

“Oro a la pastilla para que me sane”: intermedicalidad farmacéutica en comunidades guaraníes de Argentina*

“I pray to the pill so it will heal me”: pharmaceutical intermedicallity
in a Guarani community in northern Argentina

SILVIA HIRSCH**

Abstract

The purpose of this article is to describe the access, use, and meaning of pharmaceuticals in an indigenous Guarani community in the northern province of Salta, Argentina. The research, based on an ethnographic approach, examines how pharmaceutical intermedicallity is constructed—that is, the interaction of different health care systems, involving a range of actors such as doctors, nurses, and pharmacists—in a context of unequal access to health services. The article, based on pharmaceutical anthropology, concludes that people combine different treatments and prioritize the use of antibiotics and injectables based on their condition.

Keywords: *medicines, indigenous people, pharmaceutical anthropology, antibiotics, injections*

Resumen

El objetivo de este artículo es indagar el acceso, uso y significado de los fármacos en una comunidad indígena guaraní del norte de la provincia de Salta en Argentina. La investigación parte del enfoque etnográfico, y examina de qué manera se construye una intermedicallidad farmacéutica, es decir una interacción de diferentes sistemas de la atención a la salud, en los cuales intervienen un conjunto de actores tales como médicos, enfermeros, farmacéuticos, en un contexto de desigualdad en el acceso a los servicios de salud. El artículo se basa en el enfoque de la antropología farmacéutica y muestra el conocimiento que tiene la gente de los diferentes fármacos, concluye que la gente combina distintos tratamientos y jerarquiza el consumo de los medicamentos priorizando, según las afecciones, el uso de antibióticos e inyectables. Asimismo, contribuye a un área de investigación poco desarrollada en comunidades indígenas.

Palabras clave: *medicamentos, indígenas, antropología farmacéutica, antibióticos, inyecciones*

* Artículo recibido el 08/04/25 y aceptado el 11/08/25.

** Universidad Nacional de San Martín-Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales. 25 de Mayo y Francia, San Martín, Buenos Aires, Argentina <shirsch@unsam.edu.ar>. Agradezco a los/las evaluadores anónimos por sus valiosos comentarios y aportes a este artículo.

Introducción

En la esquina de una de las calles principales de la ciudad de Tartagal en el norte de la provincia de Salta, en Argentina, se encuentra la farmacia Bristol, una de las más antiguas de la ciudad. Allí, el farmacéutico, con el cual conversé una década atrás, me señaló que hacía cuarenta años que trabajaba en su farmacia. Tiene clientes indígenas que acuden con regularidad porque lo conocen, porque sus padres y abuelos compraban en su farmacia. Mientras hablábamos ingresó un hombre wichi¹ de aproximadamente cuarenta años y le mostró un blíster, el farmacéutico miró, y le vendió cefalexina, un antibiótico. Continuamos charlando, y me contó que la mayoría de la gente conoce el nombre del medicamento que busca o bien le muestra el blíster, en caso de no acudir con la receta. Las medicinas más pedidas son para la diarrea, dolores de estómago, antipiréticos, analgésicos y antibióticos, como amoxicilina y cefalexina. También le consultan por sus problemas reumáticos, muy frecuentes en la población indígena mayor. Al preguntarle si se automedican me respondió “sí, porque el hospital no da abasto, tienen que ir a las cuatro o cinco de la mañana a pedir un turno”.

Al día siguiente fui a conversar con otro farmacéutico, cuya farmacia se encuentra frente a la plaza principal, tiene un local grande, donde además vende variedad de productos cosméticos y regalos. Me contó que tiene clientes que conoce hace muchos años, algunas son mujeres indígenas que cuando cobran sus subsidios sociales o salarios van a la farmacia para comprar medicamentos para abastecerse, porque viven en comunidades rurales alejadas. Señaló que “muchos no quieren ir al hospital, hay gente que se siente mejor tratada en la farmacia, además le cuentan sus síntomas, “me dicen me duele la panza, tengo fiebre”. Confían en él, porque lo conocen hace tiempo y responde con paciencia a sus preguntas.

Estas viñetas etnográficas condensan sintéticamente la presencia de los fármacos en la vida de hombres y mujeres indígenas, sus prácticas de autoatención, la consulta y confianza en el farmacéutico, y las estrategias cotidianas para solucionar los problemas de salud. La presencia de los fármacos en la vida de las

comunidades indígenas se remonta a las primeras décadas del siglo xx, cuando comenzaron a acudir a hospitales en busca de atención a sus problemas de salud. El uso de fármacos se tornó más extensivo a partir de la década de 1970, con la implementación de los programas de atención pública a la salud que se insertan en comunidades y barrios indígenas a lo largo del país, cuando también aumentó la consulta y asistencia a centros de atención primaria comunitarios y hospitales zonales (Hirsch y Lorenzetti 2016).

Los pueblos indígenas tienen sus propias formas de atención a la salud basadas en farmacopea nativa, rezos y rogativas, chamanismo, y las iglesias evangélicas (Menéndez 2015). No obstante, los fármacos industriales se insertaron en sus prácticas cotidianas, si bien no desplazaron las ancestrales. El incremento de enfermedades infecciosas y crónicas, sumado a las dificultades de acceso a servicios de salud, otorgó una mayor preponderancia a los fármacos industriales y éstos comenzaron a ser demandados por la población.

Este artículo indaga el acceso, uso y significado de los fármacos en una comunidad guaraní del norte de la provincia de Salta en Argentina, se basa en un enfoque etnográfico y examina de qué manera se construye una *intermedicalidad farmacéutica*, es decir, una zona de contacto entre el uso de fármacos de la biomedicina y los remedios y formas de atender los problemas de salud que derivan de la herboristería, la medicina tradicional y las prácticas religiosas de los pueblos indígenas. Se examina qué tipos de medicamentos se encuentran en los hogares de las familias guaraníes, qué uso y significado le dan y cómo se vinculan con los lugares de expendio de fármacos (farmacias y puestos callejeros donde compran medicamentos).

El artículo está sustentado en trabajo de campo en comunidades guaraníes del norte de la provincia de Salta, que me ha permitido registrar la presencia de fármacos en los hogares a lo largo de varias décadas, observar el incremento de enfermedades crónicas, así como las relaciones con el sistema de salud público y los actores que intervienen en el cuidado de la salud. Si bien el trabajo de campo etnográfico sobre uso de medicamentos se llevó a cabo principalmente entre 2012 y 2013,² desde entonces he continuado indagando

¹ Hago referencia a un hombre wichi, porque el departamento San Martín en la Provincia de Salta es el más diverso del país (hay siete pueblos indígenas diferentes: wichi, chorote, chulupi, tapiete, guaraní, chané, toba, además de personas aymara y quechua provenientes de Bolivia).

² Esta investigación fue realizada con financiamiento de una Beca de Investigación Carrillo-Oñativia, Ministerio de Salud, titulada “Proyecto Multicéntrico: Análisis de las prácticas de uso, circulación y significación de los medicamentos en comunidades pilará, guaraní, mbya-guaraní, tapiete y toba de la Argentina. 2012-2013”. Cabe señalar que desde hace cuatro décadas realizo investigación sobre diversos temas en comunidades guaraníes de la provincia de Salta, lo cual implica un conocimiento de larga data con las familias y con distintas instituciones de la zona.

do en temas de salud y en la presencia de los medicamentos en la vida cotidiana de la gente en la comunidad. De modo que he registrado los medicamentos que la gente tiene guardados en sus hogares en pequeñas cajas, recipientes o sueltos en un bolso o un aparador, he conversado y entrevistado a la gente en sus hogares, y he observado al personal de salud que atiende en el Centro de Atención Primaria a la Salud de la comunidad; también he realizado entrevistas a médicos que atienden en el hospital zonal. Las conversaciones sobre los problemas de salud y cómo éstos son atendidos es parte inherente de mis visitas a los hogares, de lo que la gente habla y expresa en particular cuando se ha construido un *rapport* de confianza en el transcurso de los años. Con esto me refiero a que conozco y he investigado las comunidades guaraníes desde hace cuarenta años, y tal permanencia y continuidad me ha permitido desarrollar relaciones de amistad y confianza con las familias, así como poder registrar múltiples aspectos de sus vidas.

La investigación se nutre del enfoque de la antropología farmacéutica, y en particular del abordaje que indaga en la vida social de los medicamentos, y que ahonda en el uso y significado otorgado a los medicamentos industriales, centrando la atención en la materialidad de éstos, sus formas de circulación, interacción y consumo, y su vínculo con el acceso a la salud pública (van der Geest y Whyte 1989, van der Geest, Whyte y Hardon 1996, Whyte, van der Geest y Hardon 2002). Enmarco mi trabajo en la antropología médica crítica latinoamericana, que reflexiona sobre las experiencias etnográficas que toman en cuenta no sólo el contexto socioeconómico, histórico y político, sino también las desigualdades estructurales. Este enfoque incorpora las determinantes sociales de las enfermedades, y no está escindido de la economía política que incide en la inequidad y en el acceso a servicios de salud (Sesia *et al.* 2020). Asimismo, el enfoque considera las dificultades presentes en contextos de diversidad étnico-cultural y las tensiones emergentes de la fricción interétnica, en los cuales la interculturalidad en salud, pensada como un ámbito de diálogo de conocimientos y respeto a diversas formas de sanación, aún no ha sido lograda. De modo que la relación de los pueblos indígenas con el sistema de salud público no siempre es fluida, y con frecuencia está marcada por desencuentros, dificultades de acceso y tensiones (Hirsch y Lorenzetti 2016).

Según Akrich (1996: 136):

Los medicamentos representan uno de los mecanismos por los cuales los individuos califican sus condiciones (“el médico me dio esto, en las instrucciones dice que..., en-

tonces quiere decir que...”), experimentan sus síntomas, construyen una interpretación de su condición y distribuyen efectos y causas (“está mejor, entonces quiere decir que tuve esto” o “este medicamento no me hace nada, lo dejaré de tomar”, etc.). En otras palabras, a la ya larga lista de dispositivos integrados por la antropología médica –aparatos de medición, visualización, cuestionarios y formularios, etc.– Propongo añadir al medicamento que prolongue en otras direcciones la malla de las redes constituidas [traducción propia].

Este abordaje permite indagar en la materialidad del medicamento, un objeto que tiene una forma, color, olor, embalaje, instrucciones escritas que inciden en la interacción con el usuario. Conuerdo con la autora cuando señala que la eficacia del medicamento no puede separarse de las acciones, sentidos y usos que las personas hacen de ellos, y de una cadena de mediaciones entre el paciente y el medicamento, que incluye a médicos, farmacéuticos, amigos, familiares, todos aquellos que intervienen en la forma de consumir y entender los medicamentos.

En la primera parte del trabajo brindo una breve reseña del marco analítico vinculado a la antropología farmacéutica, prosigo con una sintética historización de la relación y el acceso del pueblo guaraní a la biomedicina, y en la tercera parte indago, desde una perspectiva etnográfica, el uso y circulación de los medicamentos, cómo éstos son utilizados y cómo dialogan e interactúan con otras formas de curación, al tiempo en que profundizo en el uso de inyectables, antibióticos y otros fármacos.

Antropología farmacéutica e intermedialidad

Los medicamentos son parte constitutiva de la relación de los pacientes con los efectores de salud, la consulta a un médico suele generar expectativas de recibir una prescripción para adquirir un fármaco que aliviará las dolencias. Pese a que los fármacos alivian, calman, curan, también producen reacciones adversas, algunas de las cuales son desconocidas por los usuarios. El uso de fármacos está mediado por un conjunto diverso de formas nativas de entender y experimentar la salud y la enfermedad y también por un conjunto de actores tales como médicos, enfermeros, agentes sanitarios, publicidad, farmacéuticos y vendedores callejeros. Este conjunto de actores prescribe, recomienda, sugiere, influye y expende los fármacos, aun si se encuentran por fuera del sistema formal. Cabe señalar que algunos de quienes expenden

medicamentos tienen más prestigio, reconocimiento, y generan más confianza que otros. La receta escrita y firmada por el médico tiene mayor legitimidad, es buscada por el usuario, no obstante, también ocurre que, a pesar de la importancia y de la materialidad de la receta escrita, muchos pacientes, como veremos más adelante, compran medicamentos sin receta. El acceso a los medicamentos con o sin receta, en centros de salud o en negocios, se ha tornado extensivo. Aunque el costo de los fármacos y los procedimientos de la biomedicina han aumentado, hay una cantidad de drogas esenciales que son accesibles a la población, de manera gratuita, por medio de los programas de salud pública o comprados por los pacientes y autoadministrados. El uso de fármacos en una comunidad indígena, sea rural o urbana, está profundamente imbricado en relaciones con el sistema de salud público, con los medios de comunicación, con el mercado (farmacias, puestos de ventas) con la frontera geopolítica con Bolivia y con las prácticas y la cosmovisión guaraní (Hirsch 2016).

Los fármacos tienen una materialidad concreta: se tocan, cortan, deshacen, ingieren, colocan, inyectan, inhalan; esa materialidad difiere de algunas formas de curación de las sociedades indígenas que no son necesariamente materiales (oraciones, rogativas, sueños, cosmovisión y otras), y además recurren a la farmacopea basada en plantas. Esta materialidad tiene un gran peso simbólico que, junto a la eficacia de los fármacos y al peso de la autoridad médica, genera una marcada adhesión por parte de los pacientes. Como sugieren van der Geest y Whyte (1989), el encanto de los medicamentos en diferentes contextos emerge precisamente de su materialidad como sustancias, como objetos, son *commodities* que están en el centro de procesos sociales, económicos y políticos.

La relación entre los médicos y los pacientes está mediada por la prescripción. Hay médicos que no siempre prescriben, pero mis observaciones en el campo mostraron que los pacientes esperan recibir una prescripción y, al no satisfacer esta demanda porque el médico considera que la dolencia no amerita la prescripción de un fármaco, los pacientes o sus familiares acuden sin receta a la farmacia a comprar un medicamento que alivie la dolencia.

Los estudios de antropología farmacéutica investigan la vida social de los fármacos, este abordaje hace hincapié en la importancia de la eficacia de los medicamentos, la experiencia de la enfermedad y la compleja red de relaciones sociales y comerciales, inclu-

so globales, que implican a los medicamentos y a los consumidores (Whyte, van der Geest, y Hardon 2002).

La autoatención por medio del consumo de fármacos suele ser una de las primeras instancias a las cuales acuden las personas para solucionar sus problemas de salud. Como señala Kleinman (1980) lo denominado *medicina popular* se centra en la autoatención del individuo y la familia, e incluye también redes sociales y actividades de índole comunitaria que son compartidas. Greene (1998, 641), en su trabajo sobre la relación entre biomedicina y chamanismo entre los aguarunas de Ecuador, sugiere “la noción de intermedicalidad –un espacio contextualizado de medicinas híbridas y agentes con conciencia sociomédica” (traducción propia). Este antropólogo mostró de qué manera los chamanes también recurrían a la biomedicina al tratar a sus pacientes. En mi propia investigación entre los guaraníes de Bolivia observé que los chamanes recetaban penicilina inyectable y antibióticos como terramicina. Greene alude a una relación intermédica, que parte de las relaciones interétnicas e interculturales que se dieron en el contacto entre los pueblos indígenas y la sociedad nacional, y en cómo el chamanismo incorporó determinadas prácticas de la biomedicina. Esto fue profundizado por Follér (2004), quien caracteriza a la intermedicalidad como un espacio de encuentro, una zona de contacto en el sentido al cual se refiere Pratt (1992)³ entre la biomedicina y la medicina tradicional o etnomedicina, en un contexto de desigualdades y conflictos. Esta autora señala que:

En el punto de contacto, también se crea una zona de estrategia política o resistencia al poder/conocimiento hegemónico, representado aquí como biomedicina. Se construye un espacio de intermedicalidad en el que sigue existiendo una medicina híbrida con características tanto de etnomedicina como de biomedicina. Los miembros de los pueblos indígenas seleccionan e inventan soluciones utilizando el conocimiento y los materiales de la agencia occidental. Los elementos de la biomedicina se incluyen, según las fuentes, porque fortalecen la etnomedicina, lo que constituye un proceso de indigenización. Este término medio implica tanto aceptar el conocimiento biomédico como resistir el poder y la ideología de la biomedicina (Follér 2004: 117).

Si bien en este encuentro el modelo biomédico tiene un lugar preponderante y dominante, los pueblos indígenas poseen agencia social y producen nuevos

³ La noción de zona de contacto desarrollada por Mary Louise Pratt (1992: 6) se refiere al “espacio del encuentro colonial, el espacio en el cual la gente que está separada histórica y geográficamente entra en contacto y establecen relaciones, que generalmente involucran condiciones de coerción, desigualdad radical y conflicto” (traducción propia).

conocimientos y prácticas en torno a las formas de atender a la salud (Pontes, Rego y Garnelo 2018: 88). En el caso que abordo, los fármacos materializan la intermedicalidad, su uso coexiste con prácticas como la oración, rogativa o uso de farmacopea nativa. Ferreira Ouriques (2015: 227) señala que el “concepto de intermedicalidad reconoce a los pueblos indígenas como agentes de cambio precisamente porque son quienes articulan significados y prácticas de salud desde diferentes horizontes socioculturales para recrear sus propios sistemas sociomédicos” (traducción propia). Conuerdo con este enfoque, que permite ver cómo los indígenas se constituyen en consumidores de medicamentos y cómo imprimen sobre éstos sus prácticas, perspectivas y formas de uso propios.

Guaraníes, salud pública y medicamentos: una breve historización

El pueblo guaraní habita en comunidades rurales y barrios periurbanos y urbanos, en el norte de la provincia de Salta, su lengua es el guaraní, pese a que la mayoría de los jóvenes ya no la hablan, con la excepción de comunidades como Yacuy, donde hay un mayor mantenimiento de la lengua indígena. Tradicionalmente, los guaraníes se dedicaban a la agricultura, pero hoy en día se ha reducido esta actividad y la mayoría de la gente se ha incorporado a trabajos estacionales (tales como cosechas, albañilería, limpieza) o, en algunos casos, permanentes, como la docencia, y personal de salud. En la Argentina, las comunidades indígenas han atravesado situaciones de despojo territorial, discriminación y dificultades en el acceso a servicios de salud y otros, lo cual ha causado procesos de urbanización que suelen producir hacinamiento, consumos problemáticos de sustancias, entre otros factores que actúan en detrimento de la vida social de sus pobladores.

La relación con la biomedicina se remonta a las primeras décadas del siglo xx, cuando numerosas familias guaraníes trabajaban de manera estacional en ingenios azucareros del norte argentino, en los cuales a veces había un hospital o dispensario. Si bien en un principio para muchos la relación con la biomedicina

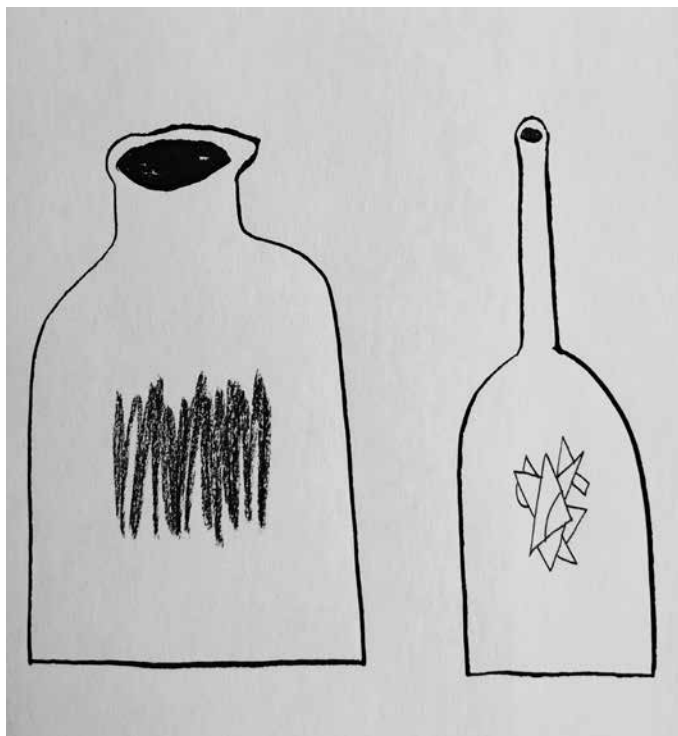
fue distante, marcada por la desconfianza y el desconocimiento, esto fue cambiando, en particular en situaciones de extrema necesidad ante procesos infecciosos o accidentes. Además, las campañas de vacunación llevadas a cabo por el Estado facilitaron el conocimiento de los dispositivos de la biomedicina. Pero no fueron sólo las instancias estatales las que introdujeron la biomedicina, las órdenes religiosas –tanto católicas como protestantes–, brindaron atención a la salud. En el caso de las católicas, monjas formadas en enfermería asistieron a la población indígena en las comunidades o en los hospitales de los ingenios azucareros; en el caso de las denominaciones protestantes, las misioneras, también formadas en enfermería, brindaron atención y abastecieron de medicamentos a las comunidades (Hirsch y Lorenzetti 2016). No obstante, el hito más significativo fue a partir de 1978, con la implementación de la atención primaria a la salud (APS), resultado de la conferencia Alma Atta, que fortaleció el empleo local de la biomedicina y de la atención primaria a la salud. A partir de fines de la década de 1970 y principios de 1980 comienza la formación de enfermeros y agentes sanitarios locales, lo que acentúa la presencia de la biomedicina y el acceso a fármacos. De hecho, en ausencia de los médicos, el personal de enfermería cumple un rol destacado en introducir y administrar medicación cuando ésta es solicitada.

Cabe señalar que en Argentina la estructura sanitaria comprende tres subsistemas: 1) público y gratuito, al cual se accede en los centros de atención primaria barriales y comunitarios y los hospitales públicos, 2) las obras sociales que están vinculadas a los sindicatos y al programa de atención a jubilados y pensionados, y 3) el privado, a través de empresas de medicina prepaga.

Los indígenas guaraníes acuden al sistema público y al de las obras sociales. El Ministerio de Salud a nivel nacional y los ministerios provinciales proveen a la población de servicios de salud pública y llevan a cabo una multiplicidad de programas vinculados a la atención de la salud materno-infantil, vacunación, distribución gratuita de medicamentos, entre otros.⁴ En términos generales, las comunidades y barrios guaraníes tienen acceso a los servicios de salud públi-

⁴ En el año 2000 se creó el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAHI). El Ministerio de Salud Nacional ha desarrollado distintas iniciativas dirigidas hacia el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas. En 2009 comenzó el Subprograma de Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios como parte del Programa Médicos Comunitarios. En 2016 se creó el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas, cuyo objetivo es mejorar la cobertura de salud y las condiciones de acceso al sistema de salud público de las comunidades. Estos programas, junto a otros como el programa NACER –que es un programa del Ministerio de Salud de Argentina que brinda cobertura de salud a mujeres embarazadas y niños hasta los seis años sin seguridad social– han articulado sus acciones con APS a nivel local. Algunos de estos programas no están vigentes en la actualidad.

ca a partir de la presencia de los Centro de Atención Primaria a la Salud (CAPS), a los cuales suelen acudir médicos generales, en ocasiones ginecólogos y pediatras atendidos por un enfermero y con la presencia de agentes sanitarios que recorren las comunidades. La atención es gratuita, algunas personas cuentan con un seguro de salud provisto por su empleo o por ser adultos mayores, lo que les permite acceder a sanatorios y recibir medicamentos sin costo o con descuento. Los programas de distribución de medicamentos, como el programa Remediar+Redes (“es el programa nacional que garantiza a la población el acceso a los medicamentos esenciales”),⁵ dependen de las políticas sanitarias de cada gobierno, hay momentos de mayor presencia de las instituciones de salud y de recursos. No obstante, la atención a la salud registra enormes problemáticas tales como: ausencia de médicos y de especialistas para la atención, sobrecarga de los servicios, costo de los medicamentos que no son de distribución gratuita o no alcanzan a satisfacer las demandas de los pacientes, dificultades y costos en el acceso a estudios especializados, distancias a los centros de salud. Para tratar enfermedades de mayor gravedad, partos y emergencias, quienes viven en comunidades rurales acuden a dos hospitales zonales que distan entre 18 y 20 km.



En el plano local, la presencia de fármacos oscila entre momentos cuando los centros de atención primaria tienen un *stock* de drogas esenciales, a momentos en los cuales están desprovistos. La provisión de fármacos también se da a través de las farmacias, en esta zona hay alrededor de ocho farmacias en una de las localidades más cercanas, donde los pacientes compran con y sin receta, a lo cual se suman los puestos de venta de mercadería en la calle, en las ferias y mercados. Cabe destacar que la frontera con Bolivia se encuentra a 60 km de la comunidad de Yacuy, en la localidad fronteriza abundan las farmacias y los puestos callejeros donde se consigue a menor precio una amplia gama de medicamentos, además de los medicamentos “tradicionales” tales como ungüentos, hierbas y jarabes derivados de farmacopea nativa. Las farmacias, como señalan Kamat y Nichter (1998), son proveedores de atención primaria en contextos en los cuales se puede adquirir medicamentos sin receta.

Para muchos pacientes indígenas, el acceso a los servicios de salud está plagado de las dificultades arriba mencionadas a las que se agregan las lingüísticas, culturales, económicas o laborales, conseguir un turno con un especialista, pagar el transporte para ir al hospital. Comprender lo que dice, prescribe y diagnostica un médico son algunas de las barreras de acceso.

Es en este contexto en el cual el uso de los fármacos automedicados se torna una necesidad y una forma cotidiana de resolver los problemas.

En esta comunidad, como en muchas otras comunidades guaraníes –rurales y periurbanas–, hay pequeñas tiendas que expenden medicamentos tales como analgésicos, antipiréticos, para la diarrea, dolores estomacales, es decir, lo más solicitado por la población.

Breve etnografía cotidiana del uso de medicamentos

Juana⁶ es una mujer de treinta años, vive en la comunidad de Yacuy, guarda en una pequeña caja en su casa un blíster de paracetamol, otro de ibuprofeno, dos pastillas de buscapina y un jarabe para la tos, algunos de estos medicamentos provienen del programa de distribución de medicinas (Remediar+Redes) del Ministerio de Salud, otros los compró en un almacén

⁵ <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalssommer/programas/remediar>. El programa fue discontinuado en 2025 durante el gobierno del presidente Milei, y sus funciones han sido absorbidas por otras áreas del Ministerio de Salud.

⁶ Se han utilizado pseudónimos en este artículo.

de la comunidad. Cuando alguno de sus hijos tiene fiebre le da un paracetamol, y para sus frecuentes dolores de estómago toma una buscapina, pero también la acompaña de una infusión de hojas de guayaba que le alivia la diarrea.

Sofía cumplió sesenta años, tiene presión alta y dolor en los huesos y esto se agrava cuando lava la ropa a mano, entonces comienzan a dolerle las rodillas, para lo cual toma un comprimido de diclofenaco, pero antes ora a Dios para que mejore su malestar. A veces no tiene un analgésico para el dolor de cabeza que le produce la hipertensión arterial, entonces le pide a su hija o acude al centro de atención a la salud de su comunidad y solicita al enfermero que le entregue un analgésico.

Dalia trabaja como docente en la comunidad, hace algunos años le diagnosticaron diabetes tipo II, para lo cual toma un comprimido de metformina que le recetó el médico que cubre su seguro, y también toma té de moringa (*moringa oleifera*), una planta recomendada por los vendedores callejeros de medicamentos y hierbas medicinales, y también por sus amigas y vecinas. Guarda un pequeño cuenco en su casa atiborrado de medicamentos, analgésicos, antipiréticos, para el dolor de estómago y la diarrea. Cuando cobra su salario compra medicamentos, se siente segura teniendo los en su casa, no sólo para sus hijos y marido, también para su familia extensa o alguna vecina o amigo que los precise.

Don Valerio tiene setenta y cuatro años, para él “los farmacéuticos conocen y saben de las enfermedades que padece uno y cuál es el mejor medicamento”, no habla mucho castellano, y prefiere hacerlo en guaraní, cuenta que sus hijos le leen las indicaciones de la prescripción, con regularidad consume diclofenaco para sus dolores reumáticos, pero, al mismo tiempo, don Valerio considera que las plantas son mejores que los medicamentos, solía ir al curandero, si bien ahora, al ser miembro de la Iglesia evangélica, ha dejado de acudir. Don Valerio piensa que para que el medicamento sea más efectivo le debe orar, de este modo se potencia su efecto.

Elida me cuenta que sufre de dolores de estómago, por lo cual compra buscapina, también usa hierbas medicinales, y además se fricciona la panza con un ungüento comprado en Bolivia. Todos estos registros de campo rinden cuenta de las diversas formas de atención a la salud a las cuales recurren las personas, el uso de fármacos industriales, junto a farmacopea nativa y formas espirituales como las plegarias.

Cuando comencé a trabajar sobre este tema me llamó la atención el conocimiento que la gente tenía de los medicamentos, el nombre comercial de venta libre,

y de antibióticos que yo misma nunca había consumido, de modo que “cefalexina”, “diclofenaco”, “dexametasona” o los nombres comerciales como “Actron”, eran nombrados por las personas cuando les preguntaba sobre los medicamentos que consumían. Tener medicamentos guardados en el hogar le brinda al paciente seguridad, saber que ante una situación inesperada hay una solución dentro del espacio doméstico. En general son las mujeres quienes conocen y poseen una mayor cantidad de medicamentos, esto en general se debe a su rol como madres y cuidadoras de otros miembros de la familia. Así, cabe enfatizar que las mujeres son quienes casi siempre tienen a su cargo el cuidado de los problemas de salud, y acuden de manera más asidua a los centros de salud y a las farmacias para procurar solucionar las enfermedades de sus familias. Como veremos a continuación, los medicamentos tienen una jerarquía, en la cual se destacan los inyectables y los antibióticos como los más eficaces y poderosos.

El poder de los inyectables

Al ver el contenido de los botiquines de la gente, registré la presencia de agujas desechables y de dipirona y dexametasona inyectable. La dipirona es un analgésico que sirve para fiebre y espasmos musculares, la dexametasona se utiliza para aliviar la inflamación, para artritis, alergias graves, trastornos renales, entre otros. La combinación de ambas se utiliza para reacciones alérgicas graves y para enfermedades gastrointestinales y artritis. En un caso, conversando con María, cuando me mostró la dipirona y dexametasona inyectable, me sorprendió el conocimiento de estos fármacos. María me dijo que si el médico no le da receta, “me bajonea, uno tiene que volver, hacer análisis, volver a sacar turno”. Asimismo, observó que en algunas ocasiones éste era el tratamiento para su malestar. De modo que decidió comprar estos inyectables y, ante los síntomas de su malestar, mucho cansancio, dolor corporal y fiebre, se comunica con el enfermero que vive en la misma comunidad, para que acuda a su casa a aplicarle la inyección. El alivio es inmediato, efectivo, y María se reintegra a sus quehaceres domésticos. María no mencionó efectos adversos o preocupación por automedicarse, por el contrario, ve las ventajas de esta combinación de medicamentos inyectables y la rapidez en aliviar los síntomas.

Greene (1998) argumenta que el poder atribuido a la biomedicina radica en que precisamente no se origina en el mundo social aguaruna. Es más, retomando a Brown sostiene que el poder de las inyecciones

radica en que invierte el conocimiento tradicional de la causa de la enfermedad por brujería en el sentido de que, para los aguarunas, la inyección introduce en el cuerpo una sustancia sin dañar la piel, y resulta en un efecto opuesto al de la brujería. La brujería introduce de manera visible o invisible sustancias, pero éstas causan enfermedades y muerte. Las inyecciones son potentes sustancias visibles, su aplicación es ritualizada, se debe limpiar la piel, preparar la zona donde se va a aplicar, introducir la jeringa con la sustancia, y luego colocar un apósito. Las inyecciones pueden causar dolor en algunos pacientes, pero suelen aliviar con relativa velocidad. Algo similar ocurre entre los guaraníes, para quienes los inyectables evocan un poder curativo poderoso: la introducción en el cuerpo de sustancias que no dañan externamente la piel, y que alivian con rapidez.

Juana es una mujer de cincuenta y ocho años, se hace aplicar inyecciones para el “dolor de huesos”, pero además compra en puestos callejeros ungüentos como Dolorsan o Mentisan, fabricados en Bolivia y que recomiendan las vendedoras y que usan sus amigas y vecinas, son de bajo costo y los utiliza para fricciónarse las rodillas o los brazos. También usa grasa de iguana cuando consigue en su propia comunidad. De modo que opta por distintos tratamientos, cuando tiene suficiente dinero compra un inyectable, en otras ocasiones, según la magnitud del dolor, adquiere los ungüentos de bajo costo y accesibles en puestos callejeros o en la misma comunidad. Es más fácil comprar medicamentos en Bolivia porque en la farmacia “no preguntan nada”, de modo que consume Flexicamin para osteoartritis, y diclofenaco en comprimidos que compra en la farmacia. Juana también utiliza, según me cuenta, penicilina y dipirona inyectable.

Varias mujeres me comentaron que han utilizado Depo-Provera, una inyección anticonceptiva que contiene la hormona progestina, sin prescripción médica; éste fue el único caso que registré de reacción adversa a un inyectable, y que luego decidieron discontinuar su uso. Este inyectable fue comprado en Bolivia donde se vende sin receta y a menor precio.

Cabe señalar que un tratamiento muy frecuente en las enfermedades pulmonares en niños es a través de inyectables, con más frecuencia que por vía oral, a tal grado que una forma de regañar a los niños es decirle “te voy a llevar a que te pinchen”, o “va a venir el enfermero a pincharte”, incluso en mi presencia si un niño llora o tiene un berrinche, le decían: “la señora te va a pinchar”. Aunque los niños temen a las inyecciones –incluidas las vacunas–, sus madres y padres las consideran poderosas sustancias que tienen un mayor potencial curativo que las de vía oral.

En la mayoría de las entrevistas y conversaciones la gente afirmó que las inyecciones son más efectivas y rápidas, porque “entra en la sangre o en los huesos”, las sustancias inyectadas en el cuerpo son percibidas como poderosas y sobre todo resolutivas. Whyte y van der Geest (1994: 142) señalan que:

Los profesionales de la salud que ganan dinero extra administrando inyecciones en sus hogares pueden actuar de forma más parecida a los curanderos tradicionales en ese contexto. Son una fuente importante, no sólo de inyectables y jeringas, sino también de información sobre cómo administrar inyecciones. Dentro del sector tradicional, se puede identificar una amplia gama de especialistas, desde paramédicos capacitados que administran inyecciones, hasta emprendedores autodidactas (“aguajeadores”), y vendedores de diversos tipos que proporcionan materiales para inyecciones. Las relaciones con quienes aplican inyecciones, tanto profesionales como tradicionales, pueden fomentar las inyecciones domiciliarias, que se han vuelto cada vez más comunes a medida que los suministros son gratuitos y los controles son laxos [traducción propia].

Estos autores también sostienen que las inyecciones son las sustancias médicas por excelencia, lo tangible y concreto de este medicamento le otorga una categoría especial. En este sentido los niños les tienen temor, porque la aguja asusta, produce dolor y, en el caso de las vacunas, efectos posteriores como fiebre, reacciones alérgicas, dolor en el brazo. La inyección como tal genera una tensión inherente en su aplicación, y de cierta forma condensa el poder de los fármacos biomédicos.

Antibióticos: “curan en seguido, son lindos para la gripe”

Moreno Lozano en un texto en el cual aborda los antibióticos hace hincapié en la importancia de preguntarse desde las ciencias sociales cuál es “la percepción sociocultural del antibiótico” y cuáles son “las prácticas y discursos de las personas que, en sus distintos contextos locales, los consumen (o no consumen), usan, prescriben, dispensan o investigan” (2020: 88). Como apunta la autora, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras organizaciones promueven “el uso racional” de antibióticos, y precisa ¿“qué significa el “uso racional” en la práctica? ¿Existe un único uso racional? ¿Existen usos irracionales?” La autora señala que se dan prácticas de automedicación con antibióticos sin receta, y que precisamente la etnografía

puede aportar al conocimiento de las lógicas sociales y culturales en torno al uso de antibióticos.

En esta sección aportó algunos datos etnográficos para comprender el extendido uso de antibióticos en la comunidad. Una de las observaciones más notables y constantes a lo largo de la investigación es la presencia de antibióticos en las casas, botellitas de amoxicilina sin terminar en un estante, un blíster de cefalexina, o una ciprofloxacina. ¿Cómo llegan a los hogares estos medicamentos, qué usos les dan?

Matías, el hijo de Sara, tiene ocho años, hace varios días que tiene un forúnculo en la cabeza, denominado “chupo”. Se le ve molesto e incómodo, le produce dolor, y ha tenido fiebre. En otras ocasiones cuando Matías ha tenido este cuadro o uno similar la madre lo llevó al médico, el cual le recetó cefalexina, un antibiótico usado para tratar infecciones provocadas por bacterias. En esta oportunidad, la madre no llevó a su hijo al médico, prefirió comprar un blíster de cefalexina y administrarlo, esto junto con oraciones evangélicas y lavados de la zona infectada fueron el tratamiento seguido (nota de campo, octubre de 2024).

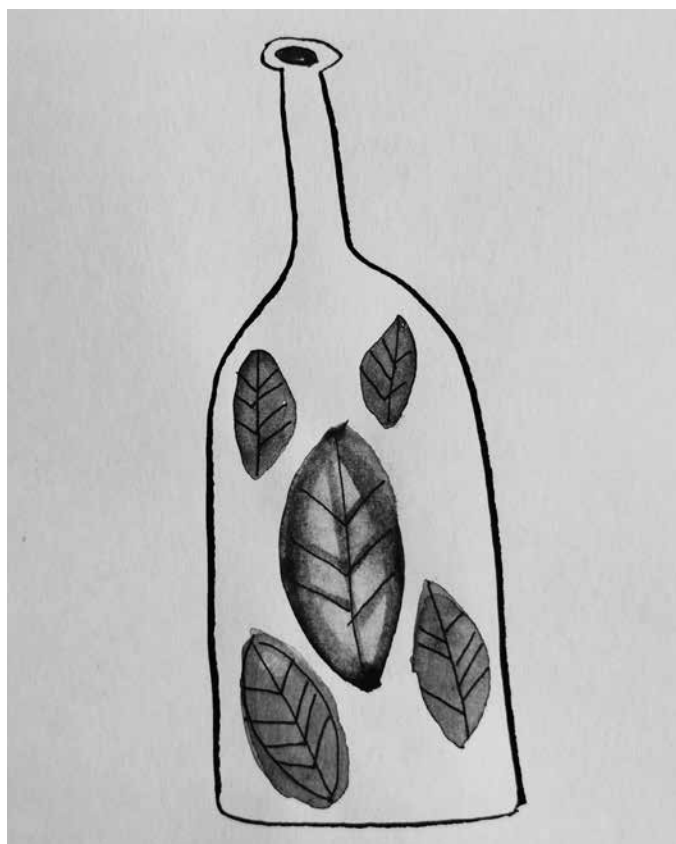
Me encontraba tomando mate con un grupo de mujeres, cuando llegó Ana, la nuera de la dueña de la casa traía a su pequeño de dos años, el cual llevaba apretado en su mano un frasco de amoxicilina. El niño tenía tos, y estaba molesto. Le pregunté a la madre por la salud del niño y respondió que su hijo tenía fiebre y mucha tos, acudió al hospital y el pediatra le indicó que no era necesario prescribir un medicamento, que le hiciera vapor para aflojar la mucosa y descansara, que se iba a mejorar. No obstante, la madre sintió que esto no era suficiente, el niño llevaba varios días con tos y fiebre, se veía debilitado y consideró que necesitaba un medicamento como la amoxicilina que ya había sido recetada en otras ocasiones. De modo que Ana salió del hospital sin receta y fue directamente a comprar el medicamento, pagando el costo sin descuento, y sintiéndose aliviada de tener una respuesta a la dolencia de su hijo.

Los síntomas que los pacientes consideran graves, molestos, y que no se curan con un analgésico, un jarabe expectorante o farmacopea nativa ameritan la compra de un antibiótico aún sin receta. En la relación precio/eficacia se piensa que la amoxicilina es efectiva, su sabor no es desagradable para los niños, soluciona el problema a un precio razonable. Es más, para muchas personas entrevistadas, la amoxicilina es “un jarabe para la tos”. Si bien la mayoría de las farmacias cuentan con un o una farmacéutica, quienes por lo general atienden en el mostrador son empleados que expenden medicamentos, de modo que

no tienen formación farmacéutica y venden el medicamento sin requerir receta.

En 2013 (Hirsch 2016: 245) registré en la comunidad amoxicilina (jarabe) en veinte de cincuenta y nueve hogares relevados. Al visitar el Centro de Atención Primaria a la salud, tomé nota de que siete de ocho recetas realizadas por el médico que atendía a pacientes menores eran de amoxicilina, me llamó la atención y pregunté al respecto, a lo cual el médico respondió “veo a los niños descalzos, son días de frío, con un cuadro gripal, no voy a regresar en quince días o más, entonces es una forma de evitar un cuadro más complicado más adelante”. Esta práctica es la que observan las madres y, frente a la eficacia del antibiótico, recurren a él aún sin receta. En ese momento la farmacia del centro de salud de la comunidad tenía una provisión regular de amoxicilina y otros antibióticos, pero, cuando no lo hay, las madres recurren a la farmacia de la ciudad para adquirir el medicamento.

En otras ocasiones, cuando el médico se ha retirado, o no atiende en el centro de salud, he observado la entrega de medicamentos por parte de personal de enfermería o administrativo. Es importante notar aquí el entramado de relaciones comunitarias, por la cual, el personal no médico de un centro de salud responde a la necesidad y al pedido de los pacientes.



Como indican Orzech y Nichter (2008, 270):

En los competitivos mercados de atención médica a nivel mundial, los médicos buscan medicamentos con un efecto demostrativo para que los pacientes sientan que han recibido una atención realmente satisfactoria y regresen a ese profesional. Como resultado, los médicos pueden preferir inyecciones y antibióticos de amplio espectro a pastillas o medicamentos de espectro reducido que podrían no producir un efecto tan perceptible [traducción propia].

Otro factor que mencionan estos autores, y que observé en mi trabajo de campo, es que los pacientes llegan a los hospitales con síntomas graves y patologías avanzadas, ante esta situación los médicos prefieren no esperar a hacer un cultivo, que en muchos casos no hay ni suficiente personal ni insumos para realizar y prefieren administrar un antibiótico de amplio espectro que resulta ser efectivo. Van de Geest y Whyte (1989) apelan a la importancia de la materialidad de los medicamentos, la experiencia subjetiva de la enfermedad, que muchas veces no puede verbalizarse, encuentra en lo concreto del medicamento, en ser sustancias tangibles, la idea de que se está solucionando y dando respuesta a un problema. Los medicamentos tienen colores, formas, sabores, que interpelan a los pacientes, y que son parte de la eficacia que se les atribuye.

Van der Geest (1987), en su estudio realizado en Camerún, indica que los medicamentos que venden los vendedores callejeros o ambulantes son más baratos, se venden fraccionados, accesibles en pequeños negocios que están abiertos a cualquier hora y hay poca distancia social entre los vendedores y los compradores. Al venderse medicamentos fraccionados se pierden las indicaciones, incluso hasta el nombre del medicamento.⁷ Para van der Geest, la automedicación con medicamentos occidentales es lo opuesto a depender de recursos nativos o locales, y no tiene que ver con la creatividad local. Podría analizarse la automedicación como otra forma, más sutil, de medicalización a través de la cual la gente se vuelve más dependiente de la industria farmacéutica, pero al mismo tiempo logra cierta autonomía por parte del paciente. La noción de automedicación, a diferencia de la autoatención, hace referencia específica al consumo de fármacos, mientras, la noción de atención es más

amplia e incluye diferentes formas de buscar soluciones a las enfermedades. No obstante, considero importante indagar en ambas prácticas a fin de comprender las múltiples dimensiones de la relación de las personas con los fármacos y con otras formas de búsqueda de solución a sus problemas de salud.

Conclusión

El estudio del uso de fármacos en comunidades indígenas es un área vacante, resta mucho por investigar en cuanto a cómo los medicamentos circulan, son usados, los efectos que tienen y cómo inciden en solucionar los complejos problemas de salud de esta población. Este trabajo constituye un acercamiento al conocimiento de las prácticas cotidianas en torno a los medicamentos en una comunidad indígena, mostró que los fármacos se insertan en una trama de actores que van desde farmacias, puestos callejeros, enfermeros y médicos. También inciden en la ingesta de medicamentos las creencias cristianas, la cosmovisión propia, la influencia de formas populares de sanar y resolver los problemas de salud, los consejos de los farmacéuticos, las prescripciones médicas y las publicidades. No obstante, el consumo de fármacos no está escindido de la compleja trama de la economía política de la salud pública, de la producción y distribución de medicamentos por parte del Estado, o de las empresas, de las formas que facilitan y obstaculizan el acceso a servicios adecuados de salud y a la provisión regular de medicamentos. La eficacia del fármaco radica no sólo en el poder de esa pastilla o inyectable, sino también en su interacción con rezos, rogativas, y uso de medicina tradicional. La intermedicalidad farmacéutica la producen los pacientes guaraníes que apelan a diferentes sistemas, a un pluralismo médico para articular la solución a sus problemas de salud. Diehl y Langdon (2020: 65) indican que:

es fundamental que la hipermedicalización entre las personas (indígenas o no) se entienda no como un acto aislado de búsqueda de atención médica, sino como un proceso relacional que incluye acciones de sujetos y grupos colectivos, así como de los diferentes especialistas en salud que intervienen en el proceso. El uso y la distribución de medicamentos, tanto por parte de profesionales como

⁷ En noviembre de 2025, el gobierno argentino desreguló la comercialización de medicamentos de venta libre, esto significa que habilita a supermercados y kioscos (pequeños comercios) a ofrecer medicamentos de venta libre. Si bien esto ya ocurría, como fue señalado, el aval oficial implica que la venta de un medicamento no requiere la presencia o intervención de un farmacéutico o médico.

de pacientes, no sigue el modelo normativo racional que espera la biomedicina, sino que está sujeto a negociaciones en el contexto de las políticas sanitarias, las relaciones asimétricas entre los actores y la agencia indígena en la percepción y apropiación de los medicamentos.

El uso de inyectables, antibióticos y numerosos ungüentos, analgésicos y otros continuará formando parte de la trama de recursos a los cuales recurre la gente en sus prácticas cotidianas, de la misma manera en que continuarán apelando a plegarias, hierbas medicinales y un conjunto de prácticas vinculadas a su cosmovisión. Resta indagar a futuro cómo dialogarán los efectores de salud, las políticas sanitarias, con estas zonas de confluencia e intermedicalidad diversa que sirven para solucionar problemas de salud, pero también pueden causarlos y generar efectos adversos. ¿De qué forma impactarán las políticas públicas sanitarias que desregulan el mercado de medicamentos? ¿Como incidirá la reducción de la provisión estatal de medicamentos? ¿Cómo influirá la publicidad y la necesidad en el consumo de medicamentos en la población? En este sentido, considero que el desarrollo de políticas públicas vinculadas a la salud desde una perspectiva intercultural permitirá un mejor acceso, comprensión y uso de fármacos en la población.

Fuentes

- Akrich, Madeleine. 1996. "Le médicament comme objet technique". *Revue Internationale de Psychopathologie* 21: 135-158.
- Diehl, Eliana Elisabeth y Esther Jean Langdon. 2020. "An interdisciplinary approach to studies of medicines". En *Medicamentos, cultura y sociedad*, compilado por Johanna Fröhlich Zapata, Cecilia García y Oriol Romani, 51-76. Tarragona: Publicaciones URV.
- Ferreira Ouriques, Luciane. 2015. "Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras". En *Saúde indígena: Políticas comparadas na América Latina*, coordinado por Esther Jean Langdon y Marina Cardoso, 217-246. Florianópolis. Editora da UFSC.
- Follér, Maj-Lis. 2004. "Intermedicalidade: A zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde". En *Saúde dos povos indígenas: Reflexões sobre antropologia participativa*, coordinado por Esther Jean Langdon y Luiza Garnelo, 103-116. Rio de Janeiro. Contra Capa/Associação Brasileira de Antropologia.
- Greene, Shane. 1998. "The shaman's needle: Development, shamanic agency, and intermedicality in Aguaruna lands, Peru". *American Ethnologist* 25, núm. 4: 634-658.
- Hirsch, Silvia. 2016. "Moa, inyecciones y pastillas: prácticas y significados en torno a los medicamentos en comunidades guaraníes del norte argentino". En *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad*, compilado por Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti, 231-252. Buenos Aires: UNSAM EDITA.
- Hirsch, Silvia y Mariana Lorenzetti. 2016. "Biomedicina y pueblos indígenas en Argentina: un recorrido por las políticas de salud". En *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad*, compilado por Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti, 19-50. Buenos Aires: UNSAM EDITA.
- Kamat, Vinay R. y Mark Nichter. 1998. "Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, India". *Social Science and Medicine* 47, núm 6: 779-794.
- Kleinman, Arthur. 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: California University Press.
- Menéndez, Eduardo. 2015. "Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención 'paralelas' y proyectos de poder". *Salud Colectiva* 11, núm. 3: 301-330.
- Moreno Lozano, Cristina. 2020. "El problema de los antibióticos: ¿un nuevo problema social?". En *Medicamentos, cultura y sociedad*, compilado por Johanna Fröhlich Zapata, Cecilia García y Oriol Romani, 77-94. Tarragona: Publicaciones URV.
- Orzech, Kathryn y Mark Nichter. 2008. "From resilience to resistance: political ecological lessons from antibiotic and pesticide resistance". *Annual Review of Anthropology* 37, núm. 1: 267-282.
- Pontes, Ana Lúcia, Sergio Rego y Luiza Garnelo. 2018. "La actuación de agentes indígenas de salud en la región de Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención y biomedicina". *Desacatos* 58, septiembre-diciembre: 84-103.
- Pratt, Mary Louise. 1992. *Imperial Eyes, Travel Writing and Transculturation*. Nueva York: Routledge.
- Sesia, Paola, Jennie Gamlin, Sahra Gibbon y Lina Berrio. 2020. "Introduction". En *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America*, editado por Jennie Gamlin, Sahra Gibbon, Paola M. Sesia y Lina Berrio, 1-16. UCL Press, Londres.
- Van der Geest, Sjaak. 1987. "Self care and the informal sale of drugs in South Cameroon". *Social Science and Medicine* 25, núm. 3: 293-305.
- Van der Geest, Sjaak y Susan Reynolds Whyte. 1989. "The charm of medicines: Metaphor and metonyms". *Medical Anthropology Quarterly* 3, núm. 4: 345-367.
- Van der Geest, Sjaak, Susan Reynolds Whyte y Anita Hardon. 1996. "The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach". *Annual Review of Anthropology* 25: 153-178. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.25.1.153>.
- Whyte, Susan Reynolds y Sjaak van der Geest. 1994. "10 injections: Issues and methods for anthropological research". En *Medicines: Meanings and Contexts*, compilado por Nina L. Etkin y Michael L. Tan, 137-161. Quezon City: Philippines Health Action Information Network.
- Whyte, Susan Reynolds, Sjaak van der Geest y Anita Hardon. 2002. *Social Lives of Medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.