

Etnografía y salud rural: trayectorias de investigación en los Valles Calchaquíes, Argentina

Ethnography and Rural Health: Trajectories of Investigation in the Calchaquíes Valleys, Argentina

Carolina Remorini^{1 2 *} 0000-0003-0806-8635

Laura Teves^{1 **} 0000-0003-0806-4271

Lorena Pasarin^{1 2 ***} 0000-0003-3864-7910

María Laura Palermo^{1 2 ****} 0000-0002-3036-0352

¹ Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada, Universidad Nacional de La Plata (UNLP)

² Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

Resumen

En este artículo nos proponemos aportar a la construcción del panorama regional acerca de la diversidad de investigaciones contemporáneas en Antropología de la Salud en Latinoamérica, a partir del análisis de nuestra trayectoria como equipo en el estudio etnográfico de procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA) en comunidades rurales de Molinos (Salta, Argentina). Se describen los antecedentes en el abordaje clásico de la salud y la enfermedad desde el «folklore médico» y las sucesivas innovaciones teórico-metodológicas que resultaron en transformaciones en nuestro objeto de investigación y en la adopción de un enfoque transdisciplinario y transectorial. Esto condujo a articular metodologías y datos (etnográficos, relacionales, geoespaciales, epidemiológicos, demográficos) en un encuadre de métodos mixtos. Junto a ello, reflexionamos sobre el modo en que nuestras investigaciones integraron demandas e intereses de instituciones y actores comunitarios que condujeron a diseñar proyectos colaborativos para desarrollar innovaciones tecnológicas y sociales que optimicen intervenciones de salud pública.

Palabras clave: *antropología de la salud, etnografía, métodos mixtos, salud comunitaria, Argentina.*

Abstract

In this article, we contribute to the construction of a regional overview of Anthropology of Health research in Latin America through the analysis of our team's trajectory, dedicated to the ethnographic study of health-illness-attention processes in rural communities from Molinos Department (Salta, Argentina). We describe antecedents regarding classical approaches in the study of health and illness from a «medical folklore» perspective and the theoretical and methodological innovations that lead to successive transformations in our research object and the adoption of a transdisciplinary and transectoral approach. These innovations drive us to articulate several methodologies and data (ethnographic, relational, geospatial, epidemiological and demographic) in a mixed-methods design. Moreover, we reflect on how our research integrates local actors' and institutions' demands and interests which led us to design collaborative projects to develop technological and social innovations oriented to optimize public health interventions.

Keywords: *Anthropology of Health, Ethnography, mixed methods, community health, Argentina.*

Introducción

En el último medio siglo, el campo de la antropología de la salud ha experimentado notables transformaciones como producto de innovaciones teóricas y metodológicas, junto con una creciente articulación entre la academia, organismos gubernamentales y multilaterales y la comunidad. Como señalan los editores de este volumen, «desde la segunda mitad del siglo XX la antropología de la salud experimentó un crecimiento exponencial en el norte global, constituyéndose en una subdisciplina» (Langdon y Portocarrero, 2019). Si bien esta situación no es análoga a la latinoamericana, se registra el crecimiento de una «producción sumamente diversa vinculada tanto a la academia como a las intervenciones gubernamentales y del tercer sector en la salud pública y colectiva» (Langdon y Portocarrero, 2019). Esta pluralidad de desarrollos que se han consolidado en cada uno de los países de la región imprime a la antropología de la salud características particulares, derivadas de tradiciones académicas locales, de apropiaciones diversas de los aportes del «norte» y de los contextos específicos en los que se desarrollan las investigaciones, en las que los sectores rurales de los países latinoamericanos alcanzan un protagonismo clave.

Este artículo emerge como resultado de la reflexión sobre el recorrido realizado como equipo de investigación en el marco del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA) que depende de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la Universidad Nacional de La Plata, en temas de salud desde la etnografía en ámbitos rurales de Argentina. Estas

investigaciones recuperan como antecedentes estudios realizados hace más de cuatro décadas y los ponen en diálogo con preguntas, enfoques y metodologías contemporáneas acerca de la salud y la enfermedad como procesos complejos y multidimensionales que requieren una mirada articuladora de los diferentes niveles de análisis involucrados. Esto implica trascender la etnografía y abrir caminos para la colaboración inter y transdisciplinaria. Ello nos condujo a pensar nuevos proyectos de investigación en colaboración con profesionales de otras disciplinas (epidemiología, geografía, geología, informática, salud pública) y con las instituciones de la comunidad y gubernamentales (salud y educación, principalmente). Es así que en los últimos años nuestra labor de investigación y extensión universitaria se centra en el Departamento de Molinos (provincia de Salta, noroeste argentino - NOA) y articula transferencia de datos y tecnología, formación de agentes locales y desarrollo de instrumentos de registro y sistematización de datos relevantes a la Atención Primaria de la Salud (APS) de forma participativa.

En el marco de este número especial buscamos aportar a la construcción del panorama regional acerca de la antropología de la salud, haciendo hincapié en la relevancia de sostener investigaciones en los ámbitos rurales y de atender las especificidades que se plantean en estas áreas cuando se intenta articular investigación, extensión universitaria y transferencia.

Este artículo se organiza en cuatro partes. En la primera se describen los principales antecedentes de la investigación sobre antropología médica en la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la Universidad Nacional de La Plata (Buenos Aires, Argentina), institución a la que pertenecemos, comenzando con los estudios del «folklore médico» hasta los estudios de caso en diversas poblaciones nativas del NOA. En la segunda, planteamos la continuidad en el estudio de las creencias y prácticas médicas en esta región de nuestro país, y mostramos cómo estos antecedentes dieron lugar a la reformulación sucesiva del objeto de investigación, y la implementación de diversas estrategias teórico-metodológicas adecuadas a estos nuevos objetos y a problemas relacionados con la escala de análisis. Aquí focalizamos en el pasaje del estudio de la medicina tradicional al de las estrategias de cuidado y atención de la salud y enfermedad desde un abordaje ecológico y relacional. En la tercera, analizamos cómo nuestro equipo fue desarrollando y consolidando progresivamente diversas líneas de indagación acerca de los PSEA en relación con problemas de subsistencia en estas comunidades rurales del Departamento de Molinos, desde un abordaje ecológico y relacional. Con relación a ello, describimos cómo hemos ido definiendo una estrategia de investigación basada en el uso de métodos mixtos y en la colaboración transdisciplinaria y transectorial. En este sentido, abordamos diferentes «giros» que reconocemos en nuestra producción como equipo. Hacia el final, reflexionamos acerca de los aprendizajes resultantes de esta articulación entre investigación, transdisciplina, extensión y transferencia en

la redefinición y alcance de los estudios de antropología de la salud en nuestra región, acorde a demandas de diferentes sectores sociales extraacadémicos.

Aproximaciones iniciales al estudio de los PSEA en el departamento de molinos

Los antecedentes de la producción en torno a los PSEA (Laurell, 1982; Menéndez, 1994) tuvieron, en el Museo de La Plata —institución en la que se origina nuestro equipo—, una orientación inicial hacia el estudio de las «costumbres médicas» en poblaciones denominadas «nativas» o folk (Vivante, 1949; 1952; Vivante y Palma, 1968; 1971)¹-. En esta producción se advierte claramente la conexión con vertientes teóricas como la Escuela Histórico-Cultural en antropología, con profundos nexos en el medio académico local (Teves y otros, 2011). Especialmente en los primeros trabajos de Vivante se reconoce el interés por rastrear el origen y rutas de difusión de creencias etiológicas y prácticas curativas y sus equivalencias con aquellas registradas en otras regiones. Estos trabajos se enmarcan en lo que denominó «medicina folclórica» (Vivante, 1959). Los trabajos posteriores comienzan a interesarse por la relación entre medicina folclórica y medicina científica, especialmente aquellos en colaboración con Néstor Palma. En ellos se abandona progresivamente el énfasis descriptivo para orientarse al abordaje de problemas prácticos, y se acentúa en la utilidad del conocimiento antropológico en el campo de la salud pública (Vivante y Palma, 1968). Asimismo, se destaca en estos trabajos la visión crítica de los programas de salud pública que no toman en cuenta las «medicinas» y «culturas folk» y muestran su interés por destacar la necesidad de entender los PSEA en términos bioculturales, definiendo su visión acerca del objeto y alcance de la Antropología Médica (Name, 2008).

Las investigaciones posteriores reconocen los aportes de estos «ancestros», enmarcadas inicialmente en proyectos orientados hacia la descripción de las estrategias de subsistencia de la población de los Valles Calchaquíes, que involucran el manejo de recursos del ambiente. El inicio de estos estudios coincide con el desarrollo de una etnografía al estilo «clásico», necesariamente descriptiva, adecuada a un primer abordaje de problemas vinculados con las formas de entender y atender la salud y la enfermedad desde un punto de vista antropológico.

¹ La mayor parte de los trabajos de antropología médica publicados entre las décadas de 1940 y 1970 pertenece a estos autores y se trata de libros y artículos difundidos en revistas de antropología argentina como RUNA, Relaciones y la Sección Antropología de la Revista del Museo de La Plata; revistas de Salud Pública, como la del —en ese entonces— Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires y la de la Facultad de Medicina de la UBA (Name, 2008).

Expresivos de este enfoque son los estudios realizados en el Departamento de Molinos y publicados entre las décadas de 1970 y 1990 por investigadores que nos formaron y que fundaron e integraron nuestro equipo de investigación hasta muy recientemente. Estas investigaciones adoptaron un enfoque folklórico y contribuyeron a sistematizar el corpus de costumbres médicas «tradicionales» o «populares» (Crivos, 1978, 2003), abordando las creencias y prácticas que conforman «teorías nativas» acerca de la salud y enfermedad, principalmente a través del discurso de los «médicos campesinos» (Crivos y Eguía, 1981). El discurso de los expertos fue tomado como un referente homogéneo sobre las acciones terapéuticas. Luego, en la década de 1990, las investigaciones se amplían hacia la consideración de las estrategias frente a la enfermedad a escala doméstica, incluyendo el estudio del manejo de recursos del entorno natural de valor terapéutico. En esta etapa, los estudios adoptan una perspectiva etnobiológica (Pochettino y Martínez, 1998; Crivos y Martínez, 1996, 1999; Martínez y Pochettino, 2004). En estas investigaciones, el abordaje de las creencias y prácticas médicas se enmarca en la consideración del modo de vida molinista como expresivo de la vigencia de estrategias de adaptación a un entorno con características ecológicas específicas.

El énfasis en la perspectiva etnográfica se potencia con las consideraciones introducidas a partir del enfoque pragmático de la noción de modo de vida, la que orienta el trabajo sobre los problemas de salud en Molinos. Empíricamente esto se logra a través de la relación entre significados y contextos, lenguajes y actividades culturales, en este caso su aplicación a la actividad de cuidado y atención de la salud. El abordaje adoptado trasciende el análisis lingüístico para centrarse en la comprensión del significado de expresiones y categorías en el marco de las actividades de cuidado de la salud en las que se expresan y los contextos en las que son utilizadas (Crivos, 2003; Teves, 2011).

Como resultado de estas investigaciones, emergen problemáticas que justifican la necesidad de atender a la variabilidad de creencias y prácticas en torno a la enfermedad, incorporando así la metodología del estudio de casos (Crivos, 1998; 2003). Este giro hacia el análisis de casos, y de la secuencia terapéutica emergente, organizó el estudio del dominio de las prácticas médicas tornando necesario trascender el discurso experto ya que resulta insuficiente para dar cuenta de las particularidades y complejidades de los contextos específicos en los que los PSEA se desarrollan (Crivos, 2003; Remorini, 2009). En este sentido, la metodología de casos resultó una estrategia superadora de los enfoques descriptivos acerca de conocimientos y prácticas médicas locales «tradicionales», presentes en distintos estudios sobre la región del NOA (Crivos y Martínez, 1996; Crivos y Martínez, 1999; Martínez y Crivos, 2010).

La adopción de esta metodología, combinada con la etnografía, permitió poner en discusión ciertos dualismos imperantes en algunas investigaciones en el medio académico local, tales como la oposición entre medicina folk y

«científica»² o «tradicional» y «moderna», entre «saber popular» y «conocimientos biomédicos» o entre medicina «hegemónica» y «subalterna», con énfasis en el proceso de medicalización. Este abordaje evidencia que un planteo basado en tales oposiciones resulta insuficiente para abordar la articulación entre diversos saberes médicos que confluyen en cada contexto. Nuestra experiencia de investigación —tanto aquí como en otras comunidades rurales (Remorini, 2009; Sy, 2008; Sy y Remorini, 2009)— muestra que la multiplicidad de intervenciones de las instituciones de salud o de los agentes de la biomedicina modifican, cuestionan o legitiman saberes y prácticas vernáculos, pero no determinan ni unifican las trayectorias de los PSEA. De este modo, y progresivamente, el abordaje de los PSEA dio mayor lugar al análisis de la variabilidad interna existente en las comunidades vallistas, que dan cuenta del amplio espectro de intereses y estrategias individuales y grupales que hacen posible explorar nuevas alternativas frente a diversos problemas cruciales a la subsistencia.

Es así que, en la última década, asistimos a transformaciones ecológicas diversas en la región que alertan sobre la relevancia de atender a la flexibilidad, porosidad, aprendizaje, intercambio y movilidad que caracterizan a estas comunidades. En tal sentido, los estudios contemporáneos deben focalizar en las estrategias de la población y de las instituciones locales para afrontar los desafíos que plantean tales transformaciones (Teves y otros, 2011; Crivos y otros, 2015).

Un recorrido crítico por nuestra producción como equipo nos conduce a reconocer la necesidad de redefinir problemas y, por ende, las metodologías de trabajo, considerando especialmente aquellas que potencian la utilización de diferentes herramientas para la sistematización, procesamiento y análisis de información mixta. En este sentido, reconocemos momentos en que los «giros» teórico-metodológicos coincidieron con la emergencia de nuevos problemas de investigación (figura 1).

Del estudio de la medicina tradicional al estudio de las estrategias de cuidado y atención de la salud y enfermedad desde un abordaje ecológico y relacional

Partiendo del reconocimiento de la diversidad que exhibe la región de los Valles Calchaquíes, las investigaciones más recientes sobre los PSEA adoptaron un

² Por ejemplo, en los trabajos de Vivante y Palma se advierte una contraposición entre dos sistemas médicos (el de los grupos denominados folk y el de la medicina científica) en tanto sus «fundamentos ideológicos» son diferentes entre sí porque forman parte de «contextos culturales» diversos. Esta idea se irá desarrollando en mayor profundidad en trabajos posteriores, que son de autoría exclusiva de Palma (Name, 2008).

enfoque ecológico (Bronfenbrenner, 1987; Harckness y Super, 1986; Hertzman, 2010) y relacional (Smith y Christakis, 2008; Ceron, 2009; Valente, 2010; Lizardi Gómez, 2010) de las actividades de cuidado y atención de la salud como parte de las estrategias de subsistencia. La perspectiva transdisciplinaria de la ecología del desarrollo y salud humana pone el acento en la actividad, en lo que las personas hacen de manera rutinaria en los entornos en que participan de manera organizada, y en las consecuencias que estas actividades tienen sobre sus trayectorias de salud y desarrollo.

Ello exige la consideración de los múltiples entornos en los que los individuos participan, de los vínculos que entablan con sujetos e instituciones localizados en diferentes niveles contextuales, así como de las condiciones materiales que los caracterizan y que tienen incidencia en la salud. Específicamente, nuestra atención se dirige a las actividades, saberes y recursos de diferente origen implicados en la atención y cuidado de la salud y en la identificación y análisis de factores de riesgo frente a problemas de salud propios del contexto ecológico. Esto se traduce en un interés por considerar procesos y variables que afectan la accesibilidad a recursos como parte de las rutinas cotidianas y sus implicancias en el estado de salud de las comunidades vallistas. Consideramos los recursos en un sentido amplio, incluyendo los medios disponibles para llevar a cabo un propósito vinculado con el cuidado y atención de la salud. Es decir, todos aquellos saberes, instituciones, medios y vínculos sociales a los que se apela efectivamente o potencialmente.

A partir del abordaje de las formas de organización y los recursos implicados en la resolución de problemas de subsistencia, como el cuidado de la salud y atención de la enfermedad, será posible caracterizar la dinámica interna de las unidades domésticas a la vez que trazar las redes de relaciones que vinculan la unidad doméstica (el nivel micro) con niveles de organización más amplios (niveles meso y macro) (Teves, 2011; Crivos y otros, 2014). Las estrategias de subsistencia de los grupos domésticos implican diferentes modos y niveles de articulación que se expresan en las redes sociales, conectando individuos e instituciones (educativas, sanitarias, religiosas, políticas, económicas) a diferentes escalas o niveles estructurales (Palermo, 2016).

La interacción entre las características ecológicas de los entornos (desde localización geográfica, recursos disponibles e infraestructura hasta políticas públicas) y las actividades de las personas, se torna central para entender los factores que actúan a micro, meso y macro niveles en la salud de una comunidad y para establecer la validez ecológica de prácticas y estrategias relacionadas con la salud. Un aspecto clave para entender esto es observar el modo en que la organización y las prácticas rutinarias del personal de salud local impactan en las prácticas rutinarias de la población y cómo favorecen o limitan el acceso y uso efectivo de recursos críticos para la salud.

Para comprender la relación entre modos de organización de las actividades

de la población y de los agentes de salud, resulta necesario contextualizarla considerando las características ecológicas del entorno estudiado, las formas de articulación entre actividades y actores a diferentes niveles y la incidencia que tienen éstos en la planificación e implementación de las políticas públicas en Molinos.

Subsistencia y salud en los Valles Calchaquíes

Molinos se localiza a 2220 msnm y a 210 km de la ciudad de Salta, capital provincial. Parte de la población se encuentra dispersa en valles, quebradas y cerros, donde practican actividades de subsistencia que dan cuenta de un manejo de recursos del entorno que puede rastrearse hasta tiempos prehispánicos. La población que habita esta región es producto del mestizaje indígena e hispánico (Teves, 2011; Remorini, 2013). Si bien mayormente la población se autoidentifica como criolla, en la última década se han organizado sectores dentro de estas comunidades que se identifican como población originaria o diaguita-calchaquí (Remorini y Palermo, 2015a), vinculada con procesos sociopolíticos recientes en torno al reconocimiento de la identidad y los derechos de estos pueblos.

La localidad cabecera es referida como «el pueblo» (o «el bajo») y las áreas rurales son denominadas «fincas» (los «cerros» o el «alto»). La fundación del pueblo, sede de actividades administrativas, políticas, comerciales y de servicios, data de mediados del siglo XVII y actualmente cuenta con 1166 habitantes, según el censo local de 2015. Las familias residentes en los cerros practican tareas agropecuarias, combinando la producción para la finca con la producción para el consumo de la unidad doméstica (Teves, 2011). Recientemente, numerosas fincas con bodegas artesanales han sido adquiridas por industriales extranjeros y argentinos, registrándose un auge de la actividad vitivinícola y del turismo. En el pueblo los habitantes tienen una menor dedicación a estas actividades, ya que pocas familias poseen espacios para el cultivo y cría de ganado. En su lugar, adquiere relevancia la incorporación del comercio, el trabajo asalariado y nuevas oportunidades de formación y práctica profesional (Morgante y Remorini, 2018).

La vida y la salud de estas comunidades dependen estrechamente de condiciones ambientales, en ocasiones extremas, debido a la combinación de la localización geográfica, elevada altitud, variaciones climáticas estacionales, disponibilidad estacional de agua, falta de infraestructura y de sistemas de comunicación y transporte apropiados y accesibles. Actualmente se observan cambios en la subsistencia y en la atención de la salud debido a transformaciones en la organización y producción de las fincas, así como la ampliación de políticas públicas en salud, educación, vivienda y turismo. Estos cambios trajeron aparejado la reducción de espacios para el cultivo y cría de

animales en las fincas y su orientación hacia la producción vitivinícola y el turismo, la relocalización de la población, la modificación de las viviendas, junto con la ampliación de servicios públicos, de educación y comunicaciones, oferta de empleo fuera de la zona —o bien en el pueblo, pero orientada al turismo—, y, aunque en menor medida, el acceso al sector privado de atención y cobertura de obra social (Martínez y Crivos, 2010; Teves, 2011, Crivos y otros, 2016; Palermo, 2016 ; Crivos y otros, 2017; Remorini y otros, 2018). Todas estas situaciones suponen un desafío a la planificación e implementación de servicios equitativos de atención y cuidado de la salud.

Desde el punto de vista de los servicios sanitarios, Molinos pertenece al Área Operativa XXVI, e incluye el hospital provincial Abraham Fernández, localizado en el pueblo, y seis puestos sanitarios en las fincas. Según datos del 2015, cuenta con una población objetivo de 2424 habitantes. El hospital cuenta con tres médicos, dos odontólogos, bioquímico y personal paramédico y atiende patologías de primer nivel de complejidad. Recibe pacientes provenientes de las fincas y deriva las patologías más severas y partos a centros de mayor complejidad. Los puestos sanitarios cuentan, idealmente, con un enfermero y un agente sanitario.

La ampliación de los servicios de salud pública en la región en las últimas décadas supuso un conjunto de transformaciones en las prácticas de la población, no obstante lo cual, en las unidades domésticas continúa apelándose a recursos medicinales locales y consulta a «médicos campesinos» de manera combinada o complementaria a los recursos y prácticas de origen biomédico, tal como revela el seguimiento de «casos» y la consecuente reconstrucción de las secuencias terapéuticas (Crivos, 2003 Remorini y Palermo, 2016, Remorini y otros, 2018).

La atención de la salud de estas comunidades depende principalmente del sistema público. En el caso de la población vulnerable —embarazadas, puérperas, recién nacidos, niños pequeños, personas mayores o con movilidad reducida o discapacidad—, los factores ecológicos antes descritos juegan un rol crucial en la planificación e implementación de las acciones de cuidado y atención. En este sentido, tal vez el impacto más significativo en lo cotidiano se debe a la consolidación de las estrategias de APS, que se focalizan específicamente en el sector materno-infantil.

De manera similar a otras regiones del NOA (Hirsch y Ospina, 2011; Hirsch, 2015), a partir de mediados de la década de 1990 en Molinos se acentúan las visitas domiciliarias de los agentes sanitarios como parte de los programas de APS (Ministerio de Salud de Salta, 1996 Palermo, 2014; Remorini y Palermo 2015a, 2015b). Más recientemente, a partir de políticas públicas focalizadas se expande la población objetivo incluyendo niños de seis a nueve años, adolescentes, y mujeres de 20 a 64 años. Estos programas de alcance universal han impactado considerablemente en la población materno-infantil ya que han

aumentado los controles gestacionales y del recién nacido, el diagnóstico de patologías o riesgos durante la gestación, los partos institucionalizados y se han reducido los índices de morbilidad. Sin embargo, las dificultades de infraestructura y de disponibilidad de personal de salud continúan siendo problemáticas, principalmente en las fincas. Esto se observa especialmente con respecto a la atención de emergencias, los partos y cesáreas y la detección y atención oportuna de los niños pequeños.

Articulando metodologías y escalas de análisis

Desde hace diez años al presente, se retomaron en Molinos las investigaciones sobre los PSEA de manera sistemática desde el enfoque descrito antes, en virtud de la necesidad de atender a la complejidad de factores implicados en las actividades rutinarias de cuidado y atención de la salud. Para ello, fue necesario diseñar una estrategia de investigación que articule los datos etnográficos con otro tipo de datos mixtos: relacionales, demográficos, epidemiológicos y geoespaciales.

De este modo, el abordaje de las estrategias a escala doméstica de cuidado y atención de la salud basada en entrevistas y observación sistemática de las actividades rutinarias (Remorini, y otros, 2010; Jacob y otros, 2011; Remorini, 2013; Remorini y Palermo, 2016; Remorini y otros, 2018; Morgante y Remorini, 2018), se amplió hacia el análisis de las interacciones entre familias y agentes y personal de salud local (Palermo, 2014; Remorini y Palermo, 2015 a; 215b; 2017, 2018) y al seguimiento de las secuencias terapéuticas implicadas en la resolución de casos de enfermedad³. Esto dio lugar a un trabajo de tesis en curso (Palermo, 2016) que combina datos etnográficos y relacionales con el fin de describir, analizar y comparar itinerarios terapéuticos de mujeres durante la etapa perinatal y de los niños, reconociendo instancias de articulación entre actores, recursos y prácticas a diferentes niveles. Conjuntamente, profundizamos nuestro abordaje en las estrategias de APS y su impacto en la disponibilidad y accesibilidad de recursos para la salud en estas poblaciones, a través del análisis de las actividades de los agentes sanitarios (Teves y Remorini, 2017; 2018; Teves y otros, 2018).

A partir de este giro, el abordaje teórico-metodológico de los PSEA contempla los múltiples factores y procesos que inciden en los niveles micro, meso y macro, que van desde las decisiones y prácticas a escala doméstica o las condiciones materiales —como la infraestructura sanitaria o las redes de caminos—, hasta las adaptaciones locales de las políticas públicas. Este abordaje fue

³ Aquí retomamos antecedentes clave de nuestro equipo, el trabajo de tesis de Marta Crivos (2003) y de Anahí Sy (2008) y el propio trabajo de una de las autoras de este artículo (Teves, 2011).

construyéndose progresivamente a partir de los resultados del trabajo etnográfico, del reconocimiento de problemas en la accesibilidad a datos complejos sobre la salud de la población, de la receptividad a demandas específicas del personal de salud y del diálogo con profesionales de otras disciplinas (Teves y otros, 2018). Esta orientación en los estudios acompaña la consolidación de nuestro equipo como Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA).

La investigación adopta así un diseño de métodos mixtos (Teddlie y Tashakkori, 2006; Tashakkori y Teddlie, 2009; Onwuegbuzie y otros, 2009; Small, 2011; Creswell, 2013; Schensul y LeCompte, 2013; Schiazza, 2013; Domínguez y Hollstein, 2014; Plano-Clark y Creswell, 2014; Smith, 2016) que incluye observación sistemática y participante, entrevistas semiestructuradas, relevamiento genealógico, encuestas de redes sociales, georreferenciación y mapeo participativo (Tetamanti y otros, 2018). Específicamente, la combinación de las técnicas clásicas de la etnografía con desarrollos cuantitativos como el análisis de redes sociales (ARS en adelante) recupera los planteos de Bernard (2006), Scheibelhofer (2008), Hollstein (2011), Gamper et al. (2012) y Bellotti (2015), quienes proponen la necesidad de situar los resultados del ARS en contextos culturales específicos, vinculando las estrategias rutinarias de la gente con patrones cambiantes de organización social.

Estos nuevos proyectos buscan generar conocimiento aplicable a problemas prácticos y se orientan por preguntas tales como: ¿Cómo es la organización social local de las prácticas de cuidado y atención de salud? ¿Qué impacto tiene esta organización en la resolución de problemas de salud cotidianos y en los modos de interacción con agentes e instituciones del sistema de salud? ¿Cuál es la contribución de la metodología etnográfica y el ARS a la comprensión de la organización de atención de salud y sus relaciones en los niveles micro, meso y macro? ¿En qué medida puede optimizarse la estrategia de APS integrando datos culturales, sociales, geoespaciales y epidemiológicos?

Este último interrogante nos condujo a enfocar en las formas de implementación de los programas de APS en Molinos, especialmente en la actividad diaria de los agentes sanitarios (AS), lo que derivó en nuevas preguntas: ¿Cómo los AS conceptualizan y comprenden su trabajo? ¿Cómo realizan las tareas esperadas? ¿Cómo circulan en el territorio y de qué tipo de recursos —sociales y materiales— dependen para brindar atención primaria de salud? ¿Cómo podemos capitalizar la rica y profunda experiencia que tienen los AS de la población y del contexto ecológico para adaptar la política pública a la cultura y las prácticas locales de atención de salud?

Agentes sanitarios: territorio, circulación, vínculos y recursos

Un análisis del impacto de las estrategias de APS requiere contemplar la

combinación de situaciones mencionadas antes: la población que reside en las áreas rurales se distribuye de manera dispersa en un territorio extenso y poco accesible durante gran parte del año, a lo que se añaden su diversidad cultural y lingüística y las diferencias en el acceso a los recursos naturales y en las modalidades de subsistencia. Todo ello implica un esfuerzo de planificación para alcanzar la cobertura universal y garantizar la accesibilidad a los servicios de salud. En este sentido, la equidad depende de considerar la variabilidad étnico-cultural e implica adaptaciones de las intervenciones de APS para adecuarlas a los contextos locales (OPS/OMS, 1997; Cuyul y otros, 2011; Lorenzetti 2010).

La implementación del programa de APS se basa principalmente en las acciones de los AS, trabajadores originarios de la comunidad con formación específica en higiene, primeros auxilios, vacunación, prevención, promoción y recuperación de la salud, coordinados por profesionales del Hospital (Ministerio de Salud de Salta, 1996). Entre sus actividades, y como herramienta de registro y de planificación de las visitas se destaca la elaboración de cartografías «a mano alzada» o «mapas cognitivos» (Reichel y Frömming, 2014, Tetamanti y otros, 2018).

Con el fin de caracterizar sus actividades y vínculos, realizamos observaciones, seguimiento y registro de las visitas domiciliarias y recorridos por el territorio, lo que permitió registrar sus interacciones con la población y sus actividades centrales. Asimismo, implementamos entrevistas semiestructuradas a estos AS para relevar datos sobre sus trayectorias, perspectivas y demandas en torno a su labor, sus vínculos sociales, el conocimiento local y los recursos a los que estos apelan para transitar el territorio, monitorear las condiciones de salud de la población local y brindar atención primaria de salud. Por otra parte, realizamos encuestas de redes sociales en la población de Molinos sobre vínculos relevantes a un conjunto de actividades y sobre los lazos interpersonales más importantes para el apoyo social (Barriach y Trebucq, 2017).

De las entrevistas y encuestas de ARS surgió que los AS resultan actores clave de la red de apoyo y provisión de recursos fundamentales para la salud y la subsistencia de las unidades domésticas. Asimismo, las estrategias de los AS dependen fuertemente de los vínculos que entablan con la población de cada sector para el logro de sus objetivos. Analizamos el impacto que esta relación con los AS tiene sobre las creencias, valores y prácticas de la población, especialmente en lo que concierne al cuidado y control de la salud y desarrollo infantil (Palermo, 2014; Remorini y Palermo, 2015). Ello dio lugar a hipótesis sobre la relación entre la estructura de la red social de apoyo y el capital social de las personas en términos de vínculos que aportan recursos específicos para su salud.

Retomando lo planteado anteriormente, queda claro que en Molinos las particularidades geográficas, climáticas y las condiciones actuales de infraestructura pueden generar restricciones en el acceso a los servicios de salud

y pueden constituir obstáculos para el trabajo asistencial de los AS, el cual implica la circulación por un territorio de 2702 km². El conocimiento que los AS poseen de las características de este espacio se basa en su experiencia práctica de habitar y circular en este entorno, de su participación en actividades compartidas con la población, así como en su capacidad para identificar y evaluar recursos y riesgos que este territorio ofrece para su tarea. En este sentido, las decisiones para la planificación de los recorridos y la resolución de problemas en la atención de la salud varían para cada uno de los seis sectores asignados a los AS dentro del Área Operativa.

Teniendo en cuenta lo anterior indagamos sobre la organización de los recorridos y las redes de apoyo involucradas. De ello resultó que estos «mapas cognitivos» son un instrumento central en la labor de los AS, cuya construcción se basa en la experiencia propia y tienen en cuenta particularidades del sector y los problemas que se les presentan, siguiendo las normativas del Manual de APS (Ministerio de Salud de Salta, 1996). Entre ellos podemos mencionar factores geográfico-ambientales, variaciones estacionales, las características de la población «en riesgo», estimaciones acerca de la movilidad y el tiempo que insumen los recorridos. Al respecto, cada AS elabora una regionalización interna a su sector, en función de criterios propios que articulan los factores mencionados (Teves y otros, 2018).

Varias cuestiones emergen de la observación y análisis de labor de los AS. En primer lugar, la práctica de construcción y uso de estos «mapas cognitivos» no solo informa sobre la presencia o ausencia de grupos de riesgo u otros factores que intervienen en la planificación de APS, sino que ofrecen una visión integral y detallada de la organización social y económica y de los recursos de cada sector. A modo de ejemplo puede mencionarse que en algunos sectores los recorridos implican largas distancias y por las características del terreno no pueden ser transitados en vehículos. En estas situaciones los AS pueden apelar a medios de transporte facilitados por vecinos del lugar (caballos, burros, motocicletas) con quienes mantienen vínculos de parentesco, amistad o vecindad. Estas personas también colaboran ofreciendo lugar de descanso, comidas o compañía durante las visitas. En tal sentido, la expectativa de contar con estos recursos de apoyo social interviene de manera decisiva en el orden, cantidad y duración de las visitas, así como en el sentido del recorrido.

Estos factores son articulados por cada AS junto a los criterios de priorización según riesgo. La priorización según riesgo en la población materno-infantil es la base para la planificación y organización de los servicios de APS, determinando la frecuencia de visitas por ronda sanitaria a cada unidad doméstica. No obstante, en virtud de la evaluación de la población de su sector, cada AS identifica diferentes problemáticas, que, aunque no sean de registro obligatorio, pueden conducir a reorganizar las visitas. Por ejemplo, el seguimiento de adultos mayores es una prioridad para algunos AS, no solo debido a su condición de

salud, sino también por las características de su red social, es decir, si sus familias pueden responsabilizarse por su cuidado, si viven solos, o en viviendas poco accesibles geográficamente. Asimismo, si el AS identifica que existe alguna situación que dificulta su llegada a las unidades domésticas o el acceso de las personas al puesto sanitario o al hospital, busca garantizar esta accesibilidad, introduciendo modificaciones en su planificación mensual y apelando a recursos y redes sociales disponibles.

Nuestro análisis muestra que los AS toman decisiones en el desarrollo de sus tareas que inciden en la accesibilidad de la población a los servicios de salud y a bienes o prestaciones públicas. Asimismo, nos permite plantear que los AS continuamente innovan en su práctica cotidiana basados en su experiencia con la población y su conocimiento profundo del entorno. Sus actividades van más allá de lo establecido programáticamente y generan registros de información sobre el modo de vida local que constituyen un recurso valioso para la investigación de factores que facilitan u obstaculizan la atención de la salud. Los AS poseen un manejo experto de información múltiple y compleja que debe articularse con datos epidemiológicos, con el propósito de evaluar factores y contextos de riesgo para la salud de la población. Esta información resulta clave, además, para identificar situaciones novedosas, construir hipótesis, plantear nuevos interrogantes y generar datos más allá de los requeridos programáticamente.

En virtud de estos resultados, identificamos en la cartografía un recurso con potencial para la expresión de su conocimiento y experiencia a la vez que materializa las innovaciones que emergen de la práctica de los AS. Asimismo, advertimos que su potencial puede expandirse mediante su combinación con otro tipo de herramientas y datos geospaciales y epidemiológicos. A partir de ello, y de intercambios con los AS y el personal de salud local, diseñamos diferentes actividades de capacitación y transferencia de herramientas conceptuales y técnicas para la elaboración de «mapas a escala», es decir, georreferenciados, que normalicen y digitalicen los mapas utilizados por el personal sanitario (Teves y Remorini, 2017; 2018). Lo que advertimos fue que, en el actual escenario de trabajo, las potencialidades de la cartografía para la articulación de diferentes tipos de datos no están suficientemente aprovechadas, ya que no se dispone de dispositivos que faciliten la recolección, sistematización, triangulación y transmisión de esta información.

Si bien el mapa cognitivo posee un enorme valor en términos antropológicos en tanto representa la percepción cultural sobre el territorio y entorno, estos mapas no son georreferenciados, es decir, no incluyen el posicionamiento exacto en términos de coordenadas geográficas, lo que conlleva dificultades para la atención de la población durante emergencias o si el AS debe ser reemplazado o reasignado. Tampoco pueden transferirse directamente a un mapa a escala o un Sistema de Información Geográfica (GIS). El uso de mapas en soporte papel

y desvinculados de bases de datos no permite integrar la información de los seis subsectores del AO XXVI, requisito central del Programa de APS provincial. Por último, resulta compleja y trabajosa su actualización, lo que puede derivar en pérdidas de información. Asimismo, sus posibilidades para compartir y compatibilizar esta información a diferentes niveles son limitadas (Teves y otros, 2018).

En síntesis, planteamos actividades conjuntas con el personal de salud local y provincial, que integran la investigación y la extensión universitaria basada en la transferencia de conocimientos, datos y tecnología que permitan construir colaborativamente instrumentos que combinen las ventajas respectivas del «mapa cognitivo» y del «mapa a escala» para optimizar el diagnóstico y evaluación de situaciones complejas y que puedan ser aprovechados por todo el equipo de salud.

Un primer nivel de resultados fue la generación de mapas participativos por ronda con información de salud georreferenciada de interés para APS en cada uno de los sectores. Entre ellos se destacan cartas con registros de recién nacidos y puerperas, niños menores de seis años con riesgo de bajo peso para la edad, casos de hipertensión arterial, casos de diabetes mellitus, presencia de personas mayores, entre otros ejemplos. Dicho instrumento proporciona la visualización de los datos en forma inmediata, y facilita la posterior comparación sucesiva para futuros análisis epidemiológicos de utilidad para el desarrollo de acciones del programa de APS.

El diálogo generado a partir de la evaluación de resultados y avances permitió reconocer cómo este instrumento introduce innovaciones que implican trascender el uso de los mapas como representación gráfica del territorio (Barcellos y Bastos, 1996; Loyola y otros, 2002; Reichel y Frömming 2014) para integrar diferentes tipos de datos que admiten múltiples lecturas. Así, pensamos que estos mapas se convierten en dispositivos con criterios y lenguaje unificados que facilitan la comunicación y trabajo colectivo, generando nuevas articulaciones entre niveles de descripción y análisis, posibilitando modelizar en función de un territorio y de una población particular (Rotela y otros, 2014; De Pietri, García y Rico 2008, Tetamanti y otros, 2018).

PERIODO	OBJETO	ENFOQUE
1950	Tradiciones	Folklore Folklore médico Médicos campesinos
1980	Narraciones	Antropología Cognitiva Medicina tradicional. Narrativa de casos. Análisis discursivo. Contextos para la toma de decisiones.
1990	Conocimiento Local	Etnobiología Taxonomías de recursos naturales. Delimitación de espacios/ambientes. Conceptualización y clasificaciones nativas. Aplicación de saberes locales a problemas prácticos de la subsistencia.
2000	Modo de Vida	Pragmatismo Etnográfico Subsistencia. Unidad doméstica. Secuencia de Actividades. Redes personales.
2010	Subsistencia y estrategias de cuidado y atención de la salud y enfermedad	Enfoque ecológico Multiplicidad de entornos. Actividades cotidianas: efectos sobre salud y desarrollo.
		Análisis de redes sociales (ARS) y Toma de decisión Estructura y dinámica de vínculos. Trayectorias de atención y cuidado de la salud. Casos y secuencia terapéutica.
2016		Métodos mixtos Interacciones multinivel o micro-macro (ARS). Cartografías y Análisis geoespacial: territorio, circulación, recursos, actores y vínculos. Correlación de datos etnográficos, espaciales, epidemiológicos, demográficos y relacionales.
		Etnografía Aplicada Transdisciplinariedad: Etnografía, Geología, Geografía, Epidemiología, Salud Pública. Transectorialidad: Articulación con instituciones públicas y la comunidad. Innovaciones sociales y tecnológicas.

Figura 1. Enfoques teórico-metodológicos de las investigaciones del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA)

Consideraciones finales

Métodos mixtos, transdisciplina y transectorialidad en el abordaje de los PSEA como objeto complejo

Los estudios antropológicos sobre los PSEA tienen un extenso desarrollo en Latinoamérica, ya sea que se enmarquen en la antropología médica, en la antropología de la salud —como se la denomina más recientemente en algunos países— o en conexión con disciplinas o campos afines, como la psicología, la sociología, la salud pública y la salud colectiva.

El desarrollo en nuestra región de estudios en este campo reconoce necesariamente los antecedentes europeos y norteamericanos en el abordaje de las costumbres e instituciones médicas (etnomedicina, medicina tradicional, medicina folklórica) en comunidades que se denominaron no occidentales, nativas, aborígenes o campesinas. Tanto en algunos países americanos como europeos, el camino desde el «folklore médico» a la «antropología médica» (Comelles y otros, 2012) supuso un conjunto de transformaciones tanto en el objeto, en los problemas de investigación como en las metodologías. Los problemas planteados por las elecciones metodológicas y por la conexión más o menos cercana entre la antropología y la medicina, distinguen tradiciones de investigación que se aproximan más a los desarrollos norteamericanos, o bien, más a los europeos.

La antropología aplicada representó un campo de intersección entre los intereses de ambas disciplinas, y suscitó debates con proyecciones académicas y políticas. Diversas situaciones económico-políticas que impactaron en las comunidades indígenas y rurales, la expansión de programas y servicios de salud y el desarrollo económico en la región, junto con la «crisis del modelo médico» (Menéndez, 1985), condujeron a redefinir problemas y repensar la relación entre la investigación antropológica y la salud pública (Sy, 2008). Asimismo, se cuestionaron abordajes que no toman en cuenta los múltiples factores que actúan en diferentes niveles estructurales para explicar las particularidades de los PSEA en distintos conjuntos sociales latinoamericanos, donde la diversidad de prácticas culturales debe ser analizada de manera articulada con estos factores (Scheper-Hugues, 1990, 1997).

En las últimas décadas emergen, en los países latinoamericanos, múltiples abordajes que representan un esfuerzo de diálogo y articulación entre disciplinas, teorías, metodologías y datos (Spinelli, 2004; Almeida-Filho, 2006; Menéndez, 2009).

No es nuestro propósito aquí recorrer el camino ya muchas veces transitado de la historización del desarrollo de los estudios en antropología médica o de la salud, sino recuperar este contexto para plantear conexiones entre algunos de estos antecedentes con nuestra propia trayectoria como equipo. En este sentido, el anclaje en el Museo de La Plata sitúa nuestro origen en estrecha vinculación con estudios realizados en el marco de la incipiente consolidación de la etnografía como una subdisciplina y una «división» de la antropología en dicha institución, orientada a la descripción de las poblaciones nativas de nuestro territorio (Soprano, 2006; Teves y otros, 2011). En este contexto emergen descripciones de las costumbres médicas desde un enfoque folklórico y el interés por rastrear sus orígenes y sus analogías con las de otras poblaciones (Name, 2008). Esta situación presenta analogías con el desarrollo de los estudios en algunas regiones de Europa (Comelles y otros, 2012).

A partir de estos antecedentes, y acompañando nuestra consolidación como

equipo interesado en la aplicación de los datos etnográficos a problemas que se plantean en instituciones de la comunidad, hemos dado cuenta en las páginas precedentes de los sucesivos «giros» en nuestra investigación de los PSEA (figura 1) y su expresión en las publicaciones y en la generación de proyectos que articulan la investigación, la extensión universitaria y la transferencia. Ello ha dado lugar a un conjunto de innovaciones teóricas y metodológicas en el modo de hacer antropología de la salud respecto de nuestros ancestros.

La transición entre un abordaje de las creencias médicas como corpus normativo y homogéneo que da cuenta de «teorías nativas» (propio del enfoque de la antropología cognitiva), cuyo correlato en el ámbito metodológico fue el análisis discursivo (Crivos, 1998) a la consideración de los PSEA como parte de los problemas de subsistencia de las unidades domésticas en las comunidades vallistas, requirió optar por una aproximación pragmatista de la acción (Crivos, 2003; Crivos y Remorini, 2007). Así, trayectorias y actividades de cuidado y atención de la salud y la enfermedad a escala doméstica y sus articulaciones con factores y procesos que ocurren a niveles meso y macro se tornan objeto de análisis, lo que requiere de la expansión de la metodología para incorporar al análisis de la narrativa de casos y la secuencia terapéutica emergente, el análisis de redes sociales (ARS). Las herramientas y datos de la etnografía potenciadas con datos provenientes de la aplicación de otras técnicas en el marco de diseños de investigación de tipo mixto, posibilitó la combinación de diversas fuentes y registros, poniendo en valor una diversidad de información de interés sanitario, cuya transferencia al ámbito doméstico y de las instituciones de salud pública es inminente.

Progresivamente, adoptamos enfoques y metodologías que nos acercaron a un abordaje ecológico y relacional de las actividades y trayectorias vinculadas con la atención de la salud, que admitiera la integración de diferentes tipos de datos y la lectura de procesos que ocurren en diferentes escalas. Este camino de exploración de alternativas teórico-metodológicas hizo posible, asimismo, el diálogo transdisciplinar y transectorial que dio como resultado un conjunto de proyectos que tienen por objetivo articular experiencias, conocimientos, demandas e intereses de actores e instituciones locales y provinciales de salud. Como describimos en las secciones anteriores, en la última etapa, además de trabajar en estrecha colaboración con instituciones de salud y educación de Molinos, incorporamos a nuestros proyectos investigadores y profesionales de geología, geografía, informática, medicina y epidemiología. La retroalimentación entre investigación y extensión, derivada de compartir datos, reflexiones y preguntas a través del trabajo colaborativo, dio lugar a propuestas para desarrollar innovaciones tecnológicas y sociales en busca de optimizar el manejo de información y recursos implicados en las intervenciones y políticas de salud pública destinadas a estas comunidades vallistas.

Como resultado de estas instancias, hemos avanzado hacia la construcción

de mapas a escala a partir de los mapas cognitivos de los agentes sanitarios y la integración de los diversos tipos de datos en un GIS, en la capacitación, y en la transferencia de tecnología a las instituciones. Esto constituye la base para identificar variables, analizarlas y construir nuevas hipótesis sobre los factores, vínculos sociales y procesos que afectan el acceso y uso de recursos críticos para la salud en este entorno ecológico y desde una mirada transdisciplinar.

Estas nuevas experiencias de trabajo suponen un conjunto de desafíos técnicos y éticos para nosotras como antropólogas, nos conducen a reflexionar permanentemente sobre los alcances de nuestra investigación y del enfoque etnográfico, revalorar nuestros antecedentes como equipo y continuar nuestra búsqueda por opciones teórico-metodológicas que nos permitan afrontar estos desafíos.

Referencias Bibliográficas

1. Almeida-Filho, Naomar. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*, 2(2), 123-146. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.61>
2. Barcellos, Christovam y Francisco Inácio Bastos (1996). Geoprocesamiento, ambiente y salud: ¿una unión posible? *Cadernos de Saude Publica*, 12(3), 389-397. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1996000300012>
3. Barriach, Candela y Camila Trebucq (2017). Análisis de Redes de Subsistencia en Valles Calchaquíes, Salta. *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano - Series Especiales*, 4(1), 1-8.
4. Bellotti, Elisa (2015). *Qualitative networks: mixed methods in sociological research*. Londres y Nueva York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203837122>
5. Bernard, H. Russell (2016). *Research methods in Anthropology: Qualitative and quantitative approaches*. Lanham, MD: AltaMira Press.
6. Bronfenbrenner, Urie (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
7. Cerón, Alejandro (2010). Los caminos del enfermo en una comunidad K'iche' de Guatemala: una contribución del análisis de redes al estudio de los comportamientos de búsqueda de atención en salud. *Revista REDES*, 18(2), 14-46. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.387>
8. Comelles, Josep; Enrique Perdiguero-Gil y Ángel Martínez-Hernández (2012). En Francine Saillant y Serge Genest (orgs.), *Topografías: do folclore à antropologia médica na Espanha. Antropología médica: ancoragens locais, desafios globais* (pp. 177-199). Río de Janeiro: Fiocruz Editors.
9. Creswell, John W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and*

- mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
10. Crivos, Marta (1978). Algunos aspectos de la medicina popular en Molinos (provincia de Salta). *Sapiens*, 2, 15-27.
 11. Crivos, Marta (1998). La enfermedad como problema práctico. La metodología de casos en la investigación etnográfica de las actividades médicas. *Kallawaya, Nueva Serie*, (5), 59-62.
 12. Crivos, Marta (2003). *Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles Calchaquíes (Salta, Argentina)* (tesis de doctorado). La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
 13. Crivos, Marta (2014-2018). *Proyecto tetra anual acreditado: Caracterización antropológica del modo de vida. Implicancias teórico-empíricas de las estrategias de investigación etnográfica*. Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNLP. Programa de Incentivos (Nuevo Manual de Procedimientos aprobado por Resolución Ministerial N° 811/03). A partir del 01/01/14, código N781.
 14. Crivos, Marta y Amalia Eguía (1981). Dos estudios antropológicos sobre medicina tradicional de los Valles Calchaquíes, Argentina. *Folklore Americano*, 31, 71-76.
 15. Crivos, Marta y Carolina Remorini (2007). Entre el individualismo y el colectivismo. El contexto de la acción en la etnografía funcionalista y la filosofía pragmatista. En José Ahumada, Marzio Pantalone, Víctor Rodríguez (eds.), *-Epistemología e Historia de la Ciencia. Selección de Trabajos de las XVI Jornadas*, 12 (pp 173-179).
 16. Crivos, Marta y María Rosa Martínez (1996). Las estrategias frente a la enfermedad en Molinos (Salta, Argentina). Una propuesta para el relevamiento de información empírica en el dominio de la etnobiología. En *Contribuciones a la Antropología Física Latinoamericana (Memoria del IV Simposio de Antropología Física «Luis Montané»)* (pp. 99-104). La Habana: Instituto de Investigaciones Antropológicas - UNAM/Museo Antropológico Montané, Universidad de La Habana.
 17. Crivos, Marta y María Rosa Martínez (1999). Categorización de las enfermedades en una población de los Valles Calchaquíes (Salta, República Argentina). En Antonio Guerci, *Incontri tra Medicine. Meeting between Medicines* (pp. 116-123). Génova: Erga.
 18. Crivos Marta, María Rosa Martínez, Laura Teves, Carolina Remorini y María Morgante. (2015). Pragmatismo teórico-metodológico y trabajo de campo antropológico. Ponencia presentada al *IV Congreso Latinoamericano de Antropología. Simposio: De inventarios a itinerarios: Viejas y nuevas prácticas en metodología de la investigación cualitativa en América Latina*. México DF, 7-10 de octubre de 2015.
 19. Crivos, Marta, María Rosa Martínez, Laura Teves y Carolina Remorini (2016). Spaces for Transdisciplinary Dialogues on the Relationship

- between Local Communities and Their Environments: The Case of a Rural Community in the Calchaquí Valley (Salta, Argentina). *Anthropology in Action*, 23(2), 27-34. <https://doi.org/10.3167/aia.2016.230205>
20. Cuyul, Andrés, María Rovetto, Mariana Specogna (2011). Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2(7), 12-18.
 21. De Pietri, Diana E., Susana García y Osvaldo Rico (2008). Modelos geoespaciales para la vigilancia local de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(6), 394-402. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892008000600004>
 22. Domínguez, Silvia y Betina Hollstein (eds.) (2014). *Mixed Methods Social Networks Research: Design and Applications*. Nueva York, NY: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139227193>
 23. Gamper, Markus, Michael Schönhuth y Michael Kronenwett (2012). Bringing qualitative and quantitative data together: Collecting network data with the help of the software tool VennMaker. En Maytham Safar y Khaled Mahdi, *Social networking and community behavior modeling: Qualitative and quantitative measure*. (pp. 193-213). Hershey, PA: IGI Global. <https://doi.org/10.4018/978-1-61350-444-4.ch011>
 24. González Aguilar, Audilio, Adilson, Pinto, Alexandre Ribas Semeler y Ana Paula Alves Soares (2017). *Visualização de dados, informação e conhecimento*. Florianópolis: UFSC.
 25. Harkness, Sara y Charles Super (1986). The Developmental Niche: A Conceptualization at the Interface of Child and Culture. *International Journal of Behavioral Development*, 9(4), 545-569. <https://doi.org/10.1177/016502548600900409>
 26. Hertzman, Clyde (2010). Social Geography of Developmental Health in the Early Years. *Healthcare Quarterly* (Toronto, Ont), 13, 32-40. <https://doi.org/10.12927/hcq.2010.21981>
 27. Hirsch, Silvia (2015). Salud pública y mujeres indígenas del noroeste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención de la salud reproductiva. En E. Langdon y M. Cardoso (eds.), *Saúde Indígena. Políticas comparadas na América Latina* (pp. 169-192). Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina.
 28. Hirsch, Silvia y Marcela Amador Ospina (2011). La maternidad en mujeres jóvenes guaraníes del norte argentino: encrucijadas de la familia, la salud pública y la maternidad. En K. Felitti (coord.), *Madre no hay una sola: experiencias de maternidad en la Argentina* (pp. 155-177). Buenos Aires: Circus.
 29. Hollstein, Betina (2011). Qualitative Approaches. En J. Scott y P. J. Carrington (eds.), *Sage Handbook of Social Network Analysis* (pp. 404-417). Londres: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781446294413.n27>

30. Jacob, Analía, María Laura Palermo y Carolina Remorini (2011). Experiencias compartidas, trayectorias singulares. Embarazo, parto y puerperio en Molinos (Salta). Trabajo completo publicado en *Actas on line del X Congreso Argentino de Antropología Social*. 22 al 25 de noviembre de 2011 en la Facultad de Filosofía y Letras - Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/29462>
31. Laurell, Asa Cristina (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 2(1), 7-25.
32. Lizardi-Gómez, Alejandra (2010). Redes de apoyo para la atención a un padecimiento crónico en una comunidad transnacional. *REDES-Revista Hispana para el análisis de redes sociales*, 18(1), 47-82. <https://doi.org/10.5565/rev/redes.388>
33. Lorenzetti, Mariana (2010). Interculturalidad y salud: la construcción del indígena como «sujeto de derecho» y «sujeto vulnerable» en las intervenciones basadas en la Atención Primaria de la Salud. En *Actas del Congreso Latinoamericano y XI Congreso Nacional de Sociología Jurídica: Multiculturalidad, identidad y derecho* Buenos Aires: Facultad de Derecho UBA. (pp. 1-21).
34. Loyola, Enrique, Carlos Castillo-Salgado, Patricia Nájera-Aguilar, Manuel Vidaurre, Óscar J. Mujica y Ramón Martínez-Piedra (2002). Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(6), 415-428. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002001200007>
35. Martínez, María Rosa y Crivos, Marta (2010). About the hospital and other medical alternatives in Molinos' everyday life. En *Actas XVI International Oral History Conference*. Conference Papers, Praga.
36. Martínez, María Rosa, María Lelia Pochettino (2004). Análisis de los recursos terapéuticos utilizados en el Valle Calchaquí. Las mujeres dicen acerca de dolencias y «remedios». *Relaciones*, 29, 163-182.
37. Menéndez, Eduardo (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 7(28), 11-28.
38. Menéndez, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina -tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
39. Menéndez, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
40. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta (1996). *Manual del Agente -Sanitario*. Salta: Ministerio de Salud.
41. Morgante, María Gabriela, Carolina Remorini (2018). Estudio etnográfico de las relaciones intergeneracionales en el cuidado de la salud a escala doméstica durante las etapas pre y posnatal (Molinos, Salta, Argentina).

- Apuntes, Revista de -Ciencias Sociales*, 83, 37-65.
<https://doi.org/10.21678/apuntes.83.909>
42. Name, María Julia (2008). Desenmarañando historias: un estudio antropológico sobre la configuración inicial de la antropología médica en la Universidad Nacional de La Plata. *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales Universidad Nacional de Misiones, Posadas. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-080/477> [consultado 14/05/2019].
43. Onwuegbuzie, Anthony J., R. Burke Johnson y Kathleen M. T. Coluns (2009). Call for Mixed Analysis: A Philosophical Framework for Combining Qualitative and Quantitative Approaches [online]. *International Journal of Multiple Research Approaches*, 3(2), 114-136.
<https://doi.org/10.5172/mra.3.2.114>
44. Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997). *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales. Iniciativa de salud de los pueblos indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud*. Washington D. C.: OPS/OMS.
45. Palermo, María Laura (2014). La atención de la salud materno infantil desde las perspectivas de la población y del personal sanitario en Molinos (Salta, Argentina). En A. Castro Esnal M. L. Funes, M. Grosso, N. Kuperszmit, A. Murgo, G. Romero (eds.), *Entre pasados y presentes IV: estudios contemporáneos en ciencias antropológicas* (pp. 165-182). Buenos Aires: Asociación Amigos del Instituto Nacional de Antropología.
46. Palermo, María Laura (2016). *Estudio etnográfico de los itinerarios terapéuticos en la atención de la salud materna e infantil en Molinos (Salta, Argentina)*. Plan de tesis para aspirar al título de doctor en Ciencias Naturales de la Universidad Nacional de La Plata.
47. Palermo, María Laura y Carolina Remorini (2015b). Acerca de «niños en riesgo» y «padres no suficientemente buenos». Conceptualizaciones en torno a la infancia, los niños y sus familias como objeto de políticas de salud en Molinos (Salta, Argentina). En M. R. Olarte (ed.), *Infancias y juventudes latinoamericanas* (pp. 100-111). Manizales: CINDE-CLACSO.
48. Pasarin, Lorena (2011). *Proceso salud-enfermedad-atención en niños de 1 a 5 años de edad, en la localidad de Arturo Seguí, Provincia de Buenos Aires*. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Recuperado de http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/028523_Pasarin.pdf
49. Plano-Clark, Vicky L. y John W. Creswell (2014). *Understanding research: A consumer's guide*. Freehold, NJ: Pearson Ed.
50. Pochettino, María Lelia y María Rosa Martínez (1998). Aporte al

- conocimiento actual de las plantas medicinales en Argentina: estudio etnobotánico en el Departamento de Molinos, provincia Salta, Argentina. En A. G. Arnat (ed.), *Farmacobotánica y Farmacognosia en Argentina (1980-1999)*. La Plata: Ediciones Científicas Americanas.
51. Reichel, Christian y Urte Undine Frömning (2014). Participatory mapping of local disaster risk reduction knowledge: An example from Switzerland. *International Journal of Disaster Risk Science*, 5(1), 41-54. <https://doi.org/10.1007/s13753-014-0013-6>
52. Remorini, Carolina (2009). *Aporte a la Caracterización Etnográfica de los Procesos de Salud-Enfermedad en las Primeras Etapas del Ciclo Vital, en Comunidades Mbya-Guaraní de Misiones, República Argentina* (tesis de doctorado). La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Edulp Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/4293/Documento_completo.pdf?sequence=5 [citado 9 de mayo de 2019].
53. Remorini, Carolina (2013). Estudio etnográfico de la crianza y la participación infantil en comunidades rurales de los Valles Calchaquíes Septentrionales, Noroeste Argentino. Resultados preliminares. *BIFEA*, 42(3), 411-433. <https://doi.org/10.4000/bifea.4177>
54. Remorini, Carolina y María Laura Palermo (2015a). Salud materno-infantil y políticas públicas para pueblos originarios. Reflexiones a partir de una investigación etnográfica. En Marina Cardoso y Esther Jean Langdon (eds.), *Políticas comparadas en Saúde, Indígena na América Latina* (pp. 247-278). San Pablo: Universidad Federal de Sao Carlos.
55. Remorini, Carolina y María Laura Palermo (2016). «Los míos... ¡todos asustados!». Vulnerabilidad infantil y trayectorias de desarrollo en los Valles Calchaquíes Salteños. *Mitológicas*, 31, 83-112.
56. Remorini, Carolina, María Gabriela Morgante y María Laura Palermo (2010). «Mamis» y «guaguas»: familia, maternidad y la crianza a través de las generaciones en Molinos (Salta, Argentina). Biblioteca Virtual Clacso.
57. Remorini, Carolina, María Laura Palermo y Lucía Schvarztman (2018). Espiritualidad y salud: problemas de salud durante el embarazo y el puerperio y sus consecuencias en las trayectorias de mujeres y niños (Salta, Argentina). *Salud Colectiva*, 14(2), 193-210. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1506>
58. Rotela, Camilo H... [et.al.]; con colaboración de Moral Mabel... [y otros] (2014). *Epidemiología panorámica: introducción al uso de herramientas geoespaciales aplicadas a la salud pública*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Comisión Nacional de Actividades Espaciales; Ministerio de Planificación Federal Inversión Pública y Servicios Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Epidemiología.

59. Scheibelhofer, Elisabeth (2008). Combining Narration-Based Interviews with Topical Interviews: Methodological Reflections on Research Practices. *International Journal of Social Research Methodology*, 11(5), 403-416. <https://doi.org/10.1080/13645570701401370>
60. Schensul, Jean J. y Margaret D. LeCompte (eds.). (2013) *Specialized Ethnographic Methods: A Mixed Methods Approach*. Lanham, MD: AltaMira Press.
61. Scheper-Hughes, Nancy (1990). Three propositions for a critically applied medical anthropology. *Social Science y Medicine*, 30(2), 189-197. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90079-8](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90079-8)
62. Scheper-Hughes, Nancy (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel Antropología.
63. Schiazza, Daniela M. (2013). A Case Study of a Mixed Methods Study Engaged in Integrated Data Analysis (Doctoral Dissertations). Loyola University Chicago. Recuperado de http://ecommons.luc.edu/luc_diss/686 [Consultado: 05/06/2015]
64. Small, Mario L (2011). How to conduct a mixed methods study: Recent trends in a rapidly growing literature. *Annual Review of Sociology*, 37, 57-86. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102657>
65. Smith, Kirsten y Nicholas Christakis (2008). Social Networks and Health. *Annual Review of Sociology*, 34, 405-429. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134601>
66. Soprano, Germán (2006). Continuidad y cambio en los estudios en etnología de poblaciones indígenas contemporáneas y comunidades folk en la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la Universidad Nacional de la Plata. *Anuario de Estudios en Antropología Social*, (3), 23-51.
67. Spinelli, Hugo (comp.) (2004). *Salud colectiva: cultura, instituciones, subjetividad, epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
68. Sy, Anahí (2008). *Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbya Guaraní [Ka'aguy Poty e Yvy Pyta, provincia de Misiones]. Aporte del estudio de casos a la investigación etnográfica de los procesos de salud-enfermedad* (tesis de doctorado). Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Naturales y Museo.
69. Sy, Anahi y Carolina Remorini (2009). Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión. En *Oportunidades. Caminos hacia la protección integral de los derechos del niño*. Bahía Blanca: Libros en Colectivo y Universidad Nacional del Sur.
70. Tashakkori, Abbas y Charlie Teddlie (2009). Integrating qualitative and quantitative approaches to research. En L. Bickmand y D. J. Rog (eds.), *The SAGE Handbook of Applied Social Research Methods* (pp. 283–317),

segunda edición. Los Angeles: Sage.
<https://doi.org/10.4135/9781483348858.n9>

71. Teddlie, Charlie y Abbas Tashakkori (2006). A general typology of research designs featuring mixed methods. *Research in the Schools*, 13(1), 12-28.
72. Tetamanti, Juan Manuel Diez, Eduardo Rocha, Glauco Munsberg, Jessica Helena Peixoto Castro, Aline dos Santos Neutzling, Sergio Fernando Jaime y Leonardo Javier Schuler (2018). Desarrollo de un sistema georreferenciado para la gestión, movilidad y monitoreo de atención primaria de la salud comunitaria. *Salud Colectiva*, 14(1), 121-137.
<https://doi.org/10.18294/sc.2018.1210>
73. Teves, Laura Susana (2004). *Red de actores que intervienen en la secuencia terapéutica de casos de Gripe y Susto en una población del Departamento de Molinos - Salta - Argentina*. Informe en ANEXO XXVI Tesis de Postgrado: Marta Crivos. «Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles calchaquíes (Provincia de Salta)». Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata. Argentina. PrEBi Proyecto de Enlace de Bibliotecas. SeDiCI. Servicio de Difusión de la Creación Intelectual.
<http://hdl.handle.net/10915/4285>
74. Teves, Laura Susana (2011). *El estudio etnográfico de la actividad textil como aporte a la caracterización del modo de vida en el pueblo de Molinos y zona de influencia (provincia de Salta)* (tesis de doctorado). La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Ciencias Naturales y Museo.
75. Teves, Laura Susana (2014- 2015). Proyecto Bianual: *Análisis de Redes Sociales (ARS) como instrumento para el estudio de las estrategias de subsistencia en comunidades locales*. Programa de Incentivos del Ministerio de Educación y UNLP.
76. Teves, Laura Susana (2016-2019). Proyecto tetra anual acreditado: *Etnografía y redes sociales aplicadas al estudio de las estrategias de manejo del medio ambiente en dos comunidades de Argentina*. Programa de Incentivos del Ministerio de Educación y UNLP.
77. Teves, Laura y Carolina Remorini (2017). *Mapas participativos y salud. Reporte parcial*. La Plata: Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada, Universidad Nacional de La Plata. Programa de Voluntariado Universitario. Dirección Nacional de Desarrollo Universitario y Voluntariado. Secretaría de Políticas Universitarias. Ministerio de Educación y Deporte de la Nación.
78. Teves, Laura y Carolina Remorini (2017). Proyecto: *Etnografía y mapas participativos. Herramientas para la salud pública en Molinos, Salta, Argentina*. Convocatoria Ordinaria 2016 de Proyectos de Extensión de la

UNLP.

79. Teves, Laura y Carolina Remorini (2017). Proyecto: *Mapas participativos y salud*. Proyecto de Voluntariado Universitario EU14-UNLP5177. Convocatoria 2016. Secretaría de Políticas Universitarias “Universidad, Cultura y Sociedad”.
80. Teves, Laura y Carolina Remorini (2018). Proyecto: *Redes sociales, mapas y salud. Redes sociales, mapas y servicios en salud pública. Interdisciplina y soluciones tecnológicas innovadoras aplicadas a problemas socio-sanitarios en áreas remotas (Valles Calchaquíes, Salta)*. Convocatoria SPU 2017. Universidad, Cultura y Sociedad.
81. Teves, Laura, Carolina Remorini, Lorena Pasarin, Jorge Julián Cueto y María Laura Palermo (2018). Articulaciones y desafíos en el trabajo colaborativo entre etnógrafos y agentes de salud pública (Salta, Argentina). En *Conclusiones de las VI Jornadas de Extensión de MERCOSUR. I Coloquio Regional de la Reforma Universitaria/ Daniel Eduardo Herrero*. Tandil: Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Recuperado de http://extension.unicen.edu.ar/jem/subir/uploads/2018_414.pdf [citado 9 de mayo de 2019].
82. Teves, Laura, Marta Crivos y Ana Elena Lamarche (2011). Cambios teórico-metodológicos en una investigación etnográfica. El potencial articulador del ARS. *Actas del X Congreso Argentino de Antropología Social «La antropología interpelada: nuevas configuraciones político-culturales en América Latina»*. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
83. Valente, Tom (2010). *Social Networks and Health: Models, Methods and Applications*. Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195301014.001.0001>
84. Vivante, Armando (1949). La doctrina terapéutica de la transferencia y sus remotas raíces. *RUNA*, 2, 197-205.
85. Vivante, Armando (1952). El maleficio por medio de imágenes. *RUNA*, 5, 236-253.
86. Vivante, Armando (1959). Medicina Folklórica. En José Imbelloni (comp.), *Folklore argentino* Biblioteca Humanior del Americanista Moderno, Sección E, Tomo 6. (pp. 263-283). Buenos Aires: Novoa.
87. Vivante, Armando y Néstor Palma (1968). Interpretación de prácticas geofágicas en la Puna argentina. *Revista del Museo de La Plata*, 7(39), 25-37.
88. Vivante, Armando y Néstor Palma (1991) [1971]. *Magia, daño y muerte por imágenes*. Buenos Aires: Sobral de Elía.

Autor de correspondencia: * cremorini@fcnym.unlp.edu.ar

Autor de correspondencia: ** Iteves@fcnym.unlp.edu.ar

Autor de correspondencia: *** lopasarin@gmail.com

Autor de correspondencia: **** mlaurapalermo@gmail.com

Recibido: 15/05/2019

Aprobado: 18/03/2020