

## Woyie t' woyie: Recuperar conocimientos, saberes y prácticas del pueblo wichí para una transformación epistémica intercultural de los sistemas de salud

*Woyie t' woyie: Recovering knowledge, wisdom, and practices of the Wichí people for an intercultural epistemic transformation of health systems*

 **Gloria Silvana Elías**  
Universidad Nacional de Jujuy - Argentina  
Jujuy, Argentina  
gelias@cisor.unju.edu.ar

 **Libia Tujuayliya Gea Zamora**  
Investigadora independiente - Argentina  
Comunidades wichí. Victoria Este, Argentina  
tujuay@gmail.com

### RESUMEN

Este escrito parte de un dato de la realidad argentina: las políticas públicas en materia de salud llevadas a cabo por el Estado nacional desde su conformación, desconocen e invisibilizan las epistemes y los horizontes de sentido de aquellos pueblos originarios que lo precedieron. Por tanto, urge pensar caminos posibles de construcción entre el Estado y los pueblos indígenas que arriben a sistemas sanitarios interculturales. Para mostrar concretamente este dato de realidad que postulamos, el escrito aborda la problemática sanitaria Estado-pueblos indígenas en una zona particular de la provincia de Salta, habitada por comunidades wichís. Allí, se implementó un programa que atendía en territorio aspectos primarios de la salud, pero este programa perdió rápidamente apoyo estatal. A partir de analizar dicha experiencia, focalizada sobre todo en niños y madres niñas, este trabajo arroja algunos resultados y conclusiones: elevada mortalidad infantil por desnutrición; ausencia de atención primaria de la salud en territorio; desconocimiento y desinterés profundo del gobierno por recuperar las epistemes de dichas comunidades y elaborar un sistema sanitario intercultural y, más grave aún, las comunidades wichí son víctimas de una pobreza extrema a causa de acciones y omisiones de un Estado que históricamente las ignora y subestima.

**Palabras clave:** Pueblo Wichí; Estado; Salud; Interculturalidad

### ABSTRACT

This paper starts from a fact of the Argentine reality: the public policies on health carried out by the national State since its conformation, ignore and make invisible the epistemes and the horizons of the meaning of those native peoples who preceded it. Therefore, it is urgent to think of possible ways of construction between the State and the indigenous people that lead to intercultural health systems. In order to concretely show this fact of reality that we postulate, the paper deals with the State-indigenous people's health problem in a particular area of the province of Salta, inhabited by Wichí communities. There, a program was implemented in the territory that addressed primary health issues, but this program quickly lost state support. Based on the analysis of this experience, focused mainly on children and mothers, this paper presents some results and conclusions: high infant mortality due to malnutrition; absence of primary health care in the territory; lack of knowledge and deep disinterest of the government to recover the epistemes of these communities and develop an intercultural health system and, even more serious, the Wichí communities are victims of extreme poverty due to actions and omissions of a State that historically ignores and underestimates them.

**Keywords:** Wichí people; State; Health; Interculturality; Interculturality.

## 1. INTRODUCCIÓN

Este escrito parte de abordar la problemática sanitaria que viven las comunidades wichís en la provincia de Salta, en especial en lo que tiene que ver con casos de muerte infantil por desnutrición y casos de maternidad temprana, los que a su vez estuvieron ocupando las portadas de los principales diarios de nuestro país, en los últimos meses. Dada esta exposición mediática, afirmamos que es necesario recuperar las voces de dichas comunidades si realmente se quiere diagramar acciones concretas interculturales de construcción de programas sobre salud.

Para ello, iniciamos el escrito poniendo de relieve la historia de conquista y matanza que subyace a la conformación del Estado nacional en tanto entendemos que este proceso histórico no puede ser negado ni subestimado como acontecimiento que determinó el destino de dichas comunidades. En segundo lugar, a partir de la implementación de un programa de salud en territorio en el que participó una de nosotras, visibilizamos la gravísima problemática sanitaria que viven las comunidades wichís, lo que deja en evidencia la total ausencia estatal en materia de políticas públicas que busquen dar solución a ello, y la falta de voluntad política para construir sistemas sanitarios pensados, discutidos y dirigidos interculturalmente. En tercer lugar, evidenciamos que las normativas nacionales y tratados internacionales sobre los derechos de los niños y las niñas no tienen, en su conformación, las voces de las comunidades indígenas.

Por último, avanzamos en una propuesta concreta de un programa de salud entendido interculturalmente con el afán de una transformación epistémica que propicie la emergencia de los saberes que tienen nuestras comunidades históricamente abandonadas a la pobreza y la desaparición.

La metodología que asumimos para la elaboración de este escrito es el análisis interpretativo de los acontecimientos y datos relevados por la implementación del programa sanitario en territorio, por una parte; junto con esto, el registro de voces y testimonios de integrantes de la propia comunidad. A partir de ello, elaboramos una propuesta sobre cómo concebimos la salud en clave intercultural.

## 2. DESARROLLO

### 2.1 Fronteras: los *otros* de la República

A inicios del siglo XIX, la Modernidad aparece en América Latina como el propósito hacia el cual debían orientarse los incipientes Estados. A partir de la conquista, la colonización y el ingreso violento a nuestro continente de lo que Europa denominó un “proceso moderno civilizatorio”, los habitantes del continente americano “nacen” a la historia occidental como alteridad, como lo otro; el proyecto moderno civilizatorio se muestra como ocasión propicia para que los Estados europeos puedan afincar, en nuevas tierras, sus procesos de identificación e identidad. El positivismo decimonónico, por ejemplo, entendía que instalar el orden y el progreso en América Latina solo era posible desde una óptica ilustrada europea; de esta manera las comunidades indígenas o las comunidades negras (que ya habían sido desmembradas como tales al llegar a América como mano de obra esclavizada), se volvieron lo ajeno y lo extraño en su propia tierra. Cabe recordar que, en nuestro país, hombres como Alberdi, Sarmiento, José Ingenieros, Octavio Bunge, entre otros, encontraron en la inmigración del blanco el componente necesario para “mejorar” la raza, ubicando así a nuestros pueblos nativos y nuestras comunidades como alteridad y ajenidad. En suma, la modernidad, fenómeno eminentemente europeo, fue asumido en América como sinónimo de progreso y civilización y como una experiencia y una autoconciencia europea. Si América Latina quería llegar a ello, esto es, “civilizarse como el blanco”, debía aceptar entrar en crisis con su propia identidad. Y así lo hizo: los pueblos que habitaban este continente con anterioridad al proceso de conquista europeo sufrieron el conflicto, la más de las veces violento, respecto de qué asumir como propio y qué como ajeno.

La conformación del Estado nacional argentino se llevó a cabo, justamente, por medio de un proceso conflictivo y violento consistente en reducir para incorporar. En efecto, la formación de reducciones y misiones fueron algunas de las instituciones usadas por la iglesia y la corona para llevar adelante ese camino de “civilizar a los salvajes” e incorporarlos al estado católico naciente. La población que no había sido exterminada por la conquista, debió ser incorporada a ese nuevo orden que se estaba instituyendo. Este nuevo orden no solo era económico, jurídico, cultural, político, etc., sino también territorial.

El trazado de fronteras para delimitar el territorio se hizo desconociendo en absoluto la conformación previa de poblados y comunidades a la institución de la república y cuyo modo de entender la tierra y el espacio vital entraba en profundo choque con la concepción moderna de dicha organización territorial y económica. En este sentido, el concepto de frontera, término que puede ser abordado simbólicamente y que viene de la mano de la noción de desierto, no debe pensarse meramente como zona geográfico-política fija; todo lo contrario, las fronteras son construcciones sociales que tienen una historicidad y un contenido simbólico. Como las define Luiz Sérgio Duarte da Silva, las fronteras son “alianzas, bifurcaciones y sustituciones que preparan el reconocimiento y la necesidad de límites” (2018, p. 14). Cabe entender las mismas como construcciones sociales dinámicas, por tanto, contingentes. Es decir, y como plantea Duarte da Silva, “deben concebirse más como apertura y actualidad que como algo dado o acabado. Son lugares de mutación y subversión, regidos por principios como los de la relatividad, multiplicidad, reciprocidad y reversibilidad” (2018, p. 18). Por tanto, asumido el término frontera como una categoría simbólica, nos es dable plantearnos la pregunta ¿quién fue el otro en este proceso de constitución de la República en Argentina? Como señala el antropólogo argentino Alejandro Grimson, la noción de frontera no solo es el límite entre estados, sino fundamentalmente una línea de expansión interna (2000, p. 9) que, en el caso del proceso de conformación de la nación argentina, sirvió para distinguir claramente entre una sociedad nacional y una sociedad aborígen. Al respecto, afirma la historiadora argentina Ana Teruel: “Había frontera allí donde existían aborígenes sin someter y por ende tierras sobre las que el Estado no ejercía un efectivo control” (2005, p. 14).

A fines del siglo XIX, la región comprendida entre los ríos Pilcomayo, Paraguay, Paraná y Salado se hallaba habitada por diversos pueblos indígenas pertenecientes a las etnias de los Guaycurúes (Pilagaes, Tobas y Mocovíes), de los matakos-mataguayos (Wichí, Chorotes y Chulupíes) y de las tribus Tonocotés, Tapietés, Chanés y Chiriguano, en fuerte disputa con los colonos criollos y los españoles por las tierras que habitaban. Las comunidades más beligerantes resistieron el proceso civilizatorio a partir de realizar asaltos a los poblados, apropiarse de las guarniciones militares y establecimientos de campo, manteniendo en permanente zozobra a los pobladores e impidiendo la colonización de esas tierras. Decidido a poner fin a esta situación, el gobierno argentino llevó a cabo la ocupación militar del Chaco Central y Austral, un enorme territorio que comienza en el norte de Santa Fe, se extiende por el noreste de Santiago del Estero, el noreste de Salta y las actuales provincias de Chaco y Formosa. Se lo denomina Chaco Austral por oposición al Chaco Boreal o paraguayo y su voz proviene de la voz quechua “Chacu”, que significa “cacería” o “lugar propicio para la caza”. Con respecto a esta región, hay un conjunto importante de estudios que abordan la misma desde diversas perspectivas (Cafferata, 1988; Gordillo, 1993; Teruel, 2005; Trincheró, 2007, 2000; Buliubasich, 2013). Siguiendo a Trincheró consideramos la región chaqueña como un “formación social de fronteras”, esto es: “un ámbito en el que se combinan, con especial significado, un frente de expansión agrario, fronteras políticas y la producción de fronteras culturales que tienden a subsumir procesos de trabajo, circulación de bienes y relaciones interétnicas transfronterizas preexistentes” (2007, p. 171).

La primera expedición militar organizada expresamente para ejercer el pleno dominio soberano sobre esos territorios se realizó en 1870, al finalizar la guerra con Paraguay. Concluyó en 1917

cuando se logró el objetivo principal, esto es, la reducción y “pacificación” de las tribus. Las campañas militares de ocupación del Chaco Austral tuvieron lugar entre 1884 y 1911, años en los que la resistencia indígena fue aplastada por las fuerzas del ejército y se generaron las condiciones para someter el “desierto” al Estado nacional y organizar los territorios de Formosa y Chaco. A su vez, políticos, intelectuales, militares, religiosos, discutían qué hacer con los sobrevivientes de las campañas, mientras debatían quiénes estaban en mejores condiciones de hacerse cargo de dicha tarea, si el estado o las órdenes religiosas. En 1900 el presidente Julio Argentino Roca (1898-1904) autorizó a los franciscanos la creación de tres misiones en esa zona del Chaco, a saber: las misiones de San Francisco de Laishí, San Francisco de Taacaglé y Nueva Pompeya. Las dos primeras en el Territorio Nacional de Formosa, para los Qom; la última en el Territorio del Chaco, para los Wichí. Desde mediados del siglo anterior estos religiosos intentaban establecer misiones con el fin de “conquistar el Chaco, por el Sud, el Este y el Oeste” (Iturralde, 1909, p. 6).

Como señala la historiadora chaqueña Silvia Leoni:

...a fines del siglo XIX se representaba a la región chaqueña como un “desierto verde”, un vasto espacio marginal sin historia, ya que ésta tenía su punto de arranque en el reciente proceso de ocupación por parte del estado nacional (2005, p. 1).

Por ello, la historiografía nacional de Chaco en los primeros años del siglo XX respecto de qué sucedió o no en el siglo XIX, fue una construcción de representaciones del pasado de manos de una elite intelectual local conformada por periodistas, docentes, sacerdotes e historiadores (2005, p. 2). En relación con ello, resulta iluminadora la propuesta historiográfica que desarrollan Andrés Bonatti y Javier Valdéz en su obra *Una guerra infame. La verdadera historia de la conquista del desierto*. En ella explican que la conquista sobre los pueblos originarios permitía el corrimiento de la frontera interna y, por ende, la expansión territorial estatal. Los autores diferencian tres momentos: 1833, con la campaña organizada por Juan Manuel de Rosas; 1876, con la campaña organizada por Adolfo Alsina; y, por último, a partir de 1879 y hasta 1917, la empresa comandada por Julio Argentino Roca que incluye, como indicamos ya, las campañas del desierto del sur y la del “Gran Chaco” (2015).

De esta manera, la conformación de la República supuso el dominio violento y la posterior reducción e incorporación de las comunidades aborígenes como mano de obra barata en fincas e ingenios, o en su defecto, permitiendo que sigan habitando en esa zona de frontera de difícil acceso y que muchos de los colonos comenzaron a denominar “el monte” o “el impenetrable”. Así, el estado argentino se había alzado sobre la sangre de nuestras comunidades.

## **2.2 Sobrevivir al proceso civilizatorio moderno. El caso de las comunidades wichí**

Actualmente, en Argentina hay 38 pueblos que se reconocen indígenas. El Estado lleva el registro de 34 pueblos inscriptos en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (Re.Na.C.I.). A su vez, el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) tiene identificadas 1653 comunidades indígenas, entre las cuales 1456 han registrado su personería jurídica en el ámbito del Re.Na.C.I. y de los Registros Provinciales. El Ministerio de Cultura de la Nación Argentina, es su página oficial señala que se denomina comunidad al conjunto de familias o grupos convivientes que se autoidentifican pertenecientes a un pueblo indígena, que presentan una organización social propia, comparten un pasado cultural, histórico y territorial común, mientras que pueblo es el conjunto de familias y comunidades indígenas identificadas con una historia común anterior al nacimiento de la Nación Argentina, posee una cultura y organización social propia, se vinculan con una lengua y una identidad distintiva, y, habiendo compartido un territorio común, conservan actualmente parte del mismo a través de sus comunidades. Ahora bien, entre los pueblos que se autoidentifican como aborígenes, los más numerosos son las comunidades Mapuche, Kolla, Toba y Wichí. Con el avance del Estado argentino y su llamado proceso civilizatorio, dichos pueblos fueron cada vez más reducidos o desterrados de sus tierras ocupando tierras marginales o montes deteriorados

debido a la tala indiscriminada de árboles, la instalación de petroleras que ocasionan la pérdida de la fauna autóctona, etc. Los Wichís viven en comunidades situadas en las cercanías de poblados denominados por ellos “criollos”, en medio del monte o sobre la ribera del Pilcomayo y Bermejo, con líderes tradicionales y elegidos por la comunidad. Comparten con otras etnias el resurgimiento de la organización de la lucha por la tierra. Entre los Wichís actualmente se reconocen grandes grupos con variantes idiomáticas y diferentes localizaciones geográficas. Según datos oficiales recogidos en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 y publicados por el INDEC en 2015, en el caso concreto de la provincia de Salta el 6,5% de la población se reconoce indígena, lo que significa 79.204 personas sobre un total de 1.214.441 habitantes. A su vez, el 24,9% de esos 79.204 habitantes se reconoce perteneciente al pueblo Wichí (2015, p. 69).

Ahora bien, dado este marco profundamente diverso y complejo que presenta el territorio argentino en particular, pero que se extiende en todo el continente americano, ha surgido mucha bibliografía sobre lo que es o puede entenderse por interculturalidad. No es el objetivo de nuestro trabajo detenernos en la complejidad del término, sino más bien adoptar una definición para poder avanzar hacia el propósito de nuestro escrito. Nosotras adoptamos la posición de Catherine Walsh, quien distingue dos perspectivas para pensar la interculturalidad: la del colono y la de los pueblos colonizados. En este sentido, Walsh afirma que la interculturalidad -que ella denomina funcional-, puede entenderse como un dispositivo de poder que permite la permanencia y el fortalecimiento de las estructuras sociales establecidas. De esta manera:

...el reconocimiento y respeto a la diversidad cultural se convierten en una nueva estrategia de dominación que ofusca y mantiene a la vez la diferencia colonial a través de la retórica discursiva del multiculturalismo y su herramienta conceptual de la interculturalidad “funcional” entendida de manera integracionista (2012, p. 4).

Entonces, ¿no es posible pensar modos de interculturalidad que tengan cabida en sociedades cuya estructura estatal y gobiernos nacionales supuestamente democráticos se erigen sobre las tierras de pueblos enteros que han sido sometidos por siglos? Sí, lo es. Dice Walsh:

Su afán no es simplemente reconocer, tolerar ni tampoco incorporar lo diferente dentro de la matriz y estructuras establecidas. Por el contrario, es implosionar desde la diferencia en las estructuras coloniales del poder como reto, propuesta, proceso y proyecto; es hacer reconceptualizar y re-fundar estructuras que ponen en escena y en relación equitativa lógicas, prácticas y modos culturales diversos de pensar, actuar y vivir. Así sugiere un proceso activo y permanente de negociación e interrelación donde lo propio y particular no pierdan su diferencia, sino que tengan la oportunidad y capacidad para aportar desde esta diferencia a la creación de nuevas comprensiones, convivencias, colaboraciones y solidaridades (2008, p. 141).

De lo anterior, consideramos que el planteo formulado por Walsh respecto del segundo sentido de interculturalidad debe entenderse no solo como un proceso que se alza desde una *praxis* económica transformadora sino también política. Es a partir de lograr agujerear la trama monolítica del orden estatal instituido mediante procesos activos de resistencia y de negociación por parte de las comunidades indígenas que se hace viable pensar la salud en clave intercultural. Proponemos una perspectiva de salud tejida desde redes comunales, intersectoriales e interculturales que den lugar, como aduce Walsh, a nuevas solidaridades. Nosotras coincidimos con la crítica que realizan Enrique Eroza y Mónica Carrasco a la perspectiva hegemónica de lo que es la interculturalidad en salud, que parte de la premisa de que “el bienestar de la población indígena depende de la capacitación y sensibilización del personal de salud más que de las condiciones históricas de subordinación y explotación económica y política” (2020, p.114). Desconocer o depreciar el papel que juegan dichas condiciones en este proceso no es más que otro modo de negar la historia de nuestras comunidades. En efecto, las comunidades wichís se hallan abandonadas al hambre y la

pobreza extrema; no hay garantía de comida diaria, ni siquiera de una comida al día; en sus chozas no se almacenan alimentos porque sus condiciones climáticas y ambientales actuales los han llevado a vivir en zonas hostiles, sin ser dueños de las tierras ni poder pescar en los ríos. Entonces, cabe preguntarnos: ¿cuál es el proyecto de salud que podemos sostener en comunidades que mueren de inanición?

Si queremos pensar propuestas plurales de construcción colectiva de salud y derechos, lo primero que debemos comprender es que es necesario garantizar a cada uno de quienes habitan en el Chaco Salteño, el acceso a la alimentación. Asegurado ello, entonces nos es posible avanzar en la idea de una construcción de salud y de ciencia que se teja desde los saberes que conviven en el territorio argentino. En este sentido, queremos visibilizar en este escrito la propuesta que un equipo de médicas y médicos llevó adelante en una localidad específica de Salta, con fuerte presencia de comunidades wichís, en el que participó una de nosotras activamente. Nos referimos al “Programa de fortalecimiento de la gestión. Santa Victoria Este, Salta”, el cual apuntaba a un abordaje de salud colectiva e intercultural con trabajo en territorio, con apoyo del gobierno provincial. Empezó a funcionar en septiembre y pudo hacerlo con normalidad hasta febrero, con un equipo de 12 médicos que se turnaban de a tres por mes para actuar en el territorio. Aunque no fue el único, se interpretó esta intervención como uno de los factores que permitió bajar a cero las muertes de niños y niñas en enero y febrero pasado. Este programa fue interrumpido en el mes de mayo pasado, y desde la provincia de Salta no hay respuestas administrativas suficientes para mantener el trabajo del equipo en territorio.

Lo que pudimos analizar hasta la fecha es que, en esta localidad que se encuentra ubicada en el departamento Rivadavia, sobre el total de una población de 13.500 habitantes de características urbanas, semi rurales y rurales, la población originaria del área en la que se implementaba dicho programa representa el 77% y está conformada por las comunidades Wichís, Chorotes, Chulupés y Qom. El programa tiene como marco legal el artículo 75, inciso 17 de la *Constitución Nacional Argentina*, así como la *Ley de Salud Pública N° 26.529/2009*: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, y es pensado como un “enfoque de Atención Primaria de Salud en tanto estrategia fundamental de un sistema de salud” porque el equipo consideraba que la interculturalidad solo es posible estando en territorio, ¿por qué?, porque es estando en territorio que se puede llevar a cabo una práctica médica que se deconstruye y se reconstruye a partir de los conocimientos, concepciones y enfoques que sobre salud poseen las comunidades. La práctica médica que se piensa como práctica intercultural no puede prescindir del anclaje territorial, aprendiendo y conociendo las epistemes vivas que sostienen las propias comunidades indígenas.

En esta zona, hay 130 comunidades, la mayoría de ellas con personería jurídica y cada una a su vez con su institución representada en el cacique. El equipo de médicos y médicas que trabajó en territorio reconoce que el sistema hegemónico de salud busca muchas veces minimizar la complejidad de organizaciones comunitarias indígenas con sus respectivas instituciones, y que tampoco dedica tiempo a conocer las prácticas sanitarias de cada pueblo. Por ello, afirmamos que el principio fundamental para que podamos hablar de un estado que garantiza el acceso a la salud debe ser que, quienes representan dicho sistema sanitario, estén disponibles en el territorio. Esto supone elaborar dispositivos territoriales por medio de los cuales se recuperen los saberes ancestrales de las comunidades, especialmente aquellos sobre salud y enfermedad, aprendiendo dichos conocimientos que habitan estas tierras antes de cualquier estado-nación. La interculturalidad se construye en ese sentido, sobre todo si comprendemos que las personas que se identifican como indígenas asumen con esa identidad la desconfianza, el enojo y el horror frente a un Estado que los diezmó; dejar que éste decida qué es salud y qué es enfermedad es en algún modo actualizar una y otra vez la conquista y la colonización que vivieron nuestros pueblos.

### 2.3 Madres niñas: aspectos a tener en cuenta para el abordaje de la problemática

En cada visita que llevó adelante el equipo a cargo del Programa, se atendieron principalmente a niños y niñas en seguimiento nutricional y mujeres gestantes con la priorización de las embarazadas de alto riesgo obstétrico (ARO), sobre todo niñas y adolescentes menores de 15 años, así como casos particulares de personas con enfermedades crónicas. Durante el tiempo que duró el programa, se buscó colaborar en la solución de situaciones complejas como ser: procesos de negociación con la familia para el traslado a centros de atención de menores en condiciones de alta vulnerabilidad, emergencias hipertensivas del embarazo en menores embarazadas, contención familiar en situaciones de pérdida, seguimiento y valoración de casos crónicos en domicilio, asesoramiento a mujeres en situación de violencia y respecto a los derechos sexuales y reproductivos, la difusión de la *Ley de interrupción voluntaria del embarazo* y de la *Ley de protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes*; se creó en el hospital de la zona el consultorio de salud sexual y reproductiva y adolescencias, garantizando por primera vez en la historia de la institución sanitaria local el acceso a la ILE y, a partir del presente año, a la IVE a personas con capacidad de gestar. El equipo participó de manera activa en la implementación del Programa Federal DETECTar, desarrollando actividades de búsqueda de casos positivos de COVID-19 y contactos estrechos en Misión La Paz.

De los casos de embarazos que el Programa ha podido abordar, una de las preocupaciones principales tiene que ver con el alto porcentaje de embarazos en menores. Coincidimos con Edith Pantelides en afirmar que la maternidad temprana se ha vuelto un mecanismo de reproducción de la pobreza, y la pobreza perpetúa las situaciones que llevan al embarazo en adolescentes (Pantelides, 2004, p. 12). Como hemos venido evidenciando a lo largo de este escrito, con la conformación del estado nacional nuestras comunidades indígenas han sido abandonadas a un estado de pobreza extrema en el que los problemas de salud se agudizan, confinadas a vivir en los márgenes de una sociedad cuya lógica productiva ha avanzado sobre sus tierras, ríos, etc., diezmando sus modos de producción y comercio y dando lugar a otro orden que no es el que ellos proponían, haciendo que, de alguna manera, las comunidades wichí hayan sido reducidas, en términos de Frantz Fanon, a una zona de no-ser (2009, p. 42).

Pero esta situación no se reduce al noroeste argentino, sino que se repite en todo el territorio latinoamericano. Como prueba de ello podemos ver las investigaciones de Clarisa Núñez sobre los embarazos en niñas y adolescentes en comunidades aborígenes de Honduras. Dice:

El embarazo es uno de los principales factores que contribuyen a aumentar los índices de problemas de salud en las adolescentes, que pueden llegar hasta la mortalidad materna y de infantes. Las adolescentes menores de 16 años corren un riesgo de defunción materna cuatro veces más alto que las mujeres de 20 a 30 años. La tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior (2013, p. 260).

Pantelides y Geldstein (1998; 2004) afirman que para una cabal comprensión de la problemática de los embarazos adolescentes debemos cruzar los factores individuales: edad, etnia, situación económica, nivel de educación, percepciones, actitudes y conocimiento relativo a los roles de género, al ejercicio de la sexualidad y la prevención del embarazo, con los factores macrosociales: pobreza, cultura hegemónica, estructura socioeconómica o estratificación social, estratificación por género y por etnia y las políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva del adolescente, las relaciones de género y la exclusión, las expectativas de las jóvenes y los proyectos de vida o la falta de ellos entre otros elementos que intensifican la vulnerabilidad del contexto social en que viven las y los adolescentes. Ahora bien, es necesario que, sin caer en miradas estigmatizadoras y racistas, podamos mínimamente comprender que la problemática del embarazo en niñas y adolescentes conlleva varias aristas. Asumir como relato verdadero el que se da desde el sistema de salud hegemónico es asumir finalmente el discurso racista civilizatorio que afirma que, al

parecer, los indios wichís adultos no respetan a sus niños, niñas, que son incivilizados y que necesitan que el Estado les enseñe los derechos que amparan a las niñas y las mujeres. Esto no hace más que criminalizar a las familias indígenas sin abordar lo que hay de fondo: el conflicto entre el Estado, las familias indígenas y el sistema sanitario hegemónico.

Todo lo dicho anteriormente se patentiza aún con más fuerza cuando el estado decide cerrar programas que intentaban transformar estas lógicas desiguales. Por ejemplo, cuando el estado provincial decidió cerrar el Programa que mencionamos en este escrito, el caso de niños wichís que murieron por desnutrición aumentó y, junto con ello, comenzaron a salir a la luz casos de niñas indígenas que fueron obligadas a maternar. Distintos medios de comunicación han estado visibilizando esta situación que viven las comunidades indígenas de niñas madres, las cuales a su vez no reciben ninguna información por parte del estado sobre salud sexual reproductiva o derecho al aborto, etc. A raíz del caso que padeció una niña en manos de su padrastro, en la comunidad Hoktek T'oi (Lapacho Mocho), a 18 km de Tartagal, y en el que la defensa apoyada por testimonios de antropólogos adujo que el padre debía estar libre puesto que no había hecho otra cosa más que actuar según leyes ancestrales dictadas por la cultura, en este caso la cultura wichí, la antropóloga Mónica Tarducci señala que tal alegato denota la inexistencia de estudios etnográficos que den cuenta de la vida cotidiana de las mujeres, niños y niñas de las comunidades originarias, y también, de los silencios etnográficos sobre los abusos intrafamiliares (2013, pp. 7-13).

Por su parte, la *niyat* Octorina Zamora y la Coordinadora de la Comunidad Indígena Wichí Honat Le'Les, solicitaron la intervención del Instituto Nacional contra la Discriminación (INADI), porque entendían que lo sostenido por la Corte provincial era una aberración (sic) para los/as miembros de la comunidad wichí, en tanto el mismo no expresaba la moral de su pueblo, la cual condena tanto la práctica sexual a temprana edad como el matrimonio privignático y las prácticas incestuosas (2013, p. 9). Rescata Tarducci del alegato de estas mujeres:

Como mujeres, madres, hermanas, es doloroso desde las propias entrañas aceptar un dictamen como este, poniendo a nuestros hijos y mujeres en total desamparo porque la misma consideración muestra un racismo y una actitud xenofóbica, porque la Corte utiliza una fábula para justificar vaya a saber qué intereses (2013, p. 9).

Esto nos pone de cara directamente con el desconocimiento que el Estado y la academia tienen de los *ethos* que sostienen los sentidos y pareceres de las comunidades, y cómo la academia se ubica como la intérprete de los saberes de los pueblos indígenas. Actitud paternalista que replica de un modo más elegante el racismo latente. Además, también aparece justamente cómo desde la academia se incurre en ciertos esencialismos culturales, tipificaciones estáticas y ahistóricas de los procesos de nuestras comunidades originarias, lo que deja entrever si se quiere una cierta valoración desde el científico social de que tales comunidades son una suerte de piezas de museo. Ello fue en gran medida la valoración de Francisco P. Moreno, quien fue un exponente de la confluencia entre intelectuales, científicos y políticos de la Argentina de finales del siglo XIX y principios del XX. Geógrafo, geólogo, paleontólogo y antropólogo, fue fundador y director del Museo de Ciencias Naturales de La Plata y refería a las culturas indígenas de nuestro país como si fuesen piezas de museo (Vallejo, 2012, p.151).

#### **2.4 Nuevos enfoques sobre la salud, nuevas solidaridades**

Paradójicamente, desde el 30 de octubre de 2002 rige en Argentina la *Ley N° 25.673: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* del Ministerio de Salud de la Nación, que adopta las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para prevenir el embarazo precoz. Entre los objetivos enunciados se sostiene la necesidad de alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar

decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia, disminuir la morbimortalidad maternoinfantil, prevenir embarazos no deseados, promover la salud sexual de los adolescentes, contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias. También busca garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual, etc. A su vez, La *Convención de los derechos del niño*, que se apoya en la *Convención interamericana de Derechos Humanos*, dice que todo niño goza de un plus proteccional, por su condición de menor. En el artículo 19 afirma que los Estados partes deben adoptar todas las medidas legislativas, administrativas sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, incluido el abuso sexual por parte del adulto a cargo. Y además agrega que para ello es necesario que el Estado prevea programas sociales con objeto de proporcionar asistencia tanto al niño como a quienes cuidan de él. Todas las medidas deben estar basadas en lo que se denomina el “interés superior del niño”, por lo que corresponde al Estado asegurar su protección cuando los adultos a cargo no tienen la capacidad para hacerlo (parte I, art. 3, inc.1). A su vez la *Convención de Belem do Pará*, propone erradicar toda violencia contra la mujer, y la niña tiene una doble protección por su doble condición de vulnerabilidad (menor y mujer). Entiende por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado (cap. I, art. 1); además, toda mujer tiene derecho a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación (cap. I, art. 6); el Estado tiene la obligación de tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar prácticas jurídicas consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer (cap. I, art. 7); podemos seguir mencionando otras leyes.

En Argentina estuvo vigente por mucho tiempo en cuanto a niñez el sistema de patronato o sistema tutelar, en el cual el niño era considerado un objeto de derecho, y el juez decidía por su vida (generalmente en situación de riesgo era institucionalizado). Pero a partir de se sanciona la *Ley N° 26601 de la Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes* el niño y niña pasa a ser considerado ya sujeto de derecho, por lo que la opinión del niño es escuchada y tiene central importancia en los procesos judiciales en los que se vea implicado de acuerdo a su capacidad progresiva, esto es, de acuerdo a su desarrollo psíquico y emocional. Además, en esta Ley se recupera nuevamente el concepto de “interés superior del niño” que explica claramente que ante un conflicto de derecho entre el interés de un adulto y el de un niño, prevalece el de este último.

Ahora bien, en el trabajo en territorio que ha llevado a cabo el equipo de médicos y médicas que señalamos más arriba, aparece una problemática que inquieta y que hay que seguir indagando, y que tiene que ver con aquellos embarazos en los que ambos padres son menores o adolescentes, ¿qué lugar ocupa la maternidad/paternidad en los proyectos de vida de las y los jóvenes wichís? No pretendemos responder ni resolverlo aquí, solo dejar en evidencia el desconocimiento que el sistema sanitario tiene al respecto. En este sentido, consideramos necesario reflexionar sobre qué se entiende por niñez desde un enfoque intercultural que problematice la mirada hegemónica occidental y que pueda dar lugar a perspectivas procedentes desde nuestros pueblos indígenas. En esta dirección, recuperamos el trabajo que viene realizando el Equipo Niñez Plural (Facultad de Filosofía y Letras-UBA), quienes a partir de sus investigaciones desde un enfoque etnográfico sobre las intervenciones de salud pública hacia el colectivo infantil, concluyen que hay un campo de disputas atravesado por evaluaciones, clasificaciones y acciones con una fuerte carga desde una moral católico-burguesa sobre el modo en que son cuidados niños y niñas, especialmente si estos pertenecen a familias indígenas (2019, p. 51).

En suma, creemos que sostener desde la academia o desde las instituciones del estado nacional y provincial un esencialismo cultural es una posición obsoleta. Entendemos que, como todo

grupo social, las prácticas, creencias, hábitos, etc. de los pueblos indígenas viven procesos dinámicos y modificaciones importantes que muchas veces, las más de las veces, los Estados desconocen, ignoran, o sencillamente desatienden. Asumimos que si en efecto queremos abordar con compromiso y desde una construcción realmente dialógica lo que alojan estas leyes arriba mencionadas, es central que el Estado argentino también conozca, respete y estudie el derecho indígena y se comprometa con políticas públicas sanitarias basadas en procesos genuinos de participación. Así también, que pueda ocuparse de conocer el orden jurídico e institucional que tiene cada comunidad, y que a su vez las comunidades puedan conocer el plexo de leyes que los Estados proponen. Esto no es posible si no trabajamos en el territorio; se precisa elaborar dispositivos que abreven por la participación de los agentes sanitarios de las propias comunidades y de las voces de aquellas mujeres referentes de las mismas; también lograr elaborar dispositivos de escucha para las niñas de las comunidades, descentrarnos del adultocentrismo (no solo de los varones adultos sino también del Estado provincial y nacional que se ubica desde una superioridad moral), y dar lugar a sus voces.

En efecto, como indica el convenio 169 de la OIT, no cabe desplegar ningún dispositivo territorial sin la autorización de las comunidades. Tampoco olvidar que son ellas las protagonistas de dichos procesos de participación; toda acción tendiente al cuidado de la salud de la comunidad tiene que realizarse en conjunto con los agentes territoriales de salud, esto es, agentes sanitarios, enfermeras y enfermeros de la comunidad, mostrando así la potencialidad del trabajo articulado y organizado. Desde el inicio de la propuesta hemos buscado vinculación con el Ministerio de Salud de la Nación para su presentación y valoración como estrategia sanitaria en contextos de población indígena, principalmente en este área sanitaria que históricamente presenta altos índices de desnutrición y mortalidad en la población menor de seis años y relaciones conflictivas y de desconfianza entre la población indígena local y el sistema sanitario, debido a la falta de perspectivas y prácticas transversalizadas por la interculturalidad en salud. Si queremos realmente avanzar en propuestas interculturales de salud, es necesario comprender que ello significa tiempo, recursos y una planificación real y adecuada en la que los protagonistas sean las propias personas de la comunidad y no meros receptores. Ello solo como la punta del hilo de una madeja más compleja y profunda que tiene como propósito ético y político una interculturalidad activa, que desactive las estructuras coloniales vigentes al interior de nuestro país, que propicie realmente espacios genuinos de participación y de aprendizaje interculturales, que, en suma, efectivamente de cuenta que lo que se busca es gestar nuevas solidaridades para hombres, mujeres, niñas y niños libres.

### 3. CONCLUSIONES

En nuestro escrito hemos querido iniciar la reflexión recordando la situación histórica de explotación y negación que vivieron y aún hoy viven nuestras comunidades aborígenes. En pleno siglo XXI, pensar la salud desde la interculturalidad sigue siendo un proyecto en construcción que, como hemos indicado en estas páginas, presenta fuertes resistencias. Entendemos la salud intercultural como un ambiente donde se priorice el respeto y la participación de todos y cada uno de los actores intervinientes, en donde estén presentes no como un apartado a tener en cuenta si así lo considera el efector sino como un todo integrado, el conocimiento y las pautas culturales de los pueblos indígenas. Si el Estado nacional asume el acceso a la salud como un derecho universal y no meramente como un bien de mercado, entonces es fundamental elaborar programas, dispositivos e incluso sistemas en los que la participación indígena esté presente en el diseño, dando lugar al intercambio de saberes entre la medicina hegemónica y las medicinas indígenas. Vencer la barrera del racismo es una tarea medular si realmente pensamos avanzar en el camino de la salud como un bien de todos, un bien público, un derecho universal. Las personas pertenecientes a dichas comunidades no acostumbran hacer consultas médicas en los hospitales sobre todo porque no se sienten bien recibidos, porque saben que las personas que los van a atender no conocen el idioma que hablan, o no interpretan con exactitud la forma en la que la

persona indígena vivencia el síntoma, el malestar o la patología y la mayoría de las veces manifiestan desinterés por la diversidad indígena. Existen estados que en la concepción hegemónica de la salud son considerados patologías y que los pueblos indígenas no las consideran como tales, así como la identificación de lo que es una pauta de alarma y la posibilidad de resolución de una emergencia también son situaciones en las que se requiere consenso y ese es el mayor desafío para la medicina hegemónica. Por eso, la construcción de un sistema sanitario intercultural tiene que ser una decisión del Estado acompañada de políticas públicas que den señales de un sincero interés en este sentido. No podemos hablar de una salud intercultural si seguimos negando la existencia de una salud indígena, cuya episteme no es la que se maneja en las instituciones sanitarias hegemónicas. La tarea de construcción intercultural será posible si comenzamos a aprender, en territorio, qué es la salud y qué es la enfermedad para nuestros pueblos, cómo sanar, qué enferma, etc., llevando adelante genuinos espacios interculturales de diálogo, construcción, diseño y gestión de sistemas de salud pública.

## REFERENCIAS

- Bonatti, A., y Valdéz, J. (2015). *Una guerra infame. La verdadera historia de la conquista del desierto*. Edhasa.
- Buliubasich, E. C. (2013). La política indígena en Salta. Límites, contexto etnopolítico y luchas recientes. *RUNA, Archivo Para Las Ciencias Del Hombre*, 34(1), 59-71. <https://doi.org/10.34096/runa.v34i1.562>
- Cafferata, A. (1988). Área de frontera de Tartagal. *Marginalidad y Transición*. Consejo Federal de Inversiones.
- Duarte Da Silva, L., y Daibert Campos, Y. (2018). *Fronteiras*. Editar.
- Eroza Solana E., y Carrasco Gómez, M. (2020). La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 18(1), 112-128. <https://doi.org/10.29043/liminar.v18i1.725>
- Equipe Niñez Plural. (2019). Niñez, alteridad y cuidado: reflexiones para un campo en construcción. *DESIDADES - Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Infância e Juventude*, 25, 48-58. <https://revistas.ufrj.br/index.php/desidades/article/view/32407/18317>
- Fanon, F. (2009). *Piel negra, máscaras blancas*. Akal.
- Gordillo, G. (1993). La actual dinámica económica de los cazadores recolectores del Gran Chaco y los deseos imaginarios del esencialismo. *Antropología y Ciencias Sociales*, 3, 73-96.
- Grimson, A. (comp.) (2000). *Fronteras, Naciones e Identidades. La periferia como centro*. Ciccus/La Crujía.
- Leoni, M. (2005, setiembre 25). Los usos del pasado en “el desierto verde” [Congreso]. X Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Universidad Nacional del Rosario, Rosario, Argentina. <https://www.aacademica.org/000-006/155>.
- Ley N° 25.673: *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable* del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Ley de Salud Pública N° 26.529/2009: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*
- Ley N° 26601 de la *Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescente*, de 28 de setiembre de 2005. Boletín Nacional de 26 de octubre de 2005. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778/texto>
- Ministerio del Interior de la Nación. Documento del Archivo General de la Nación. (1911). Iturralde, P. “Informe sobre la Inspección a la misión de Nueva Pompeya que presenta al señor Ministro del Interior el prefecto de Misiones”. legajo 32, expediente 7645. Comisaría General de Misiones Franciscanas, Informe sobre inspección a los misioneros de san Francisco de Laishí y Nueva Pompeya.
- Ministerio de Cultura Argentina (Octubre 9, 2018). Aborígenes, indígenas, originarios: ¿cuál es la diferencia entre cada término? MCA <https://cutt.ly/9mEJBet>
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. (2015). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010: Censo del Bicentenario. Pueblos originarios: región Noroeste Argentino*. INDEC. [http://trabajo.gob.ar/downloads/pueblosindigenas/pueblos\\_originarios\\_NOA.pdf](http://trabajo.gob.ar/downloads/pueblosindigenas/pueblos_originarios_NOA.pdf)
- Núñez C. (2013). Embarazos en adolescentes y reproducción de la pobreza en la colonia Reynel Fúnez de Tegucigalpa, Honduras. En L. Tavares Ribeiro Soares (comp.) *Pobreza, desigualdad y salud en América Latina* (pp. 260-286). CLACSO.

- OEA (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica”*, 22 noviembre 1969. <https://www.refworld.org/es/docid/57f767ff14.html>
- ONU (1989). Asamblea General, *Convención sobre los Derechos del Niño*, 20 noviembre 1989, United Nations, Treaty Series, 1577, p. 3. <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>
- OEA (1994). Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, Convención de Belém do Pará. Belem do Pará, Brasil, 1994. <http://repositorio.dpe.gob.ec/handle/39000/609>
- Pantelides, E., y Geldstein, R. (1998). Encantadas, convencidas o forzadas: iniciación sexual en adolescentes de bajos recursos. En Cedes (comp.) *Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 45-63). AEPa. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4389>.
- Pantelides, E. (2004). Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América Latina. *Notas de Población*, 31(78), 7-34.
- Pantelides, E. (dir.) (2005). *Salud sexual y reproductiva adolescente en el comienzo del siglo XXI en América Latina y el Caribe*. CENEP.
- Portal Informativo de Salta (s.f) Los pueblos originarios de Salta: Wichi, Chorote, Chulupí. <http://www.portaldesalta.gov.ar/wichi.html>
- Tarducci M. (2013). Abusos, mentiras y videos. A propósito de la niña wichí. *Boletín de Antropología y Educación*, 4(5), 7-13. <https://cutt.ly/CmEJ7Ef>
- Teruel, A. (2005). *Misiones, economía y sociedad. La frontera chaqueña del Noroeste Argentino en el siglo XIX*. Universidad de Quilmes.
- Trincheró, H. (2000). *Los dominios del demonio. Civilización y barbarie en las fronteras de la Nación. El Chaco central*. Eudeba.
- Trincheró, H. (2007). *Aromas de lo exótico (Retornos del objeto). Para una crítica del objeto antropológico y sus modos de reproducción*. Ed. Sb.
- Vallejo, G. (2012). Museo y derechos humanos. Un templo de la ciencia finisecular en La Plata y aspectos de su relación con los pueblos originarios. *Derecho y Ciencias Sociales*, 7, 146-164. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/25323>
- Walsh, C. (2008). Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: Las insurgencias político-epistémicas de refundar el estado. *Tabula Rasa*, 9, 131-152. <https://revistas.unicolmayor.edu.co/index.php/tabularasa/article/view/1498>
- Walsh, C. (2012). Interculturalidad crítica/ pedagogía de-colonial. *Educação Técnica e Tecnológica Em Ciências Agrícolas*, 3(6), 25-42.
- Zamora, T. (2020). Programa de fortalecimiento de la gestión. Santa Victoria Este, Salta. (documento inédito).

---

#### AUTORAS

- Gloria Silvana Elías.** Doctora en Filosofía por la Universidad Nacional de Tucumán. Posdoctora en Ciencias sociales y humanas por la Universidad de Buenos Aires. Profesora Titular de Antropología Filosófica (UNJU-Jujuy, Argentina). Investigadora adjunta de CONICET.
- Libia Tujuayliya Gea Zamora.** Primera médica de origen wichí. Médica generalista por la Escuela Latinoamericana de Cuba.

#### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses posible.

#### Financiamiento

No hubo asistencia financiera de partes ajenas a este artículo.

#### Agradecimientos

N/A