

EXPERIENCIA ANTROPOLÓGICA, MUERTE Y SALUD INTERCULTURAL EN CATAMARCA (ARGENTINA)

Anthropological experience, death and intercultural health in Catamarca (Argentina)

DOI: <http://doi.org/10.33255/25914669/61017>

Bárbara Martínez

<https://orcid.org/0000-0002-6822-9608>

Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Buenos Aires
Instituto de Ciencias Antropológicas
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
barbarabmartinez@yahoo.com.ar
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Argentina

Recibido: 20/02/2022

Aceptado: 10/05/2022

Resumen

Nutriéndose de los aportes conceptuales y metodológicos de la antropología crítica, este trabajo presenta y explora los derroteros de campo etnográfico en la construcción de un Proyecto de salud intercultural en la provincia de Catamarca, Argentina, en la década de 2010, que surgió a partir de la demanda de los sectores involucrados. En particular, analiza los derroteros profesionales que se plantearon desde las disputas iniciales, y que continuaron en la organización, y en los primeros resultados de la experiencia. Asimismo, reflexiona sobre la salud como un proceso de construcción política, las trayectorias de la comunicación entre las partes, y el rol profesional de la antropología en estos contextos.

Palabras clave: ETNOGRAFÍA – MUERTE – SALUD INTERCULTURAL

Abstract

Drawing on conceptual and methodological contributions of critical anthropology, this paper presents and explores the construction of an intercultural health project in the province of Catamarca, Argentina, during the decade of 2010. This project emerged by the demand posed by the social actors in the field. In particular, it analyzes professional dilemmas that arose from the initial disputes, and that continued in the organization, and in the first results of the experience. It also reflects on health as a process of political construction, the trajectories of communication between the parties interested, and the professional role of anthropology in these contexts.

Keywords: ETHNOGRAPHY – DEATH – INTERCULTURAL HEALTH

En marzo de 2012 me encontraba en el hospital zonal de una ciudad de la provincia de Catamarca, Noroeste Argentino, acompañando a Juana a un chequeo médico debido a sus condiciones de post parto. La había conocido durante mi trabajo de campo en su poblado, donde ella había pasado la mayor parte de su embarazo. Allí había recibido cuidados primarios por parte del enfermero, quien además de dominar la biomedicina, poseía una gran experticia en el manejo de la medicina local¹. La joven había viajado a la ciudad cabecera, días antes de su parto, impulsada por las recomendaciones reiteradas del enfermero. Años anteriores, debido a la alta tasa de muerte de madres gestantes, los enfermeros y agentes sanitarios habían implementado un plan de trabajo para que ellas se trasladaran prematuramente al poblado en el que se halla el hospital zonal. Aquella vez, la familia de Juana le advirtió que regresara pronto a su lugar de origen, pues su labor en el cuidado del ganado y de sus hermanos más pequeños era fundamental para la economía del hogar. Esa mañana esperamos durante largas horas en el pasillo del hospital. Una vez dentro del consultorio, el médico no le brindó demasiadas explicaciones. Más aún, las pocas que emitió las hizo utilizando un lenguaje complejo, propio de la biomedicina. De hecho, ni siquiera le hablo mirándola a los ojos. En lugar de eso, pasó buena parte de su tiempo dirigiéndose a mí y explicándome tanto el estado de salud de Juana como los cuidados que ella debía impartirle a su bebé. "Cuando llegue a la casa explíqueme bien usted", sugirió, haciendo con la cabeza un pequeño gesto condescendiente.

A pesar de que las indicaciones referían a su propio cuerpo y al de su niño, la joven, como interlocutora, había sido completamente invisibilizada. Esa no era una situación nueva para mí. Numerosas veces había mantenido conversaciones con los médicos del lugar, en las que ellos me expresaban que, desde su perspectiva, las personas de las poblaciones indígenas más alejadas de la ciudad en la que nos encontrábamos (como era el caso de la joven) "no entienden" las indicaciones, "no cumplen" los tratamientos, y sobre todo "se dejan estar", arribando al hospital con patologías avanzadas que derivan en decesos.

Días más tarde decidí visitar a N.M., el médico que realiza las rondas sanitarias en el poblado del que Juana proviene. Éste posee gran prestigio en virtud de haber cimentado, a lo largo de los años, vínculos de confianza mutua con los pobladores, basada en un trato amigable y, sobre todo, un diálogo horizontal, respetando las normas de habla locales. Luego de una larga tarde, él me propuso organizar una serie de diálogos con el resto de los médicos del hospital, a fin de internalizarlos sobre cuestiones relativas al modo en que la gente del lugar experimenta sus procesos de salud, enfermedad y atención (Menéndez, 1992), la muerte como un proceso social en lugar de un evento meramente biológico (Martínez, 2013a) y el vínculo con el

¹ El manejo conjunto de los dos tipos de medicina, y la administración de fármacos que complementen tratamientos nativos, ha sido estudiada por Eduardo Menéndez (1992, 109).

personal de salud, entre otras cuestiones. La propuesta me generó dudas, pues veía lejanas las posibilidades de su realización. Me preocupaba que para llevarlas a cabo necesitaríamos fondos o infraestructura con los que no contábamos. Para complicar el panorama, me encontraba sin otros colegas que pudieran ser interlocutores con los que discutir y evaluar el posible devenir de estas ideas (Caratini, 2013, 41). Sin embargo, mediado cierto tiempo y algunos encuentros, avanzamos en la organización de un incipiente "Proyecto de Salud Intercultural". Éste, por supuesto, se constituyó "ad hoc", y por fuera de los requerimientos y normativas provinciales, puesto que ellas, hasta el momento, no han previsto una organización y/o consolidación de programas de salud intercultural a nivel regional.

Este artículo presenta y discute los derroteros en la construcción de esa experiencia en salud intercultural, que discurrió por caminos no oficiales, y que pretendió, entre otras cuestiones, elaborar espacios de discusión sobre los procesos de salud/enfermedad/atención y las formas nativas de interpretar la muerte como un proceso social. En particular, me interesa explorar las trayectorias profesionales etnográficas que, desde mi perspectiva, recorrieron el proceso de organización y mediación intercultural, así como los primeros resultados de la experiencia.

El estudio se nutre de los aportes conceptuales y metodológicos de la antropología crítica. Esta propuesta, si bien retoma lineamientos anteriores², se desarrolla especialmente en la década de 1980, y pone en cuestión aspectos de la tradición recibida de los inicios de la disciplina, como la ligazón de los orígenes de la antropología con el colonialismo occidental, donde el mundo no-occidental era analizado como "objeto" de conocimiento (Hymes, 1972). Fueron precisamente los aspectos intersubjetivos de la labor etnográfica los que captaron la atención de la antropología crítica. En este sentido, mientras la antropología clásica tipificaba la relación en el campo como un encuentro entre un "informante" que proveía de "datos certeros y neutrales" a un investigador que, a su vez, actuaba como una especie de receptáculo de la información, diversos investigadores subrayaron los procesos comunicativos mediante los cuales se co-construyen los resultados de la pesquisa (Rigby 1985; Fabian 2001). También sostuvieron que la etnografía implica no sólo una travesía espacial (hacia otra región o continente), sino también temporal (hacia un otro "primitivo"). Frente a ello, explicitaron el aspecto coetáneo de la práctica (Fabian, 1983). Además, abrevando en las ideas marxistas, sostuvieron que el proceso de producción antropológico, es decir, el trabajo etnográfico y el análisis del material obtenido, resulta un proceso continuo (Wright, 1994, 350).

Esta indagación constituye una reflexión sobre el devenir del proceso de campo etnográfico que resulta de la demanda de los interlocutores en un contexto de mortalidad elevada. Por ello, me interesa señalar que, al igual que los aspectos

2 V. gr. Scholte (1972), Fabian (1974).

mencionados con anterioridad, su papel en la descripción e interpretación también intervienen en la relación entre las partes involucradas en la pesquisa (Golde 1970; Clifford 1988). Además, las herramientas desplegadas y los obstáculos epistemológicos juegan un rol central en el entendimiento recíproco y la interpretación antropológica del saber local (Ricard Lanata, 2005).

Las relaciones entre salud e interculturalidad, y entre procesos de salud, enfermedad y atención (Menéndez, 1992) han despertado un gran interés entre los profesionales de las ciencias sociales y los trabajadores de la biomedicina que desarrollan sus actividades en contextos de encuentro intersocietal. Entre los primeros, una amplia gama de lecturas de corte etnográfico han desarrollado las limitaciones de la biomedicina (Albó, 2004; Fernández Juárez, 2008; Ramírez Hita, 2011; Hirsch y Lorenzetti, 2016) y las nociones de cuerpo y persona indígena en relación al modelo médico occidental (McCallum, 1996). Otros trabajos enfatizaron en la puesta en marcha de proyectos de salud intercultural (Abad González, 2004; Loza, 2008), los modos en que las poblaciones utilizan articulada y estratégicamente la medicina local y la biomedicina de acuerdo a diferentes patologías (Martínez, 2013b), y las barreras de comunicación entre la biomedicina y la medicina local (Dell'Arciprete et. al., 2014).

La Argentina, a diferencia de otros países como México y Bolivia (Campos Navarro, 2006), no posee un largo camino en cuanto a la reglamentación y consolidación de políticas de salud intercultural. En la década de 1990, su atención fue subsumida a programas nacionales elaborados para efectivizar derechos de grupos vulnerables. Creados con posterioridad, el Subprograma Equipos Comunitarios para pueblos originarios (2005) y el Programa ANAHI (Apoyo de Acciones Comunitarias para las Poblaciones Indígenas (2009) constituyen los antecedentes inmediatos a la consolidación, en 2009, del Área de Salud Indígena del Ministerio de Salud de la Nación. Aunque en algunas poblaciones se han llevado a cabo experiencias de medicina intercultural (Sabatella, 2011), gran parte de las articulaciones entre el sistema de salud local y la biomedicina se encuentran sujetas más a la buena voluntad de los sectores involucrados, que a políticas estatales concretas. Como analizaremos, precisamente esto último es lo que ocurre en el contexto de estudio.

El trabajo de campo en el área, iniciado hace más de una década, tuvo como primer interés el sistema socioreligioso local. Con el correr de la etnografía, la pesquisa derivó en el estudio de las relaciones entre salud e interculturalidad. Este trabajo expone los encuentros y disputas emergentes de un proceso de negociación ad-hoc para la consolidación de un programa de salud intercultural en un intento por disminuir la tasa de mortalidad y articular a la labor de los actores involucrados. Esto surgió a partir de la demanda de los pobladores, durante el período que va de los años 2011 a 2014. Con el objeto de llevar adelante ese proyecto se realizaron diversas solicitudes de asesoramiento a los gobiernos nacional y provincial. Ante su silencio, la iniciativa continuó bajo la responsabilidad de los sectores sociales

comprometidos con su desarrollo. Ellos, al momento de realizar este escrito, solicitaron conservar su anonimato y preservar el nombre de los poblados. Además de asegurar esas cuestiones, en esta indagación se privilegia el abordaje etnográfico en el que la observación participante, la co-residencia y las entrevistas abiertas, semiestructuradas y de sesiones múltiples constituyen herramientas metodológicas centrales.

DINÁMICAS DIALÓGICAS

El modo de interacción entre los agentes de salud y algunos pobladores, que ejemplifiqué al inicio, no era nuevo para mí. El hospital zonal se encuentra en una ciudad de aproximadamente veinte mil habitantes, que conforma el centro administrativo, económico y eclesiástico del área. En el área del valle del territorio departamental, se ubican diversas localidades con gente campesina e indígena, cada una de las cuales posee un pequeño centro de salud denominado unidad sanitaria, en el que trabajan un enfermero y un agente sanitario que pertenecen a la población. Algunas de ellas se ubican en zonas de altura mientras que otras se encuentran más cercanas al hospital.

Desde la perspectiva de buena parte de la gente de la ciudad, las poblaciones más cercanas a ella habían sido absorbidas a su dinámica. Por ello, su organización como comunidad originaria los interpeló (Briones 1996, 1998, 2008). Paulatinamente fueron estableciéndose mecanismos de creación de la alteridad mediante los que se cuestionó su legitimidad (Comaroff y Comaroff, 1992). Tópicos enunciados por los pobladores ciudadanos como "no son indios verdaderos", acompañadas por acusaciones sobre los artilugios de corte económico que los llevaron a organizarse políticamente, acompañaron los inicios de estos procesos (Escolar, 2005; Gordillo y Hirsch, 2010).

En paralelo, la gente que habita en los pueblos más distantes es considerada por quienes viven en la ciudad como poseedora de un pasado precolombino arquetípico. Esta definición del otro no carece de ambivalencias (Ibáñez Caselli, 2005). Por un lado, en la práctica cotidiana se los liga a ciertas dificultades en asimilar el modo de vida de la ciudad (v. gr. una escasa experticia en el uso de tecnologías, como cajeros automáticos). Pero, por el otro, su acción ritual es altamente valorada pues, desde la perspectiva ciudadana, estas poblaciones poseen la capacidad de comunicarse con entidades tutelares pre cristianas, manipulándolas de maneras que sólo ellos conocen. Así, durante momentos específicos del calendario anual, como la fiesta del santo patrono, la gente de la ciudad arriba a estos poblados para adquirir tanto los productos locales (por ejemplo, vegetales y ganado) como su saber ritual (a través de la consulta con los especialistas locales). En este contexto, como señala Menéndez (2016), la interculturalidad "en los hechos", como fenómeno de encuentro político, económico y religioso ya se producía al menos desde el S. XIX. Y aunque aún no sabemos la existencia y el alcance de intercambios de tipo sanitario para esas fechas, de la etnografía que vengo realizando se desprende un diálogo de al menos medio siglo sobre el saber ritual y las prácticas de salud y enfermedad.

En el contexto local al especialista ritual, que es un miembro de la comunidad, le compete la atención de las afecciones de los pobladores que los médicos no pueden solucionar. Él trabaja de manera complementaria a los agentes de salud, con lo que tiene un vínculo de vecindad y amistad. Su experticia se despliega a través de un acercamiento circular que concierne a la sintomatología, a la relación con el entono y al cumplimiento de las normas de reciprocidad. Es que, a nivel local, la naturaleza no es una esfera desligada de las personas. En los procesos de salud y enfermedad intervienen las personas, los animales, las plantas (Descola, 1998, 25) y el paisaje. Por tanto, el dualismo moderno que distribuye humanos y no humanos en marcos ontológicos independientes, así como el enfoque cartesiano sobre los cuerpos que caracteriza a la medicina occidental, no agota las significaciones locales. En este contexto, la enfermedad es concebida como un desequilibrio socio ambiental, un encuentro fortuito con las entidades tutelares, o, en ocasiones, la consecuencia de un incumplimiento ritual. Por su parte, la muerte se considera un proceso social que comienza mucho antes y termina mucho después del cese de las funciones vitales (Martínez, 2013 a).

En la actualidad, las personas de las poblaciones de altura se encuentran bajo un régimen de atención mensual, cuando una camioneta con un médico y un enfermero recorren el territorio. Si la patología es grave, son derivados al hospital zonal por un enfermero que vive en el lugar. A su vez, los casos complejos de toda el área son remitidos a Tucumán.

Estos pacientes cargan con el estigma de la pobreza, y poseen un lenguaje y un modo de vida divergente al de los agentes de salud (Lerín Piñón, 2004, 113), lo que produce desarticulaciones en el diálogo, que culmina, en ocasiones, con acciones de evitación de la biomedicina (Platt, 2002) aún en los casos en los que corren peligro de muerte. Como analizaremos, la alteridad y el esencialismo marcan los vínculos entre las partes.

CREACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO

Inmediatamente después de mi conversación con el médico que atiende las postas rurales y que mencioné en la introducción, nos propusimos dar marcha a un encuentro que, paulatinamente, cristalizara nuestras ideas. Por supuesto, éste tendría carácter informal y no vinculante pues, aunque contábamos con el apoyo del director del hospital, no poseíamos presupuesto, y tampoco nos encontrábamos bajo la acción de un programa nacional o provincial en el que pudiéramos sostener nuestro proyecto. Una vez más, todo dependía de la buena voluntad de los participantes.

No era mucho lo que podíamos hacer. Sin dinero, era imposible contratar una consultora para efectuar un relevamiento poblacional de algún tipo, un muestreo de patologías, o efectuar siquiera una serie sistemática de visitas a cada población. Contábamos con los informes que los enfermeros y agentes sanitarios confeccionaban como parte de su trabajo para el hospital zonal, en los que constan el número de

pobladores y su estado de salud general. Aunque éstos constituyeron un insumo relevante en las reuniones que se sucedieron, la información que se plasmaba en ellos era limitada. Tampoco poseíamos fondos para realizar las reuniones, o tan siquiera costear los gastos de traslado de los participantes. Más que cualquier otra cosa, nos movía el pedido de algunos pacientes, el interés de ciertos médicos por mejorar las condiciones de atención, y el anhelo de mejorar los índices de morbimortalidad.

Yo no era, sin embargo, ingenua de los condicionamientos que acompañan a estos procesos. Sabía que difícilmente la actividad que intentábamos construir pudiera cimentarse en un principio de horizontalidad. Por el contrario, nos encontrábamos en este punto justamente en razón de un horizonte de creación de la alteridad, en el que el poder que emanaba de miembros detentadores de un conocimiento dominante (la biomedicina) se volcaba sobre la población campesina e indígena, denostando su saber, lo que impactaba en la atención hospitalaria (Boccaro, 2004).

Por otra parte, tampoco N.M. y yo éramos sujetos neutrales en esta arena política. Pese a su cercanía con las poblaciones locales, él continuaba siendo un médico, miembro de la institución de salud, y parte de un estado con el que la gente, en diversos momentos, había mantenido una relación problemática. Mi rol era similar, pues si bien poseo un vínculo con las personas cimentado en la etnografía que desde hace años desarrollo en la región, también formo parte del sistema estatal, puesto que soy docente de una universidad pública y realizo mis tareas como investigadora en el sistema científico nacional. Con estas cuestiones en mente, convocamos a una primera reunión.

A) PRIMER ENCUENTRO: "¿COMO MEJORAMOS LA SALUD Y DISMINUIMOS LAS MUERTES?"

En mayo de 2009 invitamos a un evento inicial, que se efectuó en el hospital zonal. Desde mi perspectiva el sitio no era la mejor opción, teniendo en cuenta los conflictos y vicisitudes que la población asocia con él. La gente suele criticar abiertamente la atención hospitalaria. Como mencioné, la derivación de los pacientes hacia centros de salud de mayor complejidad (generalmente situados en Tucumán) forma parte de la organización del esquema de salud regional. Pero en la narrativa local, tanto la gente no originaria como buena parte de la originaria lo atribuyen a que "los médicos no saben nada", ilustrando una vez más la compleja relación entre las partes involucradas. Por su parte, los miembros de las poblaciones más alejadas rehúyen la asistencia a esa institución argumentando una atención despersonalizada (antinómica de la que reciben de los especialistas rituales), y la rigidez de las normas hospitalarias, entre otros factores.

En este contexto, el hospital es un espacio de poder por excelencia, que expresa el rol del estado en relación a la salud. Es también el sitio donde ejercen su labor los profesionales cuya agencia contesta buena parte de la población. Por supuesto, es también la manifestación del ejercicio de la biomedicina, así como los modos de

medicalización y las normativas hospitalarias que ésta conlleva. Sin embargo, para N.M. la realización del encuentro en ese sitio garantizaría la asistencia de un número significativo de trabajadores de la salud, dándole impulso y visibilidad a nuestro proyecto.

Convocamos a la población a primera hora de la mañana. A medida que arribaban, y mientras el silencio reinaba en la sala, fui notando el patrón de distribución que comenzó a formarse: por un lado, se habían ubicado los pobladores locales, y por el otro, en un área diferenciada, los miembros del sistema de salud. Nosotros, en el centro, conversábamos animadamente con ambos sectores.

N.M. inició el encuentro comentando brevemente que el objetivo era "articular posiciones entre la medicina que practican los médicos en este centro, las condiciones farmacológicas, la adherencia terapéutica, las formas ancestrales que tienen ustedes para curarse, y disminuir la morbimortalidad". De inmediato las personas que estaban en el auditorio comenzaron a mirarse unos a otros con cierta perplejidad. En primer lugar, campesinos e indígenas (pero sobre todo éstos últimos) no estaban habituados a ser escuchados, y menos aún que les sea requerida su opinión en temas de biomedicina y de salud comunitaria. Es que, a nivel local, su horizonte histórico se inserta en múltiples procesos de dominación, subordinación y explotación (que continúan hasta la actualidad de la mano de proyectos extractivos como la minería) y, que han contribuido a formular mecanismos de desequilibrio de fuerzas en sus diálogos con el estado. Por otra parte N.M., teniendo también a sus colegas como interlocutores, estaba utilizando un lenguaje técnico y una serie de términos ajenos al discurso de la gente habituada a ejercer con él un trato caracterizado por el uso de términos que les eran familiares.

Algunos agentes de salud tomaron la palabra para decir que, desde su perspectiva, los problemas hospitalarios se relacionaban más bien con el acceso a los recursos o con las condiciones laborales, entre otros factores. Desde este enfoque, cuestiones como la falta de adherencia terapéutica, o la incompreensión mutua entre etiquetas de habla, etc., era un problema de los indígenas y campesinos, pues ellos "hacían lo correcto" de acuerdo a su práctica profesional. Otros, sin embargo, estaban más interesados en adentrarse en estas cuestiones, considerándolas una problemática a resolver en conjunto.

Ante la situación, tomé la palabra para decir que nos interesaba "poder conversar sobre las formas en que la gente de acá se cura, cuáles son los remedios que usa, cómo es el tema con las plantas, las cosas que les parecen que los curan y que no son de los médicos, qué cosas les molestan o les parecen que no están bien del hospital, y les parece que se puede hacer para evitar las muertes"". Por supuesto, yo sabía que la trayectoria histórica local mostraba diversos mecanismos mediante los cuales los campesinos e indígenas habían aprendido a enmascarar sus formas nativas de relacionarse con el entorno y con los seres que lo pueblan. Los modos en que los vínculos entre el poder político y eclesiástico local habían impactado en el sistema

socio religioso, creando a su vez mecanismos específicos de creación de la alteridad desde fines del S.XIX, resultaban clave para comprender estos procesos. Por ello, yo no esperaba que el silenciamiento cesara repentinamente en esta reunión. Más bien me interesaba crear actos de escucha, en el que el diálogo paulatinamente pudiera emerger, respetando su etiqueta de habla y sus silencios.

Poco a poco, diversos enfermeros y agentes sanitarios de los pueblos alejados fueron tomando la palabra³. El primero de ellos, Q.R., uno de los enfermeros, señaló tener conocimiento de que algunos de sus compañeros también sabían hacer “las otras curaciones” (es decir, la medicina local), pero que no querían hablar abiertamente del tema por temor a ser reprendidos, y perder su fuente de trabajo. Luego, T.A., el agente sanitario de una localidad vecina a la anterior, manifestó que muchos de los motivos que provocan el descontento de los médicos, como la demora en concurrir al hospital zonal, o a falta de seguimiento de los tratamientos, se debe al desconocimiento que ellos tienen de la realidad de las poblaciones. Subrayó: “Los médicos nos dicen que le digamos a la gente que venga antes, pero ¿cómo lo vamos a hacer? La gente a veces no tiene para la camioneta⁴, o la camioneta no va porque está averiada y pasan semanas así, o crece el río y ya no se puede cruzar. Ya la gente no se puede largar (bajar) por el cerro. Los médicos tienen que andar sabiendo eso”.

Frente a ello, un médico reaccionó enérgicamente:

“Ustedes nos vienen a decir eso pero es muy difícil atenderlos. A veces cuando vienen ya están graves y tienen que pasar para Tucumán⁵, porque acá ya no hay cómo. Y después andan diciendo que nosotros tratamos mal a los enfermos, que no servimos, y nosotros nos enteramos esas cosas. Pero cuando llegan no dicen nada, asienten nomás cuando les hablamos, y después no hacen lo que les decimos que tienen que hacer” (S.B., médico, 48 años).

Un murmullo generalizado invadió la sala. El médico había expuesto formas de comunicación corrientemente utilizadas en estos poblados que, combinando el

3 Es frecuente que ambos actores actúen como nexo entre el sistema de salud y las poblaciones alejadas, operando como traductores culturales de la biomedicina, e incluso colaborando en cuestiones organizativas (como el cuidado de animales de los enfermos) para favorecer la adherencia terapéutica. Su carácter mediador y su experticia en trazar relaciones con el sistema de salud ciudadano hace que cuenten con herramientas discursivas para expresarse a viva voz en contextos como el de la reunión a la que convocamos.

4 El término “la camioneta” refiere a un vehículo que, una vez a la semana, transporta a las personas, sus bienes y el ganado entre y hacia las poblaciones de altura. Sin embargo, pese a tener días prefijados, la regularidad de su recorrido es bastante fluctuante. La camioneta es, además un símbolo de modernidad y un alerta de movimientos poblacionales. Es decir, cuando llega a un caserío “es señal de que algo pasa, de que llega alguien” (T. A., Noroeste Argentino, mayo de 2013).

5 Se refiere a los traslados que mencionamos con anterioridad.

chisme y el rumor⁶, suelen desnudar imaginarios morales e interpretaciones sobre las acciones y los hechos a nivel local. Es decir, mostró el modo en que, en la narrativa nativa, se configuran las relaciones sociales entre actores del estado (como los miembros del sistema sanitario), y los otros miembros de la población (Gluckman, 1963), ilustrando conflictos de larga data.

Ante ello, N.M. intervino para proponer un pequeño receso. Pero al regreso el contexto se encontraba enrarecido, y fue poco lo que pudo avanzarse en la agenda del evento. Minutos más tarde cerramos la jornada sugiriendo la elaboración de propuestas que consideraran adecuadas para lograr un entendimiento mutuo, que pudiera mejorar las condiciones sanitarias de la población⁷ y disminuir el número de muertes. Por mi parte, sabía que debíamos continuar trabajando para sensibilizar a los miembros del sistema de salud en la relevancia y la eficacia de la medicina local, en los modos de habla nativos, en las formas de interpretar la salud/enfermedad/atención (Menéndez 2016) y en las conceptualizaciones de la muerte como un proceso (Martínez 2013 a).

B) SEGUNDO ENCUENTRO: "MIRADAS MÚLTIPLES SOBRE LA SALUD"

Pasaron diez meses antes de que pudiéramos realizar otro evento. Mientras, tanto N.M. como yo aprovechamos todo encuentro formal e informal con la gente (como los encuentros casuales en las calles de la ciudad) para abordar la temática. Nos interesaba convocar tanto a las personas que asistieron la primera vez, como a aquellos que podrían incorporarse a nuevas reuniones.

En esta segunda etapa, la temática ya estaba instalada entre la población, suscitando un interés generalizado. Durante ese lapso, en la sección de noticias, la radio y el canal de televisión local fueron dando a conocer sucintamente los resultados de la reunión anterior, y divulgaron los datos de la que, por entonces, estábamos convocando. La citación, amplia y abierta, incorporó a otros actores, como los pobladores ciudadanos, que habían estado ausentes en el evento anterior. Esta vez, la sede de un club local cedió sus instalaciones. Si bien éstas no eran tan amplias como las anteriores, el nuevo sitio, a diferencia del anterior, era un lugar de socialización habitual entre los pobladores, que se reunían allí para sus prácticas deportivas o eventos benéficos. Además, no se hallaba asociado a la biomedicina.

El modo en que se desarrollan los vínculos de género entre las mujeres indígenas que habíamos invitado especialmente (pues en el anterior evento no participaron) hace

6 Desde la perspectiva analítica, puede decirse que mientras el chisme expone situaciones de la vida diaria sobre otro, el rumor articula circunstancias locales con hechos a una escala más amplia, ya sea regional y global (Stewart y Strathern, 2004; Ceriani Cernadas, 2017).

7 Me preocupaban, sin embargo, las condiciones de elaboración de estos documentos, debido a que buena parte las formas nativas de concebir los procesos de salud, enfermedad y atención se sustentan en dispositivos orales, como los rezos. Retomaré este tema con posterioridad.

que en algunas ocasiones las mujeres se expresen a través de sus parejas masculinas. Pero cuando otra toma la palabra de modo visible y sostenido, es posible que esta situación se revierta. Por ello, junto a N.M. decidimos que yo daría comienzo a esta jornada, y que tendría una participación activa, con el objeto de propiciar espacios de diálogo para que ellas, siempre que quisieran, pudieran expresarse.

Comencé la mañana retomando los documentos que los participantes de los encuentros anteriores habían elaborado. Por supuesto, yo conocía el contexto de producción de algunos de ellos, las discusiones comunales que habían generado, las dificultades para desplegar en ellos los procesos de atención sustentados en herramientas predominantemente orales (como las oraciones cristianas), y las negociaciones sobre las demandas que debían (o no) incluir. Afortunadamente, esta vez, la reunión también resultó de interés para varios caciques que se habían ausentado en el evento anterior.

Luego de repasar las solicitudes de las partes, escritas bajo anonimato, invité a los participantes a intercambiar sus pareceres. Además, sugerí que se dividieran en sectores de composición heterogénea. Es que, otra vez, la disposición de las personas en la sala respondía a un patrón en el que la distinción entre los miembros del sistema de salud, los de las comunidades indígenas y otros participantes ciudadanos se encontraba notablemente demarcada.

Luego de un rato de conversación, N.M. convidó a que expresaran los resultados del diálogo. Por turnos, grupo a grupo y de manera amena fueron expresando los puntos generales que habían acordado con anterioridad entre sus pares. A su turno, P.V., un representante de una de las comunidades indígenas explicitó:

“Estoy de acuerdo con esta reunión, que me habían comentado de la anterior que fue lo que conversaron, y (ahora) vine a esta. Pero yo no creo que se pueda llegar a un buen resultado de esta conversación si no se solucionan antes otros problemas. Nosotros no tenemos únicamente el problema de que no se nos reconocen nuestros modos de curarnos las enfermedades, que son los modos en que nuestros abuelos se curaban. Nosotros tenemos el problema de que el río crece, no se puede pasar la ambulancia, y ahí nomás la gente se nos muere y no podemos hacer nada. Y ustedes saben que a veces se nos mueren intentando cruzar el río. El río se los lleva y lo encontramos (a quien intenta atravesarlo) a los días. Nosotros también tenemos el problema de que no se nos toma en cuenta, no se nos trata como es debido, no nos tratan como a los demás cuando nos vamos a atender. Pero tampoco nos tratan como a los demás cuando vamos al municipio, al banco, a cualquier lugar. Nosotros estamos siempre atrás, siempre somos el último lugar. Hemos visto que nuestros niños no son tratados como los otros en las escuelas. Se les dicen indios, atrasados, que no comprenden. Eso lo he visto yo, que me ha tocado a mí mismo vivirlo. Antes los maestros nos enseñaban que no había más indios, ya no, eso es un progreso, pero no nos reconocen, no nos ven. Que nos acusan de no ser verdaderos, todo eso tenemos que aguantar. Los políticos

aparecen en las elecciones nomás, y después nuestros niños igual, teniendo que pasar y pasar (penurias) allá arriba (en las poblaciones de altura). Y venimos a conversar, y nadie no nos atiende" (P.V., representante indígena, 58 años).

Frente a ello, encolerizada, F.B., una mujer que habita en la ciudad capital, ejerce como docente en una institución educativa de nivel primario, y posee un conflicto sobre tierras de larga data con una comunidad, pidió la palabra, y eufóricamente expresó:

"¿Cómo va usted a decir eso? No se entiende. Ustedes están por aquí y por allá pidiendo becas y les dan. A nuestros niños no. Plata para esto, plata para lo otro. Piden alimento, cosas, y les dan ahora por ser indios. A nuestros niños no. Ahora está lleno de indios, pero resulta que hace 30 años no había ninguno. ¿Dónde estaban? Ustedes se dieron cuenta de que eran indios de repente, cuando les convenía, y ahora nosotros tenemos que dejar todo de lado y aguantar que les den todo a ustedes y encima andan por ahí, por todos lados acusando. Acusando a los médicos, acusando a los maestros. Y ya se dicen que andan queriendo las tierras. ¿Las tierras también les vamos a tener que dar? Ahora todos andan por ahí, adorando a la Pachamama y subiendo las fotos (a aplicaciones de internet). Y pone a una viejita ahí para sacarle fotos también. Pero nosotros también hacemos nuestras cosas con la Pachamama, y no andamos ahí subiendo fotos ahí para mostrarnos. Y además los niños llegan mal, llegan mal. No saben las cosas, hay que andar enseñándoles todo de nuevo. Y uno ve que ni los cuidan. Andan botados (tirados) por ahí, por la plaza todo el día. Solos andan esos niños" (F.B., docente, 42 años).

En ese punto, comencé a hablar con el objeto de mediar entre las posturas que uno y otra habían enunciado. Mi conocimiento de la realidad local hacía que pudiera percatarme muy bien de los procesos que ambas partes mencionaban. Puntualizando cada uno de estos asuntos, traté de retomar el eje central que nos convocaba, es decir, la posibilidad de establecer algunos lineamientos básicos en salud, sustentados en el respeto y conocimiento mutuo de ambos sistemas.

Luego de ello, siguieron dos horas en las que los miembros de los distintos sectores expusieron sus ideas las actividades a desarrollar para concretar el proyecto. En conjunto se confeccionó un documento que, sintetizando, contenía estos puntos generales:

⁸ Se refiere a los jóvenes que, por falta de educación secundaria en su lugar de origen, deben migrar a la ciudad y permanecer lejos de la vigilancia de sus padres durante el ciclo lectivo.

- La elaboración de un texto por parte de los miembros de las comunidades indígenas y el sector campesino interesados en participar del Proyecto, que sintetizara lineamientos básicos sobre las formas nativas de comprender la salud y la enfermedad. Este texto, además, delinearía sintéticamente las patologías que, desde su perspectiva, la biomedicina no puede atender.
- Enumeración en el documento de las causas de deceso más frecuentes
- Inclusión de los modos en que se sienten interpelados cuando asisten a consultas en la institución hospitalaria.
- Compromiso de los miembros del sistema de salud en la internalización del contenido del documento, tomándolo como materia prima para abrir el diálogo en el contexto de las consultas hospitalarias.
- Establecimiento de medidas institucionales para mejorar la calidad y frecuencia de la atención.
- Implementación de acciones con el objetivo de solicitar fondos para realizar una encuesta de salud entre la población que complemente la información ya relevada por los agentes sanitarios y enfermeros locales.

Aquella tarde cerramos la jornada con un nuevo objetivo: N.M. y yo, junto a las personas que quisieran adherirse a la iniciativa, colaboraríamos con las partes asistiendo en lo que requirieran para alcanzar estas acciones. En este marco, también distribuiríamos los textos elaborados por las comunidades a los médicos de la institución hospitalaria que hubiesen o no asistido a las jornadas, a las autoridades municipales ligadas al sistema de salud, y a cualquier interesado en la temática. Programamos, además, un nuevo encuentro que se realizaría luego de dos meses, con el objeto de realizar una evaluación de la implementación de estas ideas básicas, así como de los resultados obtenidos.

C) TERCER ENCUENTRO: "UN PROYECTO DE SALUD HECHO ENTRE TODOS"

Los siguientes dos meses conformaron un período de intensa labor. Comprometidos a colaborar con las acciones necesarias para acercar a las partes, tanto N.M. como yo dedicamos numerosas jornadas a cooperar con las comunidades en la redacción de sus demandas. Ciertas particularidades culturales (por ejemplo, la articulación entre enfermedad y entorno, y los modos nativos de comprender la

muerte) resultaban especialmente esquivas a ser plasmadas en el lenguaje escrito. Por ello, complementamos los escritos con narrativas orales que expresaban las especificidades culturales sin perder riqueza explicativa, pero que, a su vez, eran lo suficientemente sintéticas para asegurar la escucha de los receptores. Las demandas en el proceso de atención fueron puntualizadas en papel sin demasiadas dificultades. Luego de que el ámbito hospitalario recibiera este material, N.M.se encargó de su difusión y discusión interna. Ellos, a su vez, comenzaron a implementar algunas medidas que analizaremos con posterioridad.

Pasados tres meses de nuestro último encuentro (y uno más tarde de lo pautado inicialmente), organizamos una tercera reunión en el club barrial que anteriormente había suministrado su salón central. Luego de una breve presentación inicial, N.M. invitó a los participantes a que expresaran brevemente sus impresiones sobre los primeros resultados obtenidos. A diferencia de los encuentros anteriores, una a una, numerosas manos se levantaron pidiendo la palabra, por lo que debimos organizar una lista de oradores. La concurrencia también era mayor, pues nuevos miembros de la sociedad local y del sistema de salud se acercaron.

Un cacique, que había permanecido en silencio en las fechas anteriores, mencionó que encontraba favorable que "la gente del hospital aprenda sobre las costumbres. Hemos tenido conversaciones sobre el asunto esta semana, (cuando yo) me he hecho atender en el hospital. Y me han consultado sobre eso. (Los médicos) estaban atentos". Otro miembro, esta vez de una comunidad de altura, mencionó que ahora es factible que sus vecinos puedan obtener turnos de atención cuando arriban al pueblo, en virtud de las nuevas estrategias que el hospital había desarrollado recientemente⁹.

A su turno y uno por vez, varios médicos y enfermeros mencionaron estar satisfechos con el proceso de intercambio implementado, pues "abrieron el diálogo y nos permitieron aprender cosas de su cultura que nosotros ni conocíamos".

Yo sabía, sin embargo, que las escasas acomodaciones puestas en marcha no habían implicado un proceso simple. En primer lugar, varios miembros de la población local habían trasladado su descontento, expresado con anterioridad en las reuniones, al ámbito de consulta de los médicos. Así, además de lidiar con la escasez de tiempo y el alto número de pacientes que cada jornada debían atender, los trabajadores de la salud debieron sobrellevar los reproches de la gente de la ciudad, que veladamente fueron a increparlos al hospital sobre varios rumores que corrían en la ciudad. Entre ellos estaban la existencia de días especiales para la atención de indígenas, un fondo específico para entregarles medicinas¹⁰, y un programa de atención de los

⁹ Días antes el hospital había puesto en marcha una serie de medidas alineadas con el Programa. Entre ellas se encontraban, por ejemplo, la implementación de un esquema prioritario de atención para los pobladores debían regresar prontamente a sus lugares de origen.

¹⁰ Esta idea no carecía de correlato con la realidad. En los hechos, desde hacía años los médicos entregaban medicamentos de forma

especialistas en salud indígena, que pasarían a atender en el ámbito del hospital, recibiendo un salario por su labor. Aunque muchos de estos puntos eran incorrectos (aunque deseables), varios médicos tuvieron que enfrentarse a la penosa situación de responder a las personas que se les enfrentaron.

Aquel encuentro no duró demasiado. En cierto sentido, muchos de los actores consideraban que aún no había pasado el tiempo suficiente para realizar una evaluación de los avances, y por tanto la discusión que podía darse no sería más que preliminar. Así, cerramos aquella jornada con la idea de retomar las reuniones cada tres meses. Según acordamos, este sería un proceso dinámico que incorporaría cada vez nuevos actores, nuevas problemáticas sobre el proceso de salud/enfermedad/atención, sobre la muerte, y también ideas para enfrentarlas. Este proceso, de modo ideal, se retroalimentaría, abarcando cada vez un número mayor de demandas de cada sector, e innovaría en la elaboración de propuestas para solucionarlas.

EL ROL PROFESIONAL

Las vicisitudes en la construcción de un Proyecto de salud intercultural sirven como piedra de toque para explorar el rol profesional que surge en su devenir. Como mencioné, el Proyecto surgió a partir de una demanda de algunas de las personas afectadas provenientes tanto del sector indígena y campesino, como del hospitalario. Mi formación disciplinaria y mi conocimiento de la realidad local hicieron que fuera convocada. Desde mi perspectiva, el Proyecto implicó un desafío doble. Por un lado, llevar adelante la idea sin presupuesto y sin encontrarnos bajo el paraguas de un programa mayor, parecía condenarla, desde sus inicios, a un rotundo fracaso. Pero, por otro, brindaba la posibilidad de tornar visible un problema sobresaliente de la sociedad en que me encontraba. Este era el punto que particularmente me interesaba, pues el propio ejercicio de la antropología es un planteo ético (Caratini, 2013), en el que la disciplina debe ponerse al servicio de nuestros interlocutores.

La enfermedad, y más aún la muerte, conforman temáticas que resultan especialmente sensibles para quien lleva adelante tanto una investigación como un trabajo de articulación entre partes (Martínez 2013a). En efecto, la labor que nos habíamos propuesto junto a N.M. no era inocua. Más aún, aunque las investigaciones en antropología rehúyan a profundizar sobre el tema, la etnografía no se encuentra exenta de riesgos para las poblaciones con las que trabajamos (Santi 2016). Sin embargo, desde mi perspectiva, accionar frente a las demandas los interlocutores resulta una tarea que, tanto por nuestro rol como investigadores, como por los lazos afectivos que desarrollamos a lo largo de nuestras pesquisas, no podemos soslayar. Si las etnografías se co-construyen junto a los interlocutores (Rigby 1985; Fabian

gratuita provistos por el Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación. Los destinatarios, sin embargo, no eran sólo las poblaciones indígenas, sino también los sectores que en ese momento estaban realizando el reclamo.

2001), no es menos cierto que el contexto local es modificado por la presencia de los interlocutores de nuestros interlocutores (es decir, nosotros, mediante el ejercicio de la labor de campo) (Fabian, 1983).

Aunque la primera y la segunda reunión que mencioné en los apartados anteriores resultaron relevantes para el desarrollo del proyecto, la tercera marcó el inicio del declive de su puesta en marcha. En primer lugar, un cambio de autoridades hospitalarias hizo que a partir de entonces para los intereses de la institución el trabajo realizado no resultara prioritario. Es cierto que la organización de un programa profundo y significativo, que pudiera transformar de manera drástica las relaciones entre la biomedicina y la medicina local, estaba muy lejos de lo que durante ese corto período pudimos organizar. Además, también era problemático considerar que el Proyecto lograría un diálogo horizontal entre las partes, pues los procesos sociales por los que discurrían la desigualdad y las lógicas del poder local conformaban parte del horizonte histórico desde hacía al menos un siglo. Sin embargo, aquella pequeña experiencia permitió poner en agenda los lineamientos que afectaban profundamente a la población. Antes de esta serie de encuentros, los médicos se ocupaban de identificar las patologías, pero las cuestiones vinculadas a los modos en que se conceptualiza la muerte, se despliega la medicina nativa y se realiza la comunicación con los pacientes no formaban parte de sus intereses. Es decir, las dinámicas de los procesos de salud, enfermedad, y atención (Menéndez, 1992) no constituían instancias que merecían acuerdos y discusiones entre las partes. Menos aún, los procesos de morir (Martínez 2013a). En cualquier caso, el acercamiento y entendimiento que logramos entre las partes involucradas derivó en menores aunque relevantes modificaciones.

CONSIDERACIONES FINALES

En este artículo presenté las dinámicas que aspiraban a diagramar un proyecto de salud intercultural en el que se plasmaron las formas nativas de comprender y conceptualizar la muerte, así como los procesos de salud/enfermedad/atención, en una población de la provincia de Catamarca (noroeste argentino). En especial, focalicé en las dinámicas de la labor profesional y los primeros resultados que arrojó esta experiencia de mediación y diálogo intercultural. El anonimato sobre el nombre de la localidad y los actores recorre el texto, pues éste constituyó una solicitud explícita de mis interlocutores.

Los encuentros llevados a cabo involucraron la articulación entre los agentes del estado, las poblaciones campesinas y las indígenas, que ilustraron alianzas y conflictos, algunas veces de larga data. Los chismes y los rumores, como hechos sociales, eran la herramienta cultural mediante la que las comunidades indígenas, el sector campesino y la gente de la ciudad expresaban su descontento con la labor hospitalaria, ilustrando las relaciones y posiciones de los grupos en la estructura social local (Gluckman, 1963). En paralelo, algunos miembros del sistema de salud hacían uso de herramientas de creación de la alteridad, sin prestar atención a las

dinámicas locales.

Si bien el Proyecto se discontinuó, las discusiones que generó aún siguen teniendo eco en las poblaciones del área. Es posible que surjan en tiempos próximos otros procesos en la relación entre salud e interculturalidad, exponiendo inquietudes y discusiones, y tal vez dando lugar a nuevos roles en el ejercicio de la labor antropológica.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- Abad González, L. (2004) Salud intercultural y pueblos indígenas: la experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú. En: G. Fernández Juárez (Coord.), **Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas** (pp. 75-92). Quito, Ecuador: Abya-Yala/BOLHISPANA/Universidad de Castilla-La Mancha.
- Abercrombie, T. (2006). **Caminos de la memoria y el poder. Etnografía e historia en una comunidad andina**. Lima, Perú: IFEA/IEB/ASDI.
- Albó, X. (2004). Interculturalidad y salud. En: G. Fernández Juárez (Coord.), **Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas** (pp. 65-74). Quito, Ecuador: Abya-Yala /BOLHISPANA/Universidad de Castilla-La Mancha.
- Bartolomé, M.A. (2003). En defensa de la etnografía. El papel contemporáneo de la investigación intercultural. **Revista de Antropología Social**, 12, pp. 199-222.
- Briones, C. (2008). Diversidad cultural e interculturalidad: ¿De qué estamos hablando? En . C. García. (Comp.), **Hegemonía e interculturalidad: Poblaciones originarias y migrantes. La interculturalidad como uno de los desafíos del siglo XXI** (p.p. 35-58). Buenos Aires, Argentina: Prometeo.
- Briones, C. (1998). **La alteridad del «Cuarto Mundo». Una deconstrucción antropológica de la diferencia**. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Sol.
- Briones, C. (1996). Culturas, identidades y fronteras: una mirada desde las producciones del cuarto mundo. **Revista de Ciencias Sociales**, 5, pp. 121-133.
- Boccaro, G. (2004). Del Buen Gobierno en Territorio Mapuche. Notas acerca de una experiencia en salud complementaria. **Cuadernos de Antropología Social**, 20, pp. 113-129.
- Campos Navarro, R. (2006). Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia (1996-2006). En: G. Fernández Juárez (Coord.), **Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y la crítica intercultural** (pp. 373-388). Quito, Ecuador: Abya-Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de Castilla-La Mancha.

- Caratini, S. (2013). *Lo que no dice la antropología*. Madrid, España: Ediciones de Oriente y del Mediterráneo.
- Ceriani Cernadas, C. (2017). Rumores, chismes y secretos en la producción social de lo verosímil. *Apuntes de investigación del CECYP*, 29, pp. 146-155.
- Comaroff, J. y Comaroff, J. (1992). *Ethnography and the historical imagination*. Boulder. Westview Press.
- Clifford, J. (1988). *The predicament of culture*. Cambridge, Inglaterra: Harvard University Press.
- Dell'Arciprete, A.; Braunstein, J.; Touris, C.; Dinardi, G.; Llovet, I. y Sosa-Estani, S. (2014). Cultural barriers to effective communication between Indigenous communities and health care providers in Northern Argentina: an anthropological contribution to Chagas disease prevention and control. *International Journal for Equity in Health*, 13 (1), pp. 1-10.
- Descola, P. (1998). Estrutura ou sentimento: a relação com o animal na Amazônia. *Mana*, 4 (1), pp. 23-45.
- Escolar, D. (2005). El estado del malestar. Movimientos indígenas y procesos de desincorporación en la Argentina: el caso huarpe. En: C. Briones (Comp.), *Cartografías argentinas. Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad* (pp. 45-77). Buenos Aires, Argentina: Antropofagia.
- Fabian, J. (2001). *Anthropology with an attitude. Critical Essays*. California, Estados Unidos: Stanford University Press.
- Fabian, J. (1983). *Time and the Other: how anthropology makes its objects*. New York, Estados Unidos: Columbia University Press.
- Fabian, J. (1974). Genres in an emerging tradition: an anthropological approach to religious communication. En: A. Eister (Ed.), *Changing perspectives in the scientific study of religion* (pp. 249-272). Nueva York, Estados Unidos: Wiley.
- Fernández Juárez; G. (2008). "Confesiones de mandil blanco". Profesionales de la salud en el altiplano boliviano. En: G. Fernández Juárez (Dir.), *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 29-49). Quito, Ecuador: Abya-Yala/AECI.
- Gordillo, G. y Hirsch, S. (2010). La presencia ausente: invisibilizaciones, políticas estatales y emergencias indígenas en la Argentina. En: G. Gordillo y S. Hirsch (Comps.), *Movilizaciones indígenas e identidades en disputa en la Argentina* (pp. 15-39). Buenos Aires, Argentina: La Crujía.
- Gluckman, M. (1963). Gossip and scandal. *Current Anthropology*, 4 (3), 307-316.

- Golde, P. (1970). *Women in the field: anthropological experiences*. Chicago, Estados Unidos: Aldine Publishing Company.
- Hirsch, S. y Lorenzetti, M. (2016). Biomedicina y pueblos indígenas en la Argentina. Un recorrido por las políticas de salud. En: S. Hirsch y M. Lorenzetti (Eds.), *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad* (pp. 19-50). Buenos Aires, Argentina: UNSAM Edita.
- Hymes, D. (Ed.). (1972). *Reinventing anthropology*. Nueva York, Estados Unidos: Phanteon books.
- Ibañez Caselli, A. (2005). La interculturalidad: ¿una moda? Alcances e implicaciones políticas en Argentina. *Cuadernos INAPL*, 20, 149-161.
- Jackson, M. (1989). *Path toward a clearing. Radical empiricism and ethnographic inquiry*. Bloomington, Estados Unidos: Indiana University Press.
- Lerín Piñón, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos 15-16*, 111-125.
- Loza, C.B. (2008). *El laberinto de la curación. Itinerarios Terapéuticos en las Ciudades de La Paz y El Alto*. La Paz, Bolivia: Instituto Superior Andino de Teología.
- Martínez, B. (2013 a). La muerte como proceso: una perspectiva antropológica. *Ciência e saúde coletiva*, 18(9), 2681-2689.
- Martínez, B. (2013b). Sistema biomédico y medicina «tradicional» en El Cajón, Catamarca, Noroeste Argentino. En: L. Tavares (Comp.) *Pobreza, desigualdad y salud en América Latina* (pp. 211 – 226). Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- McCallum, C. (1996). The body that knows: from cashinahua epistemology to a medical anthropology of lowland South América. *Medical Anthropology Quarterly*, 10 (3), 347-372.
- Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21 (1), 109-118.
- Menéndez E. L. (1992). Modelo hegemônico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: R. Campos (Comp.), *La Antropología médica en México* (pp. 97-114). México: Instituto Mora-Universidad Autónoma de México.
- Platt, T. (2002). El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en Los Andes. *Estudios atacameños*, 22, 127-155.
- Sabatella, M. E. (2011). *Procesos de subjetivación política: reflexiones a partir de un proyecto de medicina mapuche en Los Toldos*. Bariloche, Argentina: IIDyPCa/UNRN/

CONICET.

Scholte, B. (1972). Toward a reflexive and critical anthropology. En D. Hymes (Ed.), *Reinventing anthropology* (pp. 430-457). Nueva York, Estados Unidos: Phanteon books.

Ramírez Hita S. (2011). *Salud intercultural. Crítica y problematización a partir del contexto boliviano*. LaPaz, Bolivia: Instituto Superior Ecuménico Andino de Teología.

Ricard Lanata, X. (2007). *Ladrones de sombra. El universo religioso de los pastores del Ausangate (Andes sur peruanos)*. Lima, Perú: IFEA/CBC: Lima.

Rigby, P. (1985). *Persistent pastoralist, nomadic societies in transition*. London, Inglaterra: Zedbooks.

Santi, F. (2016). Ética de la investigación en ciencias sociales Un análisis de la vulnerabilidad en la investigación social. En: F. Santi (Ed.). Ética de la investigación en ciencias sociales Un análisis de la vulnerabilidad en la investigación social (pp. 99-113). Ginebra, Suiza: Globethics.net.

Stewart, P. y Strathern, A. (2004). *Witchcraft, sorcery, rumors and gossip*. Cambridge, Estados Unidos: Cambridge University Press.

Wright, P. (1994). Experiencia, intersubjetividad y existencia. Hacia una teoría-práctica de la etnografía, *Runa*, **XXI**, 347-380.