

¿Trabajo intercultural? Los agentes sanitarios indígenas de Presidencia Roque Sáenz Peña, provincia de Chaco

Cecilia Camacho

Universidad Nacional de Rosario

Argentina

ceciliacamacho14@outlook.es

<https://orcid.org/0009-0008-8051-0292>

RESUMEN

En el siguiente trabajo analizamos las representaciones de los agentes sanitarios indígenas qom sobre su figura y labor junto a los trabajadores criollos (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y trabajadores sociales) en dos Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) ubicados en barrios periféricos de Presidencia Roque Sáenz Peña, provincia de Chaco. Para ello, entre fines del año 2019 y mediados del 2023, realizamos viajes a la ciudad chaqueña donde llevamos adelante observaciones participantes y entrevistas semi-estructuradas con personal de dichos CAPS. Las mismas nos permitieron no solo conocer las dinámicas de funcionamiento de tales centros y su enlace con el único Hospital de la ciudad, sino también la importancia de las tareas desarrolladas por los agentes sanitarios indígenas qom, las cuales han facilitado el acercamiento de los trabajadores criollos a las comunidades y, con ello, la adhesión de los pacientes indígenas a los tratamientos biomédicos impartidos por estos. Finalmente, problematizamos la concepción que diversas investigaciones latinoamericanas y programas nacionales sustentan sobre los agentes sanitarios indígenas, pensados como "facilitadores interculturales". Para ello, revisamos críticamente el concepto de interculturalidad del que parten y planteamos interrogantes que habilitan futuras líneas de investigación.

PALABRAS CLAVE

Agente sanitario indígena, facilitador intercultural, salud intercultural.



Intercultural Health Practices? Indigenous Health Agents in Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco Province

ABSTRACT

In this study, we analyze the representations held by indigenous Qom health agents regarding their role and work alongside (non-indigenous) criollo healthcare workers (physicians, nurses, nursing assistants, and social workers) in two Primary Health Care Centers (CAPS) located in peripheral neighborhoods of Presidencia Roque Sáenz Peña, in the province of Chaco. Between late 2019 and mid-2023, we carried out field visits to the city, where we conducted participant observations and semi-structured interviews with the staff of the aforementioned CAPS. These activities not only allowed us to understand the operational dynamics of these centers and their connection with the city's only hospital but also to grasp the significance of the tasks performed by Qom health agents. Their work has facilitated the engagement of criollo healthcare workers with their indigenous communities, thereby fostering the indigenous patients' adherence to the biomedical treatments provided by these professionals. Finally, we critically examine the prevailing concept that defines indigenous health agents as "intercultural facilitators" in Latin American research and national programs. In order to do so, we review the underlying concept of interculturality with a critical approach and pose questions that open up potential lines for future research.

KEYWORDS

Indigenous health agent, intercultural facilitator, intercultural health

Práticas interculturais de saúde? Os agentes sanitarios indígenas de Presidencia Roque Sáenz Peña, província de Chaco

RESUMO

No presente trabalho analisamos as representações dos agentes da saúde indígenas qom sobre sua figura e trabalho junto com os trabalhadores crioulos (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e assistentes sociais) em dois Centros de Atenção Primária à Saúde (CAPS) localizados em bairros periféricos de Presidencia Roque Sáenz Peña, província de Chaco.

Para isso, entre o final de 2019 e meados de 2023, fizemos viagens à cidade localizada em Chaco onde realizamos observações participantes e entrevistas semiestruturadas com funcionários dos referidos CAPS. Eles nos permitiram não só conhecer a dinâmica de funcionamento dos centros e seu vínculo com o único Hospital da cidade, mas também a importância das tarefas desenvolvidas pelos agentes da saúde indígenas qom, que têm facilitado a aproximação dos trabalhadores crioulos às comunidades e, com isso, a adesão dos pacientes indígenas aos tratamentos biomédicos por eles prestados.

Finalmente, problematizamos a concepção que diversas pesquisas latino-americanas e programas nacionais sustentam sobre os agentes indígenas da saúde, pensados como "facilitadores interculturais". Para isso, revisamos criticamente o conceito de interculturalidade do qual partem e apresentamos novas perguntas que permitam futuras linhas de pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE

Agente indígena de saúde, facilitador intercultural, saúde intercultural.



FECHA DE RECIBIDO 03/02/2024

FECHA DE ACEPTADO 10/04/2025

COMO CITAR ESTE ARTICULO

Camacho, C. (2025) ¿Trabajo intercultural? Los agentes sanitarios indígenas de Presidencia Roque Sáenz Peña, provincia de Chaco. Revista de la Escuela de Antropología, XXXVI, pp. 1-22. DOI 10.35305/rea.XXXVI.323

Introducción

El interés que motivó el presente trabajo antropológico tuvo sus orígenes en un primer viaje que realizamos a la localidad de Presidencia Roque Sáenz Peña en octubre del año 2019. Por aquel entonces, nos encontrábamos llevando adelante una investigación colectiva sobre la prevalencia de enfermedades reumáticas en población indígena, particularmente Artritis Reumatoide. En dicha etapa, indagamos sobre los circuitos de atención entre el primer y segundo nivel en el tratamiento de la salud. Para ello, visitamos dos CAPS ubicados en barrios periféricos de la ciudad donde habita mayoría de población *qom* y un Hospital céntrico,¹ que evitaremos nombrar para preservar el anonimato de quienes trabajan allí. En éstos realizamos observaciones participantes y entrevistamos enfermeros, auxiliares de enfermería, médicos criollos,² agentes sanitarios indígenas *qom* y coordinadores del Servicio de Asistencia Social de Orientación Indígena (SASOI). Fue la figura y el trabajo de estos últimos dos -desconocido para nosotros en dicho momento-, aquello que despertó nuestro mayor interés, principalmente cuando fueron presentados por ellos mismos y por los trabajadores criollos como "interlocutores" e "intermediarios". Esto motivó que realizáramos otros viajes a la ciudad chaqueña con el fin de llevar adelante nuevas entrevistas semi-estructuradas y observaciones participantes en las salas de espera y consultorios de los CAPS y en las "salidas a terreno", pasando por un periodo de pandemia en el cual nos vimos obligados a realizar entrevistas

1 Ambos CAPS se encuentran aproximadamente a 4 kilómetros del Hospital.

2 Decidimos utilizar la categoría "criollo" porque es la que emplean los propios sujetos entrevistados.



virtuales. Fue dicho trabajo de campo el que nos permitió analizar las representaciones de los agentes sanitarios indígenas *qom* sobre su figura y labor junto a los trabajadores criollos (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y trabajadores sociales) en aquellos CAPS.

La tarea de “hacer” y “ser” un agente sanitario indígena

Poniendo atención a nuestros intereses, comenzamos una exhaustiva búsqueda de investigaciones que indagaran sobre agentes sanitarios indígenas. Nos encontramos con diversos trabajos latinoamericanos que hablan de “promotores de salud”, también conocidos como “agentes comunitarios de salud”, quienes fueron internacionalmente impulsados a partir de la Conferencia de Alma-Ata,³ ocurrida en el año 1978, cuyo objetivo principal fue ampliar el acceso a las acciones de salud e involucrar a las comunidades en los programas de Atención Primaria de la Salud (APS). No obstante, notamos que aquella figura es polivalente, no es llevada adelante únicamente por indígenas y cobra determinadas particularidades en los diversos países en los cuales está presente. Su especificidad, al parecer, estaría dada por ser ejecutada por miembros de una determinada comunidad que actúan como nexo entre dicha comunidad y el sistema de salud presente, logrando facilitar el acceso al mismo. Particularmente, en los trabajos en que se aborda la figura de los promotores indígenas nos encontramos con distintas formas de denominarlos: “promotores de salud indígena” en Ecuador (Arteaga, San Sebastián y Amores, 2012),

³ La Conferencia de Alma-Ata, realizada en la URSS (actual Kazajistán), dio origen a la Declaración de Alma-Ata, que estableció la Atención Primaria de la Salud, como estrategia para alcanzar la “Salud para todos en el año 2000”. Promovida por la OMS y UNICEF, y apoyada por más de 100 países, la declaración propuso un cambio de paradigma: dejar atrás el enfoque centrado en la atención curativa y rehabilitadora para priorizar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, haciendo énfasis en la participación comunitaria (Lorenzetti, 2012). Se impulsó la creación de redes integradas de atención que incluyeran centros de primer nivel (CAPS), articulados con servicios de segundo y tercer nivel, con el objetivo de mejorar la eficiencia del sistema y reducir su fragmentación (Freidin, et al., 2020). Además, se reconoció el rol fundamental de los agentes sanitarios, quienes debían comprender las necesidades locales y generar vínculos de “confianza” (Estrella, 2012). En Argentina, a partir de los años 80, se incorporó gradualmente este enfoque, se construyeron CAPS en comunidades indígenas, se formaron agentes y enfermeros —criollos e indígenas— y se fortaleció la atención médica en zonas rurales y periféricas.



en Perú (Cárdenas, Pesantes y Rodríguez, 2017) y en Bolivia (Aizenberg, 2012), también como “agentes indígenas de salud” en Brasil (De Moura-Pontes y Garnelo, 2014), “facilitadores interculturales”/“facilitadores lingüísticos”/ “mediadores culturales” en Chile (Sepúlveda y Cabieses, 2019) o “guías bilingües” en Colombia (Patiño-Londoño, et al., 2016), por nombrar algunos.

A su vez, en estas y otras investigaciones tales sujetos son mencionados como los encargados de realizar determinadas funciones y definidos de distintas formas, entre las que podemos destacar: intermediarios entre biomédicos y las comunidades (Remorini y Palermo, 2015), traductores (Lorenzetti, 2010; Sepúlveda y Cabieses, 2019; Remorini y Palermo, 2015), engranajes centrales de la Atención Primaria de Salud (Martínez, 2017) y como actores con potencialidad para “traducir” y generar puntos de encuentro entre la biomedicina y la medicina tradicional (Martínez, et al., 2015).

Frente a ello, decidimos profundizar en las tareas llevadas adelante por los agentes sanitarios indígenas *qom* de Roque Sáenz Peña, lo que creemos que puede ayudarnos a conocer ciertas particularidades de su figura.

Dentro y fuera los CAPS

Entre las tareas realizadas por los agentes *qom* de Roque Sáenz Peña, podríamos diferenciar las que se ejecutan “por fuera” (en términos espaciales) de los CAPS, de las que se realizan “dentro” de los mismos. Entre estas últimas podemos mencionar la recepción de la persona que llega a los centros y la indicación “de a dónde ir o qué hacer”, previo aviso al enfermero o médico que será el encargado de atenderla; peso y talla de niños; entrega de la leche a los mismos; toma de presión y administración y atención de la Farmacia. De hecho, en los dos CAPS en que trabajamos, en donde los espacios estaban distribuidos (cada habitación correspondía a una enfermería, consultorio, farmacia o sala de peso y talla), las salas de peso y talla eran atendidas por agentes. Incluso, en uno de ellos la Farmacia también lo era y ante su ausencia otro agente ocupaba su lugar y desempeñaba aquella tarea. Además,



los agentes también se encargan de la limpieza de los espacios y el ordenamiento de insumos, aunque no lo mencionaron en las entrevistas.

Ahora, cuando nos centramos en las actividades que los agentes sanitarios indígenas *qom* realizan por fuera de los CAPS nos encontramos con que ellos mismos y los trabajadores criollos enfatizan que la tarea fundamental de la labor del agente es “la salida a hacer terreno”. Aquella consiste en “ir casa por casa”, lo que algunos autores (como Lorenzetti, 2010; Leavy, 2014; de Moura-Pontes y Garnelo, 2014; Burrone, Acosta y Fernández, 2010; Bitti, 2018 y Cuyul, 2012) llaman “visitas domiciliarias”. En ellas se realiza la “búsqueda” de pacientes que requieren ciertas vacunas o que no están atendándose y/o realizándose los controles y estudios que desde el centro de salud se le indicaron. Si bien algunos agentes han destacado realizar dichas salidas “acompañando”, principalmente, a los enfermeros, otros destacaron hacerlo solos. No obstante, en ambos casos, notamos que el camino a seguir es delimitado por los agentes que viven en el barrio mientras que las indicaciones de a qué paciente visitar y qué recomendación y/o medicación brindarle son dadas exclusivamente por los enfermeros y médicos. Sin embargo, estos últimos destacaron que, en varias ocasiones, “cuesta” movilizar a los agentes y “conseguir” que salgan a hacer terreno, punto que ha emergido discursivamente enlazado con comentarios sobre la inasistencia de tales agentes al trabajo. Y si bien entendemos que aquello responde a las particularidades de cada agente, entre ellas “la voluntad” y al hecho de que a determinados agentes con ciertas enfermedades o de edad avanzada no se les “exige” salir,⁴ consideramos que tanto “el no salir” como la “falta al trabajo” son consecuencia de la “difícil” situación laboral en la que se encuentran inmersos los agentes sanitarios.⁵ Pero, además, también notamos que gran número de pacientes se acercan a los CAPS por su cuenta, lo que nos permite pensar que no se requiere realizar “terreno”, en términos de “salir

4 Punto destacado por los directores de ambos CAPS donde trabajamos, quienes agregaron que hay ciertos agentes a “los que los cuidan”.

5 Profundizamos dicha situación posteriormente, en la sección *Condiciones laborales*.



a buscar pacientes”, con demasiada frecuencia. Esto último puede verse en las siguientes palabras enunciadas tanto por un agente como por una enfermera:

la gente hoy en día se está acostumbrando a venir sola, antes hace 7 años, 10 años atrás ponele ahí la gente no venía, fíjate que acá al frente teníamos pacientes y no venían pero después con el tiempo ellos mismos se acostumbraron a venir solos (...) la gente mayor 40 50 años ya casi se está adaptando lo que es el sistema de salud antes costaba mucho teníamos que ir a buscarlo con la trabajadora social todos los días salíamos (agente 1).

se acercan, desde el tiempo que yo tengo acá se acercan solos vienen y te preguntan (enfermera).

Además, cabe considerar que los propios trabajadores criollos de los CAPS han destacado la importancia que inicialmente ha tenido para su desenvolvimiento el ser “acompañados” por los agentes en las “salidas a terreno”. Según nos han indicado, aquello les permitió “hacerse conocidos” entre las comunidades para poder trabajar en y con ellas. Pero decimos inicialmente, pues mencionaron que “después de años de trabajo” con las mismas ya conocen a los pacientes y los pacientes a ellos. Esto nos da lugar a pensar que fue en un primer momento que la figura del agente sanitario “facilitó” el acercamiento del personal biomédico a las comunidades indígenas. Sin embargo, algunos trabajadores continúan considerando que, actualmente, cuando son acompañados por los agentes, el recibimiento por parte de los pacientes indígenas es “mejor”, y de esta forma logran una mayor “aceptación” de las indicaciones médicas que brindan. A su vez, ello da cuenta que las “salidas a terreno” no son tareas realizadas exclusivamente por los agentes sanitarios, pues los diversos entrevistados destacaron hacerlo “en equipo”, e incluso comentaron que quienes se iniciaron en el Programa Médicos Comunitarios (tanto agentes como trabajadores sociales, enfermeros y médicos) estaban “obligados” a realizarlo. Por ende, logramos entender a dicha actividad como clave pero general de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, enfocada en la prevención y promoción de la misma.



Ahora bien, una tarea realizada por los agentes que podría pensarse como previa a "la salida a terreno" es la "captura de la persona que requiere atención médica", la cual consiste, primero, en reconocer a quien por su condición de salud necesita la llegada de un enfermero/médico a su domicilio y, segundo, en informarle a este último. Por lo general, los agentes pueden realizar dicha tarea porque viven en el barrio y conocen a sus vecinos, lo que los lleva a "enterarse" más rápidamente que los enfermeros y médicos criollos lo que sucede. De este modo, se imprime un carácter especial a las relaciones enfermeros/médicos criollos – agentes sanitarios indígenas, en donde los primeros aparecen como los poseedores del saber científico y los segundos como los que "traen la información del campo" que sirve para diseñar las acciones a implementar (Leavy, 2014). Dicha "captura" cobra mayor sentido cuando atendemos a los comentarios de los propios agentes sobre el hecho de que los miembros de la comunidad, cuando tienen alguna necesidad, por ejemplo, requieren una medicación o necesitan saber qué hacer frente a un malestar, primero "los llaman" a ellos. Esto nos permitiría pensarlos como "intermediarios" entre los enfermeros/médicos criollos y las comunidades. Sin embargo, los enfermeros/médicos comentaron que los pacientes que requieren atención suelen dirigirse directamente al CAPS. Lo que sí coinciden ambos es que los pacientes indígenas se acercan a consultar cuando sus enfermedades están avanzadas o los dolores son extremos. Creemos que esto se debe a diversos factores, entre los cuales se hallan las principales barreras con las que se encuentran las comunidades indígenas a la hora de acceder al sistema de salud. Entre ellas, por lo comentado por los entrevistados, podríamos destacar las dificultades en la tramitación de la solicitud de turnos, las largas esperas para ser atendidos, los actos de discriminación sufridos, las distancias entre sus domicilios y los CAPS/hospital, su crítica situación socioeconómica que no les permite pagar ciertos tratamientos/ estudios (por ejemplo, realizar una dieta o comprar un disco compacto para un examen), entre otras. A su vez, también debería problematizarse el grado de aceptación y utilización de la biomedicina (brindada desde y a



través de los centros de salud y los hospitales) por parte de las comunidades indígenas, pero este punto no es parte del objetivo de este trabajo, aunque sí una posible línea a ampliar e investigar en el futuro.

Por otra parte, los agentes también deben llevar medicaciones “especiales” (como las indicadas para la tuberculosis) a los pacientes que las requieren, “vigilando” y “obligándolos” para que la consuman y/o utilicen. Ello suele venir acompañado con “explicaciones” y “charlas”, fundamentadas en criterios biomédicos, sobre la importancia de “tomar” correctamente los medicamentos y realizarse los controles correspondientes. A través de ello se les “enseña” los cuidados de la salud considerados adecuados (Lorenzetti, 2010), lo cual evidencia que el trabajo de los agentes resulta clave para la “concientización”, adhesión y continuación de los tratamientos terapéuticos. En palabras de una agente: “Nosotros como agentes sanitarios tenemos la obligación de ir a buscar y llevarle la medicación a la casa y ver para que ellos la tomen” (agente 3).

Notamos la relevancia dada, tanto por los agentes como los trabajadores criollos, a la palabra, a “la forma” en que se habla, a la necesidad de “saber hablar”. Esto último contempla el uso de términos “simples”, de tonos de voz bajos y enunciaciones pausadas y tranquilas. Incluso, ciertos enfermeros y médicos criollos mencionaron la importancia de generar una relación más bien “de igual a igual”, donde el paciente no sienta que existe una “figura de autoridad”. No obstante, aquello no fue destacado por los agentes, lo que permitiría repensar aquel vínculo entre estos y los pacientes como aquel que es vivido por los primeros como más “equitativo”, lo que creemos que se debe, principalmente, al hecho de que ambos pertenecen a la misma comunidad y no son parte del personal sanitario que posee una formación “profesional”/“avanzada” y estrictamente biomédica.

Pero en estas relaciones, donde la “palabra” se torna importante, Estrella (2012) destacó que también la escucha cumple una función relevante. Particularmente, la autora consideró que dicha función es política, pues le permite al poder local y estatal mostrar a la po-



blación que hace “algo” contra el deterioro de la vida. En relación a ello, afirmó que si bien aquella práctica de visitar pacientes, en tanto promoción de la salud, funciona como una política paliativa (a veces invisibilizada como tal por los propios agentes), “algo” de lo que hacen tales agentes escapa a lo paliativo del sistema: como es el caso de la humanización del trato con las personas que subvierte la lógica estatal sanitaria en la que la palabra y la “verdad” están en poder de los profesionales, donde el foco está colocado en la curación del cuerpo biológico fragmentado. Es alrededor de “las visitas y las charlas” que se construyen relaciones de reciprocidad en donde los agentes sanitarios proveen distintos recursos y los destinatarios de los mismos aportan “reconocimiento”, lo que conforma el capital social de los agentes sanitarios en un sistema de salud que los invisibiliza. También creemos que aquellas explicaciones y charlas dadas por los agentes responden a la obligación que poseen de lograr cierta adhesión, por parte de las personas, a sus recomendaciones, pues de ello al parecer depende su estabilidad laboral y el manejo de las presiones que pueda recibir desde la dirección (Lorenzetti, 2010).

Incluso, los trabajadores criollos enfatizaron que aquellas “explicaciones” necesitan ser más claras y repetitivas en los casos en que los pacientes son indígenas: “con los aborígenes...hay que tomarse el tiempo para que entiendan” (médica). Ello nos ha llevado a pensar en las concepciones existentes sobre el tipo de trato y atención particular que parecen “requerir” las comunidades indígenas, las cuales han sido el justificativo de diversos programas sanitarios destinados a las mismas. En palabras de Lorenzetti (2010), se trata de modos en que los indígenas, mediante la “adecuación” de los canales de atención previstos para el “usuario normal”, son diferenciados del resto de la población y contruidos como destinatarios de un tratamiento especial con el objetivo de responder a ciertos requerimientos de “salud”. Así, mediante prácticas orientadas a “facilitar” la accesibilidad de la población indígena al sistema de salud formal, se construyen perfiles de usuarios diferenciados.



Pero aquí quisiéramos frenar y destacar que notamos que existen ciertas prácticas sanitarias que los miembros de las comunidades indígenas que se atienden en los CAPS con frecuencia “ya tienen incorporadas”, como, por ejemplo, lo que respecta a la vacunación de los niños y los controles de las embarazadas. Con ello nos referimos a que las mismas son conocidas, difundidas y “aceptadas”, frente a las cuales no parece haber necesidad de realizar y repetir explicaciones detalladas. No obstante, al parecer, estas deben realizarse cuando los pacientes son nuevos, es decir, nunca se atendieron allí o no lo hacen con frecuencia, y cuando el tratamiento a realizar es puntual, nuevo o poco conocido, como por ejemplo en el periodo de pandemia con la vacunación del COVID. No obstante, aquellas “explicaciones” no siempre son suficientes, pues existen casos en que los pacientes hablan “su idioma”, lo que justifica aún más aquel “trato especial” y refleja la necesidad de contar con “traductores”. Allí, aparece otra tarea fundamental de los agentes. Estos destacaron:

Ese es un gran trabajo que tenemos y siempre trabajamos de corazón y para nuestra comunidad porque sabemos que también nuestra comunidad tenés que entenderlo, que explicarle, conocerlos bien cómo son (...) por eso es que se gestionó ese programa para que haya participación de las personas como los agentes sanitarios que estén dispuestos a atenderle a la comunidad para hablarle en su propio idioma como corresponde (agente 2).

Con estas palabras se visualizan dos puntos fundamentales: por un lado, que el principal objetivo de la creación de los programas estatales que dan forma a la figura del agente sanitario indígena se vincula con la “traducción”, es decir que las comunidades indígenas pueden encontrar en los CAPS personal perteneciente a su propia comunidad, que se comuniquen en su idioma, posibilitando la atención; y por otro, se evidencia el valor otorgado por los propios agentes a su trabajo, al que conciben como necesario para su propia comunidad, lo que nos lleva a comprender lo difícil que puede resultarles rechazarlo pese a las dificultades o precarización



del mismo. De esta forma, los agentes exponen sus funciones como irremplazables. Sin embargo, tanto los agentes como los trabajadores criollos, han destacado que la “función” de traducción cumplida por los primeros, e incluso por los agentes SASOI,⁶ ya no es solicitada con tanta frecuencia como lo era inicialmente, pues, a excepción de algunas personas de edad avanzada, actualmente la mayoría de los indígenas qom hablan castellano. Incluso existen casos donde el paciente que no habla castellano se acerca al CAPS con algún familiar que auspicia de traductor, situación en el cual no resulta necesaria la mediación del agente sanitario.

Así y todo, los propios agentes jóvenes dicen desconocer el idioma de su comunidad o no hablarlo con fluidez, por lo cual son los agentes de mayor edad los que, cuando se lo requiere, realizan las traducciones. Mientras tanto, indígenas como criollos comentan que los más jóvenes ya no lo hablan, “se han ido perdiendo”. No obstante, el desenvolvimiento del encuentro entre el enfermero/médico y el paciente es mencionado por dicho profesional como “mejor” cuando interviene el agente sanitario y habla con el paciente en “su idioma” (pese a que este hable castellano), realizando las preguntas, repitiendo las indicaciones dadas por tal enfermero/médico y respondiendo las dudas del paciente. Dicha intervención es pensada como aquella que permite que el paciente “comprenda” y “acate” lo que se le explica e indica. Allí se torna evidente que el agente no solo “ayuda” a un miembro de su comunidad sino también al profesional de salud que reconoce sus falencias y limitaciones frente a una cultura que desconoce (Patiño-Londoño, et al., 2016).

Pese a lo dicho, no podemos dejar de considerar que, si bien a través del trabajo de traducción del agente se busca favorecer la accesibilidad de las comunidades al sistema de salud formal, la

⁶ Así, la traducción también es una de las principales tareas realizadas por SASOI, cuando llegan al hospital pacientes que no manejan el castellano. No obstante, esta parece ser la única tarea que los agentes sanitarios indígenas de los CAPS y los agentes SASOI realizan en común, pues los segundos no “hacen terreno”, sino que cumplen sus funciones en el interior del Hospital, “acompañado” y “asesorando”, sobre todo, a los indígenas y sus familiares que vienen de otros pueblos y ciudades de la provincia. Incluso, no existe un contacto entre los agentes sanitarios de los CAPS y los agentes SASOI, lo cual reproduce la lógica general del escaso contacto y derivación que existe entre los CAPS y el Hospital, que hace recaer sobre el paciente la acción de realizar dicho enlace.



dependencia de un traductor actúa como un obstáculo que afecta la fluidez de la comunicación entre los indígenas y los trabajadores criollos del sistema de salud e, incluso, la confidencialidad.

Condiciones laborales

Continuando con lo que respecta a los idiomas de las comunidades indígenas, en este caso el de los qom, notamos que “manejarlo” (entender, hablar y escribir) no parece ser un “requisito” que deben cumplir los agentes sanitarios indígenas qom para desempeñarse como tales. Aquello nos llevó a indagar en el proceso a través del cual tales agentes llegaron a cumplir dicho rol. Algunos destacaron que el trabajo les fue “ofrecido” a los “interesados”, siendo el Instituto del Aborigen Chaqueño (IDACH) un importante actor en dicho proceso.

por medio de un compañero porque hubo cupos para Chaco, ellos eran referentes de la institución del aborigen chaqueño y por medio de ahí, ellos tenían los cupos entonces como acá en Sáenz Peña éramos muchos en realidad pero (...) gracias a Dios a mí me tocó, yo estaba en la secundaria estaba estudiando y cayó un compañero a mi casa y me dice ‘mira tengo cuatro cupos para agente sanitario’ y yo no sabía lo que era la palabra agente sanitario y me dijo que si quería me incorporaba (agente 1).

Este instituto, trabaja conjuntamente con el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) para asegurar la sostenibilidad de los programas destinados a agentes sanitarios indígenas. Esta función se materializa mediante la firma de convenios que posibilitan su incorporación a iniciativas específicas, como el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas, bajo el cual se enmarca el trabajo de la mayoría de los agentes sanitarios indígenas qom entrevistados. Asimismo, el IDACH interviene en el diseño y desarrollo de las capacitaciones de tales agentes en el territorio chaqueño.

Reparar en aquella característica del “cupó” de agente en tanto “ofrecido” nos llevó a profundizar y problematizar dos cuestiones. Una de ellas fue la idea sobre el “carácter electivo” del mismo que



nos habíamos forjado a partir de la lectura de distintas investigaciones sobre agentes sanitarios de otras regiones y programas estatales y tras realizar conjeturas incipientes a raíz de los primeros acercamientos al trabajo de campo. Inicialmente, pensamos que los agentes sanitarios indígenas eran representantes designados por las diversas comunidades, pero notamos que la instancia colectiva de decisión no suele realizarse y que, como observó Lorenzetti (2010) en Salta, pese a que distintas personas se han formado como agentes no todas son reconocidas y aceptadas por las comunidades a las que pertenecen, a las cuales, al menos desde lo programático, benefician con su trabajo. Esto nos da pie a comenzar a criticar las ideas esencialistas existentes, y muchas veces naturalizadas por quienes investigamos, que suponen que la simple presencia indígena, en este caso de agentes sanitarios qom, garantiza la “participación” de las comunidades en el despliegue y atención del sistema de salud y la aceptación de las intervenciones realizadas. La otra cuestión surgió luego de encontrarnos con que la mayoría de los agentes entrevistados tenía o tiene un hermano, hijo o progenitor trabajando como agente en el mismo CAPS, lo que nos llevó a pensar en la posibilidad de que tal “oferta laboral” tuviese lugar en términos “familiares”. Finalmente pudimos notar que esto último no siempre está presente y que cuando lo está responde al hecho de que en las ocasiones en que se habilitan nuevos “cupos”, los primeros en enterarse son los agentes que ya se encuentran trabajando, frente a lo cual proceden a informarles a sus familiares sobre aquella nueva oportunidad disponible. Quienes accedieron, según nos comentaron, luego de sus capacitaciones “pidieron” trabajar en los mismos CAPS donde se hallaban los miembros de su familia, pero no lograron especificarnos a quién ni cómo realizaron dicho pedido.

Asimismo, el hecho de que el trabajo de agente sanitario se encontrara disponible para quienes tuviesen “interés” nos llevó a reparar en los requisitos para desempeñarse como tal. Como vimos, manejar el idioma de su comunidad no parece ser uno de ellos e incluso el hecho de ser indígena tampoco, pues sabemos que en otros CAPS ubicados en zonas donde no habita mayoría de pobla-



ción indígena existen agentes sanitarios criollos. A su vez, si los pensamos como “facilitadores interculturales”, podríamos suponer que los mismos deben poseer conocimientos sobre la medicina tradicional, pero notamos que no mencionan tenerlos, y creemos que si los poseen, no lo imparten a los pacientes que se acercan a los CAPS. Incluso, al reparar en su formación, los mismos mencionaron que realizaron “capacitaciones breves” y que luego fueron aprendiendo con el correr del tiempo y junto a los trabajadores criollos “como trabajar”, lo que deja al descubierto que los conocimientos de los que se empapan se sustentan en la biomedicina. Todo ello evidencia la escasa difusión de información sobre los criterios específicos requeridos para que una persona pueda desempeñarse como agente sanitario indígena, lo cual creemos que es consecuencia de la “informalidad” en la “contratación” de dichos agentes. Estos mismos comentaron estar becados “desde hace tiempo”, cuya condición no les permite tener una obra social ni aportes jubilatorios, recibiendo un bajo monto de dinero. Ello es considerado, tanto por los propios agentes como por los trabajadores criollos, como una de las principales causas por las cuales los primeros “faltan al trabajo”. Además, no todos los agentes sanitarios parecen estar en la misma situación, pues si bien de los entrevistados ninguno se encuentra efectivizado como personal de planta permanente, si comentaron que existen ciertos agentes que lo están. Otra diferencia con la que nos encontramos tiene que ver con los programas en cuales se hallan (mientras que algunos están bajo el Programa Expertos y otros destacaron formar parte del “Programa Salud Indígena”) y los distintos montos de dinero que reciben por sus tareas.

No obstante, además de mencionar la “oferta” que varios agentes recibieron para incorporarse a trabajar, destacaron la importante “lucha” librada por las comunidades para obtener mejoras, pues las mismas necesitaban contar con personal que hablara el idioma de su respectiva comunidad y obtener soluciones integrales a las particulares enfermedades que las afectaban. En relación con esto último ciertos agentes comentaron haber iniciado su trabajo realizando tareas puntuales de detección de ciertas enfermeda-



des, como Tuberculosis y Chagas, enmarcados en programas cuyo objetivo principal consistía en lograr ampliar la cobertura de la atención primaria de la salud. Estas enfermedades, como también el cólera, fueron pensadas como “problemas de los indígenas”, vinculadas a “pautas culturales tradicionales o ancestrales” que los volvían propensos a enfermarse. Ello,

ameritaba la ‘capacitación indígena’ en salud a fin de que pudiesen modificarse aquellos aspectos ‘culturales’ considerados causantes de las condiciones socio-económicas desfavorables. Serían los propios indígenas los que, a través de su preparación, impulsarían los cambios y quienes, por ser conocedores de su ‘propia cultura’, garantizarían la eficacia de las intervenciones (Lorenzetti, 2010: 109).

En palabras de una agente:

lo del agente sanitario se presentó ante la amplia necesidad de nuestra comunidad, ya que era inmensa la demanda ante las autoridades gubernamentales, porque es como que se sintió un Estado ausente ante los indígenas, por las fuertes enfermedades que azotó a nuestra comunidad en su momento. Años atrás nuestros ancianos se enfermaron de tuberculosis, cólera, chagas, dengue, reuma y por esa razón se pidió ante el Estado este programa para la atención hacia nuestra comunidad, para ser partícipe de lo que le está pasando, en dialogar, acompañar, de cada tratamiento, de cada enfermedad y acompañar a nuestros originarios porque muchas veces el originario se siente ignorado de su situación y es triste en realidad. Ahora con la inclusión social nos sentimos más cerca de los médicos y más atención a nuestra comunidad (agente 2)

Y continuando con lo vinculado al inicio del trabajo de los agentes, estos destacaron el carácter “voluntario” que comenzó teniendo su labor. Frente a ello, nos atrevemos a decir que si bien hoy los mismos cobran por dicha tarea, como destacamos anteriormente, el monto es insignificante o, en palabras más claras, insuficiente para cubrir las necesidades básicas. Por ende, puede seguir pensándose como un trabajo voluntario, sobre todo por lo destacado por diversos agentes entrevistados que al hablar sobre la reali-



zación del mismo enfatizaron que “lo hacen por su comunidad”, la cual no solo fue azotada por diversas enfermedades sino que también ha sido históricamente discriminada. Estas experiencias de sufrimiento compartidas grupalmente que remiten a un tiempo pasado y actual se presentan como un justificativo para la decisión de realizar dicho trabajo, que es entendido como una forma de ayudar a los miembros del grupo de pertenencia y, en ese sentido, cumple una “función social” (Fraser, 2022).

Repensar el trabajo intercultural para proyectar nuevos rumbos

Hasta aquí, hemos descrito y analizado cuándo y cómo comenzaron los agentes sanitarios indígenas qom de Presidencia Roque Sáenz Peña a trabajar como tales y las tareas que llevan adelante. Ahora, teniendo en cuenta las definiciones presentes en distintas investigaciones, nos preguntamos: ¿podemos definirlos como “facilitadores interculturales”? Para ello primero debemos revisar qué se entiende por interculturalidad.

Cuando indagamos sobre las concepciones de interculturalidad nos topamos con gran cantidad de trabajos que pretenden definirla, jugando a “ser políticamente correctos” hablando en nombre del respeto a la diferencia cultural. Particularmente, cuando nos centramos en la “salud intercultural”, nos enfrentamos a escritos que, con un tupé de superioridad y supuesto vanguardismo, solo hablan sobre el diálogo entre dos formas de atención, entre el modelo médico hegemónico (el cual, según Menéndez, 1992, se halla constituido por labiomedicina y encarnado en las prácticas médicas que proceden del Estado) y el modelo médico tradicional (en torno al cual se organizan las comunidades indígenas), sobre la convivencia respetuosa y la articulación armónica de aquellos distintos saberes y prácticas pertenecientes a grupos culturalmente distintos. Entonces vemos que es a partir de esas nociones que el agente sanitario indígena es pensado como un puente entre ambos grupos y modelos. Pero allí nos surge la siguiente interrogante: ¿no estaremos incurriendo en aquellas concepciones esencialistas que los antropólogos solemos criticar y que, en este caso



particular, suponen que los agentes sanitarios indígenas, por el mero hecho de ser indígenas, poseen esos saberes 'tradicionales' y los aplican en su práctica?. Estas ideas pierden de vista que la relación entre distintos grupos es, como toda relación, una relación de poder, y por ende, asimétrica e interesada. Incluso, terminan reforzando una concepción dominante de antagonismos más que de articulaciones entre las diferentes formas de atención, las cuales efectivamente se desarrollan a través de diferentes dinámicas transaccionales dentro de relaciones de hegemonía/subalteridad (Menéndez, 2003).

Creemos que al hablar de interculturalidad no debemos partir del problema de la diversidad o diferencia en sí, ni de la tolerancia o inclusión culturalista, sino de la diferencia construida como patrón de poder (Walsh, 2012). De esta forma, nos acercamos a una concepción que entiende a las relaciones intergrupales dentro de una sociedad como asimétricas en torno del poder político y socioeconómico establecido, y considera que tales relaciones tienden a reflejar las maneras históricamente arraigadas de visibilizar/invisibilizar "la diversidad", la manera de estigmatizar la otredad y de discriminar a determinados grupos (Dietz, 2017), todo lo que restringe la posibilidad de que el "otro" pueda ser concebido como sujeto con identidad, agencia y diferencia. En este sentido, elegimos pensar a la salud intercultural como un campo, es decir, como un espacio de lucha de clasificaciones, de formación de nuevas subjetividades, y como un dispositivo de intervención del Estado que suele ampliar el dominio de lo político a través del desplazamiento de los límites del espacio privado-comunitario indígena (Boccaro, 2007).

De este modo, y por lo analizado hasta aquí, podemos considerar a los agentes sanitarios indígenas qom de distintas formas. Como bien señalamos, "inicialmente" se desempeñaron como intermediarios entre los biomédicos y las comunidades indígenas (Remorini y Palermo, 2015), acompañando a los primeros con el propósito de hacerlos "conocidos" entre los distintos miembros de tales comunidades, presentándoles y explicando a los indígenas las intenciones e intervenciones de aquellos. Ahora, si nos centramos



en este punto y en otras de las ya mencionadas tareas llevadas adelante por los agentes, sobre todo aquellas que no son desarrolladas exclusivamente por ellos, sino que ante su ausencia pueden ser realizadas por los trabajadores criollos, e incluso consideramos los comentarios realizados por esos trabajadores que remarcan la “ayuda” que reciben por parte de los agentes, podemos pensarlos como “colaboradores” de estos últimos. Pero esas tareas también nos permiten pensarlos como ejecutores de las prácticas de promoción de la salud (Estrella, 2012). Los mismos, con sus explicaciones, charlas y traducciones (estas últimas realizadas exclusivamente por ellos), representan un soporte clave en lo vinculado al inicio y seguimiento de los tratamientos terapéuticos por parte de los pacientes indígenas (Martínez, 2017), “facilitando” el acceso al sistema de salud que, desde los CAPS, imparte y promulga la biomedicina.

Por todo ello y en relación con esto último, no creemos que los agentes sanitarios indígenas qom puedan ser concebidos como “facilitadores interculturales”, en el sentido utópico en que los programas que enmarcan su labor piensan la interculturalidad. Estos no generan puntos de encuentro entre la biomedicina y la medicina tradicional. Inclusive, si nos enfocamos en las tareas centradas en la atención e intervención de los pacientes, como por ejemplo el peso y talla de niños y toma de presión, basadas en criterios biomédicos, sumado a su breve capacitación, podríamos considerarlos como “auxiliares” funcionales al sistema biomédico (Martínez, 2011). Sin embargo, no debemos perder de vista que sobre los agentes indígenas recae una doble y tensa presión: la de ser miembros de sus comunidades y un nexo con el sistema de salud pública y, a la vez, formar parte de dicho sistema desde el cual deben transmitir determinados preceptos y prácticas emanadas del Ministerio de Salud, creadas en otros contextos que no tienen en consideración la realidad local (Hirsch, 2015). Creemos que en torno a su figura existe una concepción de salud intercultural que enfatiza en la importancia del diálogo entre diversos saberes pero que en la práctica hegemoniza y revaloriza los conocimientos biomédicos y pretende adaptar a las comunidades indígenas, a través



del trabajo de tales agentes, a los mismos.

Consideramos que el accionar de los agentes, como han destacado Hirsch (2015) y Martínez (2017), se encuentra restringido por la mencionada y limitante formación, por su falta de poder en la toma de decisiones e incluso por la inestabilidad de las políticas y programas de salud en los cuales se inscribe su trabajo (Remorini y Palermo, 2015). Ello, es uno de los varios motivos por los cuales creemos que no puede recaer sobre los agentes sanitarios indígenas todo el peso de la ejecución efectiva de políticas públicas sanitarias "interculturales". Cabría indagar en el trabajo de otros sujetos que se desenvuelven dentro del sistema de salud y en su formación. También, sería necesario investigar detalladamente los programas en los cuales se inscribe el trabajo de tales agentes y los demás trabajadores sanitarios que atienden poblaciones indígenas y analizar las representaciones de estos últimos sobre su labor con el fin de conocer cómo conciben y creen que puede ponerse en práctica la "salud intercultural".

Referencias Bibliográficas

- AIZENBERG, Lila (2012). "Salud intercultural y participación comunitaria en mujeres indígenas del Amazonas boliviano: una aproximación crítica". *ESTUDIOS*, N° 27, pp. 71-86.
- BOCCARA, Guillaume Bruno (2007). "Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile". *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, Vol. 39, N° 2: 185-207.
- ARTEAGA, Erika L., Miguel SAN SEBASTIÁN y Alfredo AMORES, (2012). "Construcción participativa de indicadores de la implementación del modelo de salud intercultural del cantón Loreto, Ecuador". *Saúde em Debate*, Vol. 36, N° 94, pp. 402-413.
- BURRONE, María S., Laura ACOSTA y Alicia FERNÁNDEZ (2010). "Abordaje integral de la situación nutricional en una comunidad Diaguita Calchaquí". *Revista RESPYN*, Vol. 11, N° 3, julio-septiembre.
- BITTI, Agostina (2018). "Ser uno más de ellos': relatos acerca de las motivaciones de lxs agentes sanitarixs en contextos de invisibilización". Recuperado el 6 de enero de 2022 de: <http://www.famg.org.ar/documentos/congresos/premiados/2018/Ser%20uno%20mas%20de%20ellos.pdf>
- CÁRDENAS, Cynthia G., María PESANTES y Alfredo RODRÍGUEZ (2017). "Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana". *ANTHROPOLOGICA*, Año XXXV, N° 39, pp. 151-169.



- CUYUL, Andrés (2012). "Salud indígena y políticas de salud intercultural en la provincia de Chaco, Argentina". Recuperado el 20 de junio de 2021 de: https://archivo.argentina.indymedia.org/uploads/2012/04/salud_indigena_y_politicas_interculturales_a._cuyul.pdf
- DE MOURA-PONTES, Ana L. y Luiza GARNELO (2014). La formación y el trabajo del agente indígena de salud en el Subsistema de Salud Indígena en Brasil. *Salud Pública de México*, Vol. 56, pp. 386-392.
- DIETZ, Gunther (2017). "Interculturalidad: una aproximación antropológica". *Perfiles Educativos*, Vol. 39, Nº 156, IISUE-UNAM.
- ESTRELLA, Paula (2012). "La promoción de la salud en San Martín de los Andes - Neuquén". Recuperado el 8 de julio de 2021 de: <https://www.teseopress.com/saludsociedadyderechos/chapter/la-promocion-de-la-salud-en-san-martin-de-los-andes-neuquen/>
- FREIDIN, B., et al. (2020). *Atención primaria de la salud en tiempos de crisis*. Buenos Aires, Teseo Press. Recuperado el 12 de septiembre de 2021 de: <https://www.teseopress.com/atencionprimaria>
- HIRSCH, Silvia (2015). "Salud pública y mujeres indígenas del noroeste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención a la salud reproductiva", en LANGDON, Esther y Marina CARDOSO (comp.), *Saúde indígena. Políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora EDUFSC/IBP; 2015, pp. 169-192.
- LEAVY, Pía (2014). "La lógica del cuidado en estrategias sanitarias destinadas a la población materno-infantil". *Século XXI. Revista de Ciências Sociais*, Vol. 4, Nº 2, pp. 242-268.
- LORENZETTI, Mariana I. (2010). *Salud intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas* (tesis doctoral). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- LORENZETTI, Mariana Isabel (2012). "La dimensión política de la salud: Las prácticas sanitarias desde las comunidades peri-urbanas wichí del dpto. de San Martín (Salta)". *Publicar. En Antropología y Ciencias Sociales*, Vol. X, pp. 65-85.
- MARTÍNEZ, Bárbara (2017). "Enfermeros y agentes sanitarios como impulsores de la adherencia terapéutica: una investigación etnográfica en Catamarca, Argentina". *Revista Ciencias de la Salud*, Vol. 16, Nº 1, pp. 144-154. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6496>
- MARTÍNEZ, Gustavo J. (2011). "Pluralismo médico y etnomedicina entre los Tobas (Qom) del Río Bermejito (Chaco, Argentina). Desafíos y aportes para una gestión intercultural de la salud en el impenetrable chaqueño". *Revista del Museo de Antropología*, Vol. 4, pp. 195-210.
- MARTÍNEZ, Jorge N., et al. (2015). "El rol de los agentes sanitarios en la prevención de la mortalidad materna, el caso de Ituzaingó, Corrientes, Argentina", ponencia presentada en el VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación, XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.



- MENÉNDEZ, Eduardo (1992). "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales", en CAMPOS, Ruth (comp.), *La antropología médica en México*, Tomo I. México, Instituto Mora-Universidad Autónoma de México, pp. 97-114.
- PATÍÑO-LONDOÑO, S., et al. (2016). "Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia". *Salud Colectiva*, Universidad Nacional de Lanús, ISSN 1669-2381, eISSN 1851-8265. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.883>
- REMORINI, Carolina y María PALERMO (2015). "Salud materno-infantil y políticas públicas para pueblos originarios: reflexiones a partir de una investigación etnográfica", en LANGDON, Esther y Marina CARDOSO (comp.), *Saúde indígena. Políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Editora EDUFSC/IBP; 2015, pp. 247-278.
- SEPÚLVEDA, Camila y CABIESES, Báltica (2019). "Rol del Facilitador Intercultural para migrantes internacionales en centros de salud chilenos: perspectivas de cuatro grupos de actores clave". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Vol. 36, N° 4, pp. 592-600. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4683>
- WALSH, Catherine (2012). "Interculturalidad y (de)colonialidad: Perspectivas críticas y políticas". *Visão Global*, Joaçaba, Vol. 15, N° 1-2: 61-74.

