “cómo” de la vida” (Foucault, 2000: 224). En el apartado siguiente, abordaré en qué términos los programas de “Atención Primaria de la Salud” dirigidos hacia la población indígena instituyen una “cesura” respecto a los “no-indígenas”, para en un segundo momento, analizar cómo las intervenciones sociosanitarias articulan en su despliegue tanto “dispositivos de seguridad” como “mecanismos disciplinarios”.

### *La salud indígena como cuestión problemática*

En los últimos años una creciente convergencia entre la cuestión indígena y los planteos en términos de “acceso a la salud” ha venido ganando preponderancia en la agenda política como uno de los problemas a resolver. Esta preocupación planteada desde ámbitos internacionales y dentro del ámbito nacional en términos de “asignatura impostergable” es la que ha dado impulso a una serie de directrices a partir de las cuales se busca diagramar políticas y programas de salud dirigidos hacia los indígenas.

Me interesa reponer, a través del análisis de algunos documentos, cuál es el marco y el carácter de esas directrices con las que se discute la confección de políticas para el colectivo “indígena”.<sup>5</sup> Puntualmente, detenerme en la manera en que se establecen los criterios de desagregación social desde los cuales se establece una “cesura” constitutiva del “colectivo indígena” como “población específica”. Pues, es a partir de ellos que los programas de salud para indígenas van cobrando textura, conformando espacios y formas de intervención.

En términos generales, invocando las transformaciones del marco jurídico, en calidad de “avances significativos” en el reconocimiento de los “pueblos indígenas” como “sujetos de derechos colectivos”, se considera “necesario que las políticas públicas enfrenten el desafío en el cumplimiento de estos acuerdos” (CEPAL, 2007). Dentro de esta tónica, discurren los argumentos bajo los que se encolumnan las distintas iniciativas propuestas de “tratamiento específico”, en tanto se apuntala:

... “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

---

<sup>5</sup> Para ello, tomo como documentos bases algunos trabajos presentados en el Seminario Taller “Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de Salud, ¿Cuánto y Cómo se ha Avanzado?”, organizado por la CEPAL en junio de 2007. Asimismo, los argumentos vertidos en el capítulo “Políticas y Programas de Salud de Pueblos Indígenas en América Latina” incluido en *Panorama Social de América Latina 2007* de la CEPAL. Allí se realiza un “diagnóstico de situación” a partir de la información obtenida de la encuesta que el organismo hiciera sobre el tema en 16 países de América Latina y del informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitido en el 2004 al cumplirse los 10 años del “Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas”. Dichos documentos en conjunto reflejan la tónica de planteos que se vienen vertiendo en la materia y que, como se desarrollará más adelante, han encontrado eco en el despliegue de las iniciativas locales.

legislación acorde a su condición de sujetos de derecho colectivo” (CEPAL, 2007: 2. Subrayado propio).

El actual “enfoque de derechos” en las políticas públicas constituye el marco conceptual tanto para orientar la cooperación internacional, como para guiar el proceso de construcción de programas de gobierno domésticos dentro de un escenario caracterizado de “globalizado y multicultural” (Ibíd: 4). De allí que el “avance en la legislación”, en términos de “reconocimiento normativo” de derechos colectivos específicos, sea la piedra de toque en la que se fundamenta la necesidad de dar encarnadura a las políticas públicas de corte indigenista (Quilici, 2007; CEPAL, 2007).<sup>6</sup>

En concomitancia con éste marco retórico a partir del cual se fundamenta un tratamiento específico, se señalan como indicadores diferenciales de la población indígena la elevada tasa de morbi-mortalidad y perfiles epidemiológicos más desfavorables en relación a la población no indígena (CEPAL, 2007: 4).<sup>7</sup> En este sentido, el colectivo indígena pasa a formar parte de los llamados “grupos vulnerables”. No obstante su “condición étnica” en correlación con el índice de pobreza recorta dicho colectivo del “universo vulnerable” como “el más pobre entre los pobres” (Lorenzetti, 2006). La externalidad de “lo indígena” respecto de los “otros pobres”, anclaría en “atributos culturales” que lo convierte en una entidad social particular. De este modo, se instaura una “cesura” que desagrega a la “población indígena” donde ésta deviene objeto de intervención en tanto que “vulnerable” y sujeto en tanto que jurídicamente se le reconocen derechos y prerrogativas específicas.

En este marco, los lineamientos apuntan a “cerrar las brecha de las disparidades en los indicadores de desarrollo humano entre indígenas y no-indígenas” (CEPAL, 2007: 6) a través de políticas sanitarias que planteen una “adecuación y accesibilidad cultural” en la atención de la salud (Ibíd:15). En dirección a dicho objetivo, la reestructuración de los sistemas de salud estatales priorizando la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) aparece ponderada como escenario favorable para el desarrollo de “nuevos modelos de atención de salud”. Al respecto se señala que el enfoque de APS sustentado en principios tales como: “la accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud”, “el compromiso, participación y auto-sostenimiento individual y comunitario”, “la acción intersectorial por la salud” y “el costo-efectividad y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles”, constituye el andamiaje sobre el cual es posible formular “políticas transversales destinadas a garantizar los derechos de grupos específicos ...entre los que se encuentran los pueblos indígenas” (CEPAL, 2007: 15). De este modo, en el balance realizado sobre los procesos de reformas del sistema de salud se pone de relieve el fomento de la “participación de los usuarios” y la incorporación de las “líneas de medicina comunitaria y familiar” como dos aspectos centrales de “empoderamiento” a tener en cuenta en la configuración de “nuevos modelos de atención y gestión”(Ibíd: 15).

---

<sup>6</sup> De los cuerpos normativos mencionados por los documentos se encuentran la Declaración de Naciones Unidas de los Derechos de los Pueblos Indígenas aprobada en junio de 2006; el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (1989) ratificado por Argentina en el año 2000; El Proyecto de Declaración de Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas del la OEA (aún en revisión), el convenio sobre la “Diversidad Biológica” (1992). A nivel nacional se mencionan las reformas constitucionales de los países de la región iniciadas en la década de los noventa y la “legislación especial” existente en cada uno de ellos sobre salud de pueblos indígenas.

<sup>7</sup> Los documentos oficiales de los organismos multilaterales de crédito -Banco Mundial (BM) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID)- también señalan en el trazado de los “mapas de la pobreza” “...un alto grado de correlación entre pertenencia a un grupo étnico y los altos índices de pobreza... demostrando que los indígenas, especialmente las mujeres, se encuentran en los estratos más pobres y marginados” (BID, 2004).

Dentro del panorama así planteado, el desarrollo de un “enfoque intercultural” en las políticas sanitarias encuentra su lugar y deviene crucial en la formulación de las intervenciones para el sector. El mismo se concibe en tanto vía superadora de los problemas identificados como “persistentes”, esto es: “condiciones de salud más deterioradas que la población no indígena”, “inequidad en el acceso” y “poca oferta específica de salud para estos pueblos” (CEPAL, 2007: 15). Tales problemas derivados de lo que se define como “falta de accesibilidad o poca integridad cultural de las acciones convencionales de salud” podrían encontrar resolución, según se propone, apelando a un proceso de “negociación y construcción de significados entre actores sociales de culturas distintas” respecto a “los hechos vitales y ciclos de vida” (CEPAL, 2007: 18-19).

En cuanto a la adopción de dicha perspectiva intercultural, dos tendencias son identificadas en la formulación e implementación de programas para indígenas. Por un lado, los “programas especialmente diseñados”, centrados en el ejercicio de la “medicina tradicional” y “formación de recursos humanos” y, por otro, los “programas regulares” insertos en las líneas estratégicas o áreas programáticas de los sistemas de salud -como “atención primaria”, “salud sexual y reproductiva”, “enfermedades infecciosas”, “saneamiento básico”- pero que no obstante contemplan una “adecuación cultural de los servicios” (CEPAL, 2007: 14-22).

En términos generales, es en el marco de estas orientaciones donde se inscriben las iniciativas del Ministerio de Salud Nacional dirigidas hacia los indígenas. En el ámbito “doméstico” dichos lineamientos han venido replicándose en distintas propuestas, tales como: el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAHI), el Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, el Marco de Planificación para Pueblos Indígenas en el Proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública (FESP). Cada uno de ellos, aún trabajando con distintas modalidades y puestos en marcha en momentos coyunturales diferentes, tienen como propósito “mejorar la situación socio-sanitaria y el acceso a la salud de las comunidades de los pueblos indígenas” desde un “abordaje intercultural” ligado fundamentalmente a “ampliar la cobertura de los servicios, los programas nacionales y provinciales”.<sup>8</sup>

En el caso del ANAHI, se trata de un programa de formación y capacitación de agentes sanitarios indígenas, quienes integrados en los equipos de APS locales deben desempeñarse como “facilitadores interculturales” y trabajar como nexo entre el sistema de salud formal y las comunidades indígenas. Con el Subprograma Equipos Comunitarios se busca capacitar profesionales en “salud comunitaria e intercultural” a través de un “posgrado en servicio” en APS. El Proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) está vinculado a la confección de Planes Provinciales Indígenas que faciliten la “adecuación cultural” de los programas priorizados para las comunidades indígenas, en especial aquellos relacionados con la prevención de enfermedades crónicas.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Para la reconstrucción de la “letra” de los programas mencionados he recurrido a los distintos documentos publicados por el Ministerio de Salud de la Nación. Las palabras entrecomilladas forman parte de las expresiones comunes encontradas en los distintos documentos. En cuanto al momento de implementación de cada uno, cabe aclarar que mientras el Programa ANAHI fue creado en el año 2000 durante la gestión de la Alianza con la finalidad de dar continuidad y sistematizar las acciones iniciadas en los años 93 y 94 luego del brote de cólera que afectara a las provincias del NOA y NEA; el Subprograma Equipos Comunitarios inicia sus actividades en el año 2005 bajo la órbita del Programa Médicos Comunitarios cubriendo, además de algunas provincias del NEA y NOA, otras de Centro-Cuyo y Patagonia. El Proyecto FESP, financiado por el Banco Mundial, comienza a gestarse en el año 2006, teniendo como área de cobertura aquellas provincias en las que se activa la Política de Pueblos Indígenas del Banco Mundial, OP 4.10.

<sup>9</sup> Las funciones y programas priorizados del FESP fueron identificados en base a su “costo-efectividad e impacto en la carga de muerte y enfermedad de la población indígena” (FISA, 2007).



Inscritos dentro de lo que se ha dado en llamar Plan Federal de Salud de Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, ellos apuntan a la “prevención y promoción de la salud” mediante la “capacitación de recursos humanos” para la intervención sobre el “riesgo” y lo “vulnerable”.

En este sentido los programas comparten un mismo diagnóstico donde se parte del “estado de vulnerabilidad” de los indígenas, procurando alcanzar:

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

En suma, se trata de iniciativas que procuran “ampliar la cobertura” de salud a través de la “estrategia de APS” mediante modalidades de intervención definidas como “específicas”. Con ellas se propone un nuevo modelo sanitario de gestión que desagrega al “colectivo indígena” a partir de reconocerle tanto pautas culturales propias como un marcado estado de vulnerabilidad expresado en las altas tasas de morbi-mortalidad respecto de la población no-indígena.

Ahora bien, cómo se operacionalizan tales lineamientos, de qué manera cobran textura las intervenciones sociosanitarias basadas en tales premisas. En el próximo apartado, trabajaré los procedimientos implicados en algunas de las actividades desarrolladas dentro de lo que se nomina “estrategia de Atención Primaria de la Salud”.<sup>10</sup> El propósito es analizar cómo a través de ellos se gestionan determinados aspectos de la vida social de los destinatarios y se configura un determinado “hacer vivir”. Me interesa fundamentalmente dar cuenta del “proceso de normalización” que suponen tales intervenciones donde se entretajan tanto “técnicas reguladoras” como “técnicas disciplinarias”.

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

Entender los programas de salud para indígenas en términos de “regulación de población” nos remite a los procesos de normalización que los mismos suponen. Pues organizados en torno a la gestión de la vida del colectivo indígena ellos implican una forma de distribuir lo viviente en un dominio de valor y utilidad a través de toda una serie de operaciones ligadas a calcular, medir, calificar, apreciar y jerarquizar, en suma a distinguir lo “normal” de lo “anormal” (Foucault, 2002a: 174).<sup>11</sup>

Ahora bien, a través de qué actividades y procedimientos se efectúa la distinción de lo “normal” y lo “anormal”, qué implica tal distinción, bajo la forma de qué arreglos concretos se articulan las técnicas reguladoras y las técnicas disciplinarias. Para avanzar en dicha dirección, me remitiré a analizar la forma con la que se despliegan las intervenciones realizadas por los agentes sanitarios que trabajan dentro del equipo APS de una de las localidades del Dpto. de San Martín (Pcia. de Salta).

---

<sup>10</sup> Retomaré para ello las notas elaboradas durante mi trabajo de campo en el departamento de San Martín (pcia de Salta), centrándome en las actividades que se realizan en el área de APS local.

<sup>11</sup> Con el concepto de “normalización” aludo al proceso de regulación de la vida de los individuos y de las poblaciones. En este sentido nuestras sociedades son “sociedades de normalización” en tanto, como señala Foucault, “la sociedad normalizadora es una sociedad en la que se cruzan, según una articulación ortogonal, la norma de la disciplina y la norma de la regulación” (2000: 229). Como intentaré dar cuenta en este apartado, los mecanismos de tipo disciplinarios desplegados por las intervenciones sociosanitarias de APS están supeditados a la noción del riesgo y lo vulnerable. Subordinados a esa lógica, la vigilancia y el control propia de la disciplina no recaerá de la misma manera sobre el conjunto en el que se interviene.

Los agentes sanitarios son quienes, formalmente, como “promotores de salud”, constituyen el primer nivel de contacto de los individuos, “la familia” y “la comunidad” con el sistema de salud y a quienes corresponde acercar los servicios de salud al lugar donde las personas viven. Las tareas por ellos desempeñadas se enmarcan dentro de lo que se define como “prevención y promoción de la salud”. Se trata, pues, de actividades destinadas a promover conocimientos, actitudes y prácticas que responderían a ponderar la APS como la estrategia tendiente a fortalecer la capacidad de incidencia de individuos y comunidades sobre los determinantes de salud. Teniendo presente tales directrices, los agentes sanitarios deben desplazarse dentro de un radio de manzanas asignadas a las que se denomina “sector”, teniendo cada uno a su cargo entre 150 a 180 familias aproximadamente.

Es dentro de los equipos de APS locales donde se hallan inscriptos los agentes sanitarios indígenas pertenecientes al programa ANAHI. Incorporados a dicha estructura éstos desarrollan las tareas allí programadas conjuntamente con los agentes sanitarios criollos. Se supone que, en tanto conocedores de su propia cultura, podrían reducir la “distancia sociocultural” que impide a la población indígena acceder al sistema de salud formal e incidir en los aspectos que afectan el cuidado de la salud de las mismas.

Sólo mediante la reposición de las tareas concretas, desarrolladas en ese marco, es posible dar cuenta del despliegue del proceso de normalización contenido en lo que se nomina “prevención y promoción de la salud”.<sup>12</sup>

Dicho proceso cobra textura con la “visita domiciliaria” y el “control” de peso y talla de los niños menores de seis años, tal como son definidas las tareas de los agentes sanitarios sobre el “sector” que les es asignado. Ellas se llevan a cabo en aquellos espacios donde se considera necesario “fomentar” y “enseñar los buenos hábitos de salud”, como también “incidir sobre las barreras que impiden la accesibilidad a los servicios de salud”. Es sobre las “misiones indígenas”<sup>13</sup> y en los barrios de “criollos pobres”, caracterizados como lugares habitados por “familias carentes”, donde los agentes realizan lo que se denomina “la ronda”, es decir “el período de actividades en terreno”.<sup>14</sup>

Durante ese período, organizado trimestralmente, ellos deben “detectar a las familias en riesgo”, “promover los hábitos de higiene/limpieza”, “inculcar la importancia del vínculo familiar”, “entregar” 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 la implementación de otros programas, llevar a cabo las “campañas” tanto de vacunación como de prevención frente a situaciones críticas (ej. Dengue) y coordinar con los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), de manera conjunta con el hospital, la asistencia médica.

En vistas a cumplimentar estos objetivos señalados, la “visita domiciliaria” constituye el mecanismo a través del cual se despliegan toda una serie de operaciones que tienen al sector y, dentro de él, a la familia como “punto de aplicación” de sus intervenciones. Intervenciones donde

---

<sup>12</sup> A fin de dar cuenta de ello, en lo que sigue, me basaré en las observaciones que realizado durante el acompañamiento de los agentes sanitarios al sector de trabajo.

<sup>13</sup> Con el término “Misión”, el decir local hace referencia a las comunidades indígenas sobre las que se trabaja. Tal denominación y su respectiva connotación viene ligada al proceso de creación de las misiones anglicanas iniciado a principios del siglo XX en la región del Chaco Central. El proceso de misionalización respondía, entre otras cuestiones, a lograr la sedentarización de los grupos cazadores-recolectores, disciplinándolos como mano de obra utilizable para los ingenios azucareros y los obrajes madereros. La denominación de los agrupamientos indígenas en términos de “misiones” evoca la idea de lugar en donde se debe “ir a enseñar”, a “predicar”, en este caso lo que se define como “cuidados de salud”.

<sup>14</sup> Las palabras entrecomilladas forman parte del vocabulario de quienes trabajan en APS. Con él aluden a las actividades que le son encomendadas y condensan, en parte, el carácter de las relaciones que entablan con los sectores en donde trabajan.

técnicas reguladoras y mecanismos disciplinarios van entretejiéndose, en tanto la acción del agente sanitario en el sector no es continúa o uniforme en la totalidad de familias asignadas, sino es orientada por una serie de indicadores predeterminados sobre los cuales debe reparar a fin de “optimizar” su trabajo sobre la cantidad de familias que tiene a su cargo.

Es a partir de los denominados “factores de riesgo”, consignados en una planilla de registro, que se solicita al agente distinguir el “nivel crítico” de la familia visitada. En este sentido, cada uno de los siguientes factores/indicadores: “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/primaria incompleta)”, “Mortalidad infantil/materna”, “Recién nacido/puérpera” -consignados en conjunto en la planilla- configuran un “perfil poblacional” sobre el que el agente sanitario debe prestar especial atención. Ellos conforman la matriz a partir de la cual el trabajo de “promoción y prevención” se desenvuelve, constituyendo tanto una manera de “individualizar” los problemas de salud como al mismo tiempo de integrarlos en un campo colectivo de acuerdo a una modalidad de identificación y cuantificación de “riesgo”.

En dichas coordenadas, tales factores así definidos son los que aparecen como determinantes del “estado de salud” de las familias en cuestión, tornándose “datos” sobre los que el agente debe actuar. El carácter de estos indicadores, instituyentes de un “objeto pre-construido” de intervención, moldea la mirada del agente sanitario, quien en la visita interpelará a la “familia”, generalmente a la “mujer”, con dichos términos.

En este sentido, la atribución de tales “propiedades” a las familias se acaba de consumir en la “visita domiciliaria”. Con ella el agente sanitario produce dicha unidad social asignándole una condición de acuerdo a los “factores de riesgo” y configurando una “realidad” que hay que regular y controlar.

Por medio de la visita, casa por casa, el agente va distinguiendo, del conjunto de familias asignadas, cuáles son las de “mayor riesgo” de las de “menor riesgo”. A través de un sistema de “cruces” que se le asigna a cada indicador junto con otras referencias, -como por ejemplo existencia de agua potable, huerta o cría de animales-, los agentes sanitarios van clasificando a las familias de “alto riesgo”, “riesgo moderado” o “normales”. De este modo si la familia supera las “siete cruces” es una “familia de riesgo”, acrecentándose su nivel o grado de riesgo cuanto más “cruces” se consignan en el formulario. La cantidad de “cruces” acumuladas va determinando el acercamiento o alejamiento de lo “normal”. De ello dependen los pasos a seguir en cada caso, con ellas se determina la cantidad y periodización de visitas que la familia tendrá por “ronda”, el carácter de las mismas, la “ayuda” que recibirá cada familia, y los programas sociales que los agentes sanitarios tratarán de “acercar”.

Así, si se trata de una “familia de alto riesgo” será visitada una vez por mes, si es una “familia de riesgo moderado” cada mes y medio y las “familias normales” una vez cada tres meses. Se trata, pues, de distinguir “riesgos diferenciales” y “discriminar las distintas normalidades” a partir de una “distribución normal de afección de los fenómenos” de acuerdo a distintas variables (Foucault, 2006: 82), en este caso, según los “factores de riesgo” arriba señalados.

Retomando el planteo de Foucault, podemos decir que se trata de un proceso de normalización estructurado a partir de los dispositivos de seguridad, en tanto a través de la implementación del sistema de cruces “lo que hay es un señalamiento de diferentes curvas de

normalidad y la operación de normalización consistirá en hacer interactuar diferentes atribuciones de normalidad y procurar que las más desfavorables se asimilen a las más favorables. Se parte de lo normal, y para hacerlo se toman en cuenta ciertas distribuciones que se consideran más favorables. Esas distribuciones son las que sirven de norma: **“la norma es el juego de las normalidades diferenciales”** (2006: 84. Subrayado propio).<sup>15</sup>

De allí que, según lo que observe el agente sanitario, la disciplina recaiga diferencialmente sobre las familias del sector asignado, desplegándose con más intensidad sobre aquellas de alto riesgo y moderado riesgo. Es este procedimiento de cálculo de riesgos, el que permite delimitar, concentrar e intensificar los mecanismos disciplinarios, haciendo más “eficiente y efectivo” el carácter individualizador de éstos. Se puede decir, de este modo, que en la “visita” -re-orientada bajo las coordenadas del riesgo- hay un juego permanente de remisiones entre mecanismos disciplinarios y los dispositivos de seguridad.

Ahora bien, cómo y sobre qué aspectos se despliegan las intervenciones de tipo disciplinarias, en qué consisten tales procedimientos. Además de distinguir y clasificar a las unidades familiares, el agente sanitario tiene como tarea encomendada “enseñar”, “aconsejar” sobre los “buenos hábitos de la salud”. Dicha actividad es la que caracteriza su quehacer, ella es presentada como “crucial”, de “suma importancia”, más si se trata de las “misiones indígenas” en tanto, desde el sistema de salud formal, aparecen visualizadas como las “más problemáticas”, donde “hay que estar más alerta”, con “las antenas paradas”, siendo del conjunto de sectores las que traen “más trabajo” y “más dolores de cabeza” por ser las “más críticas”. Es en referencia a dicho espacio social donde el indígena aparece como “el otro” irreductible, opuesto a lo “criollo”.

Durante la “visita” y a través de distintas tácticas la “promoción de los cuidados domiciliarios” se lleva a cabo. A través de ella no sólo se “habilita” la atención médica hospitalaria de los integrantes de la familia -mediante las “derivaciones” emitidas por el agente sanitario- sino también se canalizan la distribución de insumos -leche, “bolsones” de alimentos- y la “llegada” de distintos programas de asistencia.<sup>16</sup>

En términos generales, la “ayuda” en bienes y/o programas que recibe cada familia está acompañada siempre por el “consejo práctico”. Depende de la ponderación del agente sanitario acerca de las causas o razones que estarían incidiendo en “el riesgo detectado” que se enfatice más en algunos aspectos que en otros. Tales aspectos están relacionados con los factores de riesgo arriba señalados y suponen la existencia de comportamientos “inapropiados” que hay que “cambiar” o “revertir”. Así, por ejemplo, si a partir del “censo”, donde quedan registrados los integrantes del grupo familiar, se constata que los hijos de la mujer llevan distintos apellidos, “no son del mismo padre”, tal situación se convierte para el agente sanitario en “signo de promiscuidad”. En estos casos, tal como me era señalado, es “recomendable decirle a la mujer que se cuide y haga uso de algún método anticonceptivo”. La “visita” girará entonces en torno a cómo debe hacer la mujer para acceder al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable que funciona en el hospital de la zona. A su vez, tales circunstancias ameritan, de ser posible, que

---

<sup>15</sup> En ese sentido, a diferencia de la normalización disciplinaria que opera a través de un modelo óptimo, donde lo primero y fundamental es la norma y su carácter prescriptivo, derivándose el señalamiento de lo normal y lo anormal en función de la norma postulada, con los dispositivos de seguridad lo normal es lo primero y la norma se deduce de ésta, se trata pues más de una “normalización” que de una “normación”.

<sup>16</sup> La “derivación” es el papel que “certifica” la necesidad de atención y legítima dicha demanda. En él, el agente sanitario, consigna no sólo datos del sector del cual proviene el “paciente” sino también las causas que motivan el pedido de asistencia médica. A partir de la “derivación” es posible, para quien debe ser atendido, conseguir con más facilidad el turno en el hospital. Respecto a los programas, podemos mencionar el Plan Nacer, el Programa Familia y el Programa Pro-Huerta. A través de la extensión de certificados (calendario de vacunación) o de verificar ciertas condiciones, se asegura el ingreso de las familias a tales programas. Cuando se trata de “los bolsones” de alimentos para el niño desnutrido o la mujer embarazada también se extiende una derivación para que el pediatra o la obstetra emitan un certificado a ser presentado en la oficina de Acción Social.

el agente sanitario promueva el pasaje de las beneficiarias del Programa Jefes/as de Hogar Desocupados al Programa Familia, pues -desde la perspectiva de los agentes sanitarios- ello implica, además de contar con veinticinco pesos más por hijo, acceder a un “programa ideal para que la mamá se quede en su casa”.<sup>17</sup> El Programa Familia aparece como la posibilidad de fijar a la mujer dentro de la órbita doméstica, presuponiendo el contacto exterior como el causante de relaciones cambiantes y perturbadoras que hacen a las pautas de una “buena” constitución familiar.

Si se trata de una familia que ha sido clasificada “en riesgo” por la cantidad de hijos menores de seis años y por tener uno o varios de ellos con un “estado nutricional deficiente”, el tema de la visita también será la “procreación responsable”. Pero en esta circunstancia, “la charla” del agente sanitario planteará no sólo la “necesidad de que la mujer se cuide con algún método” sino además que sea una “buena madre y atienda a su hijo”. En estos casos, no sólo se “entrega la leche al desnutrido” sino que el “seguimiento” se refuerza a través de los “controles” de peso y talla que el agente realiza a todos los menores de seis años. En estas situaciones, tanto la cantidad de leche recibida como la periodización del control también están prescriptos según se trate de un déficit nutricional “grave”, “moderado” o “leve”.<sup>18</sup>

La leche para el niño desnutrido se entrega únicamente en el “control”, es decir en el lugar y día que el agente sanitario fija para pesar y medir a los niños/as menores de seis años. Esta modalidad, según me explicaban los agentes sanitarios, es una manera de garantizar que las madres asistan al mismo y asegurarse así el “control del niño desnutrido”.<sup>19</sup>

Los controles se convierten en las instancias donde el agente puede, tal como me comentaban algunos de ellos, “saber” si la madre “está haciendo bien las cosas”, ésto es si “le prepara la leche”, “si no la vende” y la “usa adecuadamente” porque sólo se la da al niño/a que tiene desnutrido. De darse que el niño/a no aumente de peso de control a control, el agente sanitario debe comenzar a “preguntar”, pues tal situación puede ser “señal” que la “ayuda”, en este caso la leche, este siendo “mal utilizada”, tergiversada.

Los “problemas familiares” también son motivo de una “mayor atención” por parte del agente sanitario y leídos en clave de “riesgo”. Suelen ser un tema ríspido, tratándose generalmente de un dato que no es “confesado” o “dicho” por la “propia familia” sino recabado por medio de terceros -vecinos- o por algún incidente que lo “haga saltar”. Para el agente sanitario aquellos entran en el ítem “enfermedades sociales” contenido dentro de los “factores de riesgo” que figuran en el formulario. En este caso la visita se realiza con “más recaudo” pues se trata -según los agentes- de problemas con el “alcohol o vicios” y de “violencia doméstica”. Aquí la interpelada -nuevamente- es la mujer como la “transmisora de las costumbres”, como la que debe “dar consejo”, “apuntalar a los hijos” o “defenderse del marido”. En ella recae el mandato de contención familiar frente a los “desbordes” de algunos de sus miembros, resaltándose su “natural” rol protector y maternal.

---

<sup>17</sup> Mientras que el Programa Jefes/a de Hogar Desocupados establece la obligación de realizar una contraprestación de unas cuatro horas diarias con alguna tarea “social o comunitaria” dentro de una institución u organización, el Programa Familia busca exceptuar a la mujer de tal obligación.

<sup>18</sup> Los que se pesan y miden todas las semanas son los niños/as desnutridos con “deficit grave”; cada 10 /15 días, a los de “deficit moderado y leve”; y en el “control general”, a los “niños/as normales” a quienes se pesa sólo una vez al mes. La cantidad de leche varía, siendo una caja de leche en polvo de acuerdo a la periodización pautada de los controles y se entrega a partir de los seis meses hasta los cinco años de edad.

<sup>19</sup> Los lugares donde se realizan los controles dependen de la infraestructura que tenga la comunidad, pueden realizarse en la “salita de cuidados”, en el “comedor comunitario” o en “el templo”. Sólo raras excepciones se pesa y mide en las casas cuando se hace la “visita”.

Dos situaciones más constituyen las cuestiones preocupantes para al agente y sobre las cuales debe llevar un “control”. Una, referida a la movilidad familiar o de algunos de sus miembros en el período de cosecha de porotos, de pesca en el Pilcomayo, o de desplazamiento al monte chaqueño.<sup>20</sup> La necesidad de registrar las “ausencias” temporales se convierte en algo de suma importancia, en tanto, según algunos agentes sanitarios en su regreso “pueden venir enfermos y conviene estar precavidos”. La precaución y registro en estas circunstancias tiene más que ver con resguardar su trabajo que con incidir sobre esas prácticas. En varias ocasiones los agentes me comentaron cómo frecuentemente cuando algún miembro de la familia movilizaba se enfermaba, desde el hospital se les recriminaba “no estar enseñando”, “no hacer bien el trabajo”. Así, si bien frente a tales reproches los agentes creían suficiente contra argumentar “cómo vamos a enseñar, si la familia o la persona no ésta en la casa”, de todos modos la responsabilidad recaía sin atenuantes sobre ellos. Como manera de protegerse de las reprimendas, ellos ahora llevan el “registro de todo”, anotando las ausencias y sus motivos en el apartado de “observaciones” del formulario. De esta manera, los agentes sienten que en tales circunstancias tienen mejores chances de que su trabajo no sea puesto en entredicho.

Asimismo, el “saneamiento ambiental” traducido en la “limpieza del hogar” es otro de los puntos presentes a tener en cuenta en las visitas y por el cual una familia puede ser considerada “en riesgo”. El “tratamiento adecuado de la basura” mediante su quema en el “pozo basurero”, tal como recomiendan los agentes, se convierte en un indicador de la predisposición de la familia para el cuidado de su salud. En este sentido, por ejemplo, si el agente sanitario ve en la mujer “colaboración” en el cumplimiento de sus recomendaciones busca una manera de “recompensar” la “práctica del esfuerzo”, dándole las semillas del Programa Pro-Huerta para que realice la “huerta familiar”.<sup>21</sup>

Generalmente es el conjunto de los aspectos señalados los que hacen a la clasificación de la familia dentro del “ranking del riesgo”. Sin embargo, la ponderación sobre algunos de ellos más que en otros depende de lo que el agente sanitario considere relevante según su “ojo entrenado”, enfatizando entonces en su “visita” aquella dimensión que le resulta prioritaria “atender”.

En este sentido, el papel del agente sanitario está signado por un conjunto de funciones prácticas que implican determinados procedimientos. Con ellos se “produce” la “familia en riesgo”, no sólo a través de la determinación de “factores” que instituyen una “realidad”, sino también prefigurando una mirada que en la “visita” se termina por consumir. En conjunto, las nociones a partir de las cuales se interpela a los destinatarios de la “promoción y prevención de la salud” y las operaciones que ello supone constituyen la matriz donde se encabalgan técnicas reguladoras y mecanismos disciplinarios.

Las visitas domiciliarias constituyen una modalidad de intervención donde hay una codificación del tiempo y ordenación del espacio a partir de “riesgos diferenciales” que el agente debe administrar. Para ello el mismo se vale de una planilla/formulario donde registra, localiza e individualiza movimientos y comportamientos. A través de todo este corpus de procedimientos, va construyendo un “saber” orientado a optimizar su trabajo de control sobre el sector, gestionando al mismo tiempo la distribución de insumos y programas sociales. De este modo, puede decirse: “las visitas”, sustentadas en el enfoque de APS, son el instrumento privilegiado

---

<sup>20</sup> Se trata de las familias de comunidades peri-urbanas Wichí o Chorote que combinan para su subsistencia diversas actividades durante el año, ligadas al trabajo estacional: pesca, cosecha de porotos, obraje maderero, etc.

<sup>21</sup> En una oportunidad un agente sanitario me explicaba: “si logras que hagan el pozo basurero para que quemen la basura, después le decís que también pueden usar la pala para hacer la huerta y que vos les vas a traer las semillas”.

que permite organizar y transformar las multitudes confusas o peligrosas en “multiplicidades ordenadas” (Foucault, 2002b: 221-223).

### ***Recapitulando***

El trabajo presentado no pretende agotar todas las aristas de lo que implica pensar los programas de salud para indígenas tomando como clave de lectura la noción foucaultiana de “biopolítica”. Tampoco tiene la pretensión de abarcar en su totalidad los innumerables aspectos que, desde tales programas, hacen al proceso de normalización donde se articulan mecanismos disciplinarios y dispositivos de seguridad/ técnicas reguladoras. Lo que me interesa, en este último apartado, es volver sobre algunas de las cuestiones desarrolladas en el trabajo, no para considerarlas cerradas sino justamente para señalar posibles líneas a seguir trabajando.

Como señalaba al comienzo, los programas pensados “para indígenas” pueden concebirse como la expresión de un proceso que fue instalando un nuevo régimen de tratamiento de las diferencias. Constreñidas en términos “diversidad cultural”, las mismas han dado paso a la construcción de alteridad donde, inscriptas como “datos naturales”, sólo es menester entonces “administrarlas”. Su gestión pasa pues por delimitar el grupo social, por establecer sus fronteras en el *continuum* de la población, instaurando una “cesura” (Foucault, 2000: 230), mediante una marcación planteada en términos de “creencias, costumbres y tradiciones”, por fuera de una historicidad y ajenas de/a las relaciones sociales que las reconocen como tales.

De este modo, la construcción del “otro” -en este caso “los indígenas” como “portadores de cultura” y al mismo tiempo “vulnerables”- constituye el correlato de una forma de ejercicio de intervención que descompone al sujeto-objeto y lo recompone a través de una combinatoria de “factores de riesgo”. Por medio de esa operación combinada se hace plausible calcular la probabilidad de materialización de comportamientos indeseables y anticipar las figuras posibles de irrupción de peligro (Castel 1986). Es dentro de estas coordenadas que puede hablarse de una “economización” de las intervenciones disciplinarias en la medida que ahora quedan supeditadas al “cálculo de riesgos”.

La “racionalidad” de las intervenciones de “prevención y promoción de la salud”, según lo analizado, parece jugarse precisamente en la articulación de los mecanismos disciplinarios dirigidas al cuerpo individual y las técnicas reguladoras operantes en el nivel de la población recortada a través de ciertos atributos.

Como intente señalar la “visita domiciliaria”, destinada a clasificar, observar, controlar, registrar e individualizar, implica una forma de intervención de tipo disciplinario que no recae con la misma periodización e intensidad sobre el conjunto de las familias que componen el “sector”, sino sólo sobre algunas: aquellas de “alto riesgo”.

En este sentido, cabe agregar cómo simultáneamente la “familia” se constituye en “instrumento privilegiado” para el gobierno dicha población (Foucault 2006: 132) en tanto, a través de ella, se procura regular la conducta sexual, la cantidad de hijos, los flujos de insumos y programas sociales. La “familia” -dispositivo de soberanía- constituye la bisagra, el punto de enganche sobre el que opera la disciplina desencadenada por y en “la visita”. La apelación del agente sanitario a las unidades sociales en términos de “relaciones familiares” -entendiendo por ello a padres e hijos- no sólo constituye una manera de instaurar o revigorizar tal concepción y estructura de familia, sino también una forma de garantizar la adhesión de sus integrantes a las pautas de comportamiento por ellos impartidas. En la medida que discurso y práctica de intervención atribuyen el carácter indisciplinado del individuo a “la flaqueza de la familia”, no se hace más que reforzar ese juego entre soberanía familiar y funcionamiento disciplinario

(Foucault, 2005: 111-112). En este caso, es en la figura de la mujer como “madre” y “protectora del hogar”, donde se deposita la responsabilidad de suturar las “deficiencias familiares” y los imponderables de la vida doméstica.

Dentro de este marco de intervención, se puede advertir cómo poco a poco se van individualizando los problemas por los que atraviesa el “sector” en tanto se los termina abstrayendo de toda determinación social. Desde tal perspectiva, más que impedir o evitar afecciones tales como desnutrición, tuberculosis -por nombrar solo algunas- se trata de poner en marcha procedimientos capaces de compensar, regularizar, es decir de actuar presuponiendo que aquellas jamás desaparecerán por completo, siendo sólo factible circunscribirlas dentro de los “límites socialmente tolerables”.

Tenemos pues una trama de intervenciones en las cuales hay un encabalgamiento y remisiones permanentes entre dispositivos de seguridad, mecanismos disciplinarios y de soberanía, donde lejos de pensarse a éstos últimos como residuos o vestigios debe concebirse como coexistentes dentro de la forma de un ejercicio de poder dominante: la seguridad (Foucault, 2006).

A través del análisis de tales relaciones, considero, es posible avanzar en la manera en que los programas de salud pensados para indígenas van construyendo una manera de “hacer vivir”. Se trata entonces de seguir profundizando cómo a partir de recortar a la “población indígena” -dependiente “naturalmente” de una serie de factores- se interviene sobre sus condiciones de existencia, configurando un determinado “hacer vivir”.

Por último, en el marco de la estructuración y tipo de las actividades inscriptas en lo que se denomina Atención Primaria de la Salud, resulta pertinente dejar planteados algunos interrogantes respecto de la incorporación de “agentes sanitarios indígenas” como “nexos” en la “adecuación de los servicios de salud”. Pues, qué implicancias tiene para el “agente sanitario indígena” este tipo de intervenciones; qué significa para él -en las condiciones señaladas- establecer dicho nexo; en qué consiste desempeñarse como “facilitador intercultural” dentro del sistema formal de salud. Tal vez una de las dimensiones promisorias para avanzar en este sentido sea reparar tanto en la lógica y estructuración de las prácticas sociosanitarias implementadas como en el doble carácter que asume el agente sanitario indígena, esto es: ser parte de la población objetivo y constituirse en parte del engranaje de intervención. Tener presente tales dimensiones quizás puedan contribuir, en un trabajo futuro, a pensar y (des)armar la textura de relaciones sociales condensadas entre “agentes sanitarios indígenas”, “misiones” y servicios de salud.

### ***Bibliografía***

Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2004. “Marco Estratégico para el Desarrollo Indígena (GN-2295/04)”. (Consultado 16 Diciembre, 2004). <http://www.iadb.org/sds/doc/IND%20DGN2295S2.pdf>, acceso).

Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2004. “Política Operativa sobre Pueblos Indígenas (GN-2296/04)”. (Consultado 16 Diciembre, 2004). <http://www.iadb.org/sds/doc/IND%20DGN2296aS.pdf>

Castel, R. 1986 “De la peligrosidad al riesgo”. En: Varela, Julia y Alvarez Uría, Fernando (comps). *Materiales de Sociología Crítica*, Madrid, La Piqueta.



CEPAL. 2007. "Políticas y Programas de Salud de Pueblos Indígenas en América Latina". En *Panorama Social de América Latina 2007* de la CEPAL. (Consultado 23 Noviembre, 2007. [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/30305/PSE2007\\_Cap5\\_AgendaSocial.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/30305/PSE2007_Cap5_AgendaSocial.pdf))

FISA (Foro de Investigación en Salud de Argentina) 2007. "Abordaje en Salud con Pueblos indígenas: hacia la fijación de prioridades en investigación". Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Ms.

Foucault, Michel 2000 [1976]. *Defender la sociedad*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica. Pp 217-237.

Foucault, Michel 2002<sup>a</sup> [1976]. *Historia de la Sexualidad, Tomo I La voluntad de saber*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina.

Foucault, Michel 2002b (1975). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores Argentina. Pp139-230.

Foucault, Michel 2005 [1993-1974]. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica. Pp 57-143.

Foucault, Michel 2006 [1977-1978]. *Seguridad, Territorio, Población*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Quilici, Inés, 2007 "Actores y elementos relevantes en políticas públicas en salud indígena". *Seminario Taller: Pueblos Indígenas de América Latina. Políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?*. Organizado por CEPAL, Santiago de Chile 25 y 26 de junio de 2007. (Consultado: 09 Agosto, 2007 <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/8/29208/IQuiliciD.pdf>. el.

GEAPRONA (Grupo de Estudios en Aboriginalidad, Provincias y Nación), 2006. "Diversidad cultural e interculturalidad como cosntrucciones socio-históricas". En Ameigerias, Aldo y Elisa Jure (comps.) *Diversidad cultural e interculturalidad*. Buenos Aires, Prometeo Libros. Pp 255-264.

GELIND, 2000 (Briones, C., Carrasco M., Escolar, D., Lenton, D.) "El espíritu de la ley y la construcción jurídica del sujeto 'pueblos indígenas'. *VI Congreso Argentino de Antropología Social*. Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata y Colegio de Graduados de Antropología, 14 al 16 de septiembre.

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, Mariana 2007: "Del 'capital social' a la 'culturalización de la pobreza': la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena". *4tas Jornadas de Jóvenes Investigadores*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 19 al 20 de Septiembre.

Ministerio de Salud de la Nación. 2000. Documento ANAHI “Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas”. Ms.

Ministerio de Salud de la Nación. 2005. Documento ANAHI. (Consultado 31 agosto, 2005. [http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog\\_anah.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog_anah.asp))

Ministerio de Salud de la Nación. 2006: Documento FESP “Marco de Planificación para los Pueblos Indígenas en el proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública”. (Consultado 4 diciembre, 2007. <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pdf/MarcoSalvagIndigena-FESP.pdf>)

Zizek, S. 1998. “Multiculturalismo, o la lógica cultural del capitalismo multinacional”. En: Jamenson, F. y Zizek, S. *Estudios culturales. Reflexiones sobre el Multiculturalismo*. Buenos Aires: Paidós.