

Así como llega tarde el desarrollo, el COVID también llegó tarde. La salud indígena y sus determinaciones socioterritoriales en Salta, Argentina (2020-2024)

Just as Development Is Late, Covid Is Also Late. Indigenous Health and its Socio-Territorial Determinants in Salta, Argentina (2020-2024)



Mariana Schmidt

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas,
Universidad de Buenos Aires,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina
marianaandreaschmidt@gmail.com

Resumen

Los pueblos originarios que habitan en la provincia de Salta han sido históricamente posicionados en una situación de subalternidad y vulneración en el acceso a derechos territoriales, culturales, lingüísticos y sanitarios. En este artículo, nos proponemos comprender las condiciones sanitarias y ambientales previas a la emergencia de la pandemia por COVID-19 y el modo en que las desigualdades preexistentes en el acceso al sistema de salud, la infraestructura de servicios y los bienes naturales han permitido visibilizar y/o agravar los procesos de salud-enfermedad-cuidado-muerte en poblaciones originarias del norte salteño. A través del análisis de diversas fuentes secundarias y de la realización de entrevistas en profundidad, entre los resultados destacamos una serie de dimensiones emergentes que se vuelven insoslayables a la hora de comprender las determinaciones sociales y territoriales de la salud en contextos indígenas.

Palabras clave: Determinación Socioterritorial de la Salud; Desigualdad Social; Salud Intercultural; Chaco salteño

Abstract

The indigenous peoples living in the province of Salta have historically been positioned in a situation of subalternity and vulnerability in terms of access to territorial, cultural, linguistic

and health rights. In this article, we aim to understand the health and environmental conditions prior to the emergence of the COVID-19 pandemic and the way in which pre-existing inequalities in access to the health system, service infrastructure and natural resources have made visible and/or aggravated the processes of health-disease-care-death in native populations in the north of Salta. Through the analysis of various secondary sources and in-depth interviews, among the results we highlight a series of emerging dimensions that become unavoidable when understanding the social and territorial determinations of health in indigenous contexts.

Keywords: Socio-territorial Determination of Health; Social Inequality; Intercultural Health; Chaco salteño

Introducción

A inicios del año 2020, el gobierno de la provincia de Salta declaró el estado de emergencia socio sanitaria en los departamentos de Orán, Rivadavia y San Martín, en el marco del aumento en los casos de fallecimientos e internaciones por cuadros de desnutrición, malnutrición y deshidratación en niños y niñas indígenas (Ley 8185/2020). La situación no era novedosa, sino que las condiciones estructurales de salud de la gran mayoría de los pueblos indígenas del norte salteño cobran visibilidad en el debate público de manera cíclica. Apenas tiempo más tarde, en marzo de 2020 el gobierno nacional sancionó una serie de medidas de Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO) en el contexto de la pandemia por COVID-19 que se expandía de manera vertiginosa por el mundo.

Los mencionados departamentos, pertenecientes a la región chaqueña y su transición a las yungas, comprenden en Salta un espacio geográfico inmerso en procesos de expansión de las fronteras agropecuaria, hidrocarburífera y de proyectos de infraestructura e integración regional. Desde fines del siglo XX y con más dinamismo a partir de los años 2000, estos procesos han sido acompañados por la degradación y eliminación de recursos boscosos y la apropiación desigual y contaminación de los recursos hídricos disponibles. Dado este marco productivo, ambiental y territorial, la situación social y sanitaria presenta una realidad crítica y ha tenido profundas consecuencias en las poblaciones locales, especialmente en los pueblos originarios.¹

Analizar los procesos de salud-enfermedad-cuidado-muerte y de atención-desatención en contextos de extractivismo sitúa al territorio y a las relaciones de poder que en él se despliegan en el centro del análisis (y posiciona al cuerpo como primer territorio) (Borde, E. y Torres-Tovar, M. 2017). Así también, supone evidenciar la necesidad de un abordaje multidimensional, multicausal e interdisciplinario de las determinaciones históricas y

¹ Entre los principales pueblos indígenas que habitan los departamentos bajo análisis se destacan las etnias guaraní, wichi, chané y chorote.

territoriales de los procesos destructores de la salud de las poblaciones indígenas que amenazan la reproducción de la vida (humana y no humana) a través de la degradación y contaminación de los cuerpos-territorios y el debilitamiento de los sistemas sanitarios (Verzeñassi, D., et al, 2023). Nos interpela asimismo a atender a la triple inequidad que afecta a poblaciones atravesadas por clivajes de género, etnia y clase en espacios-tiempos concretos (Breilh, J., 2020). En particular, para el caso de los pueblos originarios, las experiencias pasadas y presentes de opresión, violencia y marginalización derivadas de la persistente colonialidad del poder complejizan esas desigualdades y reducen aún más el acceso a la salud y su cuidado (Brown, H. et al, 2012).

A partir de estas premisas, el objetivo del artículo es comprender las condiciones sanitarias y ambientales previas a la emergencia de la pandemia por COVID-19 y el modo en que las desigualdades preexistentes en el acceso al sistema de salud, la infraestructura de servicios y los bienes naturales han permitido visibilizar y/o agravar los procesos de salud-enfermedad-cuidado-muerte en poblaciones originarias del norte salteño.² La investigación tuvo un diseño metodológico mixto, que recupera información estadística elaborada por diversas dependencias estatales y revisa normativas, jurisprudencia e informes disponibles en repositorios digitales y páginas web oficiales de organismos públicos nacionales y provinciales. Respecto de las fuentes hemerográficas, se consultaron los principales periódicos de difusión provincial, junto con medios de comunicación alternativos y publicaciones en redes sociales. El material fue analizado a la luz de las entrevistas en profundidad (15 en total) con diversos actores (referentes territoriales, integrantes de ONG, legisladores/as provinciales, funcionarios/as y/o integrantes de equipos técnicos de diferentes dependencias gubernamentales, personal de salud) llevadas adelante en el transcurso del período 2021-2022, en su mayoría de manera virtual.

En lo que respecta al recorte espacial, si bien el proyecto contempló al municipio de Santa Victoria Este (departamento Rivadavia) como estudio de caso, a los fines de este artículo se incorporan experiencias de las comunidades indígenas cercanas a la ciudad de Tartagal (departamento San Martín). Por su parte, la escala temporal conjuga dos miradas en simultáneo. Por un lado, las dimensiones territorial e hídrica son analizadas en un proceso de largo plazo, atendiendo a las transformaciones productivas y ambientales que en las últimas décadas han repercutido en los espacios de vida de la población indígena. Por otro, a través de la dimensión sanitaria nos concentramos en la crisis epidemiológica iniciada en el año 2020, aunque en diálogo con las condiciones previas de salud en el territorio bajo análisis. A su vez, si bien centrado en el contexto de pandemia, extendemos la mirada hasta

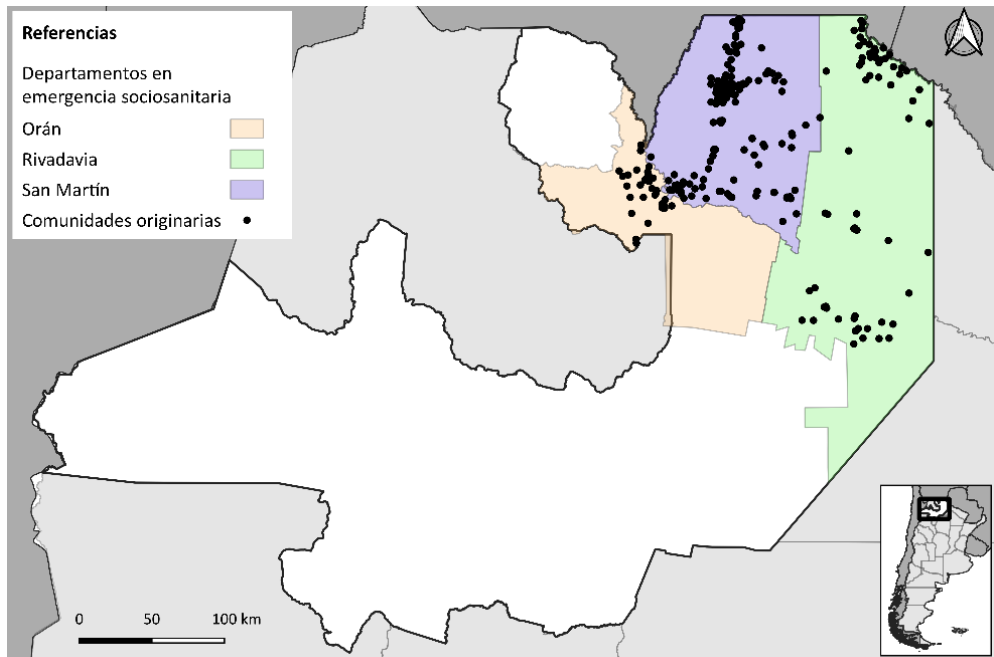
² Recuperamos resultados de un proyecto de investigación que analizó los impactos diferenciales de la emergencia sanitaria por COVID-19 en distintos escenarios regionales y contó con financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación (Tobías, M. et al, 2022).

el año 2024, con la certeza de que las desigualdades estructurales que aquí serán narradas siguen vigentes, las niñeces indígenas siguen enfermando y que las infraestructuras y políticas sanitarias aun no resuelven el problema y continúan reproduciendo una matriz medica hegemónica y racista.

La salud indígena en un territorio enfermo y degradado

El territorio bajo análisis corresponde a la ecorregión del Chaco seco y su transición a las Yungas, en departamentos que albergan una gran diversidad étnico-lingüística y que cuentan con una gran proporción de población que se reconoce perteneciente a un pueblo indígena. También presentan una alta proporción de población en ámbitos rurales y una baja densidad poblacional, en virtud de las amplias superficies que abarcan y la relativa poca población que albergan, cifra que anticipa su dispersión en extensas porciones de tierra y complejiza la extensión de las infraestructuras de servicios viales, de agua y saneamiento y de salud (Figura 1).

Figura 1. Provincia de Salta. Departamentos bajo emergencia socio sanitaria según indicadores seleccionados y distribución de comunidades indígenas



| Indicadores seleccionados | San Martín | Orán | Rivadavia | Total provincia |
|--|--------------|--------------|-------------|-----------------|
| Hogares NBI (2022) | 21.6% | 19.8% | 39.9% | 14.2% |
| Densidad poblacional (2022) | 11.1 hab/km2 | 13.8 hab/km2 | 1.5 hab/km2 | 9.3 hab/km2 |
| Población en viviendas particulares que se reconoce indígena o descendiente (2022) | 23.8% | 14% | 44.3% | 10% |
| Poblacion en viviendas particulares sin cobertura salud (2022) | 62.4% | 58.6% | 75.8% | 47.8% |
| Hogares con agua de red publica (2022) | 89.5% | 91.2% | 60.3% | 91.2% |
| Hogares con desague del inodoro a red publica (2022) | 59.1% | 74.6% | 6.9% | 71% |

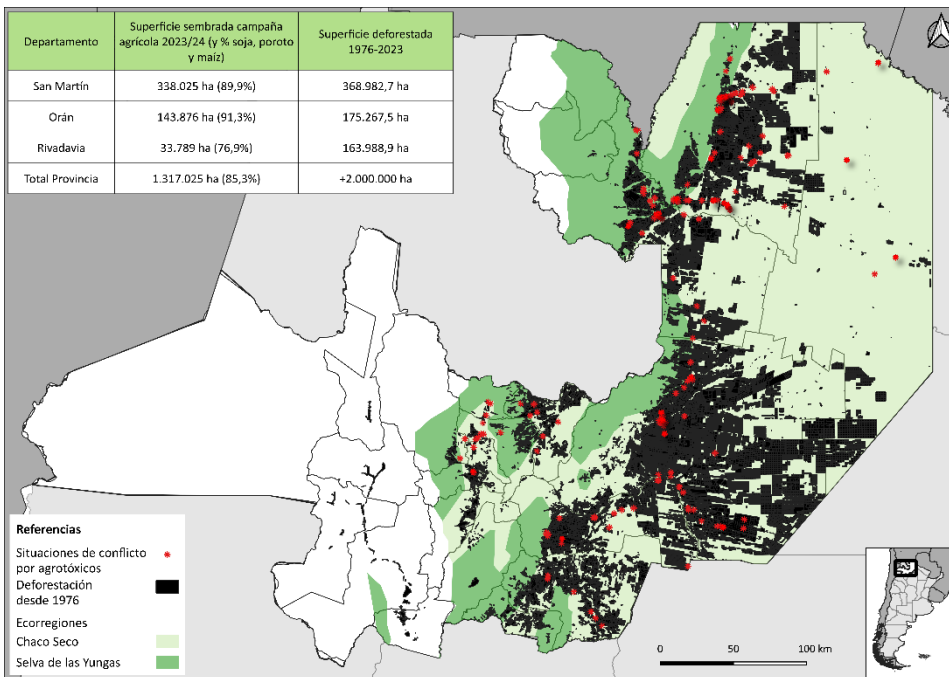
Fuente: Elaboración propia con base en Infraestructura de Datos Espaciales de la Provincia de Salta e Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Mientras que Salta contabiliza más de 1.300.000 ha sembradas en las últimas campañas agrícolas y los ingresos jurisdiccionales se nutren en gran medida del sector, al interior provincial persisten altos índices de pobreza y de necesidades básicas insatisfechas. Estos contrastes no pueden dejar de ser enmarcados en el avance del modelo de agronegocios desde finales del siglo XX en Argentina, que en Salta se intensificó a comienzos del siglo XXI. Las estimaciones agrícolas nacionales muestran que entre 1990/91-2023/24 la superficie cultivada total aumentó en un 323% en Salta y que, para el último período considerado, los tres departamentos analizados representan el 39,1% de la superficie sembrada.³ Las transformaciones agropecuarias recientes han repercutido de modo negativo en las condiciones de vida de las comunidades indígenas y/o campesinas (Castelnuovo Biraben, N., 2019; Flores Klarik, M., 2019; Salas Barboza, A.G. et al., 2023; Vallejos, M. et al, 2020), quienes enfrentan históricos conflictos por el uso, tenencia y propiedad de la tierra; situación que se vio agravada en los últimos años por la exposición directa e indirecta al uso de agroquímicos (Schmidt, M., 2021).

El cambio en el uso del suelo salteño fue en gran medida sustentado en la pérdida y/o degradación de los bosques nativos (Figura 2), una de las principales fuentes para la recolección, caza, producción artesanal y provisión de leña para las poblaciones originarias. Entre los años 1998 y 2024 se perdieron más de 1.500.000 ha de bosques en Salta, mientras que en el período que interesa a esta investigación, la información disponible revela que la superficie bajo desmonte superó las 100.000 ha (Greenpeace, 2025). También el año 2020 en Argentina supuso el inicio de un ciclo de incendios forestales que tendría graves episodios a lo largo de los siguientes años en la región chaqueña en general y en Salta en particular (Wertheimer, M. y Fernández Bouzo, S., 2023).

³ <https://datosestimaciones.magyp.gob.ar/>

Figura 2. Provincia de Salta. Ecorregiones, pérdida de bosques nativos y situaciones de conflicto por agrotóxicos.



Fuente: Elaboración propia con base en Infraestructura de Datos Espaciales de la Provincia de Salta y relevamientos propios.

Otra realidad que se constituye en un determinante de la salud individual y comunitaria indígena son los problemas de accesibilidad y calidad del agua. Si el acceso al agua segura para consumo humano y productivo es un problema estructural en la provincia, en el contexto de pandemia cobró aun mayor urgencia (Belmonte, S. et al, 2021; MOP-DNAPyS, 2021; López, E. et al 2018). Los departamentos en emergencia sociosanitaria presentan valores críticos en disponibilidad de agua de red pública y servicios de saneamiento, tanto en zonas urbanas como en zonas rurales y periurbanas. En estos casos, el abastecimiento cotidiano se realiza a través de formas alternativas de aprovisionamiento, que incrementan los riesgos asociados a la calidad del recurso.

A las situaciones mencionadas se suma la degradación y contaminación de las fuentes de agua superficial y subterránea disponibles, que no responde solo a causas antrópicas sino también a causas naturales (Álvarez Dalinger, F. et al, 2024). En el período 2020-2021, cuando las históricas desigualdades hídricas regionales se vieron solapadas con la pandemia por COVID-19, distintos organismos estatales implementaron programas y proyectos de

acceso al agua, con recursos propios y/o préstamos internacionales. No obstante, la accesibilidad al agua aún dista de ser una problemática resuelta, como resultado de la convergencia de múltiples factores, derivados de las desigualdades hídricas históricas y estructurales difíciles de revertir en contextos de emergencia sanitaria y económica, los problemas de calidad y mantenimiento de las infraestructuras en el largo plazo y, en muchos casos, la falta de adecuación del diseño de las obras a los intereses y prácticas de los futuros beneficiarios.

Dado el marco productivo, ambiental, hídrico y territorial reseñado, la situación sanitaria en Salta presentaba una realidad crítica al momento de iniciarse la pandemia y declararse las medidas de ASPO.

La doble emergencia sanitaria en territorio indígena

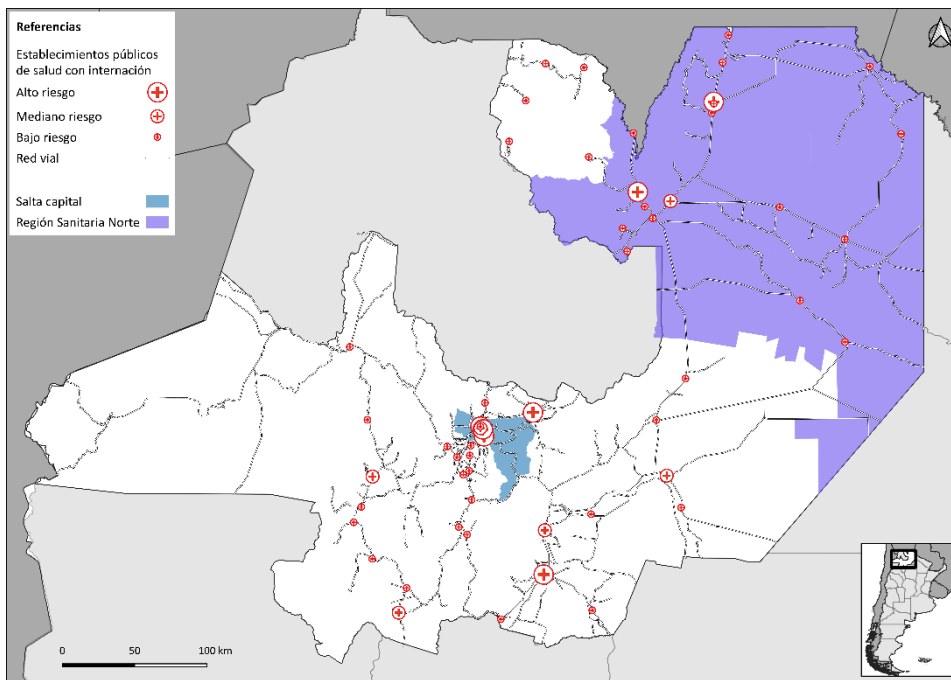
“No tengo esa pedorrada que ayuda a que ese pendejo no se me muera”

Diversas investigaciones han mostrado cómo desde el sistema sanitario se han propiciado situaciones de discriminación y maltrato hacia los pueblos indígenas en distintas provincias del país, junto con declaraciones que han promovido la auto-responsabilización y/o la adjudicación de causas culturales a sus condiciones sanitarias (Hirsch, S. y Lorenzetti, M., 2016). Para el caso de Salta, se ha señalado que la desnutrición infantil emerge como “un problema indígena” desde la perspectiva de cierto personal de salud y de funcionarios/as públicos/as, quienes tienden a atribuir sus padecimientos más a determinadas conductas de la población adulta y sus pautas culturales que a las determinaciones estructurales en que las familias habitan (Leavy, P., 2022), al tiempo que gran parte de las afecciones sanitarias se derivan de las condiciones habitacionales, socioeconómicas y de acceso al sistema de salud, con particular interés en las características que asume el acceso al agua potable (Suárez, M.E., 2024). Esto encuentra antecedentes directos en años recientes, cuando la recurrente visibilización de los cuadros de desnutrición infantil tomaron estado público y fueron objeto de controversias, desplazando el debate sobre las causas y habilitando mecanismos de culpabilización de las víctimas y ocultamiento del eje de las responsabilidades (Buliubasich, C., 2013).

En Salta, cerca de la mitad de la población no cuenta con cobertura de salud y presenta altos índices de enfermedades como hantavirus, tuberculosis y dengue. La falta de infraestructura sanitaria y su desigual distribución geográfica son datos estructurales, que cobran mayor criticidad en ámbitos rurales y/o en localidades y departamentos alejados de los grandes centros urbanos y las capitales jurisdiccionales, donde se ubican los establecimientos de salud de mayor complejidad de atención (Figura 3). A la dispersión y distancia territorial de

los efectores hospitalarios (junto con la calidad y mantenimiento de la infraestructura vial en zonas rurales), se suma la inadecuada cantidad de profesionales especialistas y la escasez de insumos. Ya en noviembre de 2019, en la antesala de la doble emergencia sanitaria, una persona entrevistada perteneciente al sistema de salud salteño nos comentaba sobre el desfinanciamiento y la falta de recursos básicos para tratar los casos de diarrea y deshidratación en niños/as indígenas de la zona de Tartagal, tal como puede leerse en la cita que titula el subapartado.

Figura 3. Provincia de Salta. Región sanitaria norte, infraestructura vial y establecimientos públicos de salud con internación



Fuente: Elaboración propia con base en Infraestructura de Datos Espaciales de la Provincia de Salta y Ministerio de Salud Pública de Salta.

Si bien la desnutrición infantil en Argentina para los últimos años muestra una tendencia al descenso, el panorama cobra mayor relevancia en provincias como Salta, donde los determinantes inmediatos (dieta insuficiente en calidad y cantidad, junto con enfermedades como diarreas y parasitosis), subyacentes (falta de acceso a servicios de agua, saneamiento y salud) y estructurales (pobreza) de la desnutrición se conjugan de modo dramático (Longhi,

F. et al, 2018). La tasa de mortalidad infantil para el total provincial en 2020 fue del 10,29% (ascendía a 10,77% en San Martín, 14,16% en Rivadavia y 17,10% en Orán), en tanto que el 31,3% de las causas de defunción en menores de un año estaban asociadas al peso extremadamente bajo al nacer. El organismo sanitario provincial reportaba por entonces al menos 855 niños/as (la mayoría menores de un año) con desnutrición aguda y alrededor de 10.000 niños/as menores de 5 años en riesgo de desnutrición, junto con un escenario de inseguridad alimentaria en el resto de la población infantil y la incidencia en malnutrición de adultos en grupos en situación de vulnerabilidad como embarazadas y adultos mayores (ONU, 2020).

De acuerdo con la estructura provincial, este territorio forma parte de la región sanitaria norte (incluye los departamentos de San Martín, Orán y Rivadavia, aproximadamente el 35% de la superficie provincial) (Figura 3). La misma se encuentra dividida en 15 Áreas Operativas, cada una de las cuales cuenta con un hospital cabecera, en su mayoría de nivel de complejidad II. Los hospitales con mayor complejidad de atención se encuentran en las ciudades de Tartagal y Orán, y en caso de requerirse el máximo nivel de complejidad se gestiona la derivación hacia la capital provincial, donde son numerosas las situaciones asociadas a problemas en los traslados y complicaciones en los cuadros sanitarios por inconvenientes en el transporte. Del total de establecimientos estatales de salud al año 2019, el 31% correspondían a la zona sanitaria norte y, según información para el año 2021, la misma contabilizaba un total de 735 camas disponibles repartidas en los 15 establecimientos asistenciales con internación (sin terapia intensiva). A los hospitales se suma la red de centros de salud, puestos sanitarios y puestos fijos, donde las poblaciones encuentran un primer ingreso al sistema (la población asistida por el Programa de Atención Primaria de la Salud en la región superaba por entonces las 260.000 personas).⁴

Más allá de las estadísticas, nos interesa profundizar en los aspectos cualitativos que invisibilizan los números y que esconden desigualdades e injusticias de largo aliento. En Salta, los promedios provinciales adquieren nuevas dimensiones al evaluar las grandes extensiones a ser cubiertas por los servicios de salud, con población dispersa en pequeños conglomerados distantes de los centros urbanos. A su vez, cabe recordar que tanto los hospitales cabecera como los diversos efectores de salud en la región son de muy baja complejidad, están lejos de comprender los recursos materiales necesarios y tienen pocos recursos humanos disponibles: “es la zona con mayores tasas de mortalidad infantil del país y hay 6 médicos” (personal de salud, 28/04/2022). Como consecuencia, se efectúan una gran cantidad de derivaciones a los hospitales de Orán o Tartagal, “que están estallados también” (integrante ONG, 06/05/2022) y que presentan grandes falencias en la cantidad de

⁴ <http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/organizacionsistsaludmsp.php>

profesionales y especialidades, situación frente a la cual se “mandan camionetas y colectivos a Salta, todas las semanas, llevando gente del norte” (integrante ONG, 06/05/2022).

Junto con los problemas estructurales señalados, a partir de las entrevistas es posible advertir la referencia a la falta de insumos básicos y específicos, todo lo cual fue en detrimento de la atención sanitaria en contexto de pandemia: mientras que “tenías que tener oxígeno, toda la carpa y toda la indumentaria, acá apenas tenías un par de guantes que le duraba tres días a la enfermera...” (referente territorial, 11/08/2022). En la misma línea, en los testimonios emergen los problemas asociados con la realización de testeos y la falta de espacios adecuados para el aislamiento preventivo de los casos bajo sospecha, en una región donde las viviendas presentan altos déficits de infraestructura y condiciones de hacinamiento:

Los primeros tiempos que se testeó del COVID te llevaban a Salta para hacer los resultados, para darte el resultado después de cuatro días, ¿y qué hacías esos cuatro días, cinco días, mientras tanto? El hospital te decía, por las dudas aisláte... ¿A dónde? Donde vivo, vivimos todos, ocupamos un solo salón y vivimos todos. Y el hospital no tenía una sala para tener a esta gente que estaba asintomática y no tenía tampoco los recursos para sostenerse (referente territorial, 11/08/2022).

Si bien los números de contagios y muertes por COVID-19 en la zona fueron bajos en relación con las principales ciudades del país y la provincia, hasta aquí el caso de estudio es revelador de una serie de dimensiones insoslayables para reflexionar en torno a los procesos de salud-enfermedad-cuidado-muerte en un contexto de doble emergencia sanitaria.⁵ En primer lugar, pone de relieve las distintas temporalidades en las que se desenvolvió la pandemia por coronavirus, tal como se destaca en la frase que titula este artículo, expresada por una referente territorial entrevistada en agosto de 2022. En segundo lugar, vino a visibilizar los ya mencionados problemas derivados de la falta de infraestructura de atención, recursos y personal sanitario en ámbitos rurales, junto con las dificultades vinculadas con las distancias geográficas que obstaculizan la atención oportuna y segura.

“No tienen que traducir palabras, tienen que traducir mundos”

El impacto del COVID-19 en pueblos originarios fue estudiado en diversos países y contextos provinciales, a partir de lo cual se ha advertido respecto de una mayor vulnerabilidad por parte de estas poblaciones (CEPAL, 2020; Engelman, J., et al, 2021). En Salta, se han destacado las consecuencias no sanitarias de la pandemia en distintos ámbitos como la

⁵ <http://www.idesa.gob.ar/estado-de-situacion-actual-covid/>

educación, la alimentación y abastecimiento de bienes de primera necesidad, el trabajo y fuentes de ingreso, los transportes y traslados, las medidas de control y el rol de las fuerzas de seguridad en los territorios, el acceso a prestaciones estatales, entre las principales (Abeledo, S. et al, 2020).

Además de las determinaciones de mediano y largo plazo ya señaladas, la postergación en el acceso al sistema de salud salteño por parte de la población originaria se evidencia en la persistente falta de formación y abordaje intercultural de situaciones sanitarias por fuera del modelo médico hegemónico centrado en la atención hospitalaria: “no tenemos un sistema sanitario que de verdad esté preparado para el paciente indígena, ellos quieren que el paciente indígena se adapte al sistema” (personal de salud, 26/09/2022). Si bien la provincia incorporó la interculturalidad en gran medida a través del Programa de Atención Primaria de la Salud, a nivel gubernamental es destacable la dilación en la reglamentación de la Ley 7856/2004, por medio de la cual se creó la Red de Apoyo Sanitario Intercultural e Interinstitucional para Pueblos Originarios (también la Ley 7121/2000 de Desarrollo de los pueblos indígenas legisla sobre salud).

Las declaraciones de algunos/as entrevistados/as dejan entrever hasta qué punto “la imagen del hospital o la de la necesidad de hospitalizar un niño o una niña es sinónimo de muerte”, dado el desentendimiento absoluto que prima y que se perpetúa más allá de la existencia de la traducción lingüística bajo la figura del agente intercultural de salud. En concreto, nos remiten nuevamente a las situaciones de violencia y responsabilización que pesa sobre las familias originarias: “una madre que tiene que llevar o acompañar a uno de sus hijos deshidratados o desnutridos y que tiene que eventualmente dejar a cinco más o a tres más, que no tiene donde permanecer, que no entiende lo que está pasando y que es maltratada y que es discriminada y que es culpabilizada” (equipo técnico organismo nacional, 13/09/2022).

En el marco de estas desconexiones estructurales entre las poblaciones indígenas y el sistema de salud pública, la situación de pandemia vino a reforzar la desconfianza hacia el sistema sanitario: “generó un montón de excusas para que entonces se dejen de atender todo tipo de patologías e intervenciones que no tengan que ver con el COVID” (integrante ONG, 06/05/2022). De acuerdo con los testimonios, ciertas familias optaron por alejarse monte adentro y no asistir a los centros de salud, sea por temor al contagio o a un traslado forzado hacia las ciudades con hospitales de mayor complejidad, que tampoco les garantizaba el tratamiento sanitario o el retorno al territorio (además de los costos de transporte, alojamiento y mantención para el grupo familiar que debía trasladarse): “nadie quería ir a Tartagal para no volver... preferían morirse ahí” (personal de salud, 11/04/2022):

Las comunidades directamente quedaban o la familia se iba más lejos, digamos a los puestos que tienen más alejados a la población en grande y si alguien se enfermaba... hubieron muchos casos donde directamente ni avisaban que estaban enfermos porque esto como que generaba más miedo de que te asista salud a que te resuelva por el hecho de que te llevaban sí o sí a otro lugar, porque acá no había lugar. Y allá, si te morías, no te devolvían los restos, o no te decían de que moría (referente territorial, 11/08/2022).

Cabe destacar, no obstante, que las experiencias comunitarias han sido dispares, en gran medida como consecuencia de la heterogeneidad existente en el territorio y de los diversos niveles de organización previos:

Había comunidades que se organizaban muy bien y muy rápidas, cerraban los accesos, tenían en claro quién iba a hacer el tema abastecimiento y dónde... y había otras comunidades donde no, los conflictos aumentaban, la situación era mucho más caótica, querían incendiar las casas de las personas que estaban enfermas... hasta último momento no querían acceder al sistema de salud por más que ya no tenían capacidad ni de respirar. Y en todos esos lugares había que ir, plantarse ahí afuerita, hablar con las familias, caciques, negociar (personal de salud, 11/04/2022).

Todo lo antedicho permite situar el acceso a la salud indígena como un problema de traducción lingüística, dada la gran variedad y vitalidad de lenguas existentes en el territorio, pero también cultural, en virtud de los múltiples modos de concebir los procesos de salud-enfermedad-muerte y practicar las tareas de cuidado, que entran en tensión con los esquemas y temporalidades tradicionales de atención médica: “las familias no querían salir de la comunidad, no querían sacar a su hijos de la comunidad porque saben que poner un pie fuera de la comunidad para ellos implicaba ser maltratado” (personal de salud, 26/09/2022).

De allí la importancia que adquiere la figura de los agentes sanitarios indígenas quienes, a pesar de su baja jerarquización y la discriminación que también padecen, en su doble rol se ocupan no solo de la traducción lingüística entre el sistema médico y los pacientes/familias indígenas sino de una traducción entre mundos y modos diferentes de practicar el cuidado de la salud, tal como surge del subtítulo a partir de lo expresado por personal sanitario entrevistado en abril de 2022. Respecto de las tensiones entre las regulaciones sanitarias emitidas a nivel nacional y su adaptación a contextos indígenas -donde prima la pluralidad idiomática y cultural, y donde persisten privaciones a derechos básicos como el agua y la alimentación- nos mencionaban en las entrevistas que “no podías decir quedate en casa a

un tipo que se iba solo al monte a buscar qué iba a comer, entonces era muy difícil bajar el tema de la comunicación, y no idiomático solamente” (personal de salud, 11/04/2022).

Lo señalado permite también advertir las falencias en el registro de los contagios y muertes “que no salieron en ningún lado y no están ni documentados” (integrante ONG, 06/05/2022), junto con la ausencia de datos sanitarios y de vacunación desagregados según pertenencia étnica. Frente a la falta de registro de ciertas patologías de notificación obligatoria, estas situaciones se ven agravadas por el hecho de tratarse de poblaciones en muchos casos indocumentadas y sin siquiera acceso al derecho a la identidad: “niños y niñas que nunca llegan a estar registrados por el Estado y cuando fallecen no están en las estadísticas oficiales” (integrante ONG, 01/04/2022).

En este marco, cabe destacar algunas experiencias sanitarias llevadas adelante en el territorio en el período bajo estudio, cuyos resultados mostraron, más allá del COVID-19, la existencia de gran cantidad de enfermedades crónicas que se encontraban sin atención:

Estábamos paliando un montón de otras situaciones de salud, además de lo del COVID, porque sí existía y sí estaba presente. Pero no era lo más grave que nos pasaba como sistema sanitario. En esa movida, movilizamos más de 40 personas de salud en 3 o 4 jornadas, estuvimos en casi 400 familias. Y si, finalmente los resultados eran reveladores. Nuestro problema sanitario se estaba desmadrando por muchos lugares, no solo por los problemas respiratorios. Teníamos agujeros por todos lados (...). Varios meses después nos encontramos con que eso era un grave error técnico, que en los lugares donde nos encontrábamos nosotros desarrollando las actividades sanitarias, teníamos que estar preparados para una diversidad de situaciones que se nos estaban presentando y nos las estábamos comiendo (personal de salud, 11/04/2022)

En una intervención sanitaria llevada adelante entre septiembre de 2020 y febrero de 2021 en comunidades originarias del Área Operativa 8 (correspondiente al municipio de Santa Victoria Este), se desplegaron acciones vinculadas al cuidado de la salud indígena desde una perspectiva integral, comunitaria e intercultural (Mariscal, M. et al, 2021). La evidencia recogida demostró que personas con necesidad de atención o pertenecientes a la población en riesgo no concurrían a pesar de tener la posibilidad. Esto pone de relevancia nuevamente la presencia de los agentes sanitarios como actor principal para desencadenar procesos de participación capaces de involucrar a las comunidades en el cuidado conjunto, al tiempo que advierte respecto de una necesaria reflexión sobre la práctica sanitaria en estos territorios: “¿Estamos trabajando con una mirada intercultural? ¿Estamos siendo respetuosos con las

personas que estamos atendiendo? ¿Estamos garantizando salud? o ¿Estamos agrandando las barreras sanitarias de acceso a la salud? (personal de salud, 26/09/2022).

“Pese a la declaración de la emergencia, los motivos estructurales que fundamentaron la declaración no habían sido erradicados”

En el marco de la doble emergencia sanitaria, las comunidades y organizaciones originarias realizaron acciones colectivas de denuncia y presentaciones frente a organismos provinciales y nacionales en reclamo de participación en los procesos de toma de decisión, tanto sobre sus territorios como sobre sus cuerpos y los procesos de salud-enfermedad-cuidado-muerte que los afectan. En un Comunicado de autodeterminación de las comunidades ancestrales de Santa Victoria Este, en septiembre de 2020 se afirmaba:

La pandemia del COVID ha llegado a nuestras comunidades de la mano de la desatención social, la ausencia de protocolos de control y la falta de recursos que debían ser destinados por el Estado para la prevención y equipamiento de los hospitales de la zona. La situación actual es muy grave, encontrándose el COVID en todas las comunidades del departamento, sin protocolos, medicamentos, módulos alimentarios, personal sanitario, equipamiento o camas suficientes, en un verdadero desastre humanitario que podía ser evitado, y que hace visible la ausencia de décadas de nuestros derechos (Espinosa, M., 2020).

Tras solicitar recursos humanos, insumos básicos, equipamiento y vehículos, módulos alimentarios y acceso a agua, señalaban que “el monte nativo nos brinda la medicina natural que sostiene nuestra existencia, especialmente en estos momentos para enfrentar el COVID, además de ser medio de alimentación y sostén espiritual”, frente a lo cual se exigía la detención inmediata de los desmontes y controles efectivos sobre la venta de madera. De modo paralelo, caciques y referentes de las comunidades indígenas firmantes remitieron cartas a las autoridades gubernamentales expresando preocupación y malestar por la situación sanitaria. Entre ellas, cobra relevancia la carta enviada al presidente de la Nación, en la cual puede leerse:

Nuestras comunidades muchas están en regiones aisladas de las urbanizaciones, se podría pensar que en este momento eso nos protege, pero es una protección engañosa. Porque el aislamiento no es sólo geográfico, sino que nos encontramos aislados y aisladas de condiciones dignas de vida. (...) Es muy difícil que muchos y muchas de nosotros podamos acceder a una unidad de cuidados intensivos o a un respirador, debido a la distancia al único hospital

de complejidad 4 para 230 mil habitantes y solo 13 respiradores ya en ocupación total (Gaspar, A., 2020).

Apenas dos meses más tarde, el 16 de noviembre de 2020 se daba inicio a una histórica marcha de pueblos originarios hacia la ciudad de Salta en demanda por “un modelo de intervención sanitaria y social para la pandemia adecuado a nuestras realidades y respetuoso de nuestras culturas, ya que tenemos otras lenguas y otras concepciones de la salud y la enfermedad”, junto con una larga lista de reclamos por derechos incumplidos hacia las poblaciones indígenas (Agencia Tierra Viva, 2020).

Un último aspecto a destacar es la judicialización del reclamo, que fue activado de manera simultánea por canales diferentes a través de dos presentaciones que solicitaron acciones sobre las niñeces indígenas de los tres departamentos en emergencia. Por un lado, desde la Defensoría de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes de la Nación se interpuso una acción de amparo colectivo en favor de la totalidad de niñas/os y adolescentes de pueblos indígenas que habitan y viven en los departamentos de Rivadavia, Orán y San Martín para garantizar su derecho a la vida, la salud, la alimentación adecuada, agua segura y acceso a la justicia, entre otros (DDNNyA, 2022). Por el otro, con el patrocinio de la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia y la Comisión directiva wichi Misión la Loma, se presentó una acción de amparo colectivo para la aplicación y cumplimiento efectivo de la Ley 7856 de salud intercultural, para lo cual se solicitó asignación de partidas presupuestarias y la reglamentación de la norma por medio de un proceso participativo.⁶

Tal como nos manifestaban en la entrevista cuyo fragmento titula el subapartado, las desigualdades de largo aliento seguían vigentes al momento de las presentaciones judiciales. Si la emergencia sociosanitaria dio mayor visibilidad pública a una problemática estructural que se repite año tras año, los desafíos por parte de los organismos públicos en sus distintos niveles para garantizar el acceso a derechos básicos en este territorio persisten:

Sabíamos que en un año no se iba a resolver el acceso al territorio, cuestiones de derechos que traen aparejados, hay décadas de postergación por parte del Estado. (...) Pero entendíamos que con la declaración de emergencia por lo menos se tenía que resolver mínimamente el acceso al agua, el acceso a la salud, a una alimentación medianamente equilibrada y saludable, y bueno, cuestión que no pasó (integrante ONG, 01/04/2022).

Entre noviembre de 2021 y enero de 2022 los jueces hicieron lugar a las medidas cautelares y en ambos casos las actuaciones fueron remitidas a la Corte Suprema de Justicia de Salta,

⁶ <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2022/01/Sentencia-Amparo-Salta.pdf>

quien declaró su competencia originaria por tratarse de denuncias dirigidas a acciones provenientes del titular del poder ejecutivo provincial.⁷ En el segundo caso, el juez intimó a la provincia a que, hasta tanto se resuelva el fondo de la demanda, designe facilitadores culturales en los hospitales de referencia o cabecera de los tres departamentos y en Salta capital, junto con el establecimiento y manutención de albergues de tránsito en las cercanías para los pacientes y sus familias (la ley de salud intercultural fue reglamentada hacia fines de 2023 a través del Decreto 682). En el primer caso, con fecha 22 de septiembre de 2022 se llevó a cabo una audiencia pública tras la cual la Corte estableció que el gobierno provincial deberá presentar en un plazo de 60 días un plan de trabajo integral, interministerial e intercultural, con objetivos mensurables de mediano y largo plazo, para garantizar los derechos de las niñeces indígenas (Página 12, 2022).

A la fecha, se han cumplido más de cinco años del inicio de la doble emergencia sanitaria y las muertes e internaciones por desnutrición continúan siendo una realidad cotidiana para las comunidades indígenas salteñas (Corvalán, E., 2024). También la matriz colonial y racial del modelo médico que permea las prácticas e instituciones sanitarias, a pesar de los avances en materia de reconocimiento e interculturalidad.

Reflexiones finales

En este artículo, nos propusimos abordar las determinaciones sociales y territoriales de la salud indígena en Salta a partir de distintas dimensiones de análisis: el cambio en los usos del suelo y la deforestación de bosques nativos, principal sustento vital de las poblaciones originarias que se han visto progresivamente arrinconadas y/o desalojadas; la intoxicación a gran escala como consecuencia del uso extendido de agroquímicos, junto con la emergente conflictividad por parte de colectivos organizados en defensa de la salud; y el solapamiento de desigualdades hídricas preexistentes con novedosas formas de acaparamiento del agua en cantidad y calidad suficientes para la vida humana y no humana, derivadas del despliegue de grandes emprendimientos agropecuarios.

El interés estuvo centrado en evaluar los impactos diferenciales que escenarios epidemiológicos como la pandemia por COVID-19 comportan en territorios indígenas, y en explorar la superposición de desigualdades sanitarias, ambientales y étnicas. Nos propusimos entonces descentrar la mirada para atender a aquellos escenarios donde pocas de las

⁷ <http://www.saij.gob.ar/corte-justicia-local-salta-graham-marisa-hernandez-juan-facundo-gobernador-provincia-salta-poder-ejecutivo-provincial-amparo-recurso-apelacion-fa22170048-2022-03-04/123456789-840-0712-2ots-eupmocsollaf>; <http://www.saij.gob.ar/corte-justicia-local-salta-amparo-constitucional-presentado-dr-sebastian-ezequiel-pilo-representacion-asociacion-civil-igualdad-justicia-acij-comision-directiva-wichi-mision-loma-representada-su-presidente-efrain-federico-neuenschwander-patrocinio-letrado-martin-plaza-competencia-fa22170049-2022-02-11/123456789-940-0712-2ots-eupmocsollaf>

recomendaciones sanitarias podrían ser cumplidas: acceso a agua de calidad para lavarse las manos, condiciones de higiene o ventilación en los hogares, acceso a canales de participación e información oportuna, y a sistemas de salud con recursos humanos y materiales suficientes y adecuados.

La investigación permitió poner de relieve la estrecha relación existente entre desigualdades hídricas y sanitarias. Esto se debe tanto a dificultades de tipo material y espacial (problemas de acceso a los establecimientos de salud, sea por falta de personal y/o insumos, de medios de transporte y/o por problemas edilicios en los centros de atención) o bien culturales y étnicos (falta de información epidemiológica desagregada según poblaciones específicas, falta de estrategias de comunicación que sean traducibles y apropiadas de acuerdo a la población destinataria, etc.). Si bien se desarrollaron distintas estrategias desde las políticas públicas para atender la evolución de la pandemia en poblaciones originarias, éstas han sido parcialmente eficaces dadas su demora en el tiempo, las fallas en el diseño o en las soluciones a aplicar y/o la ausencia de mecanismos participativos e interculturales que contemplen las prácticas y usos comunitarios en torno a la salud y su cuidado.

En definitiva, los hallazgos permiten concluir que el acceso a la salud por parte de la población originaria debe ser complejizado a la luz de su histórica postergación en el acceso a derechos básicos como el territorio, la lengua y la educación. Las determinaciones sociales y territoriales de la salud indígena se explican por las desigualdades actuales, profundizadas al calor de la expansión de un modelo de desarrollo de carácter extractivo sobre la naturaleza humana y no humana; pero también por las injusticias (materiales y simbólicas) heredadas de la historia larga de desposesión, violencia y discriminación que en los últimos siglos han configurado las relaciones sociales en este territorio.

Referencias

Abeledo S. et al. (2020). *Informe ampliado: efectos socioeconómicos y culturales de la pandemia COVID-19 y del aislamiento social, preventivo y obligatorio en los pueblos indígenas en Argentina - Segunda etapa, junio 2020. Anexo XVII: Salta*. Recuperado de http://hum.unsa.edu.ar/Informe_COVIDyPueblosIndigenas_AnexoSalta.pdf

Agencia Tierra Viva (2020, 17 de noviembre). Histórica marcha indígena en Salta. Recuperado de <https://agenciaterraviva.com.ar/historica-marcha-indigena-en-salta/>

Álvarez Dalinger, F., Sabio y García, C., Lozano, V., Bazzana, J., Thomas, C., Reyes Diez, I., Pearson, J., Garzarón, I., Moraña, L. y Sánchez, M.L. (2024). Assessment of drinking-water quality in Indigenous Communities of Santa Victoria Este, Argentina. *Inland Waters*, 1-12. doi: <https://doi.org/10.1080/20442041.2024.2423477>

Belmonte, S., López, E. y García, M. (2021). Identificación de áreas prioritarias para la gestión del agua en el Chaco salteño, Argentina. *Agua y Territorio*, 17, 7-32. doi: <https://doi.org/10.17561/at.17.4868>

Borde, E. y Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*, 41, 264-275. doi: 10.1590/0103-11042017S222

Breilh, J. (2020). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Brown, H., McPherson, G., Peterson, R., Newman, V. y Cranmer, B. (2012). Our Land, Our Language: Connecting Dispossession and Health Equity in an Indigenous Context. *CJNR*, 44(2), 44-63.

Buliubasich, EC. (2013). La política indígena en Salta. Límites, contexto etnopolítico y luchas recientes. *Runa*, XXXIV(1), 59-71.

Castelnuovo Biraben, N. (2019). Pueblos Indígenas y Grandes Transacciones de Tierra en el Noroeste Argentino. En M. Simón et al. (eds.), *Grandes transacciones de tierra en América Latina: sus efectos sociales y ambientales* (pp. 53-87). Buenos Aires: FUNDAPAZ.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL (2020). *El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva*. Santiago: CEPAL.

Corvalán, E. (2024, 18 de marzo). Cinco niños indígenas de Santa Victoria Este murieron en la última semana. Página 12. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/721784-cinco-ninos-indigenas-de-santa-victoria-este-murieron-en-la>

Defensoría de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes de la Nación - DDNNyA. (2022). *Segundo Informe de situación. Derechos de niñas, niños y adolescentes de Comunidades Indígenas del Chaco Salteño*. Recuperado de <https://defensoraderechosnnya.gob.ar/documento/segundo-informe-de-situacion-de-los-derechos-de-ninas-ninos-y-adolescentes-de-pueblos-indigenas-en-el-chacho-salteno/>

Engelman, J., Schmidt, M. y Hecht, AC. (2021). Presentación: Dossier Experiencias indígenas frente a la pandemia en América Latina. *Albuquerque*, 13(25), 10-21. doi: <https://doi.org/10.46401/ardh.2021.v13.13096>

Espinosa, M. (2020). Violencia en el Chaco Salteño. Notas críticas sobre la situación de los Pueblos Originarios. *Alfilo*. Recuperado de <https://ffyh.unc.edu.ar/alfilo/violencia-en-el-chaco-salteno-notas-criticas-sobre-la-situacion-de-los-pueblos-originarios/>

Flores Klarik, M. (2019). Agronegocios, pueblos indígenas y procesos migratorios rururbanos en la provincia de Salta, Argentina. *Revista colombiana de antropología*, 55(2), 65-92. doi: <https://doi.org/10.22380/2539472x.799>

Gaspar, A. (2020, 5 de septiembre). Carta de los indígenas del norte de Salta al presidente Alberto Fernández. *El Tribuno*. Recuperado de <https://www.tribuno.com/salta/nota/2020-9-5-10-3-0-carta-de-los-indigenas-del-norte-de-salta-al-presidente-alberto-fernandez>

Greenpeace (2025). *Deforestación en el norte de Argentina. Informe Anual 2024*. Recuperado de <https://www.greenpeace.org/static/planet4-argentina-stateless/2025/01/96e4c507-informedeforestacion-greenpeace-1.pdf>

Hirsch, S. y Lorenzetti, M. (eds.) (2016). *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: Encuentros, tensiones e interculturalidad*. San Martín: UNSAM EDITA.

Leavy, P. (2022). Tensiones en torno a la (des)nutrición en poblaciones indígenas y criollas en Salta, Argentina, desde una perspectiva antropológica. *Salud Colectiva*, 18, e3839. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2022.3839>

Longhi, F., Gómez, A., Zapata, M.E., Paolasso, P., Olmos, F. y Ramos Margarido, S. (2018). La desnutrición en la niñez argentina en los primeros años del siglo XXI: un abordaje cuantitativo. *Salud Colectiva*, 14(1), 33-50. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2018.1176>

López, E., Belmonte, S., García, M., Sarmiento, N. y Franco, J. (2018). *Accesibilidad al agua para consumo humano en la provincia de Salta-Argentina. Diseño de un indicador en entorno SIG*. *Revista Nodo*, 12(24), 32-45. doi: <https://doi.org/10.54104/nodo.v12n24.621>

Mariscal, M., Gea Zamora, L.T., Sepúlveda, M.R., Coronel, L., Ojeda, C., Fuentes, N., Farfán, A., Pereyra Castro, A. y Laino, J.M. (2021). Salud desde una mirada integral: Experiencia en comunidades originarias del área operativa VIII, provincia de Salta, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, e59.

Ministerio de Obras Públicas de la Nación - Dirección Nacional de Agua Potable y Saneamiento. (2021) *Memoria Descriptiva. Proyecto Agua Segura en Comunidades Indígenas de la Provincia de Salta AGOSTO 2021*.

Organización de las Naciones Unidas – ONU (2020). *Argentina: Emergencia sociosanitaria en Salta. Reporte de Situación No. 01 de la Oficina del Coordinador Residente (al 17 de febrero 2020)*. Recuperado de <https://reliefweb.int/report/argentina/argentina-emergencia-sociosanitaria-en-salta-reporte-de-situacion-no-01-de-la>

Página 12 (2022, 22 de septiembre). Infancias wichí: la Defensoría de la Nación acordó un plan de acción con la provincia. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/483941-infancias-wichi-la-defensoria-de-la-nacion-acordo-un-plan-de>

Salas Barboza, A.G., Agüero, J.L., Venencia, C., Díaz Paz, W. y Seghezze, L. (2023). Acaparamiento de tierra y agua asociado a la actividad agrícola en la Región del Chaco Salteño. En M. Simón (comp.), *El*

acaparamiento se renueva de energías verdes y otros extractivismos (pp. 175-185). Buenos Aires: Fundapaz.

Schmidt, M. (2021). Regulaciones, políticas y conflictos por agroquímicos en Salta, Argentina. *Letras Verdes. Revista Latinoamericana de Estudios Socioambientales*, 30, 105-125. doi: <https://doi.org/10.17141/letrasverdes.30.2021.4939>

Suárez, M.E. (2024). Un estudio antropológico de los sentidos y prácticas de los cuidados familiares en torno a padecimientos de salud infantil en comunidades originarias del norte de Salta. *Revista del Museo de Antropología*, 17(3), 317-330. doi: <https://doi.org/10.31048/nw6s7463>

Tobías, M., Schmidt, M., Toledo López, V., Merlinsky, G. y Fernández, V. (2022). *Ambiente y COVID-19 en Argentina. Escenarios de riesgo sanitario en provincias de la región chaqueña y el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Informe final Becas de Investigación SALUD INVESTIGA 2021-2022. Ministerio de Salud de la Nación. Mimeo.

Vallejos, M., Álvarez, A. y Paruelo, J.M. (2020). How are indigenous communities being affected by deforestation and degradation in northern Argentina? *Preprints*. doi: <https://doi.org/10.20944/preprints202011.0568.v1>

Verzeñassi, D., Ferrazini, L., Pereyra, H. y Keppl, G. (2023). Geopolítica de la Enfermedad. Un recorrido histórico para comprender el extractivismo y sus implicancias socioambientales y sanitarias en América Latina y El Caribe. En H. Pereyra, L. Ferrazini, D.

Verzeñassi y G. Keppl (coords.), *Extractivismos y las implicancias en la Salud, Ambiente y Territorios de Latinoamérica y el Caribe* (pp. 6-19). Buenos Aires: CLACSO

Wertheimer, M. y Fernández Bouzo, S. (coords.) (2023). *Argentina en llamas. Voces urgentes para una ecología política del fuego*. Buenos Aires: Ed. El Colectivo.

Sobre la autora

Mariana Schmidt. Licenciada en Sociología y Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires. Es Investigadora adjunta en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas con lugar de trabajo en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, donde participa y coordina proyectos de investigación. Se desempeña como docente de grado en la cátedra de Sociología Ambiental de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Sus publicaciones en revistas nacionales y extranjeras se han inscripto en la línea de la sociología rural y la ambiental, la ecología política, la historia ambiental, la geografía crítica y los estudios del desarrollo. Sus investigaciones se centran en los conflictos territoriales y ambientales asociados al avance del agronegocio y la deforestación en la provincia de Salta, a partir de lo cual ha indagado en las políticas de conservación ambiental, ordenamiento ambiental del territorio y gestión de cuencas hídricas, junto con los procesos colectivos de construcción de los riesgos sanitarios y ambientales en torno a las fumigaciones con agrotóxicos, entre otros.