RIDAA
Repositorio Institucional
Digital de Acceso Abierto de la
Universidad Nacional de Quilmes

Universidad
Nacional
de Quilmes

Rodríguez, Cintia Daniela

La atención intercultural de las mujeres mapuche en los servicios de salud de Las Coloradas, provincia de Neuquén

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial - Sin Obra Derivada 2.5
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar/

Documento descargado de RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes de la Universidad Nacional de Quilmes

Cita recomendada:
Rodríguez, C. D. (2021). La atención intercultural de las mujeres mapuche en los servicios de salud de Las Coloradas, provincia de Neuquén. (Tesis de maestría). Bernal, Argentina; Universidad Nacional de Quilmes. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3017

Puede encontrar éste y otros documentos en: https://ridaa.unq.edu.ar

Universidad Nacional de Quilmes
Roque Sáenz Peña 352 // Bernal
Buenos Aires // Argentina
t.: (+41 11) 4365 7100
f.: (+54 11) 4365 7101
info@unq.edu.ar

Cintia Daniela Rodr²guez, Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto,
Mayo de 2021, pp. 189,
http://ridaa.unq.edu.ar,
Universidad Nacional de Quilmes, Secretar²a de Posgrado,
Maestr²a en Filosof²a

La atenci· n intercultural de las mujeres mapuche en los servicios de salud de Las Coloradas, provincia de Neuqu®n

TESIS DE MAESTRÔA

Cintia Daniela Rodr²guez

cintiadanielarodriguez@gmail.com

Resumen

El objetivo general de la presente tesis es analizar cr²ticamente si, en la situaci· n concreta de la atenci· n sanitaria de parto de las mujeres mapuche, prevalece el respeto por sus derechos culturales. El objetivo espec²fico es elucidar las cuestiones relacionadas al marco normativo de la atenci· n de las mujeres mapuche en los servicios de salud neuquinos, m§s precisamente en la localidad Las Coloradas. Desde un marco filos· fico, se estudiar§ si la atenci· n de la salud materno-infantil de las mujeres mapuche, en esta localidad, es intercultural, examinando si existen pr§cticas de partos interculturales (g®nero, etnia y clase) y si participan, y de qu® modo, las mujeres de esta comunidad ind²gena en las pol²ticas de salud intercultural. La propuesta busca justificar la implementaci· n de pol²ticas p¼blicas para promover en Neuqu®n y en el resto de nuestro pa²s, Argentina, el derecho a la salud desde la pluralidad hist· rica de la diversidad cultural y con perspectiva de g®nero.
Palabras clave: Salud; Interculturalidad; mujeres; Mapuches; pol²ticas p¼blicas; Las Coloradas; Neuqu®n; Argentina.

Abstract

The general objective of this thesis is to critically analyze whether, in the specific situation of health care for childbirth of Mapuche women, respect for their cultural rights prevails. The specific objective is to elucidate issues related to the regulatory framework for the care of Mapuche women in Neuqu®n health services, more precisely in the Las Coloradas locality. From a philosophical framework, it will be studied whether the care of maternal and child health of Mapuche women in this locality is intercultural, examining whether intercultural childbirth practices exist (gender, ethnicity and class) and if they participate, and how, the women of this indigenous community in intercultural health policies. The proposal seeks to justify the implementation of public policies to promote in Neuqu®n and in the rest of our

country, Argentina, the right to health from the historical plurality of cultural diversity and with a gender perspective.
Keywords: Health; Interculturality; women; Mapuche; public policies; Las Coloradas; Neuqu®n; Argentina.

Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto, Universidad Nacional de Quilmes

ûndice

INTRODUCCIč N

I.1. ACLARACIONES SOBRE LA ESPECIFICACIč N DEL TEMA Y LA ESTRUCTURA DE LA TESIS
I.2. ABORDAJE METODOLč GICO

CAPõTULO 1 - MARCO TEč RICO DE LA ATENCIč N SANITARIA DE LAS MUJERES MAPUCHE EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COLORADAS

1.1. MARCO £TICO NORMATIVO DE LA ATENCIč N SANITARIA EN MUJERES INDõGENAS
1.2. ANĆLISIS DE LA MUJER MAPUCHE DESDE EL MARCO DEL FEMINISMO

CAPõTULO 2 - MARCO POLõTICO-JURõDICO DE LA ATENCIč N INTERCULTURAL DE LAS MUJERES MAPUCHE EN LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS COLORADAS

2.1. MARCO NACIONAL Y DE LA PROVINCIA DE NEUQU£N, RESPECTO A LAS POLõTICAS SANITARIAS
2.2. MARCO JURõDICO NORMATIVO DE LA ATENCIč N SANITARIA REFERIDA A LOS PARTOS RESPETADOS Y ATENCIč N MATERNO-INFANTIL EN MUJERES INDõGENAS

CAPõTULO 3 - EL DERECHO A LA SALUD INTERCULTURAL

3.1. àQU£ IMPLICA LA SALUD INTERCULTURAL?
3.2. DERECHO A LA SALUD DESDE LA PLURALIDAD HISTč RICA

CAPõTULO 4 - PROGRAMAS DE SALUD INTERCULTURAL EN LA PROVINCIA DE NEUQU£N Y EN LAS COLORADAS

4.1. PROGRAMAS DE SALUD APLICADOS EN LA PROVINCIA DE NEUQU£N Y EN LAS COLORADAS

4.2. INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA EN LAS COLORADAS

CAPčTULO 5 - ABORDAJE INTERCULTURAL EN SALUD DE LAS *PU MAPUCE ZOMO* (MUJERES MAPUCHE) DE LAS COLORADAS

5.1. ATENCIč N MATERNO-INFANTIL Y ADAPTACIč N DE PARTOS DE *PU MAPUCE ZOMO*
5.2. EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN *PU MAPUCE ZOMO*

CAPčTULO 6 - NECESIDAD DE GENERAR ñPOLčTICAS DE FORMULACIč N DE MARCOS ADECUADOSò PARA UN ABORDAJE INTERCULTURAL DE LA SALUD EN LAS *PU MAPUCE ZOMO* DE LAS COLORADAS.

6.1. PROPUESTA DE POLčTICAS PÐBLICAS CENTRADAS EN UN ENFOQUE INTEGRADO POR LAS DIMENSIONES: G£NERO, ETNIA Y CLASE SOCIAL

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRĆFICAS

R. 1. DOCUMENTOS CONSULTADOS
R. 2. WEBSITES CONSULTADOS

ANEXOS

INTRODUCCIč N

I.1. ACLARACIONES SOBRE LA ESPECIFICACIč N DEL TEMA Y LA ESTRUCTURA DE LA TESIS

Partimos de considerar que las mujeres mapuche[1] encarnan en sus cuerpos-territorios m¼tiples expresiones de violencia (Garc²a Gualda, 2017a). Esta violencia se vive de manera interseccional, puesto que articula las relaciones de g®nero, clase y etnia, las que, a su vez, propician situaciones de opresi· n particulares y espec²ficas que se hacen eco de largos procesos hist· ricos[2]. De ah² que las estructuras patriarcales, capitalistas y racistas del Estado promueven en las mujeres mapuche una situaci· n de dura represi· n y exclusi· n.

Por este motivo, el tema de investigaci· n se centrar§ en estudiar si la atenci· n de la salud materno-infantil de las mujeres mapuche, en Las Coloradas[3], es intercultural, examinando si existen pr§cticas de partos interculturales, que atiendan las dimensiones: g®nero, etnia y clase. Asimismo, se indagar§ si estas mujeres participan de las pol²ticas p¼blicas vinculadas a la salud intercultural, desde un enfoque de justicia epist®mico, y de qu® modo lo realizan.

Resulta interesante indagar sobre los modos en los que se lleva a cabo dicha atenci· n sanitaria en sociedades atravesadas por desigualdades hist· ricas, como ocurre con la sociedad argentina[4], puesto que en estos contextos no basta con el *reconocimiento*[5] formal de las comunidades ind²genas, sino que es preciso analizar

---

[1] En el idioma mapuche (*mapudung¼n*) no se usa la "s" para se¶alar el plural de las palabras como lo hace el castellano, sino que se pluraliza anteponiendo "pu" como, por ejemplo: mujer -zomo y mujeres -pu zomo; persona- che y personas - pu che; hermano - pe¶i y hermanos - pu pe¶i. Por ello, si se desea respetar el idioma, no es correcto escribir ni decir mapuches sino pu mapuche o simplemente mapuche.

[2] V®ase Garc²a Gualda, S. (2017a) Tejedoras de futuro: La participaci· n pol²tica de las mujeres mapuce en el conflicto territorial de Neuqu®n (1995-2015). Tesis de Doctorado en Cs. Sociales, UNCUYO, Argentina, p. 207.

[3] Las Coloradas es una localidad ubicada en el sudeste de la provincia del Neuqu®n, Argentina. Forma parte del departamento Cat§n Lil y se encuentra a 320 km de la ciudad de Neuqu®n. La Ruta Nacional 40 la comunica con Zapala y con Jun²n de los Andes.

[4] Como afirma de Ort½zar (2018): ñEn sociedades donde existe gran desigualdad social desde la constituci· n de los modelos de producci· n social, la misma se refleja en las desigualdades en salud por clase, g®nero, etnia, entre otrosò [Ort½zar, M. G. de (2018b), ñCobertura universal de saludò vs. ñDerecho a la saludò Un an§lisis ®tico y pol²tico sobre lo ñuniversalò en salud en ñtiempos de restauraci· n conservadoraò en REvIISe, Revista de Ciencias Sociales y Humanas, Nro. 12, (12), http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/279/pdf., p. 112]

[5] Si bien resulta claro que cada colectivo presenta sus necesidades espec²ficas y deben ser reconocidas como tales, no es menos cierto que, simult§neamente, deben replantearse los par§metros distributivos, en t®rminos de justicia social, puesto que, si no se replanteasen las injusticias ligadas al reconocimiento (siguiendo a Nancy

las problem§ticas prioritarias que atraviesan la realidad espec²fica de la comunidad originaria, sobre un tamiz amplio de justicia social[6], y tambi®n los grupos descendientes de estas comunidades, como el caso de migrantes latinoamericanos. Por ello, resulta necesario poner en evidencia la responsabilidad ®tica y pol²tica del Estado, las organizaciones y los movimientos sociales, frente a la salud intercultural y a la ampliaci· n de derechos econ· micos, sociales y culturales (de Ort½zar, 2019)[7].

El objetivo es analizar de manera cr²tica la situaci· n concreta de la atenci· n sanitaria de parto de mujeres mapuche en Las Coloradas, en el marco de la salud intercultural[8]. La finalidad es establecer criterios que prioricen el derecho a la salud desde la pluralidad hist· rica, situados en la complejidad de nuestra sociedad. De all² que, nos centraremos en la importancia de promover un abordaje de las pr§cticas sanitarias interculturales, desde un enfoque de justicia epist®mico, que propicie la adaptaci· n de partos y la participaci· n de las mujeres ind²genas[9] en las pol²ticas de salud interculturales[10], en el marco de las pol²ticas de bienestar, con fuerte impronta homogeneizadora, llevadas a cabo por el Movimiento Popular Neuquino (MPN) en la provincia de Neuqu®n (V®ase Estrella, 2017).

De esta manera, el marco te· rico se desarrollar§ a partir de distintos ejes de trabajo respecto al abordaje de la atenci· n de partos de las mujeres mapuche en el sistema de salud neuquino. Por un lado, se centrar§ en el an§lisis del marco normativo (®tico, pol²tico y legal) de los servicios de salud argentinos, y en particular, los de la provincia de Neuqu®n. Por otro lado, la l²nea de an§lisis se plantear§ en

---

Fraser) ser²an paliadas artificiosamente por los grupos dominantes sosteniendo el marco de la desigualdad [Fraser; N; (2016), Reinventar la justicia en un mundo globalizado, NLR 36, p. 35-6].

[6] De ah² que en el caso de migrantes lim²trofes (minor²as ®tnicas, pueblos originarios, comunidades tradicionales), las ra²ces de su exclusi· n no pueden solucionarse si el planteo es la elecci· n de la igualdad econ· mica o el reconocimiento. Por este motivo, debe ampliarse la mirada y analizarse la situaci· n particular de estas comunidades.

[7] En concordancia con este enfoque se encuentra la incorporaci· n del ñbuen vivirò (Sumak Kawsay) en las constituciones de dos pa²ses: Bolivia y Ecuador (Acosta, 2013). [de Ort½zar, (2019), c. 12, pp. 6-7].

[8] La salud se comprende en sentido amplio como derecho cultural para las comunidades ind²genas.

[9] La Convenci· n NÜ169 de la Organizaci· n Internacional del Trabajo (OIT)*, declara que un pueblo puede ser considerado ind²gena s²: es descendiente de aquellos que habitaban en §reas antes de su colonizaci· n, ha mantenido sus propias instituciones sociales, econ· micas, culturales y pol²ticas desde la ®poca de la colonizaci· n y el establecimiento de los nuevos estados. Adem§s, la convenci· n expresa que la auto-identificaci· n es crucial para los pueblos ind²genas.

[10] En este punto, resulta relevante resaltar la importancia que tiene la concepci· n de ñinterculturalidadò Puesto que, a diferencia de la multiculturalidad, que supone la aceptaci· n de lo heterog®neo; la interculturalidad implica que los diferentes son lo que son en relaciones de negociaci· n, conflicto y pr®stamos rec²procos (Estrella, 2017, p. 41).

relaci· n a la situaci· n concreta de la mujer mapuche desde la perspectiva feminista latinoamericana, centrada en la teor²a pos(de)colonial y de la subalternidad en Am®rica Latina que ser§, consecuentemente, retomada y contrastada desde la voz propia de estas mujeres ind²genas.

De este modo, para simplificar la lectura, e introducirnos progresivamente en el an§lisis del tema propuesto, hemos dividido la tesis en seis cap²tulos. As², en el Cap²tulo 1, ñMarco te· rico de la atenci· n sanitaria de las mujeres mapuche en los servicios de salud de Las Coloradasò, nos enfocaremos en establecer el marco de an§lisis normativo de la propuesta, bas§ndonos en los encuadres de Len Doyal y Ian Gough, por un lado, y en los de Martha Nussbaum y Amartya Sen, por el otro. Desde este planteo, partimos de la consideraci· n de la salud desde las necesidades humanas y desde la autonom²a individual, como condiciones de posibilidad para la participaci· n social. Considerando, asimismo, de primordial relevancia el abordaje de Nussbaum y Sen para el an§lisis de la problem§tica no solo sanitaria intercultural, sino tambi®n de la mujer ind²gena. En efecto, su bienestar, desde este enfoque, se vincula con los grados de funcionamientos que ®sta puede alcanzar en los aspectos de su vida. Asimismo, en este cap²tulo, desarrollaremos, como tercer enfoque te· rico, un an§lisis desde la perspectiva feminista latinoamericana, para inmediatamente, confrontarla con la mirada que ofrecen las mujeres mapuche, respecto al rol y situaci· n de la mujer, con ®nfasis en su vinculaci· n con la comunidad, la naturaleza y la instituci· n familia. En este sentido, esta caracterizaci· n nos permitir§ un acercamiento m§s situado respecto a las experiencias vivenciales que, las mujeres mapuche de Las Coloradas, relatan sobre la atenci· n sanitaria de partos en esta localidad.

En el Cap²tulo 2, ñMarco pol²tico-jur²dica de la atenci· n interculturalé ò, haremos una narraci· n, con tintes historicistas, sobre todo el marco pol²tico y legal existente en la provincia de Neuqu®n, en nuestro pa²s y en los diversos Tratados Internacionales que adoptamos constitucionalmente, respecto al marco de referencia y de acci· n respaldatorio sobre la atenci· n sanitaria intercultural. Veremos que, en parte, responden de forma coherente y cabal a los marcos ®tico-normativos desarrollados en el primer cap²tulo. Sin embargo, m§s tarde,

analizaremos en los cap²tulos siguientes: c· mo se desarrolla la aplicaci· n de estas normas jur²dicas en el plano situacional de la atenci· n sanitaria concreta.

De all² que, en el Cap²tulo 3, ñEl Derecho a la salud interculturalò, el objetivo se orientar§ hacia el an§lisis de las nociones que surgen cuando intentamos precisar el concepto de salud intercultural, fundamentalmente en lo que respecta a la relaci· n entre la salud y la mujer ind²gena. Puesto que, cuando nos centramos en el abordaje de la salud de las mujeres, no podemos hacerlo sin considerar la importancia que le otorgan las comunidades ind²genas a su vinculaci· n con la naturaleza y a la armon²a que se genera entre la salud y la vida. De ah² que, el abordaje de la salud de las mujeres y de los ni¶os/as no puede realizarse de manera aislada, y su bienestar depende del bienestar de los progenitores (fundamentalmente, de la madre) y del pueblo, ya que tambi®n contribuyen en la din§mica de la comunidad (OPS, 2009).

Seguidamente, en el Cap²tulo 4, ñProgramas de salud intercultural en la Provincia de Neuqu®n y en Las Coloradasò, nos enfocaremos en establecer una breve caracterizaci· n de la salud intercultural y de la situaci· n de partos de las mujeres mapuche de nuestro pa²s, m§s espec²ficamente, en la localidad Las Coloradas de la provincia de Neuqu®n. Para ello, realizaremos una historizaci· n de los Programas de Salud aplicados en la Provincia de Neuqu®n desde el surgimiento del Sistema sanitario neuquino hasta la actualidad. Asimismo, examinaremos las variables estad²sticas publicadas por el Sistema de Salud Provincial, referidas a las condiciones materiales de atenci· n m®dica de la poblaci· n en general, y de las mujeres en particular, centr§ndonos espec²ficamente en el caso de Las Coloradas.

En el Cap²tulo 5, ñAbordaje intercultural en salud de las *Pu Mapuce Zomo* (mujeres mapuche) de Las Coloradasò, el objetivo se centra en narrar desde las voces de las mujeres mapuche sus costumbres ancestrales respecto a la atenci· n de partos. Analizaremos aqu², c· mo las pr§cticas biom®dicas obstaculizan el acceso a la salud de las mujeres ind²genas cuando no contemplan sus propios saberes y conocimientos. Es decir, cuando ignoran: sus propias formas de sanarse, de hacer un tratamiento; su estrecho v²nculo con el territorio y con la Pachamama para su sanaci· n, entre otros conocimientos imprescindibles para una atenci· n sanitaria

respetada. Asimismo, en este cap²tulo, nos centraremos en las diversas situaciones de violencia estructural que atraviesan y se instalan en el cuerpo de la mujer mapuche, puntualizando finalmente, en relatos sobre violencia obst®trica vividos por mujeres mapuche de Las Coloradas.

A partir de all², en el ¼ltimo Cap²tulo, el sexto, ñNecesidad de generar Pol²ticas de formulaci·n de marcos adecuados para un abordaje interculturalé ò subrayaremos la importancia que reviste la construcci·n de una justicia epist®mica, para promover un modelo descentralizado y participativo ï centrado en el di§logo intercultural- con gesti·n de profesionales de diversas disciplinas (de Ort½zar, 2019). De ah² que, desde el enfoque de la justicia epist®mica, la salud intercultural debe centrarse en el reconocimiento y respeto por estos saberes ancestrales. En efecto, desde este planteo debe consentirse a la paciente ind²gena a realizar un parto en su casa, y simult§neamente, se le debe ofrecer respeto por su alimentaci·n y cuidado propio, conforme a las costumbres hist·ricas de la cultura ind²gena. A la vez, que se le debe brindar la informaci·n adecuada y comprensible a su lengua. Para ello, realizaremos una propuesta acerca de la formulaci·n de los marcos adecuados requeridos para promover pol²ticas p¼blicas en salud orientadas a un abordaje intercultural.

De esta manera, la hip·tesis de trabajo se centrar§ precisamente en afirmar que la adopci·n de una concepci·n de justicia epist®mica, basada en el di§logo intercultural, posibilitar§ la construcci·n de pol²ticas p¼blicas de salud que respondan a los valores morales y culturales de la comunidad ind²gena Mapuche.

I.2. ABORDAJE METODOLč GICO

El trabajo se centrar§ en una investigaci·n de dise¶o exploratorio, con un enfoque fundamentalmente cualitativo, con el objetivo de conocer, en primera instancia, el marco normativo (®tico, pol²tico y legal) de los servicios de salud en la localidad Las Coloradas, de la provincia de Neuqu®n para la atenci·n de mujeres mapuche. De este modo, en una segunda instancia, se estudiar§n cr²ticamente los programas

interculturales ya aplicados, para poder realizar un balance entre los objetivos propuestos en dichos programas y los resultados conseguidos.

As², para estudiar el marco normativo de la atenci· n sanitaria, recabaremos informaci· n y datos a partir del uso de la t®cnica del an§lisis documental. La finalidad que persigue este registro es la construcci· n de un planteo hermen®utico y argumentativo sobre la concepci· n de justicia en la que se asientan las pol²ticas p½blicas respecto a los servicios sanitarios de la provincia de Neuqu®n, en materia de interculturalidad. Para ello, los interrogantes que vertebrar§n el an§lisis ser§n:

- àCu§les son los marcos normativos (®ticos, pol²ticos y legales), que encuadran a la atenci· n sanitaria de mujeres ind²genas, particularmente mapuche, en la provincia de Neuqu®n?
- àLa atenci· n de la salud materno-infantil en Las Coloradas, Neuqu®n, es intercultural?
- àExisten pr§cticas de partos interculturales (g®nero, etnia y clase)?
- àParticipan las mujeres de comunidades mapuche en las pol²ticas de salud interculturales en Las Coloradas?
- àEn qu®medida se aplica el enfoque de justicia epist®mica en la atenci· n sanitaria neuquina en las mujeres mapuche de Las Coloradas?

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO DE LA ATENCIÓN SANITARIA DE LAS MUJERES MAPUCHE EN LOS SERVICIOS DE SALUD NEUQUINOS DE LAS COLORADAS

> ***La Conquista de América (…) implicó no solo la imposición de la cultura occidental (patriarcal) y cristiana, sino que también se tradujo en una división racial de la vida económica y sociopolítica de la época. A partir de allí se conformaron nuevas identidades homogeneizadoras (como la de indio) que negaron e invisibilizaron la diversidad étnica y cultural existente*** **(Quijano, 2000).**

En este primer capítulo se plantean las bases del marco ético-normativo, que intervienen en la atención sanitaria de las mujeres en general, y de las mujeres mapuche, en particular. Asimismo, posteriormente, se realiza un abordaje de la mujer indígena analizando su situación concreta, a partir de considerar de manera crítica la confluencia intersectorial de distintos sistemas opresivos que articulan las relaciones de género, clase y etnia. Para ello, el planteo se centrará en el estudio de esta problemática desde la perspectiva feminista latinoamericana, que será, consecuentemente, retomada y contrastada desde la voz propia de estas mujeres indígenas.

1.1. MARCO £TICO DE LA ATENCIč N SANITARIA EN MUJERES INDôGENAS

El marco normativo que propicia un abordaje del derecho a la salud, a partir de justificar ciertos principios b§sicos de justicia en el §rea de salud, se centra en las propuestas desarrolladas por Len Doyal e Ian Gough. Puesto que su n¼cleo est§ constituido por la noci· n de necesidades humanas intermedias, amparadas en un enfoque de justicia social que permite el reconocimiento universal de los derechos humanos y la corresponsabilidad ®tica de todos los agentes para su cumplimiento efectivo[11]. Dentro de este marco, las necesidades humanas se edifican socialmente, pero tienen car§cter universal[12]. De all² que, la ¼nica variaci· n que se produce entre estas necesidades, se vincula con la forma de satisfacci· n de ®stas.

Asimismo, para el desarrollo de esta propuesta, nos centraremos en la noci· n de capacidades de Amartya Sen y Martha Nussbaum, como tambi®n en los aportes cr²ticos de la filosof²a de g®nero, que se ponen en correspondencia con la teor²a de capacidades y funcionamientos[13]. Este marco nos permite abordar los derechos y

---

[11] V®ase Lerner, S. y Szasz, I. (coords.) (2008), Salud reproductiva y condiciones de vida en M®xico, M®xico, El Colegio de M®xico, p. 220.

[12] ñEl rechazo de la existencia de necesidades humanas comunes a todos los seres humanos y `la creciente consideraci· n de las necesidades humanas como concepto subjetivo y culturalmente relativoË, argumentan Doyal y Gough, constituye una `creencia que ha contribuido al predominio intelectual de la nueva derechaË. Porque si la noci· n de necesidades humanas objetivas carece de fundamento, entonces àqu® queda sino creer que los individuos saben mejor lo que ellos mismos y alentarlos a perseguir sus propias metas subjetivas o preferencias? àY qu® mejor mecanismo hay para ello que el mercado? El desplazamiento de las necesidades por las preferencias permite justificar plenamente el dominio del mercado sobre la pol²tica (pp. 1-2)ò [Boltvinik, J. La teor²a de las necesidades humanas de Doyal y Gough, *COMERCIO EXTERIOR*, Vol. 53, N¼m. 5, mayo de 2003, p. 410]. Dentro de estas posiciones relativistas, que rechazan el universalismo, se pueden reconocer dos clases. Tal como afirma Dieterlen (2001), ñen la primera posici· n se encuentran los pensadores que rechazan una noci· n de necesidades con pretensiones esencialistas o universalistas, puesto que ®sta dejar²a de considerar las particularidades de cada cultura, provocando as² actitudes paternalistas en los responsables de aplicar las pol²ticas sociales.(é) Los defensores del relativismo cultural pregonan que ciertas pol²ticas nacionales despojan a los individuos de su identidad al soslayar su pasado hist· rico y su entorno cultural. En la segunda posici· n relativista se encuentran aquellos que afirman que los conceptos que usamos en los discursos sobre las pol²ticas sociales, tales como necesidades, desigualdad, pobreza, dependen del sujeto que hace la evaluaci· nò [Dieterlen, P. (2001), ñDerechos, necesidades b§sicas y obligaci· n institucionalò En: *Pobreza, desigualdad social y ciudadan²a. Los l²mites de las pol²ticas sociales en Am®rica Latina.* CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires, pp. 14-5]. Por su parte, Nussbaum, al igual que Len Doyal e Ian Gough, argumenta a favor del esencialismo de las necesidades b§sicas, a partir de dos supuestos: 1) afirma que siempre reconocemos a otros como humanos, a pesar de las diferencias de tiempo y lugar; y 2) existe un consenso general y ampliamente compartido sobre ciertas caracter²sticas cuya ausencia significa el fin de una forma de vida humana [Dieterlen, P. (2001), *Ibid*, p. 15]. La diferencia crucial entre ambos enfoques se centra en la aceptaci· n o rechazo de la posibilidad de elecci· n de las necesidades b§sicas, desde una base cabalmente ñracionalò

[13] Femen²as y Vidiella, ñEl derecho de las mujeres a la saludò, Art²culo publicado en Perspectivas Bio®ticas, A¶o NÜ10, N¼mero 18, primer semestre de 2005, p. 1.

las necesidades desde una perspectiva integral, propiciando las bases para cuestionar dicotom²as excluyentes como: autonom²a / paternalismo[14].

De modo que, comenzaremos planteando la relevancia de centrarnos en la propuesta de Len Doyal para analizar, posteriormente, desde un enfoque intercultural, la salud de las mujeres ind²genas, puesto que, Doyal va m§s all§ de los m²nimos sociales[15] y los criterios biol· gicos[16]. Este enfoque se centra en una teor²a de las necesidades humanas, es decir, necesidades b§sicas en salud y un enfoque integral de capacidades y necesidades (de Ort½zar, 2019). La relevancia de este enfoque radica en la consideraci· n de la salud desde las necesidades humanas y desde la autonom²a[17] individual como condiciones de posibilidad para la participaci· n social.

Doyal y Gough (1991), asocian las necesidades[18] a la prevenci· n de alg¼n da¶o grave que pudiera presentarse si ®stas no se satisfacen, independientemente de que el individuo est® o no consciente de ello. De esta manera, es posible identificar metas universales y objetivas que los individuos deben lograr para mejorar sus oportunidades de vida; puesto que todos los individuos tienen necesidades humanas b§sicas en este sentido. Por ello, las necesidades deben concebirse como metas universalizables[19]. Resulta interesante aqu², plantear en consonancia con lo expresado por Dieterlen (2001:15) que: ñsi bien es cierto que conceptos como pobreza, desigualdad y necesidades b§sicas tienen una dimensi· n valorativa, tambi®n es cierto que primeramente tienen contenido descriptivoò Este

---

[14] *Ibid.*

[15] La concepci· n de Amartya Sen parte de la evaluaci· n de las diferencias en el desarrollo de las capacidades individuales. Puesto que, seg¼n Sen, ellas permiten conocer las oportunidades que tienen las personas para llevar adelante sus proyectos de vida. Nussbaum, por su parte, retoma la propuesta de Sen y propone una lista de capacidades b§sicas identificando en ella las capacidades, que corresponden con los funcionamientos m²nimos requeridos para la persona sobre la base de una teor²a m²nima de justicia social. (V®ase de Ort½zar, 2019).

[16] La corriente te· rica de justicia liberal propuesta por Rawls-Daniels, plantea una definici· n biol· gica de enfermedad, que se centra en un criterio natural. Este criterio no responde a la estricta vinculaci· n de la igualdad de oportunidades con la normalidad natural. Puesto que Daniels excluye del acceso a la atenci· n de la salud a todas las necesidades sico-sociales, porque no pueden constatarse biol· gica o gen®ticamente. Por lo que su teor²a se presenta desintegrada, parcial, arbitraria y dualista por limitar la base informativa del bienestar objetivo, exclusivamente, al factor biol· gico (V®ase de Ort½zar, 2019:7).

[17] Doyal y Gough (1991), se refieren a la capacidad de toma de decisiones y al autovalimiento.

[18] Doyal y Gough (1991), distinguen dos concepciones de las necesidades, como impulso (o pulsi· n) y como prop· sitos (o metas). Descartan la primera de ellas, puesto que, en muchos casos, los impulsos vienen de deseos y no de necesidades.

[19] V®ase Boltvinik, J. (2003), Op. Cit., p. 411.

punto es esencial para tomar dimensiones cabales respecto a la referencia concreta que supone una condici· n de bienestar material en un tiempo determinado, y por ello, susceptible de ser medido.

Asimismo, Doyal y Gough (1991) afirman que: ñpara evitar enfermarse f²sicamente, las personas deben vivir en un ambiente saludable y tener acceso a una gama de bienes y servicios de cantidad y calidad suficientesò[20]. Resulta necesario que cada individuo posea una serie de insumos que medien entre ellos y su entorno. De ah² que, tal como afirma Boltvinik (2003:142), dado el car§cter instrumental de las afirmaciones sobre necesidades humanas, las caracter²sticas universales de los satisfactores pueden entenderse como fines a lograr, para los cuales algunos satisfactores espec²ficos pueden actuar como medios.

Por este motivo, Doyal y Gough (1991) denominan las caracter²sticas universales de los satisfactores como necesidades intermedias. De esta manera, estos autores plantean que: ñCada necesidad intermedia relacionada tendr§ una base material que ser§ identificable dentro de los t®rminos de la comprensi· n biom®dicaò[21]. Para ello, proponen una serie de categor²as a considerarse como requisitos o bases materiales para el desarrollo de las necesidades intermedias. A saber:

1. Comida nutricional adecuada y agua limpia;
2. Viviendas protectoras adecuadas;
3. Un ambiente de trabajo no peligroso;
4. Un entorno f²sico no peligroso;
5. Cuidados de salud adecuados;
6. Seguridad en la ni¶ez;
7. Relaciones primarias significativas;
8. Seguridad f²sica;
9. Seguridad econ· mica;
10. Educaci· n apropiada, y

[20] Doyal, Len y Gough, Ian (1991) *A Theory of Human Need*, MacMillan, Londres, p. 191. *Traducci· n propia.*
[21] *Ibid. Traducci· n propia.*

11. Control natal y partos seguros[22].

L²citamente, considerando estas bases materiales, todas las afirmaciones referidas a las necesidades[23] son jer§rquicas y se refieren a la instrumentalidad[24]. Es decir, la resoluci· n pragm§tica de dichas necesidades tiene por objetivo impedir que se concrete un da¶o grave en el individuo. De este modo, tal como plantean Doyal y Gough, ñlas razones para necesitar son esencialmente *p¼blicas*, puesto que se apoyan en una comprensi· n compartida sobre cu§les estrategias en realidad evitan el da¶oò De ah² que, ñmientras los deseos son subjetivos, las necesidades son objetivasò[25].

No obstante, si lo que se busca es dar respuesta a las necesidades humanas b§sicas, para Doyal y Gough, resultan prerrequisitos para cualquier acci· n dos cuestiones elementales: la *salud f²sica* y la *autonom²a personal*[26]. Siendo la contribuci· n de manera universal a estos dos prerrequisitos, los ¼nicos criterios de inclusi· n en la lista[27]. Empero, estas cuestiones no se plantean en detrimento del contexto social espec²fico de cada individuo, puesto que estas formas de vida son las que deben permitir la satisfacci· n de las necesidades b§sicas de los individuos. Sin embargo, las necesidades individuales se formulan de manera independiente a cualquier medio social espec²fico, sin importar qu®tanto la satisfacci· n dependa de ®l[28]. Seg¼n este enfoque, se genera una co-responsabilidad entre los individuos, en

---

[22] *Ibid*, p. 191-2. *Traducci· n propia*.
[23] Siempre y cuando estas necesidades no constituyan impulsos.
[24] Boltvinik, J. (2003), Op. Cit., p. 410-1.
[25] *Ibid*, p. 141.
[26] Tal como afirma Boltvinik (2003:141), para Doyal y Gough la autonom²a personal est§ determinada por tres variables: ñel nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura y de lo que se espera de nosotros; la capacidad psicol· gica de formular opciones para uno mismo (salud mental), y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad impl²cita en elloò Esto conduce a los autores al concepto de autonom²a cr²tica.
[27] De esta manera, si algo no es universalmente necesario para la mejor satisfacci· n de las necesidades b§sicas, no se incluye en la lista. Seg¼n Doyal y Gough, la evidencia de lo universalmente necesario deriva de dos fuentes cient²ficas: 1) el conocimiento t®cnico sobre relaciones causales entre salud f²sica o autonom²a y otros factores, y 2) el conocimiento antropol· gico comparativo sobre culturas y subculturas [Boltvinik (2003), *Ibid*, 142].
[28] Para Doyal y Gough debe resultar medible la satisfacci· n de las necesidades b§sicas, como tambi®n la de las intermedias. Para ello, seg¼n Boltvinik (2003:142), ñproceden a exponer las normas (*standards*) contra las cuales se comparan las mediciones de la satisfacci· n de las necesidades y se calculan las brechasò En cuanto a las necesidades b§sicas, la norma es el · ptimo de satisfacci· n, en lugar del m²nimo absoluto o un nivel culturalmente relativo. A partir de la distinci· n hecha entre autonom²a y autonom²a cr²tica, tambi®n puede distinguirse entre un · ptimo de participaci· n y un · ptimo cr²tico. Se requiere entonces un est§ndar para niveles · ptimos cr²ticos que, en principio, tal como afirma Boltvinik (2003), ser²a derivado del "mejor nivel alcanzado de

el intento de calmar el sufrimiento de otros; o bien, en el apoyo a instituciones nacionales e internacionales que puedan hacerlo[29].

Este enfoque que incluye la satisfacci· n integral[30] de las necesidades y el consiguiente desarrollo de las capacidades b§sicas, como aspectos centrales del concepto objetivo de bienestar, promueve la importancia de pol²ticas preventivas e integrales, a la vez que protege intereses objetivos, y propicia la amplitud de elecciones de planes de vida. De ah² que, tal como afirma de Ort½zar (2019), las pol²ticas de salud no se reducen solo a reparar el da¶o, sino tambi®n a la prevenci· n del da¶o y a evitar el riesgo de un da¶o futuro a trav®s del mejoramiento[31].

Sumado a lo dicho, resulta fundamental resaltar que, si bien esta teor²a se centra en la universalidad de las necesidades, esto no implica un desconocimiento de las diferencias grupales. As², respecto al tema que ata¶e espec²ficamente a este trabajo, partos de mujeres pertenecientes a minor²as raciales, el posicionamiento de Doyal y Gough se centra en que las necesidades b§sicas de estos grupos son las mismas, pero que pueden diferir los satisfactores que requieren porque se ven sujetos, por ejemplo, a amenazas adicionales a su autonom²a y a su salud[32].

Esta conceptualizaci· n de las necesidades b§sicas propuesta por la teor²a de Doyal y Gough encuentra un correlato conceptual en la noci· n de capacidades humanas[33] planteada por Nussbaum y Sen. Puesto que, ambas concepciones

---

satisfacci· n de necesidades en el mundo de hoy o una norma mejor que ®sta que fuese viable materialmente en la actualidad". Respecto a este punto, seg½n Soper (1993b), ñlo que muestra la obra [de Doyal y Gough], seg½n ellos mismos, es que es posible analizar la satisfacci· n de necesidades b§sicas para el bienestar óobjetivoôsin tener que plegarse al relativismo u operar a un nivel de generalidad tal que la pertinencia de la teor²a en el caso de problemas espec²ficos de pol²tica social sea sacrificadaò[Soper, 1993b, citado en Gough, I., ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un an§lisis comparado con nuestra teor²a de las necesidades humanasò, Trad. Nagore, L y Silva, S., *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global,* nÜ 100, CIP-Ecosocial/Icaria, invierno 2007/08, p. 179]

[29] V®ase Doyal y Gough (1991), Op. Cit., p. 111.

[30] En este enfoque se requiere un nivel particular de satisfacci· n de cada necesidad intermedia para que la salud y la autonom²a se optimicen, pero que m§s all§ de este nivel, insumos adicionales de necesidades intermedias no mejorar§n la satisfacci· n de necesidades b§sicas.

[31] *Ibid*, p. 12.

[32] Doyal y Gough (1991), Op. Cit., pp. 69-75.

[33] Colmenarejo, R (2016) afirma que: ñel enfoque de las capacidades debe gran parte de su construcci· n al di§logo permanente (é), que tanto Sen como Nussbaum han establecido con la Teor²a de la justicia de John Rawls. Sin embargo, se podr²a considerar que mientras Sen se ha ocupado de refutar esta teor²a casi punto por punto (cf. Sen 2010 81-104), Martha Nussbaum ha tratado de realizar una cr²tica constructiva, aportando aquellas extensiones a la teor²a rawlsiana que considera fundamentales (cf. Nussbaum 2006)ò De esta manera, Colmenarejo (2016), retomando a Nussbaum (2006: 71), precisa que ñtanto el enfoque de las capacidades como la teor²a de la justicia propuesta por Rawls aportan una alternativa justa al utilitarismo econ· mico dominante, que considera el desarrollo solo en t®rminos econ· micos, sin considerar a cada persona como un fin en s² mismo, sino un mero instrumento para promover un bien social generalò [Colmenarejo, R. (2016), Enfoque de

persiguen el objetivo de desarrollar un argumento verdaderamente universal en favor de la emancipaci· n humana[34]. En efecto, desde este planteo, los t®rminos ñnecesidadesò y ñcapacidadesò resultan ser perfectamente compatibles.

Sin embargo, m§s all§ de la compatibilidad, es importante notar que la propuesta de Nussbaum se centra en un enfoque que atiende de modo particular las capacidades y opciones de las mujeres, abordando asimismo los obst§culos concretos a los que se enfrentan la mayor²a de las mujeres en su vida[35]. Este aspecto resulta ser muy relevante para este trabajo, puesto que nuestro an§lisis se centra en la situaci· n espec²fica de la mujer mapuche, reconociendo la intersectorialidad de esferas que intervienen como obstaculizadores cotidianos en el acceso a ciertos derechos humanos. De all² que, luego de abordar expresamente los postulados te· ricos de la propuesta de Nussbaum y Sen, nos centraremos en el enfoque feminista, para analizar de forma cr²tica y situada las ñnecesidadesò / ñcapacidadesò, ya no desde un planteo universalista, sino m§s bien, desde la situaci· n coyuntural de las necesidades hist· ricas particulares por las que lucha la mujer mapuche.

De esta manera, continuaremos con el segundo enfoque que abordaremos como marco normativo de la presente propuesta. Claramente, nos referimos al enfoque de las capacidades formulado por Amartya Sen y por Martha Nussbaum[36]. Este planteo de las capacidades, como se adelant· antes, tiene como objetivo ofrecer un marco normativo universal, que permita la evaluaci· n y la valoraci· n de la calidad de vida de forma individual, con la participaci· n e implicaci· n del sujeto mismo[37]. Dicho en palabras de Nussbaum: ñel resultado que buscamos deber²a preservar libertades y oportunidades para cada persona, como individuos, respet§ndolos como fines en s², y no como agentes o promotores de los fines de otrosò (Nussbaum, 2000, citada en Gough, I. 2007-8).

---

capacidades y sostenibilidad: aportaciones de Amartya Sen y Martha Nussbaum, *Ideas y Valores*, 65 (160), p. 124].

[34] V®ase Gough, I. ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaumé , Op. Cit., 2007/08, p. 178.

[35] *Ibid*.

[36] Seg½n Femen²as y Vidiella (2005): ñLa teor²a de las capacidades y funcionamientos, que Sen ha venido desarrollando desde hace aproximadamente treinta a¶os, naci· como un intento por superar las dificultades que presentan las perspectivas bienestaristas para conocer el bienestar de las personas y establecer criterios distributivos justosò [Femen²as y Vidiella, ñEl derecho de las mujeres a la saludò, Op. Cit., 2005, p. 7]

[37] V®ase Colmenarejo, R. (2016), Op. Cit., p. 123.

Por su parte, Amartya Sen[38], inicialmente hab²a planteado el enfoque de las capacidades, a partir de una b½squeda sobre las ventajas individuales que podr²an hallarse en el enfoque de los bienes primarios de John Rawls (Sen 1980; 1982; 1985a) (Colmenarejo, 2016:126). De all² que, la concepci· n de Amartya Sen parte de la evaluaci· n de las diferencias en el desarrollo de las capacidades individuales. Puesto que, seg¼n Sen, ellas permiten conocer las oportunidades que tienen las personas para llevar adelante sus proyectos de vida.

De este modo, Sen distingue dos aspectos ®ticamente relevantes en el concepto de persona: el bienestar y la agencia[39]. Asimismo, Sen considera que nuestras necesidades de salud interfieren en nuestras capacidades para funcionar como ciudadanos libres e iguales (V®ase de Ort½zar, 2019). En esta l²nea, Martha Nussbaum retoma la propuesta de Sen y propone una lista de capacidades b§sicas, identificando en ella: las capacidades -universales y mutuamente dependientes-, que corresponden con los funcionamientos m²nimos requeridos para la persona sobre la base de una teor²a m²nima de justicia social. De esta manera, una vida desprovista de estas necesidades no ser²a una vida acorde a la dignidad humana, por ello, dicho enfoque, es similar al enfoque de los derechos humanos (V®ase de Ort½zar, 2019). Consecuentemente, Nussbaum, en una posici· n algo m§s radical que la propuesta por Len Doyal, plantea una ñteor²a de las funciones m§s importantes del ser humano que, una vez identificadas, servir§n de punto de partida de las pol²ticas socialesò[40].

En este marco, la centralidad que Nussbaum le otorga a las obligaciones de los Estados para con el desarrollo de las capacidades humanas, persigue el objetivo de ñofrecer las bases filos· ficas para una explicaci· n de los principios

---

[38] Amartya Sen propone evaluar el desarrollo, no a trav®s del tradicional indicador del PBI per c§pita, sino mediante las capacidades de la gente de realizar las tareas valiosas que ha decidido llevar a cabo en su vida (Crespo, 2008).

[39] ñEl enfoque pol²tico de justicia, seg¼n Nussbaum, ha de extenderse a los entes que presenten çcualquier tipo de capacidad de acci· n (agencia) o de conaci· n, acompa¶ada de su condici· n de ser sensibleè. No se trata, entonces, de que aquel entienda o sea consciente de qu®implica la justicia, sino simplemente de ser merecedor çdel apoyo de las leyes y las institucionesè (Nussbaum, 2012: 110)ò [Mart²nez Becerra, P., El çenfoque de las capacidadesè de Martha Nussbaum frente el problema de la ®tica animal, Universidad de Playa Ancha (Chile), *VERITAS*, NÜ33 (septiembre 2015), p. 78].

[40] Dieterlen, P. (2001), Op. Cit., p. 15.

constitucionales b§sicos que deber²an ser respetados e implementados por los gobiernos de todas las naciones, como m²nimo indispensable para cumplir la exigencia de respeto hacia la dignidad humanaò[41]. Evidentemente, el enfoque nussbaniano acerca de las obligaciones de los gobiernos no solo busca una base m²nima legal de principios que respeten la dignidad de las personas, sino que adem§s enfatiza y evidencia la perspectiva universalista[42] de su propuesta.

De esta manera, si los gobiernos no atienden la base m²nima legal para garantizar un piso de justicia social que les permita a las personas desarrollarse de forma digna, las confina a vivir por debajo del umbral, en una situaci· n injusta y tr§gica[43]. En este sentido, la propuesta de la existencia de capacidades b§sicas, seg¼n la autora, permite generar conclusiones normativas vigorosas en el marco de los derechos[44]. Precisamente, en este punto, relativo a la valoraci· n sobre estas capacidades, Nussbaum y Sen encuentran divergencias, puesto que la autora considera que todas las capacidades son igualmente fundamentales. Por lo que, rechaza la prioridad de la libertad, expuesta por John Rawls y sostenida por Sen[45], como tambi®n el ordenamiento l®xico rawlsiano respecto a las prioridades en la satisfacci· n de necesidades b§sicas[46].

Ciertamente, en el planteo de Nussbaum, la libertad, estar²a supeditada a las ñcapacidadesò que podemos poner en funcionamiento[47], es decir, aquello que

---

[41] Nussbaum, M., 2000, citada en Gough, I. ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaumé , Op. Cit., 2007/08, p. 181.

[42] En este sentido, tal como afirma Gough (2007-8), Nussbaum hace expl²cita su cr²tica al relativismo, cuando se focaliza contra: los argumentos desde la cultura, desde lo positivo de la diversidad y desde el paternalismo. [Para ampliar sobre esta cr²tica ver: Gough, I., ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaumé , Op. Cit., p. 180].

[43] V®ase Nussbaum, M., 2000:71, citada en Gough, I. ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaumé , Op. Cit., 2007/08, p. 181.

[44] *Ibid.* Nussbaum, M., 2000:100, citada en Gough, I. ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaumé , Op. Cit., 2007/08, p. 181.

[45] V®ase Gough, I. ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaumé , Op. Cit., 2007/08, p. 181.

[46] Sobre este aspecto, tanto la propuesta de Nussbaum, como la de Doyal y Gough se encuentran a favor de una consideraci· n igualitaria de las prioridades de los derechos a la satisfacci· n de necesidades b§sicas.

[47] Esta premisa que vincula la libertad como resultante del funcionamiento de las capacidades, tambi®n es desarrollada por Doyal y Gough. Sin embargo, los autores consiguen efectuar una profundizaci· n sobre esta vinculaci· n, a partir de formular una especie de ñcontraprestaci· nòentre los deberes y derechos de las personas. De ah² que, tal como afirma Gough (2007-8: 181): ña atribuci· n de un deber conlleva que el titular del mismo tenga derecho a la satisfacci· n de la necesidad requerida, para permitir que asuma este mismo deber. No es coherente que un grupo social imponga responsabilidades sobre una persona sin asegurarse de que tiene los recursos y competencias para cumplir con estas responsabilidadesò[Gough, I. ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaumé , Op. Cit., 2007/08, p. 181].

somos capaces de hacer y ser[48]. ñEsta es la idea fundamental del enfoque de las capacidades y la que pone en relaci· n el *desarrollo humano* con la idea aristot®lica[49] de *florecimiento humano*ò (cf. Nussbaum 1986a; 1990)[50]. Para ello, Nussbaum proporciona una lista normativa[51] de las funciones humanas[52], y si bien admite que dicha lista es vaga, piensa que es mejor acertar vagamente que errar con precisi· n (Nussbaum, 1998: 61)[53]. Asimismo, en relaci· n a esta lista, seg¼n afirma Gough

---

[48] Amartya Sen define las capacidades como çlas diversas cosas que una persona puede valorar hacer o serè (Sen, 2000: 99). Nussbaum, adem§s, nos dice que son equivalentes a lo que Sen llama çlibertades sustancialesè que vienen a ser çun conjunto de oportunidades (habitualmente interrelacionadas) para elegir y actuarè (Nussbaum, 2012: 40). [Mart²nez Becerra, (2005), El çenfoqueé , Op. Cit., p. 74].

[49] La posici· n de Nussbaum comprende tanto los fines que persiguen los hombres, como una idea del contenido general de la vida humana.

[50] Colmenarejo, R. (2016), Op. Cit., p. 125.

[51] Esta lista normativa es compatible con la lista planteada por Doyal y Gough. Pese a ello, la lista de estos autores est§ construida de manera muy distinta. Puesto que, este enfoque es jer§rquico, pasando de los objetivos universales por las necesidades b§sicas hasta llegar a las necesidades intermedias. Ver comparaci· n entre estas listas normativas en el ***Anexo***.

[52] Entre las funciones humanas b§sicas, que deber²an ser aseguradas a cada persona en virtud de su dignidad humana, Nussbaum destaca las siguientes: ***1.*** *Vida. Poder vivir hasta el t®rmino de una vida humana de una duraci· n normal; no morir de forma prematura o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla.* ***2.*** *Salud f²sica. Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva; recibir una alimentaci· n adecuada; disponer de un lugar adecuado para vivir.* ***3.*** *Integridad f²sica. Poder moverse libremente de un lugar a otro; estar protegido de los asaltos violentos, incluidos los asaltos sexuales y la violencia dom®stica; disponer de oportunidades para la satisfacci· n sexual y para la elecci· n en cuestiones reproductivas.* ***4.*** *Sentidos, imaginaci· n y pensamiento. Poder usar los sentidos, la imaginaci· n, el pensamiento y el razonamiento, y hacerlo de un modo çaut®nticamente humanoè, un modo que se cultiva y se configura a trav®s de una educaci· n adecuada, lo cual incluye la alfabetizaci· n y la formaci· n matem§tica y cient²fica b§sica, aunque en modo alguno se agota en ello. Poder usar la imaginaci· n y el pensamiento para la experimentaci· n y la producci· n de obras y eventos religiosos, literarios, musicales, etc., seg¼n la propia elecci· n. Poder usar la propia mente en condiciones protegidas por las garant²as de la libertad de expresi· n tanto en el terreno pol²tico como en el art²stico, as² como de la libertad de pr§cticas religiosas. Poder disfrutar de experiencias placenteras y evitar los dolores no beneficiosos.* ***5.*** *Emociones. Poder mantener relaciones afectivas con personas y objetos distintos a nosotros mismos; poder amar a aquellos que nos aman y se preocupan por nosotros, y dolernos por su ausencia; en general, poder amar, penar, experimentar ansia, gratitud y enfado justificado. Que nuestro desarrollo emocional no quede bloqueado por el miedo y la ansiedad. (Defender esta capacidad supone defender formas de asociaci· n humana de importancia crucial y demostrable para este desarrollo).* ***6.*** *Raz· n pr§ctica. Poder formarse una concepci· n del bien y reflexionar cr²ticamente sobre los propios planes de la vida. (Esto implica una protecci· n de la libertad de conciencia y de la observancia religiosa).* ***7.*** *Afiliaci· n.* ***A.*** *Poder vivir con y para los otros, reconocer y mostrar preocupaci· n por otros seres humanos, participar en diversas formas de interacci· n social; ser capaz de imaginar la situaci· n de otro. (Proteger esta capacidad implica proteger las instituciones que constituyen y promueven estas formas de afiliaci· n, as² como proteger la libertad de expresi· n y de asociaci· n pol²tica);* ***B.*** *Que se den las bases sociales del auto-respeto y la no humillaci· n; ser tratado como un ser dotado de dignidad e igual valor que los dem§s. Eso implica introducir disposiciones contrarias a la discriminaci· n por raz· n de raza, sexo, orientaci· n sexual, etnia, casta, religi· n y origen nacional.* ***8.*** *Otras especies. Poder vivir una relaci· n pr· xima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural.* ***9.*** *Juego. Poder re²r, jugar y disfrutar de actividades recreativas.* ***10.*** *Control sobre el propio entorno.* ***A.*** *Pol²tico. Poder participar de forma efectiva en las elecciones pol²ticas que gobiernan la propia vida; tener derecho a la participaci· n pol²tica y a la protecci· n de la libertad de expresi· n y de asociaci· n.* ***B.*** *Material. Poder disponer de propiedades (ya sean bienes mobiliarios o inmobiliarios), y ostentar los derechos de propiedad en un plano de igualdad con los dem§s; tener derechos a buscar trabajo en un plano de igualdad con los dem§s; no sufrir persecuciones y detenciones sin garant²as. En el trabajo, poder trabajar como un ser humano, ejercer la raz· n pr§ctica y entrar en relaciones valiosas de reconocimiento mutuo con los dem§s trabajadores* (Nussbaum, 2007:88-9).

[53] Dieterlen (2001), Op. Cit., p. 15.

(2007-8:184), Nussbaum subraya que ñparte de la idea de la lista proviene de su realizabilidad m¼ltiple: sus miembros pueden ser especificados m§s concretamente de acuerdo a creencias y circunstancias localesò[54].

Claramente, estos principios son relevantes en la estructuraci· n de un orden global que fomente condiciones de vida dignas para todas las personas. Puesto que, seg¼n Nussbaum el desarrollo de estas capacidades incluye las libertades o las oportunidades creadas por la combinaci· n entre esas facultades personales y el entorno pol²tico, social y econ· mico (Nussbaum, 2012, 40)[55]. El enfoque planteado por Nussbaum, apunta a una propuesta que ubica la concepci· n de la dignidad del ser humano como eje vertebrador, y desprende de esta concepci· n una vida acorde. De all² que, las capacidades, en tanto requisitos m²nimos b§sicos para una existencia digna, forman parte de una teor²a m²nima de la justicia social[56].

En definitiva, seg¼n esta propuesta, una sociedad que no garantice a toda su ciudadan²a el desarrollo de sus capacidades, en un nivel m²nimo adecuado, no llega a ser una sociedad plenamente justa, sea cual sea su grado de opulencia[57], puesto que no le permite a sus ciudadanos el desarrollo de una vida digna. Evidentemente, en el marco del desarrollo de una vida lo m§s digna posible, Nussbaum (1998) considera que pueden incorporarse todas las diferencias culturales y sociales. De este modo, el entorno pol²tico, social y econ· mico de la persona debe procurarle los recursos y las condiciones necesarias para actuar como m§s les convenga para garantizar, de esta manera, que las oportunidades est®n efectivamente disponibles (Nussbaum, 1998: p. 72)[58]. Para ello, el Estado debe impulsar pol²ticas p¼blicas que favorezcan la implementaci· n de una teor²a de justicia distributiva, que como tal, debe ser ¼til para el establecimiento de m²nimos que permitan constituir un sistema democr§tico robusto.

Este enfoque de las capacidades es considerado por Sen un marco general que permite guiar los trabajos de evaluaci· n y comparaci· n sobre diferentes temas

---

[54] Nussbaum, M., 2000:77, citada en Gough, I. ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaumé , Op. Cit., 2007/08, p. 184.

[55] Guichot-Reina, V., El çEnfoque de las capacidadesè de Martha Nussbaum y sus consecuencias educativas: hacia una pedagog²a socr§tica y pluralista, Ediciones Universidad de Salamanca, *Teor. educ*. 27, 2-2015, p. 51.

[56] V®ase, Guichot-Reina (2015), *Ibid*.

[57] *Ibid*.

[58] V®ase Dieterlen (2001), Op. Cit., p. 15.

que afectan el desarrollo humano, como: la calidad de vida, la pobreza extrema o el acceso a servicios sanitarios[59]. Por este motivo, para nosotros, resulta primordial el abordaje de este marco normativo para el an§lisis de la problem§tica no solo sanitaria intercultural, sino tambi®n de la mujer ind²gena. En efecto, su bienestar[60], desde este enfoque, se vincula con los grados de funcionamientos que ®sta puede alcanzar en los aspectos de su vida[61]. Este planteo resulta ser de indudable relevancia para esta propuesta, puesto que, una de las tesis primordiales del enfoque se sit¼a en ñuna idea central del ser humano como un ser libre y digno que forma su propia vida en cooperaci· n y rec²procamente con otrosò[62]. De all² que, en palabras de Nussbaum: ñUna vida que es realmente humana es la que est§ formada en su conjunto por estos poderes humanos de raz· n pr§ctica y de sociabilidadò[63].

Sumado a lo desarrollado, conviene plantear que este enfoque filos· fico complementa lo abordado con una perspectiva feminista, basada en un di§logo transcultural. De all² que, la lista de capacidades que propone Nussbaum contin¼a abierta, con la posibilidad de ser enriquecida en el marco de la sociabilidad. Seg¼n la autora, ñla metodolog²a que se ha utilizado para modificar la listaé [deriva] tanto de los resultados del debate transcultural acad®mico como de deliberaciones en el seno de grupos femeninosò[64]. En este sentido, para abordar la tem§tica, tal como expone Gough (2007-8), Nussbaum presenta un agudo an§lisis acerca de las preferencias adaptativas y los obst§culos que ®stas suponen para asegurar acuerdos sobre est§ndares m²nimos, que deben pensarse en clave de condiciones

[59] Colmenarejo, Op. Cit., p. 131.
[60] Este concepto difiere en Nussbaum y en Sen. La autora, lo vincula con la ®tica y las relaciones interpersonales (sociales), mientras que el autor, tiene un enfoque m§s *neokantiano* [V®ase Gough, I. (2007-8), Op. Cit. P. 184-5].
[61] Tal como plantean Vidiella y Femen²as (2005): Para Sen, ñel bienestar de los individuos no es tanto un estado como una actividad relacionada con el *funcionamiento* que logra una persona; en otras palabras, los distintos modos en que se desenvuelve en su medio social. El funcionamiento involucra tanto estados (estar alfabetizado, nutrido, libre de chagas, fibromas), como acciones (comer, leer, participar de la vida social, divertirse, gozar). El rasgo principal del bienestar que una persona conquista est§ dado por su *vector de funcionamiento*. Es decir, por el conjunto de los distintos funcionamientos que alcanza en diferentes aspectos de su vida, algunos de los cuales -social e individualmente relevantes- son solo propios de las mujeresò[Femen²as y Vidiella (2005), Op. Cit., 2005, p. 8].
[62] Nussbaum, M., 2000:72, citada en Gough, I. ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaumé , Op. Cit., 2007/08, p. 184.
[63] Seg¼n Gough (2007-8:184), Nussbaum particulariza en tres de las capacidades de la lista, como especialmente significativas. A saber: la raz· n pr§ctica, la afiliaci· n y la integridad f²sica. Puesto que, estos tres elementos conllevan a una b½squeda verdaderamente humana.
[64] Nussbaum, M., 2000:151, citada en Gough, I. ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaumé , Op. Cit., 2007/08, p. 185.

para desarrollar una vida pr· spera[65]. En efecto, este enfoque resulta de suma importancia para abordar la situaci· n hist· rica concreta de la mujer mapuche en nuestro pa²s, puesto que, permite situar la vinculaci· n entre estas preferencias (enraizadas en su cosmovisi· n) y la intersectorialidad de obst§culos que delimitan su acceso al §mbito sanitario.

Nosotros, en este trabajo, nos centraremos en las caracter²sticas que presenta el aspecto propiamente sanitario de atenci· n de parto, en el que la mujer mapuche debe vincularse sanitaria y culturalmente con un marco epist®mico hegem· nico. De modo que, el an§lisis se enfoca en el conocimiento de las condiciones reales de esa vinculaci· n, a partir de comprender si estas capacidades, planteadas por el enfoque de Sen y Nussbaum, o en t®rminos de Doyal y Gough, estas necesidades b§sicas, que la mujer mapuche posee, pueden ser efectivas en el marco de la atenci· n intercultural de partos en la localidad de Las Coloradas, provincia de Neuqu®n.

En consonancia con lo expresado, centr§ndonos en la situaci· n experimentada espec²ficamente por la mujer en el §mbito sanitario, coincidimos plenamente con Lesley Doyal (1995), cuando plantea que las circunstancias de desventaja social y econ· mica[66], que frecuentemente embisten a la mujer, se traducen, en tanto diferencia de g®nero, en una posible inequidad y discriminaci· n que afectan de manera particular su salud. No obstante, pese a la desventaja que la mujer posee debido a su g®nero, ®sta se ve intensificada, seg¼n Lesley Doyal (1995), en inequidades respecto al status de su salud y al acceso a la atenci· n m®dica, puesto que, dentro del grupo de mujeres se producen distintas subdivisiones que segmentan a¼n m§s las desventajas iniciales. Entre estos factores que promueven mayor estratificaci· n se encuentran los vinculados con: la edad, la preferencia sexual, la etnia y la clase social. Otro factor, no menos importante, es el status geopol²tico del pa²s en el que la mujer se encuentre[67].

---

[65] V®ase Gough, I. ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaumé , Op. Cit., 2007/08, p. 195.
[66] Doyal (1995), afirma: ñTypically they (women) receive about 30-40% per cent less pay tan men if employed and no pay at all for most domestic workò[Doyal, L. (1995) ñIn Sickness and in Health. Introductionò, *What makes women sick? Gender and the political economy of health,* Macmillan, Londres, p. 1].
[67] V®ase Doyal, L. (1995), *Ibid*. pp. 1-2.

Como se¶ala Sherwin (2008), ñpara que las mujeres logren total subjetividad y sean consideradas personas, con todo lo que ello implica, es necesario que est®n libres de distintas formas de subordinaci· n, de la violencia pol²tica y de la pobrezaò[68]. De manera an§loga, para que esta lucha resulte en aut®ntica autonom²a debe estar en un contexto de justicia social que garantice diversos derechos, entre ellos: ñel de la privacidad, el de la autodeterminaci· n del cuerpo y el control de la fertilidad, el derecho a la comprensi· n, interpretaci· n e identificaci· n y el derecho al conocimiento relevante para mantener la salud y tomar decisiones genuinamente informadasò (Sherwin, 2008: 427-8).

Ciertamente, resulta claro que el enfoque normativo abordado incluye una perspectiva de an§lisis integral de la salud, dado que, exige pol²ticas intersectoriales conjuntas (medio ambiente, prevenci· n, alimentaci· n, salud laboral, etc.) y pol²ticas integrales al interior de cada servicio m®dico, focalizando en el criterio de prevenci· n[69]. De all² que, resulta importante partir de las barreras que deben atravesar las mujeres ind²genas para acceder a servicios obst®tricos en el marco de la interculturalidad en salud, puesto que, esta situaci· n involucra diversos aspectos ®ticos. Entre estos aspectos debemos mencionar aquellos que derivan inicialmente de la divergencia existente entre: el sistema de creencias que los pueblos ind²genas le asignan al fen· meno salud-enfermedad[70], por un lado, y la concepci· n de salud que sostiene la medicina intervencionista, por el otro.

No obstante, resulta importante destacar que algunos de los dilemas ®ticos que se presentan respecto a las pr§cticas m®dicas con las personas de estas comunidades no solo se circunscriben a las diferencias entre las cosmovisiones respecto a la salud, sino que adem§s se centran en que estas comunidades en reiteradas ocasiones han sido enga¶adas e incluidas en investigaciones sin su consentimiento. De modo que, algunos de los dilemas que pueden plantearse en la

---

[68] Sherwin, S. (coord.), *The politics of womenôs health*, Filadelfia, Temple University Press, 1998. Citada en: Sommer, S. ñAp®ndice: Mujeres en Am®rica Latina: algunos desaf²os ®ticosò En: Luna, Florencia y Salles, Arleen (2008) *Bio®tica: nuevas reflexiones sobre debates cl§sicos*. Espa¶a, Fondo Cultura Econ· mica (FCE), pp. 427-8.

[69] De Ort½zar (2019), Op. Cit., pp. 12-13.

[70] Tal como afirma Mu¶oz del Carpio Toia (2019): estas poblaciones tienen un enfoque especial sobre las causas, diagn· stico y tratamiento de enfermedades. Justamente, esta falta de integraci· n de las demandas culturales de los pueblos ind²genas con respecto a los sistemas de salud, dificulta la comunicaci· n e imposibilita la empat²a y la confianza con el paciente y con los posibles participantes de investigaci· n.

atenci· n m®dica de estas comunidades, se centran en: la invasi· n de la privacidad, la ruptura de la confidencialidad, la estigmatizaci· n, el abuso, el enga¶o, la apropiaci· n de los conocimientos tradicionales, o bien, los conflictos entre el l²der y la comunidad.

De esta manera, para disminuir estas barreras a las que se enfrentan las mujeres ind²genas, se deben abordar posibles medidas que apunten al acceso a servicios obst®tricos, tales como: mejorar tanto la infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios obst®tricos, como los procesos de atenci· n. Ampliando, de este modo, la visi· n del modelo de salud desde la perspectiva de derechos humanos y de equidad en salud.

Indudablemente, resulta primordial contrarrestar la falta de equidad en el acceso a la salud y a la ciencia de los grupos vulnerables, como lo son las comunidades ind²genas. Aqu² radica la importancia de mejorar no solo los procesos organizativos en la atenci· n sanitaria intercultural, sino tambi®n la calidad y la continuidad de la atenci· n en instituciones m®dicas para estas comunidades. Para ello, un factor importante a considerar es el acceso a la informaci· n por parte de la comunidad ind²gena, a partir de reconocer y respetar su cultura y su lengua. Para conseguir esto, desde el enfoque biom®dico, deben contemplarse adaptaciones culturales, simplificaci· n en la redacci· n y en el nivel del contenido, y todo lo referido a consentimientos, debe ser realizado en su lengua local[71].

A partir de lo planteado, resulta clara la importancia ineludible de proporcionar una atenci· n sanitaria centrada en una mirada intercultural, respetuosa de la diversidad cultural propia de la comunidad ind²gena particular. No obstante, resulta imprescindible considerar que, si bien es prioritario garantizar el acceso de las mujeres ind²genas a los servicios obst®tricos, desde un enfoque intercultural, esto no necesariamente garantiza la atenci· n. Dado que, para conseguir una atenci· n efectiva se requiere de la reconciliaci· n de: diferentes valores, creencias, cosmovisi· n del proceso salud-enfermedad, diferencias tambi®n en las prioridades

[71] Seg½n Mu¶oz del Carpio Toia (2019): estos nuevos requerimientos exigen nuevas e innovadoras estrategias educativas y de comunicaci· n (por ejemplo, videos u otros medios audiovisuales).

(preferencias, en t®rminos de Nussbaum), en el lenguaje, en las estructuras jer§rquicas, en el liderazgo, en la toma de decisiones, etc.

En s²ntesis, partimos de considerar que se debe radicalizar la profundidad del encuadre ®tico-normativo respecto a la importancia de un abordaje intercultural en la atenci· n sanitaria de las mujeres ind²genas, en nuestro caso, particularmente, las mujeres mapuche de la comunidad de Las Coloradas, de manera tal que devenga en derechos concretos, que puntualicen en la resoluci· n de necesidades b§sicas hist· ricas. Sin embargo, para ello, tambi®n consideramos pertinente realizar un abordaje que contemple el acceso al derecho a la salud, no solo desde una posici· n que involucre la perspectiva normativa universalista, como ha sido planteado hasta el momento, sino tambi®n que permita un planteo que atienda de manera espec²fica la perspectiva de g®nero. De este modo, analizaremos en el pr· ximo apartado los postulados te· ricos m§s significativos del feminismo latinoamericano, para luego, procurar un breve acercamiento y contraste de estos principios desde la cosmovisi· n mapuche, revisando de este modo, cu§l es el abordaje que esta comunidad ofrece sobre las tem§ticas de g®nero.

1.2. ANĆLISIS DE LA MUJER MAPUCHE DESDE EL MARCO DEL FEMINISMO

En este apartado, nos centraremos en delinear el tercer marco te· rico de an§lisis de nuestra propuesta. Para ello, partiremos de conceptualizar el feminismo, delimitando los postulados reivindicativos que esta corriente acoge. La finalidad que persigue este planteo se centra en establecer un marco de abordaje que nos permita analizar la situaci· n de la mujer, en particular, con los sistemas de opresi· n que ello conlleva. Entendemos que, de este modo, propiciaremos un encuadre te· rico m§s categ· rico y relevante para comprender los obst§culos que sortea la mujer, ind²gena en nuestro caso, en el acceso a la salud. No obstante, luego de establecer las caracterizaciones sobre la situaci· n de la mujer, que enuncia el feminismo latinoamericano, centrado en la teor²a pos(de)colonial y de la subalternidad en Am®rica Latina, continuaremos con la contrastaci· n de este an§lisis desde las

reivindicaciones y la autoidentificaci· n que formulan las mujeres mapuche, propiamente.

De esta manera, comenzaremos a presentar el feminismo a partir de distinguir distintos tipos o niveles. De all² que, siguiendo a Femen²as (2011), estos niveles se plantean del siguiente modo: (a) el nivel te· rico, (b) el feminismo militante y, por ¼ltimo, (c) el feminismo espont§neo del movimiento de mujeres[72]. Seg¼n afirma Femen²as (2011), el feminismo espont§neo se caracteriza porque las mujeres act¼an en el espacio p¼blico de manera espont§nea. La autora ejemplifica esta situaci· n, en el caso de Argentina, con los movimientos piqueteros iniciados por mujeres o las redes solidarias. Asimismo, este feminismo se caracteriza por reivindicar derechos, sin partir de una teor²a previa, simplemente por situarse y ubicarse como mujeres, sujetos de derechos y de derechos en paridad respecto de los derechos de los varones[73]. Por otra parte, el feminismo militante, tiene un posicionamiento pol²tico definido respecto a las reivindicaciones por las que lucha, dentro de una l²nea ideol· gica que las respalda. De ah² que, hay tantos feminismos, como posicionamientos pol²ticos.

Sin embargo, independientemente del atractivo que presentan los distintos niveles, nosotros, en nuestra propuesta, nos centraremos solo en el primer nivel, que alude espec²ficamente al nivel te· rico. Para ello, resulta pertinente partir del itinerario realizado por los movimientos feministas en general, para poder delimitar la construcci· n del cuerpo te· rico de esta corriente y sus m¼ltiples variaciones internas. De esta manera, tal como afirma Fiss (1993) las feministas han recorrido un camino te· rico paralelo al del movimiento de los derechos civiles en su interpretaci· n de la igualdad[74].

De ah² que, en sus comienzos esta corriente de pensamiento irrumpi· en la escena pol²tica, pronunci§ndose contra la discriminaci· n, condenando ñaquellas pol²ticas y pr§cticas por las cuales un hombre es elegido para un trabajo o un cargo en la universidad simplemente porque es un hombreò[75]. Por ello, inicialmente

[72] V®ase Femen²as, M. L., Feminismos latinoamericanos: una mirada panor§mica, *La manzana de la discordia*, enero - junio, A¶o 2011, Vol. 6, No. 1: 54.
[73] *Ibid*.
[74] Fiss, O. àQu®es el feminismo?, *Doxa* 14, a¶o 1993, p. 323
[75] *Ibid*.

proclamaron una regla un²voca para ambos sexos, y que, adem§s, el sexo no fuera un elemento que posibilite el enjuiciamiento o la segregaci· n de la mujer por su condici· n[76]. Sin embargo, con el paso del tiempo, este objetivo fue escalando para redefinirse en una de las premisas fundamentales, que actualmente contin¼a siendo de fuerte tenor reivindicativo, independientemente de la corriente de feminismo que la enuncie (ñfeministas radicalesò, ñfeministas culturalesò, ñfeministas liberalesò, ñfeministas socialistasò o ñfeministas latinoamericanasò, etc.)[77]. A saber: terminar con la subordinaci· n de las mujeres como colectivo y luchar contra todas las formas de opresi· n, provenientes del patriarcado.

En el caso de nuestra propuesta, nos centraremos puntualmente en la corriente del feminismo latinoamericano, por albergar en s² misma, como caracter²stica central la pluralidad ®tnico-cultural. Esto se debe a que, en Am®rica Latina, el feminismo tiene caracter²sticas que le son propias. De all² que, seg¼n Femen²as (2011:53), ñel pensamiento feminista latinoamericano es original y es originario en la medida en que parte de su propia situaci· n y localizaci· nò. De todos modos, tal como recuerda la autora, Latinoam®rica no debe pensarse como una unidad etnorracial, ni geogr§fica, ni tampoco religiosa. Pero s², como un contexto atravesado por una experiencia de colonizaci· n, que ha impreso algunos rasgos comunes[78]. Para los fines de esta tesis, este marco te· rico resulta sumamente relevante, puesto que brinda un abordaje interseccional entre: g®nero, clase y etnia.

De esta manera, antes de caracterizar al feminismo latinoamericano, centrado en la teor²a pos(de)colonial y de la subalternidad en Am®rica Latina[79], resulta interesante considerar la apreciaci· n etnoc®ntrica que plantean otros

---

[76] *Ibid*. Tal como plantea, Fiss (1993), ®sta era la posici· n dominante del feminismo en los a¶os setenta y es conocida como çfeminismo liberalè.

[77] Respecto a las corrientes de feminismo, seg¼n Femen²as (2019), se pueden distinguir al menos tres versiones de feminismo basadas en la diferencia: la versi· n europea como diferencia sexual; la versi· n estadounidense que prioriza la diferencia etnorracial en t®rminos de ñnegritudò y la versi· n latinoamericana que hace primar la interseccionalidad de las diferencias seg¼n la clase, la etnia, el g®nero. [Femen²as, M. L. (2019), *Itinerarios de teor²a feminista y de g®nero. Algunas cuestiones hist· rico-conceptuales,* -1a ed. - Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, p. 12]

[78] V®ase, Femen²as (2019), Op. Cit., p. 107. Femen²as consigue describir de manera muy gr§fica las caracter²sticas de la sociedad latinoamericana, afirmando que �est§ fundada sobre tres ra²ces ï la europea, la ind²gena y la negraï , y que por razones socioecon· micas y de hegemon²a simb· lica se hace visible solamente una de ellas: la blancaò(Femen²as, 2019:108).

[79] Silvia Rivera Cusicanqui es pionera de los estudios de la subalternidad y la intersecci· n sexog®nero y etnorraza en sus estudios *situados* (Femen²as, 2019:115).

enfoques feministas sobre esta corriente. Puesto que, estos esconden una minusvaloraci·n, acompa¶ada con tintes de heteronom²a respecto a las posibilidades de construcci·n te·rico-cient²fica del feminismo latinoamericano. Dicho de otro modo, Femen²as (2011) sobre este aspecto, afirma que:

> ñNi todas las mujeres del Tercer Mundo son ñtradicionalesò, ni todas las mujeres del Primero est§n ñemancipadasò. En todos los casos, se obvia pensar en la movilidad de las personas y de los pa²ses. Se suma en esta concepci·n, mirar a las mujeres de los pa²ses perif®ricos, mayoritariamente, como ñlo otroò desde una posici·n que la ve ñde afueraò como ñalgo ex·ticoò. O sea, ser ñMujer del Tercer Mundoò suele ser visto como un ñexotismoò que rara vez se plantea como una cuesti·n geopol²tica, una localizaci·n desde la cual estas mujeres tenemos mucho que decirò[80].

Evidentemente, estas valoraciones provenientes del interior del feminismo hegem·nico aluden a una forma de interpretar toda la construcci·n te·rica latinoamericana desde una mirada de subalternidad[81]. Construyendo, de este modo, un modo opresivo y segregador de otorgar la palabra/poder solo a sectores que posean mayor o igual status geopol²tico. De este modo, ñel feminismo hegem·nico occidental peca del universalismo etnoc®ntrico y de una conciencia inadecuada sobre el conocimiento del tercer mundo, dando un marco acad®mico dominado por occidenteò (Mohanty, 2008, citado en Garc²a Gualda, 2013).

No obstante, pese a las disputas conceptuales y de status que se gestan en el interior de las diversas corrientes del pensamiento feminista, nos resulta importante otorgarle sentido al enfoque que plantea el feminismo latinoamericano, en tanto que rescata la idea de ñsituaci·nò. Dicho en t®rminos m§s espec²ficos,

---

[80] Femen²as, M. L., Op. Cit., 2011, p. 55.

[81] Este concepto ser§ abordado y profundizado en el cap²tulo 3, destinado al derecho a la salud intercultural. All², se har§ referencia espec²ficamente al concepto de subalternidad desde el enfoque planteado por Spivak. Sin embargo, en este apartado, este concepto se vincula tambi®n con lo que Femen²as (2011) plantea en relaci·n a la posici·n particular de la mujer en la construcci·n de espacios de poder. Seg¼n la autora, ñlas mujeres constituimos una ñminor²aò, no num®ricamente, sino en relaci·n con nuestro escaso usufructo de los espacios de poderò [Femen²as, M. L., Feminismos latinoamericanos: é , *Ibid.*, 2011, p. 53]

seg¼n afirma Femen²as (2011), este enfoque parte ñde nuestras situaciones particulares hist· rico-sociales y, al mismo tiempo, la idea de ñlocalizaci· nò en una determinada geograf²a, en la que estamos enraizadas, y en la que compartimos distintos ejes problem§ticosò[82]. Este aspecto, resulta ser central para abordar las necesidades hist· ricas territoriales, plasmadas en las luchas llevadas a cabo por las mujeres mapuche en el territorio argentino.

Precisamente, el pensamiento feminista latinoamericano, centrado en la teor²a pos(de)colonial[83] y de la subalternidad en Am®rica Latina que, como afirmamos antes, parte de la interseccionalidad entre: g®nero, clase y etnia, plantea la noci· n de g®nero como una categor²a prioritaria. Seg¼n Femen²as (2019), el concepto g®nero: ñorganiza la pregunta por las exclusiones, (y) se hermana con el concepto de identidad y consecuentemente de totalidad, pero no de universalidad (que siempre es formal)ò[84]. En este sentido, la categor²a g®nero, vinculada a la identidad, cobra una fuerte significaci· n, puesto que el contexto latinoamericano se constituye a partir de la exaltaci· n de las diferencias[85], nacidas de: ñla mestizaci· n, la colonizaci· n y las culturas que aportan las distintas comunidades originarias y afroò[86].

No obstante, m§s all§ de la vinculaci· n entre g®nero e identidad en el feminismo latinoamericano, conviene antes definir y delimitar el concepto ñg®neroò, para poder analizar, posteriormente, los postulados de esta corriente. De all² que, seg¼n Femen²as (2019), Sterling denomin· g®nero al ñconjunto de caracter²sticas y normas sociales, econ· micas, pol²ticas, culturales, psicol· gicas, jur²dicas, asignadas a cada sexo en forma diferencial y de acuerdo a un orden social y

---

[82] Femen²as, M. L. (2011), *Ibid*. p. 55.

[83] Seg¼n Quijano (2000 a y b), el pensamiento decolonial intenta generar un conocimiento *Otro* porque, aunque la colonia acab· hace 200 a¶os, la ñcolonialidadò persiste en sus estructuras y en su estrategia cultural. De all² que, se la puede detectar en: el racismo, el eurocentrismo epist®mico, la occidentalizaci· n de los estilos de vida de la sociedad (violenta o negociada), y en los privilegios sociales y econ· micos que reproduce la educaci· n (Quijano, 2000, citado en Femen²as, 2019:119).

[84] Femen²as, M. L. (2019), *Itinerarios de teor²a feministaé* , Op. Cit., p. 12.

[85] Respecto a estas diferencias, Femen²as (2019:107) afirma que: ñA comienzos de la d®cada de 1980, la incorporaci· n de la variable *etnorraza* permiti· replantear el debate sobre el sujeto del feminismoò Puesto que, ñrrumpieron en la escena p¼blica los denominados feminismos *disidentes* (mujeres de color, negras y originarias, lesbianas, de clases populares, etc.), que empezaron a cuestionar por qu®el feminismo no las hab²a considerado como sujeto, y que adem§s eran v²ctimas del racismo, del heterosexismo y del clasismoò De este modo, considera la autora que, ñemergi· la pregunta sobre c· mo era posible que el sujeto mujer blanca, de clase media y heterosexual fuera el paradigma del contexto latinoamericanoò

[86] *Ibid*, p. 107.

normativo preestablecidoò De ah² que, siguiendo a la autora, ñse nos ense¶a a ser var·n o mujer dependiendo de las caracter²sticas fisiol·gicas del cuerpo, fundamentalmente de los genitales externosò Sin embargo, Castellanos Llanos (2011), en consonancia con Scott (2010), enfatiza en que, actualmente, ñel g®nero est§ condenado a perder su capacidad transformadora si no se adopta la posici·n desconstruccionistaò De all² que, ambas sostienen que:

> ñni el sexo ni el g®nero [son] producto de la naturaleza sino de la cultura y que el sexo no es un fen·meno transparente, sino que adquiere su estatus natural solo de modo retrospectivo, como justificaci·n para la asignaci·n de roles de g®neroò[87].

No obstante, m§s all§ de la evoluci·n respecto a las conceptualizaciones sobre g®nero, la controversia se plantea en relaci·n al empleo que se hace de los cuerpos, como categor²as de dominaci·n o de subordinaci·n, respaldados por ese orden social y normativo que se construye cultural, social, econ·mica y pol²ticamente, y produce el efecto de la normal-naturalidad (Butler, 1990, citada en Femen²as, 2019:107).

En este aspecto, para abordar la dominaci·n proporcionada a los cuerpos, conviene subrayar la relevancia que tiene considerar las categor²as interseccionales de an§lisis que provee el feminismo latinoamericano, desde un encuadre que se centre en el dinamismo y la complejidad que revisten estos sistemas opresivos sobre el accionar vital de la mujer ind²gena. Asimismo, es fundamental rescatar que estas mujeres, adem§s de encontrarse sometida por los entrecruces entre g®nero, etnia y clase, tambi®n se hallan fuertemente oprimidas por las barreras resultantes del colonialismo y el patriarcado fundantes del Estado-Naci·n[88]. De all² que, tal como afirma Femen²as (2019:111):

---

[87] Castellanos Llanos, G. Los discursos de la globalizaci·n, la industria de la belleza y el concepto de mujer y g®nero, *Anuario de Hojas de Warmi* nÜ16, 2011, p. 26.

[88] V®ase Garc²a-Gualda, S.M. (2015). Cuerpos Femeninos / Territorios Feminizados: Las consecuencias de la Conquista en las Mujeres Mapuce en Neuqu®n. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, *4*(1), p. 585.

> ñLa interseccionalidad (é) puede estabilizar las relaciones en posiciones fijas y sectorizar las movilizaciones sociales, de la misma manera en que el discurso dominante naturaliza y encierra a los sujetos en unas identidades de alteridad preexistentes. Por tanto, (é) se debe dar cuenta siempre del car§cter din§mico de las relaciones sociales y de la complejidad de los antagonismos que se subsumen demasiado r§pidamente bajo el tr²ptico sexo-raza-claseò[89].

Sumado a lo dicho, resulta claro que la construcci· n ñnaturalizadaòque se conforma en relaci· n al g®nero y a los cuerpos, tiene una fuerte impronta cultural, que resulta ser din§micamente rebatida en las comunidades ind²genas. Puesto que, seg¼n afirma Femen²as (2011), los trabajos antropol· gicos realizados en el interior de nuestros pueblos originarios y de nuestras sociedades, desafiaron las categor²as binarias excluyentes (var· n-mujer) establecidas. De ah² que, la dicotom²a masculino/femenino resulta ser una dicotom²a construida que no responde a la cosmovisi· n de estas comunidades[90]. Reafirmando este argumento, Azpiroz Cle¶an (2019) plantea:

> ñSoy mujer y parte de una de las sociedades subalternizadas y sostenemos nuestro modo de vida desde ontolog²as diversas a occidente, se me plantea necesario cuestionar la universalidad de la ciencia moderna como ¼nica verdad y hacer foco en el campo antropo-arqueol· gico. El feminismo en Argentina no exime a las argentinas feministas del ejercicio del poder masculinamente y autoritariamente hacia las mujeres mapucheò[91].

---

[89] *Ibid*, p. 111.
[90] V®ase Femen²as, M. L., *Ibid*. p. 58.
[91] Azpiroz Cle¶an, ñEl racismo y la transgresi· n de la ®tica mapucheò, El megafo, P§gina 12, 08/03/2019. Disponible en website: https://www.pagina12.com.ar/179366-el-racismo-y-la-transgresion-de-la-etica-mapucheò

Incluso, al abordar la perspectiva de g®nero desde esta cosmovisi· n[92], corresponde plantear que, desde que el pueblo mapuche ha comenzado a reconstruirse en su identidad desde la d®cada de los 90 hasta la actualidad, han luchado fuertemente por romper con la colonizaci· n ideol· gica que, a su modo de ver, se ñnaturalizaò en los enfoques feministas occidentales, en general. En palabras de Huilip§n (2017):

> ñEn los 90, cuando arrancamos, hab²a una solo *longko* mujer, y en la actualidad hay mujeres en distintos niveles de conducci· n: medicina, educaci· n, pol²tico, ense¶anza internacional. Hoy ya los varones ni siquiera preguntan, ni hay diferencia. Hab²a que empezar desde ah² la descolonizaci· n, pero tambi®n la construcci· n de un proyecto de mujeres al servicio de un proyecto de proceso colectivo. Y un proceso diferente al de la mujer occidental, porque en la ®poca de pueblo libre no exist²a ese problema. Hab²a *longko* var· n y mujerò (Huilip§n, 2017:13)

De esta manera, para comprender el enfoque sobre la mujer, que subyace en la cosmovisi· n mapuche, es fundamental partir de la noci· n de complementariedad de los roles (masculinos y femeninos), presente en la base discursiva de los pueblos andinos. De ah² que, esta perspectiva de ñcomplementoò se vincula con su visi· n colectiva del trabajo[93]. En efecto, este aspecto resulta ser de gran envergadura para abordar la noci· n de g®nero desde esta perspectiva ind²gena, puesto que, tal como afirma Garc²a Gualda (2013), ñseg¼n esta l²nea de pensamiento, el colonialismo y el capitalismo fueron los responsables de introducir la desigualdad de g®nero en la regi· nò[94]. En palabras de Azpiroz Cle¶an (2020):

---

[92] Nosotros nos centraremos solo en la cosmovisi· n mapuche, que es el objeto de estudio de nuestro trabajo.
[93] Deere y Le· n, 2000:24, citados en Garc²a-Gualda, 2013.
[94] Al analizar la existencia de patriarcado en las comunidades ind²genas, previo a la colonizaci· n, Gomiz (2016) plantea que: ñHay visiones que dicen que no hab²a un patriarcado presente dentro de las comunidades originarias, y que la colonizaci· n trajo pr§cticas patriarcales. Por otro lado, hay quienes sostienen la existencia de un patriarcado de baja intensidad en las comunidades, que se entronc· con el que portaba la ideolog²a colonizadoraò [Entrevista a Micaela Gomiz y Graciela Alonso en: ñInvestigan c· mo las mujeres mapuches sintetizan la lucha pol²ticaò, *El exterminio de la Patagonia*. 26 de septiembre de 2016. Disponible en website: https://www.elextremosur.com/nota/investigan-como-las-mujeres-mapuches-sintetizan-la-lucha-politica/ (Visto el 27/7/2020)].

> ñLas banderas del feminismo en Argentina han sido las mismas que en Europa: la igualdad, el antipatriarcado y la lucha contra el machismo. En este territorio, las mujeres originarias est§n atravesadas por otros principios que no vienen de la filosof²a judeo-cristiana, sino que son made in *Abya Yala*. Vienen de una moreneidad profunda, con arrugas de abuelas, frente al fog· n, desgranado ma²z o pelando pi¶onesò[95].

De lo dicho surge que, para la comunidad mapuche, el patriarcado no es otra cosa que un desprendimiento de la conjunci· n entre colonialismo y capitalismo. De ah² que, seg¼n formula Azpiroz Cle¶an (2011), ñel feminismo (é) no atiende a una revisi· n profunda de que el patriarcado tiene ra²ces judeocristianas, gestadas en la mirada europeizante. Por lo que, estas problem§ticas no son propias del *Abya Yala*[96], sino de la Conquistaò[97].

De este modo, el objetivo de reconstrucci· n identitaria mapuche se centra en reivindicar esa complementariedad, reafirmando que no son feministas, sino que son mujeres decididas a ser ind²genas[98]. Por este motivo, se ratifican como una sociedad no sexista[99], por lo que, no adhieren al machismo, ni al feminismo. Seg¼n Huilip§n (2017:13), el rol de la mujer se ha centrado, desde 1995, cuando iniciaron el Enlace Continental de Mujeres Ind²genas, en la promoci· n de la formaci· n, la autoestima y la proyecci· n de sus feminidades en t®rminos de la lucha y

---

[95] ñLas mujeres de palabra floridaò, *Revista cr²tica,* Revisado el 19/10/2020. Disponible en website: http://www.revistacitrica.com/-mujeres-de-palabra-florida.html

[96] *Abya Yala* es el nombre con el que el pueblo *Kuna* de Paran§, nombr· al continente americano. Actualmente, el concepto se ha convertido en un t®rmino universal para los pueblos ind²genas de Latinoam®rica, y otorga sentido de unidad y pertenencia.

[97] Azpiroz Cle¶an, Organizaci· n Mapuche EPU Bafkeh, Argentina. I Foro Regional de Recursos Humanos para la Salud y pueblos ind²genas: el desaf²o de la Interculturalidad, Paran§; 21 a 23 de noviembre de 2011. (Revisado 05/08/2020).

[98] V®ase Huilip§n, 2017, Op. Cit., p. 13.

[99] Respecto es este posicionamiento no sexista, Huilip§n afirma que en este momento est§n abocados a recuperar en los reci®n nacidos el nombre propio, porque los compa¶eros de su generaci· n tienen nombres espa¶oles. En cambio, sus hijos y nietos se llaman Aucan, Piuquemal®n, ¤ancu, Weichafu y Rayenko. Huilip§n afirma: ñmi hija del medio estuvo 12 a¶os sin documento porque a la bestia del Registro Civil de Neuqu®n se le ocurri· que yo ten²a que ponerle un nombre en castellano o mapuche pero que terminara con ñaò para que definiera sexo. La nena se llama Meulenko. Como termina con ñoòáse supone que es var· n!ò(Huilip§n, 2017:14-5).

reconstrucci· n como Naci· n colectiva[100]. De all² que, para descolonizarse celebran la reciprocidad, la dualidad y la complementariedad. Dicho en otros t®rminos, Huilip§n (2017) sostiene que:

> ñen ese proceso de descolonizaci· n las mujeres fuimos las m§s insistentes en recuperar la pr§ctica del *Katan kawin,* la de volver a celebrar la pubertad de los varones y las mujeres, porque es el momento donde se pone en evidencia la dualidad y la complementariedad necesaria y vital para poder ser. Esos trabajos han sido especialmente promovidos por mujeres mapuche porque ah² le vamos ense¶ando a nuestros pares c· mo volver a ser mapuchesò(Huilip§n, 2017:13)

De este modo, cuando intentamos abordar cu§les son estos elementos de colonialidad de g®nero que denuncian las comunidades mapuche, resulta interesante hacer especial hincapi® en el planteo que formula Gomiz (2016). Esta autora afirma que esta colonialidad, inicialmente, se hace presente a trav®s de los estatutos impuestos a las comunidades y a la Confederaci· n por parte del gobierno provincial, para el otorgamiento de las personer²as jur²dicas a las comunidades. De esta manera, seg¼n afirma la Gomiz, ñesos estatutos se organizaron jer§rquicamente, desde una visi· n patriarcal, y no basado en la representaci· n propia de las autoridades tradicionalesò. En efecto, en estos ñel Estado privilegi· como interlocutores a los varones mapuches, y no a las mujeres, y eso termin·

[100] G· mez y Trentini (2020) afirman que las mujeres de la Confederaci· n, mediante el esencialismo estrat®gico, disputan nuevos lugares de referencia dentro de la propia organizaci· n. Asimismo, confirman que son muy pocas las que han logrado volverse referentes pol²ticas dentro de la organizaci· n, por tratarse de un terreno casi exclusivo de los hombres. No obstante, las autoras, subrayan de forma significativa el incremento en el n¼mero de mujeres j· venes que hoy ocupan roles de autoridades comunitarias como *kona* (joven lideresa) y *werken* (vocera). Estos puestos implican: salir de sus comunidades, articularse con el Estado y formarse para ser las futuras referentes pol²ticas, m§s all§ de los roles que puedan ocupar en su comunidad [G· mez, M. y Trentini, F. (2020), *Mujeres ind²genas haciendo, investigando y reescribiendo lo pol²tico en Am®rica Latina* / Astrid Ulloa, editora. ð Primera edici· n. ð Bogot§: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Estudios de G®nero, pp. 121-2].

sediment§ndose en el pueblo mapuche a lo largo del tiempoò (Micaela Gomiz, 2016)[101]. Sobre este planteo, Peti Pichi¶am[102] sostiene que:

> ñLa idea del macho reproductor, del macho que tiene que encargarse de sostener una familia hizo que se perdiera la idea m§s integral y comunitaria que tienen los pueblos ind²genas, donde cada uno cumple un rol y ninguno tiene que ser superior a otroò[103].

Por este motivo, para abordar el lugar de la mujer desde la cosmovisi· n mapuche, debe considerarse el rol de gran relevancia pol²tica que adquieren las mujeres en el interior de estas comunidades. Puesto que, ®stas, en tanto defensoras del territorio y promotoras del *Kvme Felen* o Buen Vivir (vinculado a la permanencia en el territorio, la vida, la reproducci· n y su planificaci· n), son las encargadas de construir y resaltar su lazo esencial e innato con este territorio[104]. Edificando, a su vez, en ®ste: una continuidad intergeneracional, fundamentalmente a trav®s del rol de transmisi· n de las mujeres[105]. Seg¼n Azpiroz Cle¶an (2020):

> ñUna de las reivindicaciones de las mapuche, por ejemplo, es la poligamia femenina como forma de mantener y sostener el control territorial. Ese derecho a la poligamia no est§ legalizado en Argentina. Otra de las reivindicaciones es acceder a la justicia

[101] Entrevista a Micaela Gomiz y Graciela Alonso en: ñInvestigan c· moé , Op. Cit., 2016.
[102] Peti Pichi¶am es una educadora mapuche que integra el grupo de investigaci· n de Gomiz y Alonso. Esta educadora hace hincapi® en los efectos del ñproyecto colonizadorò sobre los mapuche. Asimismo, sobre este tema, Graciela Alonso, afirma que ñlas pr§cticas pol²ticas est§n mayormente a cargo de los varones mapuches y las pr§cticas filos· ficas, de salud y de educaci· n m§s a cargo de las mujeresò Sin embargo, esta divisi· n tiene un cierto quiebre, puesto que: ñen algunas pr§cticas pol²ticas de defensa territoriales esas dos dimensiones, la pol²tica y la de corte espiritual, se articulanò[Entrevista a Micaela Gomiz y Graciela Alonso en: ñInvestigan c· moé , Op. Cit., 2016].
[103] Entrevista a Micaela Gomiz y Graciela Alonso en: ñInvestigan c· moé , Op. Cit., 2016.
[104] Seg¼n G· mez y Trentini (2020), la categor²a de ñmujer ind²genaò asociada a la defensa del territorio fue estrat®gicamente utilizada hacia afuera de la Confederaci· n, para abrir canales de negociaci· n con empresas y evitar la represi· n, pero tambi®n hacia adentro de la Confederaci· n, al disputarles a los hombres el protagonismo en los roles de lucha y asumir las mujeres la vanguardia en esa lucha territorial, con lo que desplazaron el encasillamiento que las relega solo a los roles culturales, educativos y filos· ficos.
[105] V®ase G· mez y Trentini (2020), Op. Cit., p. 123.

ancestral para dirimir situaciones de violencia de g®nero que llevan aparejado cuestiones relacionadas al acceso a la tierra[106].

En este sentido, la figura de la mujer mapuche se ha posicionado en la vanguardia pol²tica de la Confederaci· n, principalmente, debido a la influencia de la maternidad[107]. Puesto que, la figura de la madre luchadora explica: ñla relaci· n entre ómujer-tierra/territorioôy la importancia de defender la tierra/territorio siempre con la mirada puesta en las futuras generacionesò[108]. Por su parte, Sciortino sostiene que ñel uso pol²tico de la maternidad como un rol tradicional es un tipo de participaci· n pol²tica que est§n dando las mujeres ind²genas en el marco de la movilizaci· n social en Argentinaò(Sciortino, citada en G· mez y Trentini, 2020:123).

En consecuencia, resulta evidente que, independientemente de la convivencia que se produce entre la diversidad de culturas que habitan un mismo territorio, en el interior de cada grupo socio-cultural se promueven distintas formas de abordar y construir interpretaciones respecto a la realidad vivenciada. Por este motivo, no es extra¶o que cada comunidad (cultura) analice la situaci· n de las mujeres desde su propio cuerpo te· rico o cosmovisi· n. Lo significativo de este encuentro entre diversidades culturales se evidencia cuando estos conocimientos entran en juego en el intercambio, sin intentar colonizar los saberes, ni las percepciones del resto, desde una mirada etnoc®ntrica.

M§s a¼n, esta divergencia en los abordajes debe invitar a una construcci· n cultural que enriquezca el an§lisis de la situaci· n de la mujer, basado en las implicaciones que promueve un contexto hist· rico-social particular, en una situaci· n geogr§fica com¼n, con ejes problem§ticos compartidos. Empero, estas construcciones de conocimiento intercultural feminista, no deben reducirse a un abordaje de la mujer sin contemplar el contexto situacional en el que ®sta se encuentra. Dicho en otros t®rminos, Rita Segato (2016) plantea que:

---

[106] ñLas mujeres de palabra floridaò, *Revista cr²tica,* Op. Cit.
[107] Tal como abordan Sciortino, S. y Garc²a Gualda, S., citadas en G· mez y Trentini, 2020:123. Estas autoras plantean que la figura materna, influenci· definitivamente la manera en que las mapuche piensan, analizan y legitiman su participaci· n pol²tica.
[108] *Ibid*.

> ñlos feminismos as² como todos los otros frentes del movimiento social cometen un gran equ²voco tanto pol²tico como epistemol· gico o, en otras palabras, un error te· rico-pol²tico de inestimables consecuencias negativas al guetificar sus temas y compartimentalizar lo que entienden como çel problema de la mujerè, tanto en el campo del an§lisis como en el campo de la acci· nò[109]

De esta manera, resulta claro que, el abordaje de la mujer en Latinoam®rica, y puntualmente, en Argentina, requiere de un an§lisis que ampl²e sus horizontes no solo a la opresi· n patriarcal, sino a todos los tipos de opresi· n que han vejado hist· ricamente a la mujer. Entre ®stas: la raciales, las coloniales, las de las metr· polis con sus periferias, entre otras[110]. En efecto, todas las mujeres latinoamericanas nos encontramos atravesadas, y m§s profundamente afectadas, por las caracter²sticas que asume el contexto pol²tico global, con fuerte impronta neoliberal. Entre ®stas, tal como afirma Castellanos Llanos (2011), se encuentran:

> ñla hipertrofia de la econom²a, con el consecuente crecimiento del abismo entre poblaciones ricas y pobres; el desmantelamiento del Estado de bienestar (o *welfare state*), que a su vez conduce a nuevas formas de movilidad de las mujeres; la destrucci· n de las formas cl§sicas de empleo y creaci· n de una *mano de obra libre*, y la transnacionalizaci· n e informalizaci· n del mercado de trabajoò[111].

De esta manera, situ§ndonos en las caracter²sticas del sistema pol²tico-econ· mico global, resulta claro que, ante la falta de distribuci· n de la riqueza, las decisiones pol²ticas se concentran en el favorecimiento de los intereses de los sectores

---

[109] Segato, R. (2016) ñPatriarcado: Del borde al centro. Disciplinamiento, territorialidad y crueldad en la fase apocal²ptica del capitalò En: *La guerra contra las mujeres*, Madrid: Traficantes de Sue¶os, p. 92.
[110] V®ase Regato, R. (2016). *Ibid*.
[111] Castellanos Llanos, G. Los discursos de la globalizaci· n, é , Op. Cit., 2011, p. 11.

econ· micamente poderosos[112], en detrimento de las clases econ· micas m§s proletarizadas. Como lo afirman Aguilar y Lacsmama (2004:16), ñla globalizaci· n ha creado una divisi· n internacional del trabajo, produciendo un proletariado femenino confinado a los empleos peor pagos y menos seguros en las peores condiciones de trabajoò[113]. Evidentemente, esta situaci· n se pronuncia y agrava a partir de decisiones pol²ticas que incluyen la reducci· n del papel del Estado en la garant²a y promoci· n del bienestar de los sectores sociales vulnerables, entre los cuales se encuentran las mujeres[114].

En s²ntesis, resulta fundamental, a partir de lo desarrollado, analizar de manera particular la situaci· n de la mujer ind²gena, atendiendo a las caracter²sticas pol²tico-econ· micas estructurales de nuestro pa²s, y c· mo ®stas repercuten en las posibilidades reales de acceso a la salud desde un marco intercultural. Sin embargo, no es menos importante, adem§s de examinar lo concerniente a la redistribuci· n econ· mica, atender a los aspectos simb· lico-identitarios que, en el caso de las mujeres mapuche, funcionan como elementos de fuerte marginaci· n[115]. En efecto, en el cap²tulo siguiente, veremos el marco pol²tico y jur²dico que respalda la atenci· n sanitaria de las mujeres ind²genas en Argentina, y particularmente en la provincia de Neuqu®n. El objetivo se centrar§ en analizar la correspondencia entre estos marcos y las caracter²sticas efectivas de la atenci· n sanitaria a la que acceden las mujeres de la comunidad mapuche.

---

[112] Es interesante subrayar las consecuencias que el sistema pol²tico-econ· mico genera en los grupos sociales, puesto que, tal como afirma Castellanos Llanos (2011:14), ñla globalizaci· n conduce tambi®n a que se *neoliberalicen las conciencias*, en la medida en que se acent¼an tendencias ideol· gicas como la predilecci· n por el *individualismo y la competencia*ò. Si bien estos rasgos no son eje de nuestro an§lisis en esta tesis, resulta primordial reconocerlos como parte del entramado estructural, en el cual se quiere construir un abordaje intercultural que atienda las necesidades hist· ricas territoriales, sanitarias y de reconocimiento de la mujer mapuche en nuestro pa²s.

[113] Aguilar, D. y Lacsmama, A. (2004) ñIntroductionò, en: Aguilar, D. y Lacsmama, A. (eds.). *Women and Globalization*, Humanity Books, New York, p. 16.

[114] V®ase Castellanos, *Ibid*, p. 11.

[115] Sobre este tema, Ramos Rosado (2003) se¶ala que pueden entenderse algunas de las complejas situaciones de marginalidad, no solo desde el aspecto econ· mico, sino desde el simb· lico-identitario. Por eso, la mera redistribuci· n econ· mica, si bien importante, no es suficiente; por lo que, es necesario el reconocimiento y valoraci· n del trabajo, la cultura y la identidad, su peso cultural y simb· lico. (Ramos Rosado, 2003, citada en Femen²as, 2019:108). La autora, puntualmente, se enfoca en la identidad negro-puertorrique¶a. No obstante, la ñsituaci· nò de marginaci· n y falta de reconocimiento, es extrapolable a lo que vivencian las comunidades ind²genas en nuestro pa²s.

CAPÍTULO 2

MARCO POLÍTICO-JURÍDICO DE LA ATENCIÓN INTERCULTURAL DE LAS MUJERES MAPUCHE EN LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS COLORADAS

"…la política es el corazón de todas las actividades sociales, formales e informales, públicas y privadas, dentro de todos los grupos humanos, instituciones y sociedades …".
Adrien Leftwich (2004)

Luego de haber sentado las bases teóricas de la tesis, en el primer capítulo, consideramos de suma relevancia abordar cabalmente el marco político y jurídico de la atención sanitaria intercultural de mujeres indígenas. Puesto que, si bien estos encuadres existen y tienen vinculación conceptual con el marco ético normativo y las corrientes feministas latinoamericanas actuales, parecen no concretarse en el plano de la realidad. De modo que, en este capítulo analizaremos de forma crítica la contradicción que se produce entre la defensa de un enfoque intercultural en el sector sanitario en los marcos político-discursivo y jurídico, y la posterior aplicación de un modelo sanitario biomédico, con tintes patriarcalistas.

De esta manera, en este segundo capítulo, realizaremos una revisión sistemática respecto al marco jurídico normativo producido en los distintos Programas de Salud que propician la atención de salud con un enfoque intercultural, centrado concretamente en la mujer mapuche de Las Coloradas, provincia de Neuquén. De allí que, en el primer apartado analizaremos la vinculación entre los discursos políticos planteados y su correspondencia con la legislación, en el marco de la atención sanitaria intercultural, en la provincia de Neuquén. La perspectiva de análisis legal, desarrollada en el segundo apartado de este capítulo, se centra solo

en la fundamentaci· n de la ley, para ser retomada en el cuarto cap²tulo, atendiendo a las condiciones materiales de aplicaci· n del marco normativo legal propuesto.

2.1. MARCO NACIONAL Y DE LA PROVINCIA DE NEUQU£N, RESPECTO A LAS POLÃTICAS SANITARIAS

En este apartado abordaremos concretamente lo referido a las pol²ticas sanitarias producidas, desde un enfoque intercultural, en la Argentina, y espec²ficamente, en la provincia de Neuqu®n. Entendemos que las pol²ticas sanitarias deben ser concebidas como el conjunto de lineamientos que direccionan el proceso sanitario, a partir de la interrelaci· n entre estado-sociedad-salud, en un marco hist· ricamente situado. De all² que, este marco es la condici· n de posibilidad para que se planteen las normas y principios para el §mbito sanitario, y las dimensiones de sentido a trav®s de las cuales se genera la atenci· n sanitaria de pacientes ind²genas.

Con este fin, partimos de considerar que es importante conocer el marco pol²tico, en el que se desarrollan las pol²ticas p¼blicas[116] sanitarias, puesto que estos marcos son, justamente, los que favorecen la puesta en marcha de los Programas Sanitarios Interculturales. El marco pol²tico, seg¼n el Ministerio de Salud, promueve ciertos factores que permiten: i) Voluntad pol²tica de las m§ximas autoridades de la salud p¼blica a nivel nacional y provincial para llevar adelante la propuesta; ii) Invitaci· n abierta a las Universidades desde el Ministerio de Salud y Ambiente de la Naci· n a la participaci· n en la iniciativa desde el acuerdo y la

[116] Seg¼n Tobar (2012:2), ñuna Pol²tica de salud implica la definici· n de la salud como un problema p¼blico en el cual el Estado asume un rol activo y expl²cito. Definir pol²ticas de salud es decidir qu® rol desempe¶a el Estado en saludò [Tobar, F. (2012), ñBreve historia del sistema argentino de saludò En: Garay, O (Coordinador) ñResponsabilidad Profesional de los M®dicos. £tica, Bio®tica y Jur²dica. Civil y Penalò Buenos Aires]. Del mismo modo, seg¼n el Ministerio de Salud, ñlas pol²ticas p¼blicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad p¼blica detecta la existencia de un problema y efect¼a las acciones para eliminarlo o mejorarlo y termina con la evaluaci· n de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problemaò [M· dulo 5: Pol²ticas de Salud. Curso en Salud social y comunitaria. Ministerio de Salud, Presidencia de la Naci· n, S/F, p. 11. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf]

cooperaci· n, y iii) Convicci· n ideol· gica y compromiso del equipo central para llevar a cabo el programa[117].

En este sentido, nos centraremos en las pol²ticas p¼blicas sanitarias con car§cter intercultural producidas en Argentina, para analizar posteriormente los Programas Sanitarios Interculturales planteados a nivel nacional y provincial (Neuqu®n). No obstante, resulta pertinente aclarar que entendemos la estructura del sistema de salud, a partir de la toma de decisiones pol²ticas y sus consecuentes aplicaciones, desde tres perspectivas: 1. Macro: la que tiene el responsable pol²tico del sistema. Es una perspectiva eminentemente pol²tica; 2. Meso: la que tienen los responsables pol²tico-administrativos. Es una configuraci· n pol²tico-t®cnica. 3. Micro: la que tienen los profesionales asistenciales. Es una figura eminentemente t®cnica[118].

A partir de lo dicho, conviene afirmar que, en este apartado, solo nos centraremos en la perspectiva macro del sistema de salud. Puesto que los niveles meso y micro, centrados en el modelo de atenci· n sanitaria, ser§n abordados en el primer apartado del cuarto cap²tulo: *Programas de Salud aplicados en la provincia de Neuqu®n y en Las Coloradas*.

De esta manera, a partir de considerar que todas las pol²ticas expresan, de manera impl²cita o expl²cita una determinada racionalidad pol²tica e instrumental, elecciones estrat®gicas, fines y valores[119], comenzaremos a exponer las pol²ticas sanitarias, promovidas en Argentina, para concentrarnos espec²ficamente en aquellas que se centren en un abordaje intercultural. Para ello, resulta interesante considerar la relaci· n existente entre los cambios producidos en las ¼ltimas d®cadas, en la estructura econ· mica y social en Argentina[120], y la evoluci· n del

---

[117] M· dulo 5: Pol²ticas de Salud. Curso en Salud social y comunitaria. Ministerio de Salud, Presidencia de la Naci· n, S/F, p. 111. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf

[118] *Ibid*, p. 25.

[119] Resulta claro que, la formulaci· n de una pol²tica ser§ la funci· n resultante de la combinaci· n de una determinada estrategia con los fines y valores con que sea concebida. *Ibid*, p. 29.

[120] En este sentido, seguimos la l²nea argumental plateada en el an§lisis realizado por Belmartino, S. y Bloch, C. (1980). Los mentados autores plantean que: ñExistir²a una relaci· n directa entre la puesta en pr§ctica de pol²ticas econ· micas destinadas a contraer el salario real, restringir el consumo interno y posibilitar el establecimiento de las grandes corporaciones multinacionales, facilit§ndoles una fuerza de trabajo de bajo costo, y pol²ticas sanitarias restrictivas, donde el Estado pretende desvincularse de su responsabilidad como garante obligado y principal financiador de las acciones de salud. Por el contrario, cuando la estrategia de desarrollo aplicada pasa por la ampliaci· n del mercado interno, la pol²tica de redistribuci· n progresiva del

sistema de atenci·n m®dica producido en nuestro pa²s, en el mismo lapso temporal[121].

Resulta evidente que, para analizar la situaci·n argentina, debemos paralelamente considerar los sucesos que se desarrollaron respecto a la mirada intercultural en un contexto geopol²tico m§s amplio. As², resulta conveniente partir por el Pacto Internacional de Derechos Econ·micos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado el 16 de diciembre de 1966, por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Este Pacto, que garantiza expresamente el derecho a la salud como un derecho fundamental, se puso en vigencia a partir de 1976, y Argentina lo ratific· en 1986. En su art²culo 12, el PIDESC establece que los Estados deben reconocer el derecho de todas las personas al disfrute del m§s alto nivel posible de salud f²sica y mental[122]. Este Pacto y todos los Tratados Internacionales de derechos humanos[123] fueron incorporados en la Reforma Constitucional de 1994 a la secci·n sustantiva de la Constituci·n Nacional, transform§ndose de este modo en obligaciones para el Estado argentino[124].

Durante las d®cadas de 1980, 1990 y primeros a¶os del 2000, seg¼n Men®ndez (2016) se desarrollaron diversas propuestas y acciones de salud intercultural en la mayor²a de los pa²ses de Am®rica Latina. La finalidad de estos proyectos se plante· a partir de la necesidad de articular el sector salud y la biomedicina con la medicina tradicional a trav®s de establecer relaciones paralelas.

---

ingreso cuenta con un importante instrumento en las pol²ticas sociales aplicadas por el Estado, que sirven, adem§s, para proporcionar una mano de obra sana y calificada a las industrias en expansi·nò [Belmartino, S. y Bloch, C. La pol²tica sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo. *CUADERNOS M£DICO SOCIALES NÜ14* ï agosto de 1980, p. 1]

[121] V®ase Belmartino, S. y Bloch, C. (1980), *Ibid*.

[122] Sy, A. y Remorini, C. (septiembre, 2008). ñ*Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los ni¶os Mbya. Contribuciones de la investigaci·n etnogr§fica y desaf²os para la gesti·nò* VI Jornadas Nacionales de Investigaci·n social sobre la Infancia, la adolescencia, la Convenci·n Internacional de Derechos del Ni¶o y las Pr§cticas sociales ñOportunidadesò Universidad del Sur, Bah²a Blanca, p. 13.

[123] Entre los Tratados Internacionales de derechos humanos incorporados con la Reforma de la CN, se encuentran: ñla Convenci·n para la Eliminaci·n de Todas las Formas de Discriminaci·n contra la Mujer, conocida como la CEDAW por sus siglas en ingl®s (art.12); el PIDESC (art.12, *nombrado en el cuerpo del texto*); los art²culos 1.1 y 26 de la Convenci·n Americana de Derechos Humanos; la Declaraci·n Americana de Derechos del Hombre (art. XI); Protocolo de San Salvador (art.10). Este ¼ltimo haciendo especial ®nfasis en la necesidad de satisfacci·n de los grupos de m§s alto riesgo (inc. f). A su vez, la CEDAW agrega que la obligaci·n de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminaci·n contra la mujer en la esfera de la atenci·n m®dica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atenci·n m®dicaò [Cicchitti, A. ñEl lugar de las mujeres ind²genasò, G®nero y Diversidad Sexual - *Revista Soberan²a sanitaria*, Revisado el 19/10/2020, Disponible en website: (http://Revistasoberaniasanitaria.com.ar/category/g®nero-diversidad-sexual/, p. 3].

[124] *Ibid*.

En efecto, el objetivo que persegu²an estas articulaciones apunt· no solo a reducir o eliminar las relaciones de exclusi·n, de subordinaci·n y de hegemon²a/subalternidad dominantes entre las mismas[125], sino tambi®n en buscar estrategias que promoviesen mayor equidad en la distribuci·n de bienes y servicios en las poblaciones.

En el contexto de la Reforma Constitucional de 1994, en Argentina, cuando se incorpora la Salud como un derecho protegido, tambi®n se plasma, mediante la lucha de los Pueblos Originarios, un cambio de paradigma. A partir de all², se reconoce la preexistencia de los Pueblos Ind²genas argentinos. Por ende, se establece, de esta manera, un pacto de convivencia entre los Pueblos Ind²genas y el Estado, que exige desarrollar las condiciones de posibilidad de la vida com¼n en una sociedad pluralista[126]. Sin embargo, el pueblo mapuche de Neuqu®n, pese a haber creado una alianza con los convencionales constituyentes (es decir, con el obispo Jaime De Nevares y Edith Galarza -una abogada de Derechos Humanos-), reconoci· que para el poder p¼blico, la incorporaci·n de la preexistencia de los Pueblos Originarios en la Reforma Constitucional: era una cuesti·n meramente simb·lica[127].

Del mismo modo, esta incorporaci·n no represent· un efectivo goce del derecho, espec²ficamente en los sectores vulnerables, puesto que como afirman Femen²as y Vidiella (2005:2): ñLas pol²ticas neoconservadoras ejecutadas ampliamente durante la d®cada de los noventa han promovido la descentralizaci·n y privatizaci·n de los servicios sociales, as² como tambi®n la focalizaci·n de las acciones para responder a las necesidades cr²ticas de los sectores m§s desprotegidosò

Como es sabido, en la Argentina, hist·ricamente, se ha producido una alternancia entre per²odos signados por proyectos de desarrollo basados en la

---

[125] V®ase Men®ndez, 2016.

[126] V®ase Interculturalidad y salud. Capacitaci·n en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atenci·n, Documento 179. Ministerio de Salud. Presidencia de la Naci·n, S/F, p. 75.

[127] V®ase Schvartzman, A. ñTienen que hacerse cargo de que la realidad somos nosotros tambi®nò 23/01/2017 (HTTP://WWW.LAVANGUARDIADIGITAL.COM.AR/INDEX.PHP/AUTHOR/AMERICO-SCHVARTZMAN/) (Visitado el 23/7/2020). Nota realizada a Ver·nica Huilip§n. Ella es *werken* (vocera) de la Confederaci·n Mapuche de Neuqu®n y secretaria ejecutiva del Observatorio de los Derechos Humanos de los Pueblos Ind²genas, p. 6.

ampliaci· n del mercado interno, y otros per²odos, caracterizados por propuestas pol²ticas neoconservadoras, en los que se han aplicado pol²ticas restrictivas, destinadas a controlar problemas que se consideran como los obst§culos fundamentales para lograr el crecimiento sostenido[128]. Consiguientemente, en los primeros se ha enfatizado el desarrollo de distintas estrategias tendientes a la implementaci· n de pol²ticas de redistribuci· n progresiva del ingreso, estrategias monetarias y fiscales expansivas, con la consecuente ampliaci· n del consumo. Por el contrario, en los segundos, las pol²ticas de estabilizaci· n han llevado a la restricci· n de la oferta monetaria y crediticia, y a redistribuciones negativas del ingreso, con la consiguiente retracci· n del consumo[129].

Ciertamente, las pol²ticas de salud, como las dem§s pol²ticas sociales, se impregnan, se matizan, se corrigen, o bien, resultan deformadas por las contradicciones emergentes a nivel pol²tico y econ· mico[130]. De ah² que, con la vuelta a la democracia, surge la necesidad de plantear la reformulaci· n de los servicios a partir de la premisa de promover la participaci· n social en el §mbito de la salud[131]. Sin embargo, a¼n en la actualidad, este objetivo no ha sido conseguido de manera contundente, puesto que en las pol²ticas de salud, la participaci· n dif²cilmente supera el car§cter declarativo[132].

En la d®cada del ØÑ0, las pol²ticas sanitarias se fueron restringiendo para dejar al sistema cada vez m§s en manos del ñmercadoò, situaci· n que marc· la incapacidad operativa del Estado para asistir a la enorme demanda sobre el sector p¼blico generada en la debacle del 2001/2002.

---

[128] V®ase Belmartino, S. y Bloch, C. (1980), Op. Cit., p. 1-2.
[129] *Ibid.*
[130] *Ibid*, p. 16.
[131] El modelo de Estado burocr§tico-autoritario que se instala en la Argentina a partir de 1976, busca erradicar las bases del Estado de compromisos en los que asum²a funciones de intervenci· n, entre ellos: la salud. Tal como afirma Tobar (2012:12), ñesto repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocr§ticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privadaò De ah² que, la mercantilizaci· n de la provisi· n de bienes y servicios de salud, requer²a instaurar flujos estables de financiaci· n, pero con una m²nima intervenci· n del Estado. Para ello, se requiri· : la fragmentaci· n del sistema; la descentralizaci· n de los servicios; el fortalecimiento del sector privado; la focalizaci· n de provisi· n p¼blica; el arancelamiento de servicios p¼blicos; y un abordaje con tintes tecnocr§ticos. Sin embargo, esta fragmentaci· n a¼n subsiste, incluso con la vuelta a la democracia. Puesto que, tal como afirma Tobar (2012), ñcon la recuperaci· n de la democracia surge un nuevo proyecto que intenta integrar al sistema a trav®s de un Seguro Nacional de Salud por medio de la unificaci· n financiera del sistema, admitiendo en su interior una oferta pluralista de servicios de atenci· n m®dica, (é) (pero) (e)l proyecto fue muy resistido por los sectores sindicalesò[Tobar, 2012, Op. Cit., p. 12-3].
[132] V®ase Tobar, F. (2012), Op. Cit. P. 15.

Entre las numerosas complicaciones que sufri· el Sistema de Salud en este per²odo, se encuentra el sistema de provisi·n p¼blica y privada de medicamentos que, durante este contexto de crisis, cay· en un proceso de franco deterioro. Esta situaci·n se debi· principalmente a los incrementos de los precios que se generaron con la desregulaci·n del mercado de medicamentos[133].

Seg¼n afirman Bell· y Becerril-Montekio (2011), a esto se le a¶adi· el deterioro en los ingresos de las Obras Sociales, derivada de la ca²da de los empleos formales y la disminuci·n de los salarios. Evidentemente, esto imposibilit· el cumplimiento adecuado de las prestaciones obligatorias. Sumado a ello, hubo una fuerte declinaci·n de la cobertura de la seguridad social y de las Empresas de Medicina Prepaga, que desplazaron la demanda de atenci·n de manera muy significativa hacia los servicios p¼blicos de salud[134].

As², desde el 2003, fueron reconstruy®ndose las pol²ticas p¼blicas en salud, mediante la inversi·n sostenida, con una presencia firme del Estado nacional en los territorios, y, especialmente, el aumento de los trabajadores de la salud[135]. Sin embargo, en este contexto, se plante· una evoluci·n asim®trica y diferente de cada programa y §rea. Esta situaci·n traz· una paradoja: se avanz· al punto de hacer palpable la necesidad de una reforma profunda de las pol²ticas sanitarias que tiendan a la integraci·n del sistema. En efecto, resulta claro que, el modelo neoliberal sostenido hasta el momento, en el §mbito sanitario, solo redund· en la consolidaci·n de tendencias hacia la descentralizaci·n y la desmercantilizaci·n m²nima de los servicios, incorporando la tercerizaci·n y la compra y venta de servicios desde la esfera p¼blica (Tobar, 2012:15).

Partiendo de las dificultades de integraci·n del sistema sanitario, el objetivo planteado en 2003[136], se plasm· en la formulaci·n del Plan Federal de Salud 2004-2007. Este Plan implic· una reforma progresiva y sustentable, cuyo fin fue establecer un modelo basado en la estrategia de Atenci·n Primaria de la Salud

---

[133] V®ase Bell· M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Publica Mex,* 2011; 53 supl. 2, pp. 102-3.
[134] *Ibid*.
[135] Kreplak, N. Pol²tica sanitaria. Fundaci·n Soberan²a Sanitaria. Recuperado el 24/6/2020 de *Revista Soberan²a Sanitaria*, website: http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/politica-sanitaria/
[136] En 2003, el entonces ministro de salud, Gin®s Gonz§lez Garc²a, durante el gobierno de N®stor Kirchner, propone el Plan Federal.

(APS), como la respuesta sanitaria m§s contundente para garantizar el acceso universal, la distribuci· n equitativa de recursos, la calidad de la atenci· n y la participaci· n de la comunidad en el cuidado de su salud[137]. Este Plan ha conseguido contribuir con la organizaci· n de los servicios, a partir de distintos niveles de complejidad, aportando as² a un ordenamiento territorial regionalizado[138].

De este modo, el dilema suscitado con los precios de los medicamentos durante la emergencia del 2002, fue resuelto mediante la formulaci· n de una pol²tica tendiente a garantizar la accesibilidad de toda la ciudadan²a a estos bienes esenciales. Asimismo, paralelamente, tambi®n se promovi· un uso racional de los mismos, por medio de la Ley de Prescripci· n de Medicamentos por Nombre Gen®rico y el Programa Remediar, implementado en centros de atenci· n primaria[139].

Con el objetivo de generar una plataforma de acci· n para fortalecer las capacidades en salud de los gobiernos municipales, se despliega en todo el territorio el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables. Con esta estrategia pol²tica, se busca generar acuerdos de gesti· n y consensos de trabajo entre diferentes jurisdicciones y actores, con el prop· sito de implementar, a nivel local, pol²ticas p¼blicas de Promoci· n de la Salud[140].

Asimismo, en el marco de la Atenci· n Primaria de la Salud como pol²tica de Estado, se ejecut· , en el a¶o 2004, el Programa M®dicos Comunitarios (PMC)[141], destinado a fortalecer la formaci· n de los profesionales del primer nivel de atenci· n. Este Programa fue realizado a partir del acuerdo entre: el Ministerio de Salud de la Naci· n, los gobiernos provinciales, los municipios y las universidades p¼blicas y

---

[137] El derecho a la salud. 200 a¶os de Pol²ticas Sanitarias en Argentina. Ministerio de Salud de la Naci· n, 2012, p. 307. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/ministerio/libro-el-derecho-a-la-salud/libro-el-derecho-a-la-salud.200-a%C3%B1os-de-politicas-sanitarias-en-argentina.pdf,

[138] *Ibid*.

[139] *Ibid*, p. 309.

[140] *Ibid*, p. 312.

[141] En octubre de 2009, el Ministerio de Salud de la Naci· n organiz· un Taller sobre Interculturalidad en Salud, convocado por el Ćrea de Salud Ind²gena del Programa M®dicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atenci· n. Se trat· de un encuentro donde todos los Pueblos que est§n en contacto con el programa se reunieron para compartir, tratar y discutir, su visi· n sobre el modo de construir salud para sus comunidades. Como resultado del taller los representantes de Organizaciones Ind²genas de todo el pa²s construyeron y presentaron su propuesta para mantener relaciones interculturales en salud, en el documento llamado Propuesta de salud de los Pueblos Originarios en el marco del bicentenario [Interculturalidad y salud. Capacitaci· n en servicioé , Op. Cit., p. 75].

privadas de la Argentina. Resulta fundamental, remarcar que, seg¼n afirma el Ministerio de Salud de la Naci· n (2012), reci®n a partir del PMC, se han incorporado a los efectores del primer nivel de atenci· n: agentes sanitarios, auxiliares de enfermer²a y miembros de pueblos originarios ï que elegidos por sus comunidades, y desde un abordaje interculturalï asumen el rol de promotores de salud ind²genas[142].

En la misma l²nea, en 2005, se substancia el Plan Nacer[143], que favorece la accesibilidad a los servicios de mujeres embarazadas, pu®rperas y ni¶os menores de 6 a¶os en Argentina. Este Plan fue potenciado, en 2012, con el Programa Sumar, ampliaci· n del Plan Nacer, que incorpora como beneficiarios a los ni¶os y adolescentes hasta los 19 a¶os y a las mujeres hasta los 64 a¶os. De la misma manera, en el a¶o 2009, se impulsa la Asignaci· n Universal por Hijo[144] (AUH) para Protecci· n Social. Complement§ndose, en el a¶o 2011, con la incorporaci· n de la Asignaci· n Universal por Embarazo[145] (AUE)[146].

Tambi®n, en el 2009, con el prop· sito de identificar las principales causas de mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes, el Ministerio de Salud de la Naci· n y las gestiones provinciales, establecieron conjuntamente un Plan orientado a la reducci· n de la mortalidad de estos grupos[147]. Este Programa, el PMC, junto a la totalidad de los programas nombrados, entre otros tantos, seg¼n Ballesteros (2017), tuvieron como principal o (dependiendo el caso) ¼nica instancia de ejecuci· n los Centros de Atenci· n Primaria de la Salud (CAPS)[148], jerarquizando

---

[142] *Ibid*, p. 313.

[143] Seg¼n Ballesteros (2017), ñsiguiendo a Repetto y Potenza Dal Masetto (2012:37) este programa cambia la l· gica del financiamiento por presupuesto hacia el pago seg¼n resultados. Los recursos se transfieren a las provincias, 40% en funci· n de objetivos y 60% seg¼n los padrones de beneficiarios captadosò [Ballesteros, M. S. (2017). El sistema sanitario argentino: un an§lisis a partir de la evoluci· n de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad. *Millcayac - Revista Digital De Ciencias Sociales*, *4*(6). Recuperado a partir de http://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/886, p. 165].

[144] La AUH es una prestaci· n monetaria destinada a desocupados y trabajadores informales con hijos menores de 18 a¶os.

[145] La AUE es una prestaci· n dineraria destinada a mujeres embarazadas sin empleo formal u otra asignaci· n familiar de todo el pa²s

[146] *Ibid*, p. 316.

[147] *Ibid*, p. 318.

[148] La presencia del Estado nacional en los territorios vulnerables y perif®ricos, mediante los Centros de Atenci· n Primaria de la Salud (CAPS), funciona como un imperativo para el cumplimiento del acceso al derecho a la salud. De este modo, se contrarresta la monopolizaci· n de los gestores sanitarios y grupos empresariales, de las decisiones sanitarias de los grupos vulnerables, en nombre del hipot®tico mejoramiento de la calidad de atenci· n. En este sentido, tal como afirma de Ort½zar (2017), ñal igual que el concepto de gobernanza, se confunde aqu² la gobernanza en salud con su gobernabilidad (legitimidad). Las decisiones sanitarias

el primer nivel de atenci· n y permitiendo que el ministerio nacional regrese como actor en el entramado de servicios de salud[149] (Chiara, M. citada en: Ballesteros, 2017:164).

Partiendo del estado de situaci· n del desintegrado sistema sanitario vigente durante la emergencia de 2002, las pol²ticas sanitarias desarrolladas en los a¶os siguientes, sin lugar a dudas, fueron de innegable avance en materia sanitaria para nuestro pa²s. Dichas pol²ticas, se establecieron en el marco de un sector considerablemente complejo[150] y fragmentado, con el objetivo de propiciar en todos los habitantes, al menos de manera progresiva, el acceso al inalienable derecho a la salud y a su provisi· n p½blica. Sin embargo, es de notar que, durante este per²odo, consiguieron consolidarse las inequidades generadas por la desregulaci· n de las obras sociales[151]. Tal como plantea Ballesteros (2017), a pesar de la recuperaci· n financiera del subsector, resulta claro que contin¼a existiendo, entre las distintas obras sociales, una gran diversidad en: la cantidad de afiliados, los recursos por afiliados, y en sus estructuras poblacionales (edad y sexo). Esto converge en la persistencia de las desigualdades en las prestaciones que brindan[152].

Del mismo modo, sin desm®rito de los avances conseguidos en los ¼ltimos a¶os, es evidente que el sistema sanitario contin¼a caracteriz§ndose por la falta de articulaci· n y control entre las distintas instancias que lo componen[153]. En este

---

ñlegitimadasòsolo refuerzan las injusticias de base. Por ejemplo, la defensa a ultranza de la autonom²a individual en salud ignora el problema de la interculturalidad; al desconocer el derecho de las comunidades ind²genas a ejercer el consentimiento comunitario (decisiones comunitarias) y su principio de disidencia -derecho a no consentir- (Ej. ñDeclaraci· n de Ukupseniò, 1997)ò [Ort½zar, M. G. de (2017). El desplazamiento del poder en salud... Hacia un nuevo horizonte. *Astrolabio*. Revista internacional de filosof²a (20), pp. 50-1. En Memoria Acad®mica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9471/pr.9471.pdf].

[149] Sin embargo, es de notar que la articulaci· n de CAPS con los establecimientos de segundo y tercer nivel var²a fuertemente entre jurisdicciones, y es frecuente que se encuentren con altos niveles de desarticulaci· n (Stolkiner et al., 2011, citada en Ballesteros, 2017:167).

[150] Como afirma Chiara, M. (2018): ñEl sistema de salud argentino se caracteriza por la organizaci· n de sus instituciones en tres subsectores (seguridad social, privado y estatal), la convergencia en el subsector estatal de tres niveles gubernamentales (naci· n, provincia y municipios) y el derecho (te· rico) de todos los habitantes a la provisi· n p½blica de saludò [Chiara, M. (2018) *La salud gobernada: pol²tica sanitaria en la Argentina 2001-2011*, - 1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, p. 9].

[151] Si bien estas diferencias ya exist²an previamente a las reformas de los 90, ®stas se agravan en los ¼ltimos 20 a¶os.

[152] Esta situaci· n se ve incrementada cuando se permite que una misma obra social ofrezca planes diferenciales, generando que las desiguales coberturas no solo se produzcan entre las distintas obras sociales, sino tambi®n en su interior (Pnud, 2011: 28). [V®ase Ballesteros (2017), Op. Cit., p. 165].

[153] Hay algunas provincias en las que pr§cticamente todos los centros de salud tienen dependencia municipal (Buenos Aires y C· rdoba), y en otras, conviven proporciones importantes de ambos tipos (provincial y

sentido, la provincia de Neuqu®n, que es el objeto de an§lisis espec²fico de este trabajo[154], al igual que Chaco y La Pampa, poseen pr§cticamente todos los centros de salud con dependencia provincial[155].

Pese a estos aspectos enunciados, el sistema sanitario argentino, desde la emergencia del 2002 hasta el 2016, plante· numerosas pol²ticas p¼blicas tendientes a reducir las inequidades hist· ricas en el acceso a la salud[156]. Sin embargo, estas pol²ticas se vieron obstaculizadas cuando, en el a¶o 2016, se desciende el Ministerio de Salud al rango de Secretar²a. Esta acci· n, seg¼n Gollan (2018), plantea un retiro del Estado del §mbito p¼blico con un consiguiente avance de las l· gicas privatistas. De este modo, no solo se contribuye a la limitaci· n de la capacidad de los funcionarios en la toma de decisiones, sino tambi®n se le a¶ade un franco desfinanciamiento al sector[157].

Estas pol²ticas neoconservadoras, que se materializan adem§s bajo el discurso universalista de la Cobertura Universal en Salud (CUS), tienen claros objetivos que orientan todo su accionar hacia el empleo del poder estatal para transferir fondos p¼blicos al sector privado de salud. Tal como afirma de Ort½zar (2018):

> ñAl mismo tiempo que enarbolan la bandera del ñderecho universal a la saludò desmantelan hospitales p¼blicos a trav®s de pol²ticas de ajuste; instalando -bajo el discurso de la modernizaci· n- un extrapolado modelo de *e-gobernanza* en salud (HCE; ETS) que no

municipal), con mayor presencia de establecimientos provinciales (Corrientes, Entre R²os, Mendoza y Santa Fe) (Ballesteros, 2017:170).

[154] Puntualmente, la localidad Las Coloradas, que se encuentra en esta provincia.

[155] V®ase Ballesteros, M. (2017) Op. Cit., p. 170.

[156] Tal como afirma Gollan (2018), la presencia de Naci· n en programas preventivo-promocionales hab²a permitido logros sanitarios, arrinconando las enfermedades inmuno-prevenibles, alcanzando las metas de los Objetivos del Milenio en mortalidad materna y bajando la mortalidad infantil por primera vez a un d²gito, es decir por debajo de diez por mil nacidos vivos. [Gollan, D. Una desvalorizaci· n que comenz· en 2016. En: La destrucci· n del Estado y de la salud como derecho. Edici· n Especial l A¶o 2, Septiembre2018, Revista de salud: *Soberan²a sanitaria*, pp. 10-1. Disponible en: www.revistasoberaniasanitaria.com.ar, (Visitado el 23/7/2020)].

[157] Gollan, D., *Ibid*, p. 4.

responde a nuestras prioridades sanitarias ni favorece a la igualdad en salud, beneficiando principalmente al sector privado[158].

Evidentemente, la degradaci· n del Ministerio de Salud colabora con el desentendimiento de las obligaciones constitucionales propias del Estado, para garantizar el derecho a la salud de la poblaci· n. Dado que, entre sus funciones se encuentran: la vigilancia y el rol compensador de las inequidades sociales y geogr§ficas en salud, como una responsabilidad indelegable[159]. Asimismo, esta contracci· n del Ministerio impacta sobre la progresiva construcci· n de federalismo construida en los ¼ltimos a¶os, y pronuncia, consecuentemente, una creciente desigualdad en las condiciones socio-sanitarias, a la vez que fortalece, nuevamente, la fragmentaci· n institucional del sector sanitario argentino.

Del mismo modo, resulta claro que, si nos centramos en este proyecto sanitario con tintes neoliberales, en ¼ltima instancia, se privilegiar§n ñlas decisiones tomadas por las organizaciones privadas m§s poderosas, por los monopolios o laboratorios, en funci· n del mercado y no de necesidades propias de la comunidadò[160]. De ah² que: ñlos participantes m§s d®biles no pueden ï aun reclamando y denunciando la injusticiaï , cambiar los acuerdos a los que llegan los participantes m§s fuertesò[161]. De modo que, en este marco, los programas con pretendido enfoque ñintercultural ò quedan cercenados de toda posibilidad.

De esta manera, el an§lisis precedente nos permite concluir que, el creciente desfinanciamiento sanitario, sumado a las numerosas dificultades de organizaci· n del sistema de salud argentino (fragmentaci· n, descentralizaci· n, superposici· n), conduce a una inexorable prolongaci· n de las situaciones de inequidad y barreras en la accesibilidad a bienes y servicios, vulnerando, de este modo, el derecho a la

---

[mpy] Ort½zar, M. G. de (2018b), ñCobertura universal de saludòvs. ñDerecho a la saludò Un an§lisis ®tico y pol²tico sobre lo ñuniversalò en salud en ñtiempos de restauraci· n conservadoraò en REvIISe, Revista de Ciencias Sociales y Humanas, Nro. 12, vol., 12, p. 104, http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/279/pdf.

[159] V®ase Remorini, C. y Palermo, M. L., Cap²tulo 9: ñSalud materno-infantil y pol²ticas p¼blicas para pueblos originariosò En: Langdon, E. J. y Cardoso, M (organizadoras) (2015), *Pol²ticas comparadas em sa¼de ind²gena na Am®rica Latina*: Ed. da UFSC, Florian· polis, p. 251.

[160] Ort½zar, M. G. de (2017). El desplazamientoé , Op. Cit., p. 54.

[161] Elgarte, J. (2005), citada en: Ort½zar, M. G. de (2017). El desplazamientoé , *Ibid*., p. 54.

salud de los pueblos ind²genas[162] de nuestro pa²s (esencialmente en el acceso a prestaciones de mayor nivel de complejidad)[163].

En s²ntesis, resulta claro que el desmantelamiento del sistema sanitario conduce a pol²ticas sanitarias de ajuste, que consiguen homogenizar la atenci· n sanitaria, neg§ndoles de este manera, a las comunidades ind²genas: el acceso a la salud desde un enfoque intercultural, centrado en una concepci· n de justicia epist®mica[164]. En efecto, surge la imperiosa necesidad, desde el plano pol²tico, de disputar contra las pol²ticas mercantiles, las decisiones plasmadas en las pol²ticas p¼blicas que amenazan el acceso a los derechos conquistados. Del mismo modo, debemos adoptar, en el sector sanitario, una perspectiva de g®nero e intercultural para prevenir, investigar, enjuiciar y sancionar todas las formas de violencia contra las comunidades ind²genas[165]. Planteando el reconocimiento de la medicina ancestral para la implementaci· n de pol²ticas interculturales de salud, como tambi®n, la transformaci· n sobre bases interculturales del sistema institucional y las pr§cticas m®dicas hegem· nicas[166].

---

[162] Evidentemente, la vulneraci· n en el acceso a la salud ser§ generalizada para todos los sectores vulnerables del pa²s, acentu§ndose en el caso de las mujeres. Puesto que, como plantean Martos y Fonseca (1996), la salud de la mujer no puede ser analizada en forma simple y aislada de su ubicaci· n a trav®s de la historia. Es necesario relacionarla con el contexto socio-econ· mico cultural y pol²tico en el cual la mujer se desenvuelve, por estar directamente relacionado como determinante del proceso salud-enfermedad [Martos, M.V. E. P. y Fonseca, R.M.G.S. de G®nero y pol²ticas de salud de la mujer en Am®rica Latina: caso Per¼(Parte I). *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.1, p.44-57, abr. 1996].

[163] V®ase Remorini, C. y Palermo, M. L. (2015), Op. Cit., p. 251.

[164] Primordialmente, este da¶o se plantea respecto al acceso a la salud, en tanto derecho cultural, y tambi®n en relaci· n a la libre-determinaci· n con la que el pueblo mapuche plantea su cosmovisi· n acerca del ñvivir bienò, en correspondencia con su identidad y sus normas del KVME FELEN.

[165] Esta violencia es ejercida de manera cotidiana, por lo que resulta ser naturalizada. Por este motivo, frente a estos esquemas de violencia institucionalizados, Ver· nica Huilip§n afirma que: ñCuanta m§s represi· n haya como respuesta a la demanda de reconocimiento de derechos, criminalizaci· n y persecuci· n, habr§ mayor organizaci· n y movilizaci· n del mundo ind²gena. En el caso concreto de las mujeres, tiene que ver con el intento de silenciarnos o invisibilizarnos dentro del mundo ind²gena. Cuanta m§s violencia recaiga sobre nosotras, m§s visible ser§ nuestra presencia f²sica y nuestra voz. Por nuestra naturaleza, si no encontramos esos espacios en los §mbitos culturales, los construimosò [Bassi, P., ñVer· nica Huilip§n, la dirigente ind²gena que lleg· al Ministerio de las Mujeresò, *Canal Abierto*, publicado el 3 de julio 2020, revisado el 15 de agosto de 2020. Disponible en website: https://canalabierto.com.ar/2020/07/03/veronica-huilipan-la-dirigenta-indigena-que-llego-al-ministerio-de-las-mujeres/#:~:text=Por%20Pablo%20Bassi%20%7C%20Ver%C3%B3nica%20Huilip%C3%A1n,como%20la%20CTA%2C%20en%202008].

[166] V®ase Interculturalidad y salud. Capacitaci· né , Op. Cit., p. 54.

2.2. MARCO JURÍDICO NORMATIVO DE LA ATENCIÓN SANITARIA REFERIDA A LOS PARTOS RESPETADOS Y ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL EN MUJERES INDÍGENAS.

En esta secci·n, nos centraremos taxativamente en el marco jur²dico normativo referido a la salud de las comunidades ind²genas en la Argentina, y en la Provincia de Neuqu®n. De modo que, solo haremos alusi·n a las normas que planteen el marco legal de aplicaci·n de la atenci·n sanitaria para estas comunidades. Entre estos marcos jur²dicos nos centraremos espec²ficamente en los que regulan la atenci·n intercultural de partos en mujeres mapuche.

Tal como fue expresado en el apartado precedente, la Reforma Constitucional de 1994[167] ha sido en la Argentina la primera incorporaci·n expl²cita[168], en el plano legal, de la salud: como un derecho protegido. Sin embargo, como afirman Femen²as y Vidiella (2005), este avance en la legislaci·n no se condice con el goce efectivo del mismo, especialmente en referencia a los sectores m§s desprotegidos del pa²s. Es decir, durante la d®cada de los 90, m§s all§ del estatus de reconocimiento legal de la salud, no hubo pol²ticas sanitarias claras[169],

---

[167] La Constituci·n de la Naci·n Argentina, reformada en 1994, incorpor· tratados de derechos humanos en su art²culo 75, inciso 22, y en el inciso 17: Reconoci· la preexistencia ®tnica y cultural de los pueblos ind²genas argentinos; Garantiza el respeto a su identidad y el derecho a una educaci·n biling¿e e intercultural; Reconoce la personer²a jur²dica de sus comunidades y la posesi·n y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan, y regula la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; y, Asegura su participaci·n en la gesti·n referida a sus recursos naturales y a los dem§s intereses que los afecten. Asimismo, tomando como base lo estipulado en el Art. 75, Inc. 17, la Ley 23302 crea el INAI con el prop·sito de asegurar el ejercicio de la plena ciudadan²a a los integrantes de los pueblos ind²genas, garantizando el cumplimiento de los derechos consagrados constitucionalmente.

Respecto del funcionamiento de este Instituto, Carrasco (2002) afirma que: ÓLos pueblos ind²genas concentran sus demandas al INAI en dos grandes temas: 1) la urgente instrumentaci·n de un plan de entrega de tierras en propiedad a sus comunidades y organizaciones; 2) la directa participaci·n de los mismos en la toma de decisiones de todos los temas que les conciernenÒ

[168] Evidentemente, esta incorporaci·n del t·pico al plano legal inici· un camino que promovi· una mayor visibilidad de las diversas luchas ind²genas por la defensa de sus territorios y proyectos de vida alternativos. Incluso, posibilita tematizar el resurgimiento de las organizaciones ind²genas en el pa²s, que hab²an comenzado desde mediados de las d®cadas de 1980 y 1990. Del mismo modo, reposiciona los procesos de reemergencia ®tnica y/o de etnog®nesis que vienen desarrollando miembros de comunidades y pueblos ind²genas en los ¼ltimos a¶os (Gordillo y Hirsch, 2010, citados en G·mez y Trentini, 2020, p. 106). [G·mez, M. y Trentini, F. (2020), *Mujeres ind²genas haciendo, investigando y reescribiendo lo pol²tico en Am®rica Latina* / Astrid Ulloa, editora. ð Primera edici·n. ð Bogot§: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Estudios de G®nero].

[169] Seg¼n Ballesteros (2017), ñla d®cada del 90 estuvo marcada por el aumento del desempleo, la subocupaci·n y sobreocupaci·n, la precarizaci·n, la inestabilidad laboral y la ca²da del salario real (é). Producto de estos procesos, la poblaci·n afiliada a alg¼n sistema de salud descendi· de 63,1% en 1991 a 51,9% en el 2001 (seg¼n los datos de los censos poblacionales realizados en dichos a¶os). Este es otro de los aspectos que reduce la importancia del subsector de obras sociales y genera una mayor poblaci·n como potencial usuaria del subsector

con base en la justicia social, que resultaran consecuentes a la incorporaci· n de este marco legal.

A partir del 2001, para plantear el marco legal argentino, resulta fundamental enmarcarlo en relaci· n a la aplicaci· n del Convenio 169 de la Organizaci· n Internacional del Trabajo (OIT)[170], que plantea un marco legislativo y jur²dico fundamental para los pueblos ind²genas. La importancia de este instrumento radica en que es capaz de influir en la ley positiva de los Estados y mejorar las relaciones de poder en los di§logos entre pueblos ind²genas y los Gobiernos de los Estados donde viven.

De all² que, este Convenio[171] promueve la participaci· n de las comunidades ind²genas en las medidas que les conciernen, fundamentalmente desde la toma de decisiones en las instituciones electivas y organismos administrativos y de otra ²ndole, que sean responsables de pol²ticas y programas que les competan en particular[172].

Asimismo, este Convenio plantea la obligaci· n de los Estados de poner a disposici· n de los pueblos interesados, servicios de salud adecuados, o bien, de proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del m§ximo nivel posible de salud f²sica y mental[173]. Del mismo modo, estos servicios, organizados a nivel comunitario, deber§n planearse y administrarse en cooperaci· n con los pueblos interesados, teniendo en cuenta sus condiciones econ· micas,

---

de servicios p½blicos o que accede al subsector privado realizando un gasto de bolsillo ò [Ballesteros, M. S. (2017). El sistema sanitario é , Op. Cit., pp. 162-3]

[170] El Convenio 169 sobre Pueblos Ind²genas y Tribales en Pa²ses Independientes, de la Organizaci· n Internacional del Trabajo, constituye la herramienta jur²dica m§s importante para la defensa de los Derechos Ind²genas. Este Convenio fue ratificado en Argentina a trav®s de la Ley NÁ 24.071, sancionada el 4 de marzo de 1992 y promulgada el 7 de abril de 1992 (publicaci· n B.O. 10/4/92). El Poder Ejecutivo dict· el instrumento de ratificaci· n el 17 de abril del 2000, y deposit· dicho instrumento en la OIT el 3 de julio de ese a¶o. Seg½n la reglamentaci· n internacional, el ñConvenio entrar§ en vigor, para cada miembro, doce meses despu®s de la fecha en que haya sido registrada su ratificaci· nò (Art. 38.3); por ello, se afirma que el Convenio 169 rige en Argentina desde el 3 de julio de 2001.

[171] Claramente, el Convenio 169 de la OIT no es la ½nica herramienta que sienta las bases jur²dicas internacionales, en la Argentina, respecto a las comunidades ind²genas. Puesto que tambi®n son marcos de acci· n: la Declaraci· n de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Ind²genas; la Declaraci· n Americana sobre los Derechos de los Pueblos Ind²genas, y el Convenio sobre la Diversidad Biol· gica de Naciones Unidas.

[172] Convenio 169 de la Organizaci· n Internacional del Trabajo (OIT). http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/ð_ed_norm/ð_normes/documents/publication/wcms_100910.pdf

[173] V®ase Interculturalidad y salud. Capacitaci· n en servicio é . Op. Cit., pp. 35-6.

geogr§ficas, sociales y culturales, as² como sus m®todos de prevenci· n, pr§cticas curativas y medicamentos tradicionales[174].

El marco del Convenio 169 y la Ley NÁ23.302[175] de Pol²tica ind²gena y apoyo a las comunidades ind²genas, reglamentada en 1989, funcionan como encuadre jur²dico normativo para preservar y ordenar el cuidado del parto y la atenci· n materno infantil. Esta normativa dio origen posteriormente a la creaci· n de programas espec²ficos de Salud Ind²gena como el ANAHI (Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para poblaciones ind²genas) en 2000 y el Subprograma ñEquipos Comunitarios para Pueblos Originariosò (dentro del Programa Nacional M®dicos Comunitarios) en 2005, constituyendo ambos el primer antecedente en Argentina de Salud Intercultural. Ambos se enmarcaron dentro del Plan Federal de Salud, pol²tica rectora del sector (Lorenzetti, 2007).

En este per²odo, con igual relevancia, se legisla la Ley NÁ 24.956 que establece la inclusi· n del auto-reconocimiento de la identidad ind²gena en el Censo de 2001[176]. Este hecho no es menor, puesto que posibilita poner en evidencia la situaci· n concreta de vulnerabilidad de estas comunidades en el mapa argentino. Entre otros datos, permite mostrar factores que resultan ser comunes a todas las comunidades ind²genas argentinas: dificultades econ· micas, distancia geogr§fica, barreras culturales e idiom§ticas, etc. En el §mbito de la salud, concretamente, se muestra c· mo estos factores afectan el acceso a la atenci· n sanitaria. De modo que, pone en evidencia la escasez de leyes y pol²ticas p¼blicas orientadas a abordar sus problemas particulares.

En esta misma l²nea, en 2005, en Argentina se cre· un Ćrea de Salud Ind²gena dentro del Programa de M®dicos Comunitarios (PMC)/ Equipos de Salud del Primer Nivel de Atenci· n, que reciben financiamiento de agencias y organismos internacionales y que est§n dirigidos a las provincias del norte y nordeste del pa²s (Salta, Jujuy, Santiago del Estero, Formosa, Chaco, Tucum§n, Corrientes, Misiones, agreg§ndose de a poco otras provincias) (Estrella, 2017). Sin embargo, estos

---

[174] *Ibid*.

[175] La Ley NÁ23.302, ordena en el art. 20, inciso d: el cuidado especial del embarazo y parto y la atenci· n de la madre y el ni¶o. Informaci· n recabada el 19/7/2020 en website: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23302-23790/normas-modifican

[176] Interculturalidad y salud. Capacitaci· n en servicioé . Op. Cit., p. 21.

ñprogramas de salud intercultural que responden a pol²ticas de reconocimiento forjadas entre 1990 y 2000, y dirigidas a poblaci·n ind²gena, no fueron implementados en la provincia en Neuqu®nò(Estrella, 2017).

Posteriormente, en el a¶o 2006 se gest· el Programa Funciones Esenciales de Salud P¼blica (FESP), financiado por el Banco Mundial, teniendo como §rea de cobertura aquellas pol²ticas en las que se activa la Pol²tica de Pueblos Ind²genas del Banco Mundial. No obstante, las prioridades de este Programa fueron identificadas en base a su ñcosto-efectividad e impacto en la carga de muerte y enfermedad de la poblaci·n ind²genaò(FISA en: Lorenzetti, 2009).

Resulta importante marcar que, en este lapso temporal, se produce la reforma de la Constituci·n de la Provincia de Neuqu®n. Con ello, esta Provincia reconoce, a partir del a¶o 2006[177], la diversidad cultural y ®tnica (Art. 105). Asimismo, en el Art. 107 reconoce la Interculturalidad, pero la principal reforma consiste en los derechos establecidos en el Art. 53. Puesto que, en este art²culo, se establece que: çLa Provincia reconoce la preexistencia ®tnica y cultural de los pueblos ind²genas neuquinos como parte de la identidad e idiosincrasia provincial. Garantiza el respeto a su identidad y el derecho a una educaci·n biling¿e e interculturalè. No obstante, esta reforma, en cuanto al §rea de Salud de los Pueblos Ind²genas, no se identifican programas espec²ficos.

En 2009, la Organizaci·n Panamericana de la Salud (OPS, en adelante) afirma que las recomendaciones de la reuni·n de Winnipeg y las resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997) establecen cinco principios para el trabajo con las comunidades ind²genas. Estos principios se centran en el reconocimiento de que cada pueblo ind²gena tiene sus creencias y pr§cticas ¼nicas en lo referente a la salud, como as² tambi®n, sus propios recursos comunitarios para la promoci·n de

[177] Con la Reforma Constitucional provincial de 2006, la Confederaci·n Mapuche de Neuqu®n dej· de respetar las normativas y exigencias relativas a la personer²a jur²dica, es decir, la Confederaci·n decidi· dejar de someterse a las asambleas con presencia del Estado (puesto que ®ste supervisaba que se hiciera seg¼n la ley de asociaciones civiles). De ah² que, decidieron a partir de este momento empezar a hacer parlamentos, *traun.* De esta manera, el pueblo mapuche tiene su sistema de administraci·n de justicia: el *Nor Feleal*. Desde entonces, el parlamento funciona con la ley mapuche como ley mayor. [V®ase Schvartzman, A. (2017), ñTienen que hacerse cargoé , Op Cit., p. 12].

la salud, la prevenci· n de enfermedades o la cura de los males comunes (Sandra Land, OPS). Sin embargo, seg¼n plantean Sy y Remorini (2008:18):

> ñPareciera que, desde lo program§tico, se enuncian propuestas e intenciones que resultan acordes y coherentes al marco de derechos constitucionales vigentes, sin embargo, luego [en la pr§ctica] se considera que [la aplicaci· n de] un modelo est§ndar ser§ adecuado para su cumplimientoò[178].

Evidentemente, estas situaciones, que complejizan las posibilidades de acceso al derecho a la salud de las comunidades ind²genas de nuestro pa²s, deben fiscalizarse de manera juiciosa y permanente por parte del mismo sistema sanitario, de modo tal que se propicie el acceso efectivo a este derecho por parte de dichas comunidades.

Por otra parte, adentr§ndonos en el marco legal de los partos, en 2004, en Argentina se sanciona la Ley NÁ25.929 de ñParto Humanizadoò, que promueve el respeto a la familia en sus particularidades (raza, religi· n, nacionalidad), enfatizando en la necesidad de que se acompa¶e la toma de decisiones seguras e informadas. Esta ley, que fue reglamentada reci®n en 2015, se complementa con la ley 26.485, sancionada en 2009, que protege a las mujeres de la violencia obst®trica. Este marco jur²dico normativo, sin lugar a dudas, si se plantea desde un enfoque epist®mico, puede brindar un marco de acci· n que garantice un abordaje apropiado en la atenci· n sanitaria de partos en mujeres mapuche. Sin embargo, tal como afirma Estrella (2017) los dispositivos de intervenci· n basados en la educaci· n para la salud, desarrollados por los agentes sanitarios en comunidades ind²genas en Neuqu®n desde hace m§s de 30 a¶os, no han incorporado los discursos de valorizaci· n de lo cultural como capital social.

---

[178] *Ibid*. Sumado a esto, las autoras plantean que la escasez de estad²sticas vitales segregadas por grupos ®tnicos agrava a¼n m§s esta problem§tica. De ah² que, esta carencia de estad²sticas diferenciadas ®tnicamente no permite, seg¼n Sy y Remorini (2008:18), la generaci· n de pol²ticas y procesos de gesti· n, constituyendo de este modo una enorme dificultad para establecer prioridades y para realizar el seguimiento y evaluaci· n de las medidas y servicios de salud destinados a las poblaciones ind²genas.

De ah² que, en Neuqu®n la interculturalidad, independientemente del marco legal abordado en este apartado, no fue planteada como una propuesta pol²tica espec²fica en el §mbito de la salud. En primera instancia porque uno de los objetivos de las pol²ticas de bienestar llevadas a cabo por el Movimiento Popular Neuquino (MPN) estaba orientado a crear una poblaci· n neuquina homog®nea, minimizando las diferencias, desmarc§ndolas, o invisibiliz§ndolas (Estrella, 2017).

Ciertamente, para poder promover la dignidad de las personas, promovida por la Declaraci· n Universal sobre Bio®tica y Derechos Humanos (2005), resulta imprescindible la reivindicaci· n y el compromiso por parte de los Estados. Es decir, es fundamental que los Estados garanticen que sus instituciones democr§ticas, vinculadas al sistema de salud, sean deliberativas, amplias e inclusivas, conforme al derecho internacional relativo a los derechos humanos.

A tal efecto, consideramos que no es suficiente con la existencia de los encuadres pol²ticos y jur²dico-normativos para el real cumplimiento y ejecuci· n de derechos. Puesto que, si bien funcionan como un instrumento importante que sienta las bases acerca de ciertos marcos de acci· n, ®stas dependen de las pol²ticas p¼blicas, que el marco pol²tico ejecute no solo en relaci· n a discursos, sino fundamentalmente, en relaci· n a partidas presupuestarias que persigan vehementemente el objetivo de resolver las necesidades b§sicas hist· ricas de acceso a los derechos humanos por parte de las comunidades ind²genas de nuestro pa²s.

CAPõTULO 3

EL DERECHO A UNA SALUD INTERCULTURAL

Se fundaron, en América Latina, Estados uni-nacionales (Estado/Nación) y uni-culturales, basados en una trans-episteme eurocéntrica que aún sirve como garante y reproductora del colonialismo cultural.

Alcira Argumedo, 1993.

Para analizar la salud en t®rminos de interculturalidad resulta necesario partir de conceptualizar esta perspectiva que involucra la interacci· n, en base al reconocimiento y el respeto, entre una o varias culturas en los distintos §mbitos (pol²tico, social, cultural, ling¿²stico, etario, de g®nero y generacional) que constituyen una sociedad compleja. Por ello, la interculturalidad, como una pol²tica de salud, valora ñla diversidad biol· gica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad,òy requiere contribuciones transdisciplinarias[179] de todas las §reas disciplinarias, que intervienen en la atenci· n sanitaria intercultural para entender y promover respeto para esta diversidad (Alarc· n, et. al., en Drake, 2014, p. 9).

Desde este encuadre, la interculturalidad debe ser tomada como base ineludible para la construcci· n de una sociedad m§s justa, en la que todas las culturas se encuentren reconocidas y respetadas. De acuerdo con Taylor (2009), todo ser humano, a partir de los procesos de socializaci· n de las formas de vidas

[179] V®ase de Ort½zar, G; M®dici, A. (2019). *El "derecho a la salud" como derecho humano: Abordaje conceptual transdisciplinar*. En M. Cristeche y M. Lanfranco V§zquez (Coords.). Investigaciones sociojur²dicas contempor§neas. La Plata: Malisia. p. 57.

culturales (que desarrollan su identidad), se define desde una tradici· n y unos valores encarnados en la comunidad. Por ende, estos valores y tradiciones deben ser reconocidos expl²citamente para una plena valoraci· n de la persona. Precisamente, ®ste es el objetivo que promueve el enfoque de justicia epist®mica, puesto que tal como afirma de Ort½zar (2019:68):

> ñSe trata entonces de comprender esta nueva dimensi· n cultural del derecho a la salud, de pensar la participaci· n de sus titulares individuales y colectivos en contextos de pluralismo cultural. Esto, implica tambi®n el desaf²o de una pr§ctica hermen®utica plurit· pica, de sinergia de saberes, que necesariamente debe vincular en t®rminos interculturales la consideraci· n de los determinantes socioambientales de la salud, resignificados tambi®n en ese procesoò

De modo que, partiendo del an§lisis situado de la atenci· n sanitaria de las comunidades ind²genas en nuestro pa²s, y m§s espec²ficamente en la localidad Las Coloradas, de la provincia de Neuqu®n, resulta imprescindible promover pol²ticas p½blicas, basadas en un enfoque de justicia epist®mica, destinadas a construir una mirada intercultural, que promueva un di§logo horizontal y una interacci· n respetada en todos los §mbitos de la sociedad. Puesto que, cuando estas comunidades ponen en ejecuci· n sus saberes pr§cticos ancestrales, re-enuncian el derecho a la salud, encuadr§ndolo en sus derechos culturales como comunidades hist· ricas (de Ort½zar, 2019).

Por este motivo, surge la necesidad de constituir pol²ticas p½blicas interculturales, dentro del sistema de salud, que encuadren el parto respetado[180] de las mujeres mapuche y que, a su vez, propicien los espacios para que se establezca un di§logo activo y cooperativo entre los representantes mapuche y los representantes de la medicina biom®dica, para efectivizar una atenci· n intercultural

[180] Basadas en la Ley NÁ25.929 de ñParto Humanizadoò

que respete el significado cultural del parto para cada cosmovisi· n[181]. Como afirma Drake (2014:21): ñno solo para promover atenci· n respetuosa de las varias dimensiones de la salud Mapuche, sino que tambi®n para promover la revitalizaci· n y el mantenimiento de conocimiento culturalò

De ah² que, la inclusi· n de esta mirada intercultural es primordial en la atenci· n sanitaria de partos de las mujeres ind²genas en general, y de las mapuche[182], en particular. Pese a ello, seg¼n afirma Men®ndez (2016:115) la interculturalidad: ñsuele ser excluida de los objetivos, marco te· rico e ideol· gico y, sobre todo, de las intervenciones institucionales, profesionales o acad®micas que buscan impulsar una interculturalidad armoniosa, sim®trica, tolerante y basada en los curadores tradicionalesò En efecto, resulta muy complejo que puedan edificarse sociedades justas sobre la base individualista que promueven las democracias neoliberales, puesto que tal como afirma Gutmann (2009): ñla supervivencia de muchas culturas mutuamente excluyentes y que no se respetan entre s² no constituye la promesa moral del multiculturalismo, ni en la pol²tica ni en la educaci· n.ò

En Am®rica Latina, hist· ricamente, los pueblos ind²genas han tenido una situaci· n desventajosa frente al sistema de salud, en comparaci· n con el resto de la poblaci· n. Incluso, tal como afirma Hopenhayn et. al., (2006), una gran proporci· n de ñpueblos ind²genas reside en el §rea rural y a menudo enfrentan elevados riesgos de enfermedad, debido a las condiciones de vida y a la escasa disponibilidad de servicios de salud, agua potable y saneamiento b§sico.ò Asimismo, estos indicadores se ven ampliamente desmejorados cuando nos referimos a mujeres

[181] V®ase Drake, E. ñEl Significado Cultural del Parto: Perspectivas de Mujeres Mapucheò, 2014, *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1844, p. 21-2.

[182] Resulta interesante analizar el caso de las comunidades mapuche en nuestro pa²s, puesto que estos pueblos, en los ¼ltimos a¶os, han sufrido una fuerte campa¶a de estigmatizaci· n y criminalizaci· n por parte del Gobierno nacional y los medios de comunicaci· n hegem· nicos. De all² que, tal como afirman G· mez y Trentini (2020), estos ñargumentos no son nuevos, sino que se sustentan, por un lado, sobre la hist· rica dicotom²a de ñcivilizaci· n y barbarieò que sirvi· para justificar el genocidio iniciado con la Conquista del Desierto y, por otra parte, retoman el planteo acerca de la araucanizaci· n de las pampas (Lazzari y Lenton, 2000) construido por la historia oficial. Se establece as² una l· gica que presenta a los mapuches como violentos e incivilizables extranjeros chilenos que cruzaron la Cordillera de los Andes y exterminaron a los ñverdaderos ind²genas argentinosò, construidos como los buenos y civilizables tehuelchesò [G· mez y Trentini (2020), Op. Cit., pp. 113-4].

ind²genas, puesto que ®stas sufren de una mayor discriminaci· n referida al g®nero, la etnia y la clase social (Rangel y Valenzuela, 2004).

De esta manera, en lo que respecta a la salud, para promover sistemas de salud para pueblos ind²genas, que mejoren la calidad de vida, debe considerarse que ñla interculturalidad supone un trabajo, desde y entre todos los sectores, encaminado al bienestar integral de los menores de 5 a¶os, sus madres, la familia, la comunidad y sus pueblosò [Drasbek; Rojas 2008: 9]. Puesto que, justamente, es en estos grupos en los que se concentran los mayores niveles de desigualdad respecto al acceso a la salud.

La situaci· n de desfavorabilidad que resulta extensible a los ind²genas de diversos pa²ses de Am®rica Latina, tambi®n se manifiesta en distintas provincias del territorio argentino en las que habitan comunidades ind²genas. De all² que, en la provincia de Neuqu®n, ñlos discursos con respecto a la poblaci· n ind²gena, en t®rminos de interculturalidad y diversidad cultural, han transitado m¼ltiples caminos, desde los m§s amplios y contemplativos a los m§s reaccionarios y cerrados de acuerdo a la coyuntura pol²tica localò (Estrella, 2017).

Evidentemente, los Estados deben involucrarse de manera activa en la promoci· n de la dignidad de las personas, a partir de garantizar que sus instituciones democr§ticas, en este caso, las vinculadas al sistema de salud, propicien todas las medidas, legales y administrativas, en pos del desarrollo de la autonom²a y la dignidad de las personas. De esta manera, todas las pol²ticas p¼blicas ejecutadas por los Estados, nacional y provincial, deben ser tendientes a desarrollar condiciones de reconocimiento y respeto intercultural, como acciones prioritarias, y a su vez, ®stas deben ser secundadas por otras en los terrenos de la educaci· n, la formaci· n y la informaci· n p¼blica.

3.1. àQU£ IMPLICA LA SALUD INTERCULTURAL?

Cuando se intenta conceptualizar la salud intercultural, resulta necesario distinguirla de nociones que eventualmente se emplean de manera sinon²mica, pero denotan

concepciones diferentes. De ah² que, suelen emplearse sin distinci· n alguna los siguientes conceptos: multiculturalidad, pluriculturalidad e interculturalidad. Sin embargo, la multiculturalidad se vincula con el reconocimiento de culturas dentro de un espacio, sin que ®stas tengan necesariamente relaci· n entre s². En esta concepci· n, generalmente, se producen segregaciones entre culturas, que se presentan como culturas delimitadas y cerradas sobre s² mismas, que tienden a analizar a las dem§s mediante una perspectiva que implica un infalible relativismo cultural[183].

Por otra parte, la pluriculturalidad plantea la convivencia de varias culturas en un mismo espacio territorial, es decir, la conjunci· n entre estas diversas culturas propicia una totalidad nacional. De modo que, como afirma Stivanello (2015), ñparte de reconocer una realidad hist· rica de convivencia por siglos entre distintas culturas, aunque sin una profunda interrelaci· n equitativaò[184].

En cambio, a diferencia de la multiculturalidad y la pluriculturalidad, el concepto de interculturalidad alude a un intercambio, en t®rminos equitativos, que se produce ñentre culturasò, a partir de reconocerse dentro de una base de igualdad. De este modo, para esta concepci· n, se desarrolla una interacci· n entre personas, conocimientos y pr§cticas culturalmente diferentes, en el marco de la complejidad que implican las relaciones, las negociaciones y los intercambios culturales[185]. Sin embargo, esta interacci· n, que se genera desde la noci· n de interculturalidad, no busca homogeneizar los matices culturales, ni tampoco relativizar las costumbres propias de cada comunidad. Por el contrario, seg¼n expone Stivanello (2015:2), esta interacci· n ñparte de las asimetr²as sociales, econ· micas, pol²ticas y de poder y de las condiciones institucionales que limitan la posibilidad, (para) que el ñotroò pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencia y agencia (capacidad de actuar)ò.

De lo dicho surge que, la interculturalidad se presenta como una propuesta de di§logo, intercambio y complementariedad entre culturas, que apunta a ñromper con la historia hegem· nica de una cultura dominante y otras subordinadasò

[183] V®ase Stivanello, B. Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud. *Margen NÁ76* ï marzo 2015, p. 2.
[184] *Ibid.*
[185] V®ase Stivanello (2015), Op. Cit., p. 2.

(Stivanello, 2015). Evidentemente, el objetivo se centra en promover una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad[186]. Seg¼n afirma la OMS (2018), la interculturalidad en salud tiene que ver con la contribuci· n al fortalecimiento de la calidad de la atenci· n m®dica, principalmente aquella dirigida a poblaci· n ind²gena, y por otro lado, est§ relacionada con las recomendaciones (que realiza la OMS) para la integraci· n de las medicinas complementarias y tradicionales al sistema de salud de los estados parte, en el sentido de la reglamentaci· n y evaluaci· n de aspectos como eficiencia, eficacia, seguridad del paciente, etc., mismos que forman parte de la definici· n de calidad de la atenci· n[187]. Mientras que, para los pueblos ind²genas, en particular para la comunidad mapuche, por interculturalidad se entiende:

> ñuna relaci· n entre culturas din§micas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, gan§ndose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficialesò[188].

De este modo, considerando las delimitaciones del t®rmino, resulta claro que es preciso desarrollar procesos de intercambio que permitan la construcci· n de relaciones horizontales, en las que cada integrante pueda participar e intervenir activamente. Exactamente, en el contexto de la situaci· n de injusticia social en el acceso a servicios p½blicos de salud, es donde cobra sentido el di§logo intercultural, en tanto que genera la posibilidad de constituci· n de:

---

[186] *Ibid*.

[187] Paulo Maya A, Cruz S§nchez M. De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2018; 50(4): 366-384.

[188] Hasen Narv§ez, F. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en pr§cticas de salud con poblaci· n ind²gena. *Ciencia y enfermer²a*, *18*(3), 17-24. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003, p. 19

> ñ(los) *modelos de institucionalizaci· n* de la (é) [participaci· n], los *derechos bioculturales de las comunidades* tradicionales y pueblos originarios, que hacen a sus formas de coevoluci· n y equilibrio con la naturaleza, as² como a su participaci· n en los beneficios econ· micos generados cuando esos saberes pr§cticos son puestos en valorò[189].

L²citamente, esta situaci· n pone en evidencia la necesidad de bregar por una justicia epist®mica (Santos, Boaventura, 2009, citado en de Ort½zar y M®dici, 2019:67), con claro ®nfasis en el reconocimiento de los diversos saberes, centrada en el di§logo respetuoso entre los mismos, y con una fuerte articulaci· n de pol²ticas p½blicas y universitarias para el respeto de la diversidad cultural[190].

Ahora bien, para pensar en la salud en t®rminos interculturales[191], consideramos pertinente partir, inicialmente, de establecer una concepci· n de la salud amplia, que involucre una perspectiva relacional, incorporando as², categor²as de: g®nero, etnia, cultura, diversidad, clase social, determinantes sociales, entre otras. Consideramos, en consonancia con el planteo de de Ort½zar y M®dici (2019:62), que esta concepci· n relacional y ampliada: ñexige tambi®n repensar el derecho a la salud, la equidad/justicia en salud, en sus nuevas dimensionesò.

De esta manera, la salud, en tanto concepto relacional y multidimensional, debe ser definido en un proceso hist· rico y contextual determinado. En este sentido, esta redefinici· n constante es el escenario en el cual ñse ponen en conflicto lo individual y lo social en un entramado complejo de relaciones legales, econ· micas, sico-sociales y culturalesò[192]. De ah² que:

---

[189] de Ort½zar, G; M®dici, A. (2019). *El "derecho a la salud" como derecho humano: Abordaje conceptual transdisciplinar*, Op. Cit., pp. 68-9.

[190] V®ase de Ort½zar, G; M®dici, A. (2019), *Ibid*, p. 67.

[191] Para volver a la distinci· n entre multiculturalidad, pluriculturalidad e interculturalidad, podemos plantear las diferencias entre estos conceptos a partir de graficar sus perspectivas respecto a la salud. De ah² que, rechazar sin m§s la medicina tradicional ind²gena es asimilacionista; aprobarla para que se practique exclusivamente en las Comunidades es relativismo cultural; convertirla en un objeto de consumo ex· tico, es multiculturalismo y, finalmente, propiciar su articulaci· n con la medicina cient²fica es interculturalidad [V®ase Interculturalidad y salud. Capacitaci· né , Op. Cit., p. 54].

[192] de Ort½zar, G; M®dici, A. (2019). *El "derecho a la salud" como derecho humano: Abordaje conceptual transdisciplinar*, Op. Cit., p. 62.

> ñ(la salud) pone en escena la vida y la subjetividad en el sentido social y singular, la cuesti· n del Estado y pol²ticas sociales, las categor²as de g®nero o de pertenencia cultural-®tnica, las problem§ticas de la subjetividad, los debates sobre crisis y nuevos paradigmas en el campo del conocimiento cient²fico, as² como nuevos objetos complejos como la violenciaò (Stolkiner, 2012, citada en de Ort½zar y M®dici, 2019:62).

Evidentemente, para pensar en el concepto de salud, con perspectiva intercultural, debemos deliberar acerca de la construcci· n de un espacio de consenso, respeto y b½squeda de puntos de encuentro entre la medicina ñoficialò(biom®dica, cient²fica y occidental) y la medicina tradicional ind²gena de cada comunidad. De esta manera, al mismo tiempo, debemos considerar la perspectiva de salud que tiene cada comunidad en particular. En nuestro caso, nos centraremos espec²ficamente en la concepci· n de salud del Pueblo Mapuche. Para esta poblaci· n, la salud tiene un enfoque hol²stico, que: ñtrasciende el marco (é) occidental, puesto que de lo que se trata es poder integrar tanto los elementos f²sicos y biol· gicos con el §mbito psicol· gicoò[193]. Asimismo, para esta comunidad, la salud es: ñel resultado del equilibrio entre la persona, el medio ambiente y lo sobrenatural, integrando este enfoque en el modelo armon²a-desarmon²a, en donde la salud se mantiene como una interdependencia entre (estos) elementosò(Ibacache at et., 2012)[194].

De all² que, este espacio de encuentro intercultural debe basarse en el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural de las comunidades intervinientes[195]. Por este motivo, debe pensarse la interculturalidad, como una pol²tica de salud, que valora ñla diversidad biol· gica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad,òy que, adem§s,

---

[193] Ibacache J, Morros Martel L, Trangol Namuncura M. Salud Mental y enfoque socioespiritual-psico-biol· gico. Una aproximaci· n ecol· gica al fen· meno de la salud-enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terap®uticos mapuches de salud [Internet*]. ¤uke Mapuforlaget Working Paper Series 11*; 2002 [citado 26 febrero 2012]. Disponible en: http://www.mapuche.info/mapuint/sssmap020911.pdf. 91-89629-12-4

[194] *Ibid*.

[195] Interculturalidad y salud. Capacitaci· né Op. Cit., p. 49.

requiere contribuciones de la antropolog²a m®dica para entender y promover respeto para esta diversidad (Alarc· n, et. al., citado en Drake, 2014:8).

Bajo este marco interpretativo, resulta claro que, al abordar la salud intercultural, debemos partir de considerar los distintos factores que intervienen en la pronunciaci· n de las asimetr²as de poder que padecen las comunidades ind²genas[196]. Del mismo modo, debemos analizar c· mo estos factores intervienen y afectan el desarrollo y la atenci· n de su salud, desde la imposici· n de ciertas pr§cticas epist®micas, que se consideran validadas desde el saber (poder) hegem· nico. En este sentido, cuando el planteo se focaliza en la mujer ind²gena, este panorama se complejiza a¼n m§s, debido a las diversas injusticias que, interseccionalmente, se entretejen y convergen en este colectivo. Entre los condicionantes que se forjan se encuentran: clase social, etnia, g®nero y edad[197].

De esta manera, al concebir la situaci· n particular de la mujer ind²gena, en el acceso a la atenci· n sanitaria intercultural, entendemos que la tarea debe centrarse en reconocer d· nde se producen las brechas para incorporar procesos de integraci· n social. De ah² que, es fundamental partir de reflexionar sobre la manifestaci· n de estas brechas en la inequidad en el acceso a servicios y exclusi· n por razones culturales[198]. Sobre este aspecto, cobra un especial sentido el ñepistemicidioò[199] (muerte de conocimientos alternativos), que produce la medicina occidental hegem· nica sobre los saberes medicinales ind²genas. Generalmente, esta desacreditaci· n (injusticia epist®mica) es producto del desconocimiento, o bien, de la subestimaci· n de la cosmovisi· n ind²gena de la salud[200].

---

[196] Cuando intentamos precisar el concepto de salud intercultural, nos centramos, fundamentalmente, en las nociones que surgen a partir de dicotom²as excluyentes como autonom²a / paternalismo [Ver Femen²as y Vidiella ñEl derecho de las mujeres a la saludò Art²culo publicado en Perspectivas Bio®ticas, A¶o NÜ10, N¼mero 18, primer semestre de 2005]. Puesto que las consecuencias que esta perspectiva produce, en la atenci· n sanitaria de mujeres ind²genas, promueve un abordaje sanitario que parte de la ñminoridadò del paciente, lo reduce y atenta contra una atenci· n centrada en el enfoque de justicia epist®mica.

[197] Estos condicionantes ser§n abordados con mayor profundidad en el apartado *LAS PU MAPUCE ZOMO*, del Cap²tulo 5.

[198] V®ase Stivanello, B, Op. Cit., 2015, p. 7.

[199] Sousa Santos (2006), citado en Stivanello (2015:7), plantea que: la naturalizaci· n de las diferencias oculta jerarqu²as y la monocultura del saber y el rigor produce ñepistemicidioò En este sentido, Sousa Santos propone, por un lado, la ecolog²a del reconocimiento, es decir, que debemos aceptar solo las diferencias que queden luego de que se eliminen las jerarqu²as, y, por otro lado, propone la ecolog²a de los saberes, donde entren en di§logo los saberes ind²genas con el saber cient²fico [Stivanello, 2015, *Ibid*]

[200] *Ibid*.

Por este motivo, adquiere una particular significaci· n centrar las propuestas de atenci· n sanitaria sobre la base de la construcci· n dial· gica, a partir de consensos epist®micos. Sobre este punto, la comunidad mapuche, se plantea retos significativos para propiciar determinados aspectos en el abordaje de la interculturalidad, que deben ser contemplados para tender puentes que permitan una mirada sanitaria plural, amplia y respetuosa. De modo que, en materia de interculturalidad, esta comunidad formula la necesidad de construir, en el §mbito sanitario, una interculturalidad contrahegem· nica, erigida desde los pueblos. Evidentemente, este desaf²o se sostiene con el objetivo de edificar una interculturalidad que no se presenta para el exclusivo beneficio ind²gena, sino que se propone como un modelo de di§logo entre saberes, no solo entre mundos (ind²gena y occidental), sino tambi®n entre las diversidades (sociales y colectivas), que componen la compleja trama social en que vivimos[201].

No obstante, las comunidades mapuche comprenden que construir un di§logo intercultural en el terreno sanitario (al igual que en los dem§s §mbitos), resulta ser un camino arduo y extenso, puesto que admiten que hay un desconocimiento muy profundo respecto a su medicina, y que, generalmente, ñse (la) confunde con el oscurantismo o la brujer²aò[202]. Esta perspectiva, cargada de prejuicios, consigue afectar la aplicaci· n de estos saberes ancestrales en el §mbito sanitario. Un ejemplo de ello es la ausencia del *maci*[203] (vocablo que suele pronunciarse como ñmachiò) en la Atenci· n M®dica Primaria, es decir, actualmente, no est§ en funcionamiento, en el sistema de salud biom®dico (hegem· nico) argentino, la figura de autoridad m§xima en la organizaci· n sanitaria mapuche. De all² que, si bien en Argentina cada tres meses un *maci* atiende en Neuqu®n, a¼n sigue teniendo gran lugar el acecho y la segregaci· n de los pueblos originarios[204].

---

[201] V®ase Azpiroz Cle¶an, Organizaci· n Mapuche EPU Bafkeh, Argentina. I Foro Regional de Recursos Humanos para la Salud y pueblos ind²genas: el desaf²o de la Interculturalidad, Paran§; 21 a 23 de noviembre de 2011. (Revisado 05/08/2020)

[202] Trifogli, V. ñLa medicina intercultural, una parte de la ense¶anza de la enfermer²aò *R²o Negro*, 12 de octubre de 2018 (Revisado el 10/08/2020). Disponible en website: https://www.rionegro.com.ar/autor/virginia-trifogli/

[203] El *machi* es una autoridad que vela por el bienestar f²sico y espiritual del pueblo mapuche. Su rol es fundamental para sus vidas colectivas. Los *machis* los conectan con las fuerzas espirituales de su *mapu* (territorio). Su sabidur²a es heredada de un ancestro, es decir, es un legado familiar. Dentro de la estructura organizacional de salud mapuche, hay otros efectores de salud, como los obstetras o los expertos en hierbas, que tambi®n tienen sus propias denominaciones.

[204] V®ase Trifogli, V. ñLa medicina intercultural, una parte de la ense¶anzaé , Op. Cit.

En este sentido, consideramos ciertamente importante centrarnos en la relevancia que ofrece la deliberaci· n en la toma de decisiones en sociedades complejas y plurales. En la medida en que estos acuerdos se celebren en el encuentro epist®mico, todas las decisiones que surjan de la deliberaci· n estar§n sostenidas en un marco de legitimidad m§s amplio. De ah² que, este marco deliberativo, con base epist®mica, propiciar§ un escenario de acci· n en el que podr§n modificarse y corregirse las situaciones conflictivas o no previstas que se planteen, siguiendo los lineamientos acordados entre los sujetos epist®micos involucrados.

De esta manera, se pone en evidencia que cuando las decisiones se plantean de manera arbitraria sobre los sujetos, se gestionan modos de violencia y sometimiento, que devienen en injusticias epist®micas testimoniales[205] o hermen®uticas[206]. Tal como afirma Murgu²a Lores (2016:4), todas las injusticias ñinvolucran la interacci· n entre identidades sociales, que se constituyen siempre mediadas por relaciones de poder, y heur²sticas que conllevan prejuicios y/o estereotipos que conducen en muchas ocasiones a juicios err· neosò

Sobre este punto, Fricker[207] considera que las injusticias epist®micas, parten de mecanismos que operan a nivel subdox§stico, adem§s de que estos no implican ignorancia sino que, en palabras de Murgu²a Lores (2016), involucran: 1) la evaluaci· n inadecuada de la credibilidad que merece por parte de un oyente(s) el testimonio de un hablante(s); o bien, 2) carencias en la articulaci· n de significados sociales. No obstante, tr§tese de una clase de injusticia o de la otra, la consecuencia

[205] Fricker plantea la injusticia testimonial como aquella que se produce ñcuando un prejuicio conduce a un oyente a otorgar un nivel injusto de credibilidad al conocimiento de un hablante. Este desnivel puede ser deflacionario, con la consecuencia de que se niega la capacidad del hablante en su calidad de sujeto epist®mico (é). La injusticia que resulta de este fen· meno tiene efectos tanto en la jerarqu²a social, como en la confianza de los agentes respecto de sus capacidadesò[Murgu²a Lores, A. Injusticias epist®micas y teor²a social. Centro de Estudios Sociol· gicos: Universidad Nacional Aut· noma de M®xico. Debate: Pol²tica, Redes, Deliberaci· n y Heur²sticas Sociales, *Dilemata*, a¶o 8 (2016), nÜ22, p. 4].

[206] Tal como afirma, Murgu²a Lores (2016), ñla injusticia hermen®utica se refiere a la participaci· n inequitativa en las pr§cticas de producci· n de significados y de la comprensi· n del mundo social compartido por sujetos epist®micos socialmente situados en contextos que involucran identidades sociales y relaciones de poderò (Fricker, 2008:29, citada en Murgu²a Lores, 2016).

[207] Miranda Fricker centra sus reflexiones a problemas en los que convergen la epistemolog²a, la ®tica y procesos sociales y pol²ticos. Se trata, en palabras de la autora, de desarrollar una concepci· n completamente socializada de los sujetos epist®micos en sus relaciones de poder e identidad sociales (Fricker en Dieleman, 2012).

de ambas se traduce en el trato inequitativo de un miembro (individual o colectivo) de una sociedad, espec²ficamente en su capacidad de sujeto de conocimiento[208].

De lo dicho surge que, la situaci· n de las mujeres ind²genas en el acceso a la salud plantea varios aspectos, que se sintetizan, por un lado, en la falta de reconocimiento epist®mico, producto de la minorizaci· n y dominaci· n que sufre la mujer. Y, por el otro lado, en la real vulneraci· n del derecho de acceso equitativo a la salud. En otras palabras, estas barreras que sufre puntualmente la mujer ind²gena, surgen de una degradaci· n de la figura de la mujer, que parte de una situaci· n inicial (hist· rica, social, cultural) de sometimiento, que consigue incapacitarla respecto a sus conocimientos y a sus posibilidades. De ah² que, esto se traduce en un desvalimiento generalizado en el acceso a diferentes derechos adquiridos.

De este modo, eventualmente, en la atenci· n sanitaria a mujeres ind²genas, en t®rminos de Hasen Narv§ez (2012), se producen conflictos en ñla comunicaci· n y calidad de trato, por c· digos culturales distintos, rituales, s²mbolos, rol de las familias y comunidades, percepciones sobre el cuerpo y el pudor de las mujeres ind²genas muchas veces incomprendidos, o por estilos de crianza distintosò[209]. Evidentemente, esta situaci· n deriva en ñla violaci· n del requerimiento de reconocimiento mutuo que se deben los participantes en la deliberaci· n, como condici· n para un procedimiento justo, adem§s de que impedir²a el aprovechamiento social del conocimiento de quienes sufren esta clase de injusticiasò(Murgu²a Lores, 2016:2-3).

Frente a esta situaci· n, resulta imprescindible un cambio de paradigma que abrace el enfoque de justicia epist®mica y promueva pr§cticas sanitarias interculturales. Indudablemente, este enfoque intercultural en salud, requiere del desarrollo de procesos donde los propios pueblos ind²genas y los sistemas biom®dicos expresen la voluntad de encontrarse en una relaci· n horizontal[210]. Dentro de este marco, resulta interesante considerar la incorporaci· n de la figura

---

[208] V®ase Murgu²a Lores, A. Injusticias epist®micas y teor²a socialé , Op. Cit., pp. 2-3.
[209] Hasen Narv§ez, F. Interculturalidad en salud: competencias en pr§cticas de salud con poblaci· n ind²gena. *Ciencia y Enfermer²a*. Vol. XVIII (3): 17-24, 2012. Recuperado el 25/6/2020, Disponible en website: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300003
[210] V®ase Stivanello (2015), Op. Cit., p. 2.

del facilitador intercultural, puesto que, siendo el nexo entre el equipo de salud y las comunidades ind²genas, puede colaborar en el intercambio. Esto no es un dato menor, debido a que el facilitador es, para la comunidad ind²gena, un agente de confianza, porque pertenece a estas comunidades y es avalado por las mismas[211]. Notablemente, este encuentro debe estar atravesado por el objetivo de construir un espacio de reconocimiento y valoraci· n de los conocimientos y saberes de los sistemas de salud, tanto occidental como ind²gena, siempre apuntando a una complementariedad de ambos mundos[212].

En efecto, para contrarrestar las consecuencias de estas injusticias (epist®micas, sociales, y en ¼ltima instancia, pol²ticas), es pertinente y prioritario construir pr§cticas deliberativas de producci· n de significados compartidos entre los actores sociales participantes, sobre la base de los acuerdos y contrapuntos que se generan en las contiendas de las deliberaciones democr§ticas. Para ello, en el §mbito sanitario, entendemos la importancia de la promoci· n de las consultas previas, libres e informadas, como la construcci· n de un proceso colectivo y adecuado, desde el punto de vista cultural, que involucre, asimismo: la toma de decisiones, consultas de buena fe y participaci· n informada, respecto del dise¶o, preparaci· n, implementaci· n, ejecuci· n, y evaluaci· n de toda pol²tica de salud, que implique directa o indirectamente a integrantes de pueblos ind²genas[213].

En s²ntesis, a partir de lo desarrollado, podemos concluir que es de radical relevancia la adopci· n de un modelo de salud intercultural, en el cual entren en di§logo la medicina tradicional ind²gena con la medicina occidental o cient²fica, con el prop· sito de establecer puentes, en los que se reconozcan y se revaloricen las diferencias. En este contexto de intercambios, donde se producen los consensos y disensos, es donde deben construirse los acuerdos de complementariedad necesarios que incorporen, adem§s, los recursos medicinales utilizados por las comunidades ind²genas en la curaci· n, as² como sus m®dicos tradicionales a los sistemas de salud[214]. En este caso, como fue planteado anteriormente, es

[211] Hasen Narv§ez, F. Interculturalidad en salud: é , Op, Cit., 2012, pp. 17-24.
[212] V®ase Hasen Narv§ez, F. Interculturalidad en salud: é , Op. Cit., pp. 17-24, 2012.
[213] Interculturalidad y salud. Capacitaci· né Op. Cit., p. 49
[214] V®ase Stivanello, B, Op. Cit., 2015, p. 7.

interesante pensar en la figura del facilitador intercultural, como agente de confianza, que podr²a eventualmente promover canales de intercambio avalados por la comunidad. Finalmente, en este acercamiento entre los equipos de salud (medicina occidental) y los especialistas y terapeutas de la medicina tradicional ind²gena, debe cuidarse y respetarse de modo particular los conocimientos y la decisi· n de las mujeres ind²genas[215] a partir de crear espacios de verdadera escucha y reconocimiento epist®mico y de g®nero.

3.2. DERECHO A LA SALUD DESDE LA PLURALIDAD HISTč RICA

En este apartado, nos centraremos en la discusi· n sobre los criterios que se priorizan en el derecho a la salud desde la pluralidad hist· rica, situados en la complejidad de nuestra sociedad. Entendemos que, esta complejidad es el marco en el que se desarrollan los procesos hist· ricos de autoidentificaci· n, que hermana a los pueblos ind²genas. Respecto a este planteo, Carrasco (2002) afirma que lo que enlaza a los pueblos ind²genas no es tanto la autoidentificaci· n, como el hecho de su *aboriginalidad,* es decir, la caracter²stica de ser los primeros habitantes -aut· ctonosï en los territorios que habitan. Lo que los convierte en antecesores de los sucesivos procesos de ocupaci· n y domesticaci· n jur²dica[216].

En este sentido, resulta interesante partir del diagn· stico (penosamente vigente) que plantea Carrasco (2002), respecto a la situaci· n actual de la comunidad ind²gena en nuestro pa²s. La autora afirma que dichas comunidades viven mayoritariamente como ciudadanos de segunda categor²a en estados-naci· n modernos, puesto que frecuentemente son excluidos so pretexto de ser portadores de lenguas, religiones, culturas y formas de vida percibidas como inferiores por la sociedad dominante[217].

---

[215] Para este respeto y cuidado de la mujer ind²gena, resulta fundamental la formaci· n de recursos humanos en salud con orientaci· n intercultural. Puesto que, esto supone mejoras en la competencia t®cnica y humana del personal institucional, incidiendo en el respeto, en el trato de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate a la exclusi· n, en la atenci· n y la equidad en salud a los distintos grupos ®tnicos [Hasen Narv§ez, F. Interculturalidad en salud: é , Op, Cit., 2012, pp. 17-24].
[216] V®ase Carrasco, M. (2002). Cap. 11 ñUna perspectivaé ò Op. Cit., p. 390.
[217] V®ase Carrasco, M. (2002). *Ibid*.

Esta situaci· n resulta muy controvertida, puesto que estas poblaciones marginadas social y econ· micamente, se enfrentan a diversas amenazas que imposibilitan el acceso a los bienes y servicios que el Estado dispone para la poblaci· n del territorio argentino. Consecuentemente, se observa que la distribuci· n de las amenazas re-emergentes a la salud y de sus factores de riesgo han exacerbado m§s las inequidades en salud al interior de los pa²ses y entre ellos[218].

De esta manera, la ampliaci· n de las inequidades no es solo el resultado de las fallas de los sistemas de salud, sino m§s espec²ficamente es la consecuencia de la falta de condiciones m²nimas de vida, que propicien el desarrollo de las necesidades b§sicas individuales y sociales, producto de la injusta distribuci· n econ· mica en nuestro pa²s. De ah² que, el 60% de la mortalidad materna se produce en el 30% de la poblaci· n m§s pobre de los pa²ses, y la brecha en la esperanza de vida entre los m§s ricos y los m§s pobres ha llegado a casi veinte a¶os en algunos de ellos[219].

Respecto a este panorama, ciertamente, las comunidades ind²genas no resultan ajenas. Puesto que, ®stas forman parte de una gran proporci· n de habitantes, que viven en condiciones de extrema precariedad. Seg¼n el Primer Informe relativo a la afectaci· n de la pandemia COVID-19 sobre los Pueblos Ind²genas, realizado por el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Ind²genas de Am®rica Latina y el Caribe (FILAC), en Am®rica Latina:

> ñla poblaci· n ind²gena supera los 45 millones de personas, poco menos del 10% de la poblaci· n total de la regi· n, por lo cual, es la zona de mayor densidad demogr§fica ind²gena del planeta. Se registran 826 Pueblos Ind²genas distintos, de los cuales unos 100 tienen car§cter transfronterizo, es decir, que residen en al menos dos pa²ses de la regi· nò[220].

---

[218] V®ase M· dulo 5: Pol²ticas de Salud. Cursoé , Op. Cit., p. 86.
[219] M· dulo 5: Pol²ticas de Salud. Cursoé , Op. Cit., p. 86.
[220] Disponible en: https://www.nodal.am/2020/04/coronavirus-en-america-latina-organizacion-llama-a-encuentro-de-gobiernos-para-enfrentar-la-pandemia-el-abya-yala/

Este dato resulta ser notoriamente relevante, puesto que, como es sabido, los pueblos ind²genas contin¼an en clara situaci· n de desventaja, a pesar de haber construido mayor poder pol²tico, e incluso, de contar con la protecci· n que los organismos internacionales les han brindado mediante la inclusi· n de este t· pico y su reconocimiento en diversos Tratados Internacionales. De all² que, un estudio del Banco Mundial[221], realizado entre 1994 y 2004 da cuenta de los siguientes resultados:

> ñLos ind²genas se recuperan m§s lentamente de las crisis econ· micas. La brecha de pobreza de los ind²genas es m§s profunda y disminuy· m§s lentamente durante los a¶os noventa. Ser ind²gena aumenta la probabilidad de un individuo de ser pobre y esta relaci· n se mantuvo m§s o menos igual al comienzo y al cierre de la d®cada. Se han registrado pocas ganancias en la reducci· n de la pobreza de ingresos entre los ind²genas durante la d®cada se¶alada (1994 al 2004)ò *(Ref: World Bank, Pueblos ind²genas, pobreza y desarrollo humano en Am®rica Latina: 1994-2004. Versi· n electr· nica disponible en: https://go.worldbank.org/TXWP6Y78N0)*[222].

Evidentemente, esta valoraci· n que es planteada justamente por organismos internacionales (Banco Mundial, Organizaci· n Panamericana de la Salud, Organizaci· n Mundial de la Salud, entre otros) que no resultan ser representativos de las comunidades ind²genas, pone en consideraci· n la real magnitud de la situaci· n cr²tica, que efectivamente vivencian estas comunidades, en cuanto a la desventaja econ· mica que los homologa.

---

[221] World Bank, Pueblos ind²genas, pobreza y desarrollo humano en Am®rica Latina: 1994-2004. Versi· n electr· nica disponible en: https://go.worldbank.org/TXWP6Y78N0.

[222] Seg¼n este informe, los ind²genas de Bolivia, Ecuador, Guatemala, M®xico y Per¼ contin¼an teniendo menos a¶os de educaci· n, y aunque la brecha se est§ reduciendo, lamentablemente los resultados educacionales son sustancialmente peores para los ind²genas (é). Los ind²genas, especialmente mujeres y ni¶os, contin¼an teniendo menor acceso a servicios b§sicos de salud [ñComunidad Curruhuinca: en defensa de sus tierras ancestralesò, *Radioteca*, Servicio Paz y Justicia (Argentina). Fecha de producci· n: 20 de marzo de 2019, Revisado el 15/09/2019].

El pueblo originario m§s numeroso de nuestro pa²s es la comunidad mapuche[223]. Esta poblaci· n, atravesada por distintos factores de vulnerabilidad, plantea una fuerte resistencia a las condiciones de exclusi· n que encuentran en las pol²ticas impartidas por el Estado argentino. De ah² que, los mapuche han logrado preservar su lengua, sus danzas, su filosof²a y sus costumbres, adem§s de haber conseguido que la Constituci· n incluyera su ñpreexistenciaò[224]. Del mismo modo, esta comunidad, que lucha por construir un estado multicultural, consigui· reconstruir sus · rganos de gobierno a partir de su propia noci· n de autonom²a[225].

El pueblo mapuche posee sus propias pr§cticas medicinales, su educaci· n y su sistema de justicia. Sin embargo, independientemente de compartir estas caracter²sticas generales, las comunidades mapuche se caracterizan por poseer gran diversidad en su territorio, y cada comunidad se organiza seg¼n su necesidad o su prioridad territorial[226]. En el caso de la provincia de Neuqu®n, el pueblo mapuche, que actualmente cuenta con 70 comunidades, se nuclea bajo la organizaci· n de la Confederaci· n Mapuche de Neuqu®n.

Seg¼n afirma Ver· nica Huilip§n[227](2017), en los a¶os 60, en la provincia de Neuqu®n, cuando hab²a once comunidades mapuche, contaban con un instrumento de organizaci· n denominado ñConfederaci· n Ind²gena Neuquinaò Huilip§n (2017:3) afirma que: ñen los 60 la que llam· a parlamento, a *traun*, fue una mujer, la *lamien* Carmen (Carmen Manqui, de la comunidad de El Huec¼), vienen autoridades, varones y mujeres, hacen el *traun* y deciden avanzar hacia un sistema de

[223] Esta comunidad, actualmente, habita en las provincias de Neuqu®n, R²o Negro y Chubut, con algunas comunidades dispersas en La Pampa y en la provincia de Buenos Aires. Asimismo, la organizaci· n poblaci· n es heterog®nea y depende, puntualmente, de las pol²ticas ind²genas que ha implementado cada provincia [V®ase Salgado, J., Gomiz, M. y Huilip§n, V. (2008), Cap. 1: ñIntroducci· nò En: *Informe de situaci· n de los Derechos Humanos del Pueblo Mapuce en la Provincia del Neuqu®n*, Observatorio de Derechos Humanos de Pueblos Ind²genas: Gr§fica Althabe, p.7].

[224] Schvartzman, A. ñTienen que hacerse cargoé , Op. Cit., p. 1.

[225] Schvartzman, A. (2017), ñTienen que hacerse cargoé , *Ibid*.

[226] V®ase ñProyecto de Interrupci· n Voluntaria del Embarazo desde los pueblos originariosò Radio Mestiza: entrevista a Ver· nica Azpiroz Cle¶an. Universidad Nacional Arturo Jauretche. (Revisado el 9/8/2020), http://radio.unaj.edu.ar/vero-azpiroz-clenan-mapuche-doctorada-en-salud-nos-cuenta-su-vision-del-proyecto-de-aborto-legal/

[227] Ver· nica Huilip§n es *werken* (vocera) de la Confederaci· n Mapuche de Neuqu®n y secretaria ejecutiva del Observatorio de los Derechos Humanos de los Pueblos Ind²genas. Hace m§s de tres d®cadas que defiende y reafirma los derechos del pueblo mapuche. Asimismo, es fundadora del Sindicato de Trabajadoras Dom®sticas de Neuqu®n y protagonista de m¼ltiples luchas en defensa del territorio mapuche.

organizaci· n que los representeò[228]. Sin embargo, seg¼n comenta Huilip§n (2017), ñel partido del poder en Neuqu®n, el Movimiento Popular Neuquino (MPN) de la familia Sapag, ya se hab²a involucrado[229] en las comunidadesò[230]. Por este motivo, la comunidad mapuche no consigui· ninguna reivindicaci· n, puesto que, en los a¶os siguientes, atraves· su momento m§s cr²tico respecto al ejercicio de su identidad, porque fueron discriminados y echados de un §mbito mapuche por los propios mapuche[231]. Tal como afirma Huilip§n (2017:3): ñla Confederaci· n Ind²gena era parte de una disputa entre la Iglesia y el gobierno. Unos nos quer²an evangelizar y los otros nos quer²an al servicio clientelar de sus necesidades partidariasò

De este modo, como consecuencia de lo ocurrido en los 60, en la siguiente d®cada se crea la Asociaci· n Mapuche *Newen Mapu*, que significa ñfuerza de la tierraò El objetivo de esta nueva organizaci· n, con tintes asistencialistas, era promover la identidad y colaborar con los mapuche que deb²an movilizarse por razones sanitarias o por tr§mites a la Casa de Gobierno, o al Ministerio de Desarrollo Social, y deambulaban por la plaza, durmiendo en pasillos de los hospitales[232].

Posteriormente, a finales de los 80, en un tiempo de reivindicaci· n identitaria en t®rminos culturales, con el conocimiento de los fracasos anteriores[233], la comunidad mapuche neuquina consigue redefinirse y reorganizarse en la Confederaci· n Mapuche de Neuqu®n. De ah² que, en los 90, se alejaron de la urbanidad, para entregarse al proyecto de reconstruir la Naci· n Mapuche[234]. As², con el compromiso pol²tico de reconstruir la Naci· n y generar un acto simb· lico que rompa las fronteras estatales, el movimiento ind²gena gener· una autoconvocatoria

---

[228] Seg¼n Huilip§n (2017:12): ñcada *traun*, sea una reuni· n comunitaria, sea en el centro cultural, en la organizaci· n, en la Confederaci· n, en el Parlamento, es un espacio de autoformaci· n. Son procesos de autoformaci· n, y as² personas que eran simples pobladores de una comunidad, hoy son *longko* o *werken* de su comunidadò

[229] Seg¼n Ver· nica Huilip§n (2017), en los a¶os 60, ñel gobernador hab²a empezado a ser ñparienteò de las comunidades porque empez· a meterse, hizo compadre a uno, comadre a la otra y empez· a tener ahijados por todos lados, ®sa fue su estrategia de intervenci· n del MPNò [Schvartzman, A. (2017), ñTienen que hacerse cargoé , Op Cit., p. 3].

[230] Schvartzman, A. (2017), ñTienen que hacerse cargoé , Op Cit., p. 3.

[231] *Ibid*, p. 4.

[232] V®ase Schvartzman, A. (2017), ñTienen que hacerse cargoé , Op Cit., p. 3

[233] Huilip§n plantea que, dentro de estos fracasos, se encuentra el funcionamiento del parlamento, puesto que afirma que ®ste no era aut· nomo, porque estaban los *longkos* ñrepresentandoò a las comunidades, pero en realidad los que manejaban las reuniones eran: el director de Tierras, el ministro de Acci· n Social, el ministro de Salud, el secretario de Gobierno, entre otros representantes pol²ticos del MPN.

[234] *Ibid*, p.

en Ecuador para el reencuentro de las naciones originarias del *Abya Yala*, a ra²z de los festejos que organizaba Espa¶a para el Quinto Centenario[235]. Respecto a dicho encuentro, Huilip§n (2017:5) afirma:

> ñosotros (est§bamos) reunidos adentro definiendo estrategias hacia la reconstrucci· n de las nacionalidades originarias, y afuera las armas largas apuntando. En ese marco nos encontramos. El compromiso pol²tico de Ecuador fue reconstruir nuestro sistema aut· nomo, volver al sistema de las autoridades tradicionales, redefinir las jurisdicciones ind²genas y hacer un planteamiento fuerte al mundo occidentalò

En este per²odo de reorganizaci· n, en la d®cada del 90, la comunidad mapuche neuquina se reconstruye en una Naci· n, forjando s²mbolos propios. Entre estos surge: la *wenufoye*[236] (la Bandera) y el *mapudungun* (la lengua, que estaba por desaparecer y resurge por el empleo del grafemario)[237]. Evidentemente, este reordenamiento busca construir alternativas al capitalismo:
sociedades multiculturales (Ecuador), sociedades interculturales (Chile), o bien, un pa²s plurinacional (Bolivia). En Argentina, sucede algo similar, aunque estos temas reci®n est§n comenzando a surgir de manera incipiente, a partir del intento de

---

[235] V®ase Schvartzman, A. (2017), ñTienen que hacerse cargoé , Op Cit., p. 5.

[236] La *wenufoye* en el medio tiene un c²rculo amarillo que es el *kultrun* (el tambor mapuche), pero tambi®n es el sol y tiene cuatro partes, y en cada parte tiene un s²mbolo estelar (Ver imagen en *ANEXO*).

[237] La escritura del mapuche o *mapudungun*, lengua hablada en Chile y Argentina por los mapuche, est§ formada por alrededor de 15 alfabetos o grafemarios que se han usado desde el siglo XVII hasta la actualidad para registrarlo de forma escrita. Actualmente, se utilizan 26 letras, y cada sonido del *mapudungun* es representado por una sola letra. As², por ejemplo, la ñcòse pronuncia ñchò raz· n por la cual la Confederaci· n escribe ñMapuceò Del mismo modo, la lengua que hablan los mapuche tiene una vocal m§s que el castellano. La escriben ñVò y para pronunciarla hay que disponer la boca como para pronunciar la ñò pero tratando de pronunciar la ñuò Los mapuche no hab²an desarrollado un sistema de escritura a la llegada de los conquistadores, por lo que, en principio, los sacerdotes adaptaron el alfabeto espa¶ol para escribir libros que les ayudaran a los misioneros a evangelizarlos en su propia lengua. En *Newen Mapu* hab²a un ling¿ista mapuche, Anselmo Ragileo, que estaba construyendo un grafemario que respetara la fon®tica del *mapudungun*, porque si bien hab²a diccionarios mapuche-espa¶ol, ninguno respetaba la fon®tica y todos deformaban el idioma. De este modo, ñla lengua mapuce, *mapuzugun,* encierra un vasto contenido simb· lico, filos· fico, ideol· gico y cultural, imposible de ser traducido de manera exacta al castellanoò(Garc²a Gualda, 2015:593). De esta manera, en el parlamento del a¶o 2000, los mapuche aprobaron y oficializaron el sistema grafemario, con el nombre de Anselmo Ragileo, y as² comenz· a ser impartido en el Centro de Educaci· n Mapuche. El objetivo que persigue el pueblo mapuche al escribir mediante el grafemario apunta a usar las mismas herramientas con las que esta comunidad fue dominada, pero esta vez para descolonizarse (V®ase Schvartzman, A. (2017), ñTienen que hacerse cargoé , Op Cit., pp. 5-16).

transformar un Estado que se presenta como racista y monocultural, en uno plurinacional. Pese a las diferencias en los avances conseguidos en cada Estado, en todos los casos, la tarea inmediata que se propone el pueblo mapuche se centra en: *volver a ser* (Huilip§n, 2017:6-7).

Evidentemente, ese ansiado anhelo de la comunidad mapuche, en clave de decolonizaci· n, que busca reconstruir su identidad, su historia y su ancestralidad, irrumpe con fuerza, a partir de reivindicar las ideas promulgadas por la Declaraci· n sobre la raza y los prejuicios raciales (1978):

> ñLa identidad de origen no afecta en modo alguno la facultad que tienen los seres humanos de vivir diferentemente, ni las diferencias fundadas en la diversidad de las culturas, del medio ambiente y de la historia, ni el derecho de conservar la identidad cultural. Todos los pueblos del mundo est§n dotados de las mismas facultades que les permiten alcanzar la plenitud del desarrollo intelectual, t®cnico, social, econ· mico, cultural y pol²ticoò

Para el logro de esta propuesta, la comunidad mapuche neuquina elabor· un proyecto de educaci· n intercultural, que busca equiparar el conocimiento tradicional mapuche con el conocimiento acad®mico, a partir de articular un nuevo curr²culo en el sistema educativo formal[238]. Sin embargo, este enfoque se proyecta sobre un marco de tensi· n no solo entre la tradici· n mapuche y la cultura occidental, sino tambi®n respecto a una resistencia interna entre lo arcaico, que caracterizaba el aspecto institucional de la Confederaci· n, con lo nuevo que se viene gestando en la actualidad[239].

Pese a las tensiones, el avance de la comunidad mapuche para conseguir el reconocimiento y el respeto a sus costumbres se produce en distintos frentes. En la provincia de Neuqu®n, el trabajo se plantea a partir de la divisi· n de la provincia en cuatro zonas territoriales. Inicialmente, cada zona ten²a su Consejo Zonal.

[238] V®ase Schvartzman, A. (2017), ñTienen que hacerse cargoé , Op Cit., p. 11.
[239] V®ase Schvartzman, A. (2017), *Ibid*, p. 12.

Actualmente, los Consejos son seis. De all² que, en cada Consejo Zonal, se trabajan t· picos espec²ficos. Entre estos se encuentran: el reconocimiento del registro civil propio; la educaci· n (propia y la transformaci· n del sistema formal); el di§logo con la Direcci· n de Parques Nacionales para la conservaci· n de la biodiversidad; los aspectos econ· mico-productivos; el *K¿me Felen* (el buen vivir); el idioma (con talleres, cursos y materiales did§cticos); y finalmente, tambi®n, se trabaja la construcci· n pol²tica a nivel nacional, continental y mundial[240].

Este accionar pol²tico que, en gran parte, se encuentra empu¶ado y robustecido por el rol que han asumido las mujeres mapuche, genera un dinamismo interno que se levanta contra las formas de opresi· n que las han hostigado hist· ricamente. En palabras de Garc²a Gualda (2013:55): ña partir de asumirse pol²ticamente como mujeres e ind²genas (y pobres) comienza a tejerse una nueva realidad para estas actoras, desplaz§ndose los l²mites entre lo p½blico y lo privadoò Queda claro que este protagonismo pol²tico, del que las mujeres mapuche se han apoderado, se afianza con suma coherencia sobre la hist· rica lucha que vienen llevando los mapuche en defensa de su concepci· n comunitaria del territorio y el trabajo colectivo, como componente articulador del entramado socio-productivo que los caracteriza como comunidad[241].

Sin embargo, estas mujeres son conscientes de todo el trabajo que queda por delante respecto al reconocimiento y respeto cultural que deben gestar y reformular en el accionar pol²tico-cultural cotidiano. Por el mismo motivo, tambi®n parten de la necesidad de construir, desde la participaci· n pol²tica, una relaci· n horizontal que respete, valorice y considere los aportes de la cosmovisi· n mapuche y su perspectiva epist®mica. Esto resulta fundamental, como medida primaria, para que estas comunidades puedan comenzar a edificarse, consiguiendo el respeto por su identidad y su concepci· n del buen vivir, dejando atr§s, finalmente, la hist· rica discriminaci· n y marginalidad a la que fueron sometidos, como producto de la Conquista y posterior colonizaci· n.

---

[240] V®ase Huilip§n (2017:12), en: Schvartzman, A. (2017), ñTienen que hacerse cargoé , Op Cit.
[241] V®ase Garc²a-Gualda, S.M. (2015). Cuerpos Femeninos / Territorios Feminizados: é , Op, Cit., p. 590.

Por este motivo, resulta sustancial para las comunidades ind²genas de nuestro pa²s, y para la mapuche en particular, que se produzca una construcci· n consensuada, pero fundamentalmente participativa, con representantes propios, en la disposici· n y creaci· n de pol²ticas p¼blicas. Evidentemente, esto supone que est®n en una situaci· n que les permita tomar decisiones. Por ello, el reclamo de la comunidad mapuche, actualmente, se centra en la elaboraci· n seria y cr²tica del pr· ximo Censo[242], para contar con una cifra certera de la cantidad de habitantes ind²genas que pueblan la Argentina. En palabras de la referente mapuche Ver· nica Azpiroz Cle¶an (2020), una de las organizadoras del Tejido de Profesionales Ind²genas[243]:

> ñSi no sabemos cu§ntos somos y en qu® estado nos encontramos no podemos generar pol²ticas p¼blicas sobre lo que no conocemos. En la plantilla censal no se reconoce la lengua ind²gena, por ejemplo. Hay un retraso en la medici· n e incorporaci· n de la variable ®tnica en las pol²ticas p¼blicas. Hoy en d²a, por ejemplo, no se sabe cu§ntos ind²genas murieron por COVIDò[244].

En este sentido, es interesante detenerse en las experiencias y los avances que otras comunidades ind²genas latinoamericanas han podido generar a partir de ser

---

[242] Con la elaboraci· n seria y cr²tica del pr· ximo Censo, nos referimos a los reclamos que la comunidad expuso en el marco del Seminario Internacional de Pueblos Ind²genas en el Censo 2020 (este Seminario se realiz· el 2 de septiembre de 2019, en el auditorio de la C§mara de Diputados de la Naci· n). All², Azpiroz Cle¶an plante· la necesidad de participar activamente en el ñdise¶o conceptual pre-censal, censal y post-censalò, programado para el a¶o 2020 (el cual no tuvo lugar, producto de la Pandemia por COVID-19). Puesto que, seg¼n denuncian, no se han planteado mecanismos de consulta, ni metodolog²as para que las organizaciones ind²genas, que son m§s de 1.500 comunidades, puedan tener voz y plantear propuestas superadoras, en las que efectivamente se encuentren incluidos.

[243] Tejido de Profesionales Ind²genas, es una red creada en julio del 2018 por iniciativa de ciudadanos argentinos pertenecientes a los pueblos originarios. Tiene el prop· sito de generar un di§logo de saberes entre el conocimiento ancestral y el conocimiento cient²ficos. Sus integrantes han pasado por distintas universidades del pa²s, adem§s hablan su propia lengua, el castellano y algunos hablan otras lenguas extranjeras. En el grupo est§n representados 19 pueblos y 9 comunidades ling¿²sticas. Uno de los principales desaf²os dentro de la red ha sido la posibilidad de hacer encuentros presenciales, debido a la gran extensi· n de la geograf²a argentina. Disponible en: https://latinno.net/es/case/1164/

[244] Oliva, L. Ver· nica Azpiroz Cle¶an: "Crec®s con el mandato de no decir que sos ind²gena", *La Naci· n*, Entrevista. Publicada el 14 de julio de 2020. (Revisada el 10 de agosto de 2020). Disponible en website: https://www.lanacion.com.ar/comunidad/veronica-azpiroz-clenan-creces-mandato-no-decir-nid2388251

considerados en registros censales. Puesto que, esta incorporaci· n, pone en evidencia y en contemplaci· n distintos elementos que resultan centrales para la auto-identificaci· n ®tnica. En el caso de Colombia, Bolivia y Guatemala, estos logros se han plasmado en la construcci· n de planes sanitarios situados, que responden a la mirada epist®mica ind²gena de estas comunidades. As², Azpiroz Cle¶an (2019) afirma que:

> ñ(En) Colombia tienen mapas geolocalizados en relaci· n a c· mo categorizan los pueblos originarios los procesos de salud-enfermedad. Por ejemplo, est§ pintado el mapa de todo Colombia de acuerdo a c· mo cada pueblo concibe el proceso de salud-enfermedad. As², hay zonas que est§n pintadas de gente que padece: mal de ojo, empacho, posparto, enfriamiento de coxis luego del posparto, o bien de apariciones de fuerzas que convocan a lo que ellos llaman los *mamos* o los m®dicos tradicionales a adoptar la capacidad de sanarò[245].

De all² que, la importancia de incorporar ciertos indicadores, propuestos por las comunidades ind²genas, en el registro censal radica en que: estas comunidades puedan elaborar sus propios interrogantes, para poder interpelarse y responderse seg¼n su propia epistemolog²a. Sumado a lo dicho, es imprescindible considerar que, tal como afirma Azpiroz Cle¶an (2019): ñel Censo tarda alrededor de tres a¶os en dar los resultados, y si una lengua est§ en peligro de extinci· n no se puede esperar este tiempo para tomar medidasò Razonablemente, estar en conocimiento de estas situaciones les posibilita, a las comunidades ind²genas de nuestro pa²s, crear su propio sistema de informaci· n estad²stica con posterior independencia del Censo[246].

Respecto a la problem§tica sanitaria, la situaci· n es an§loga a la planteada con la posible extinci· n de una lengua. Precisamente, la similitud no se presenta

[245] ñLa necesidad de la presencia ind²gena en el Censo 2020ò Entrevista a Ver· nica Azpiroz Cle¶an, *Radioteca*, Servicio Paz y Justicia, Fecha de producci· n: 11 de septiembre de 2019. Recuperado el 02/11/2019.
[246] V®ase ñLa necesidad de la presencia ind²gena en el Censoé ò *Ibid*.

solamente en t®rminos de posible declive, sino, m§s cabalmente, en la factible lectura equ²voca que se haga de los datos conseguidos. Puesto que, si no se atienden censalmente los determinantes sociales de la salud con criterios ind²genas propios, desde la participaci· n activa de sus protagonistas (en la elaboraci· n de criterios y valoraci· n posterior de los datos obtenidos), lo ¼nico que se genera es una interpretaci· n sesgada, producto del etnocentrismo. Claramente, esta simplificaci· n parte de una preconceptualizaci· n respecto a las caracter²sticas de la situaci· n sanitaria (social y cultural) particular de las comunidades ind²genas.

Pues, el Censo no debe centrarse en recabar informaci· n cuantificable respecto al acceso a la salud de las comunidades ind²genas, puesto que esta informaci· n solo plantea un dato aislado respecto a la cantidad de personas ind²genas que son atendidas y acceden al sistema biom®dico de salud. Empero, resulta claro que, esta variable, no manifiesta todos los determinantes sociales de la salud, que intervienen en la falta de acceso. Es decir, no se plantea de manera expl²cita la carencia de acceso al agua o al territorio, ni tampoco los determinantes vinculados a la ñafectaci· n de los ni¶os en situaciones de despojo o vulneraci· n de derechos, respecto a la alimentaci· n, al agua, a la seguridad de permanecer en su territorioò[247].

Resulta prioritario reflexionar respecto a los factores que afectan e intensifican la problem§tica sanitaria de las comunidades ind²genas y rurales, porque estos determinantes sociales de la salud deben ser centrales para abordar la cuesti· n sanitaria, sin caer en un reduccionismo. De all² que, el acceso a la salud debe ser cuantificado a partir de considerar, entre otras variables: ñescasez de agua, asistencia m®dica deficiente o nula, ausencia de medios de transporte y comunicaci· n, m²nima asistencia educativa, ausencia de saneamiento ambiental, control inexistente de plagas y parasitosis animal y humanaò (Carrasco, 2002:395-6).

Pensamos que poner en consideraci· n la forma de recabar datos seg¼n variables propuestas por los participantes, con sus respectivos criterios de interpretaci· n, es una manera de poner en cuesti· n no solo los instrumentos poco

[247] ñLa necesidad de la presencia ind²gena en el Censoé ò, *Ibid*.

representativos que se emplean, sino tambi®n, es un modo de evidenciar las caracter²sticas del abordaje intercultural que se propone desde la perspectiva eminentemente (de la intencionalidad) pol²tica. Puesto que, ®sta posibilita o niega dar voz a la realidad (hist·rica, econ·mica, sanitaria) que vivencian estas comunidades, que han sido las m§s castigadas y marginadas, desde la colonizaci·n a este tiempo.

Por este motivo, en consonancia con el planteo de G·mez y Trentini (2020:117-8), asumimos como premisa fundamental que: acceder a determinados derechos est§ vinculado con ñla capacidad de encarnar im§genes ideales o estereotiposò. Dicho de otro modo, la conquista del acceso a ciertos derechos o intereses espec²ficos, que se presentan categ·ricamente como derechos humanos b§sicos, generalmente, se ve obstaculizado por factores pol²ticos, econ·micos y culturales, que obligan al sector vulnerado a tensionar las formas de expresi·n para que su voz sea tenida en cuenta. Precisamente, en este punto, radica la importancia de que las identidades tengan la posibilidad real de ser reconocidas en la magnitud de su construcci·n hist·rica. De all² que, tal como afirman las autoras:

> ñCuando estos ideales o estereotipos son recuperados de manera acr²tica invisibilizan las relaciones de poder y dominaci·n y construyen al ñotroò como una identidad total, con lo que borran diferencias y construyen una verdad evidente m§s all§ de los vai-venes de la historiaò[248].

Respecto a este constructo identitario, que se gesta como fruto de las resistencias que se producen entre la enf§tica distancia de poder, que portan las posiciones de clara dominaci·n y las de profunda subordinaci·n, resulta fundamental que las reivindicaciones culturales adquieran un papel de efectivo reconocimiento e insondable respeto[249]. De modo tal, que promuevan el quiebre de los estereotipos

[248] G·mez y Trentini (2020), Op. Cit., pp. 117-8.

[249] Respecto a esta necesidad de reconocimiento y respeto de su cosmovisi·n, por la que luchan hist·ricamente los pueblos ind²genas latinoamericanos, G·mez y Trentini (2020:117-8) afirman que: ñ(Las) marcas diacr²ticas como la lengua, las ceremonias, la vestimenta son las que apoyan el di§logo intercultural, debido a que el concepto de ñculturaò ð asociado a la ñidentidadò de ñlos otrosòð es fuertemente esencialista y no acepta

de subalternidad, al que fueron arrojadas las comunidades ind²genas de nuestro pa²s. Sobre este aspecto, G· mez y Trentini (2020:117-8) afirman que: ñpara quienes se reconocen como ñind²genasò o ñpueblos ind²genasò, la cultura contin¼a siendo una categor²a cargada de contenidos cerrados en un orden interno, m§s all§ de los cambios y procesos hist· ricosò.

Consecuentemente, para promover el quiebre de los estereotipos de subalternidad, las comunidades ind²genas de nuestro pa²s plantean fuertes pr§cticas de activismo y visibilizaci· n, en las que las mujeres mapuche asumen el rol de denunciar la permanente violaci· n de los derechos b§sicos de los pueblos originarios, como tambi®n as², la violencia (institucional, social, econ· mica y cultural), y la situaci· n de subordinaci· n y opresi· n, en la que sus comunidades son despojadas de toda posibilidad de reafirmarse y re-enunciarse desde sus propios valores morales y culturales.

En este plano, resulta pertinente retomar la perspectiva que plantea Spivak (1996), respecto a la relevancia de completar el acto de habla, en la circularidad de la formulaci· n y su respectiva recepci· n. Seg¼n el planteo de Spivak, el subalterno no puede hablar en el sentido de que no puede ser o²do, reconocido, comprendido. En tanto que se la relaciona con un acto de habla fallido (en el sentido de Austin, 1962). Puesto que, seg¼n Spivak, cuando el subalterno no puede hablar, quiere decir que incluso cuando el subalterno hace un esfuerzo para hablar, no es capaz de ser o²do, o de completar un acto de habla [*Traducci· n propia*] (Spivak,1996, pp. 287-308). En efecto, es en la habilitaci· n real de puentes dial· gicos, donde la importancia de que la enunciaci· n, en este caso la denuncia, cobre el vigor y devenga en la concesi· n y reparaci· n de los derechos hist· ricamente vulnerados.

Por este motivo, el presente trabajo plantea la necesidad de reflexionar respecto a la importancia de adoptar, en el §mbito de la salud neuquina de Las Coloradas, una concepci· n de justicia epist®mica. Puesto que dicha concepci· n de justicia permite comprender la violencia que se produce, desde el plano epist®mico, cuando se pretende plantear con neutralidad el hecho de considerar como valiosa

contradicciones ni cambios, de modo que no tiene en cuenta que las identidades se construyen en contextos de dominaci· n e intercambio que posibilitan o niegan determinados tipos de identificaci· nò(Clifford, 1988, citado en G· mez y Trentini, 2020).

la conservaci· n de los rasgos originarios de una cultura, en detrimento de otras que nos interpelan desde las milenarias relaciones de g®nero, etnia y clase, primordialmente cuando emerge un sujeto pol²tico que ejerce y demanda titularidad de derechos sobre su cuerpo (V®ase Feltri, 2016). De all² que, la injusticia epist®mica genera y naturaliza pr§cticas de subordinaci· n y de subalternidad dominantes sobre otras cosmovisiones culturales.

De esta manera, consideramos que debe replantearse de manera cr²tica el rol que desempe¶an los diversos dispositivos institucionales (escuelas, hospitales, hospicios, ej®rcitos, iglesias, registros civiles), respecto a la colonialidad del poder, del saber, del ser y del vivir. Puesto que, la dominaci· n que ejercen estos dispositivos en la articulaci· n entre capitalismo, patriarcado y colonialismo es de gran envergadura. De all² que, tienen la capacidad de plantear como subalternas otras pr§cticas y conocimientos, que son reenviados al status de folklore, curander²a, saber tradicional, educaci· n familiar, todo ello en inferioridad material, ideol· gica y simb· lica respecto del conocimiento cient²fico[250]. En este sentido, resulta fundamental comprender el estado de situaci· n al que se somete a las comunidades ind²genas a las que se les infringe una posici· n subalterna respecto a las necesidades b§sicas que ®stas presentan en el §mbito sanitario.

Tal como advierte Men®ndez (1990), el proceso de salud/enfermedad/atenci· n es un modo de constituci· n de los sujetos, de sus cuerpos y sus psiquis, y el padecimiento es un hecho social. Ambos est§n anudados a significados hist· ricamente construidos, que por medio de la ñatenci· nò se instituyen modos de pensar e intervenir[251]. En este aspecto, ñmedicar es un acto pol²tico, as² como tambi®n lo son atender, intervenir, tratar, internarò De all² que, ñestas pr§cticas y sus sustentos cient²ficos (ideol· gicos) son procesos de saber/poder, anudamientos de control, habilitaci· n y prohibici· n, normalizaci· n y legitimaci· n de lo que puede hacerse con los padecimientos, qui®nes deben hacerlo y c· mo hacerloò[252].

---

[250] V®ase Interculturalidad y salud. Capacitaci· né Op. Cit., pp. 54-5.
[251] Men®ndez (1990) Antropolog²a M®dica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. CIESAS, M®xico, 1990, citado en: Interculturalidad y salud. Capacitaci· né Op. Cit., pp. 54-5.
[252] Interculturalidad y salud. Capacitaci· né Op. Cit., pp. 54-5.

En efecto, resulta fundamental, en el marco de la salud neuquina, partir de una concepci· n de justicia epist®mica, basada en el di§logo intercultural y respetuoso. Puesto que, la interculturalidad comienza a construirse modificando las pr§cticas cotidianas, en el contexto en el que se entrecruzan quienes est§n a cargo de hacer realidad las pol²ticas de salud y quienes resultan ser sus beneficiarios directos[253]. Por ello, es importante entender que la clave est§ en el Nivel de Atenci· n Primaria y en las acciones de promoci· n y cuidado, como as² tambi®n, en los lazos sociales que se construyan a nivel comunitario con la poblaci· n ind²gena[254]. Precisamente, es en este encuentro, que debe partir de la alteridad, donde deben construirse pol²ticas p¼blicas de salud que respondan no solo a los valores morales y culturales de la comunidad ind²gena Mapuche, sino tambi®n a lo que dicha comunidad reconoce como necesidad sanitaria desde su cosmovisi· n[255].

[253] De ah² la importancia de m®dicos/as, enfermeros/as, profesionales, auxiliares de la salud, personal administrativo, agentes sanitarios, personal de apoyo, que trabajan diariamente desde la Posta de Salud m§s alejada e inaccesible hasta los grandes Hospitales. [Interculturalidad y salud. Capacitaci· né Op. Cit., p. 74].

[254] Interculturalidad y salud. Capacitaci· né , *Ibid*.

[255] Respecto al reconocimiento de las necesidades propias, la comunidad mapuche, se enfoca en la presentaci· n de un proyecto de Ley de Creaci· n de Censo Nacional Ind²gena y Sistema de informaci· n propio de Indicadores para el Buen Vivir, cuya autor²a pertenece al Tejido de Profesionales Ind²genas y fue presentado por M· nica Macha. Esta presentaci· n fue apoyada por diferentes referentes pol²ticos territoriales de diferentes pueblos del pa²s, que participaron en el Seminario Internacional de Pueblos Ind²genas en el Censo 2020. Tambi®n, participaron la Organizaci· n Nacional de Colombia, ONIC; los diputados M· nica Macha, Daniel Filmus y Horacio Pietragalla. [ñLa necesidad de la presencia ind²gena en el Censo 2020ò, Entrevista a Ver· nica Azpiroz Cle¶an, *Radioteca*, Op. Cit., 11 de septiembre de 2019. Recuperado el 02/11/2019].

CAPÃTULO 4

PROGRAMAS DE SALUD INTERCULTURAL EN LA PROVINCIA DE NEUQU£N Y EN LAS COLORADAS

"Los ámbitos estatales de trabajo (…) deben ser analizados considerando las múltiples disputas existentes en su interior entre distintos grupos localmente situados".
Anabel Beliera, 2016.

Para abordar los Planes Sanitarios aplicados en la provincia de Neuqu®n[256], resulta interesante comenzar con una breve historizaci· n respecto a los lineamientos pol²ticos que definieron las bases ideol· gicas de las pol²ticas p½blicas llevadas a cabo en la atenci· n sanitaria neuquina. De este modo, veremos que la perspectiva que involucra la interculturalidad en salud se ha planteado dentro de los objetivos sanitarios de algunos de estos planes, aunque sin correlato efectivo en la disposici· n de las partidas presupuestarias destinadas a estos efectos.

[256] Tal como relata Beliera (2016), ñla provincia de Neuqu®n fue creada en el a¶o 1955, cuando desde el gobierno nacional se tom· la decisi· n de dar autonom²a a algunos de los denominados Territorios Nacionalesò No obstante, este proyecto de autonom²a pol²tica no se hizo efectivo en ese per²odo, debido al golpe de estado nacional. De all² que, reci®n tres a¶os despu®s se desarrollaron las primeras elecciones gubernamentales, siendo electo el partido Uni· n C²vica Radical Intransigente (UCRI). Este partido (UCRI) fue derrotado en las elecciones siguientes (las del a¶o 1962), por el partido denominado: Movimiento Popular Neuquino (MPN), con Felipe Sapag como gobernador [V®ase Beliera, A. ñPensar al Estado como §mbito de trabajo. Reflexiones a partir de la experiencia de trabajadores de salud p½blica de Neuqu®n (2005ï 2013)ò, *Estudios Sociales del Estado*, vol. 2 (3), primer semestre de 2016, pp. 180-211].

Desde inicios del siglo XX (entre 1910 y 1914)[257], centrados en el higienismo[258], como corriente filos· fico-pol²tica de ®poca, y con v²speras a la construcci· n de las nuevas sociedades territorianas, la regi· n de Neuqu®n demand· y gestion· la edificaci· n de un Hospital. Este proyecto fue aprobado con un decreto entre el gobernador Adalberto Pagano[259] y la direcci· n Nacional de Arquitectura. Sin embargo, tal como relata Vega (2013), la historia oficial neuquina recuerda que el Congreso Nacional aprob· en 1910 un subsidio para instalar un hospital en Neuqu®n[260], pero que, por ñmaniobras pol²ticas, lo desplazaron a la ciudad de Allenò[261].

De este modo, entre tensiones y maniobras viciadas, se constituy· el pasaje del territorio nacional a la conformaci· n de la provincia de Neuqu®n[262]. En ese mismo a¶o asumi· la gobernaci· n Jorge Edelman y luego Alfredo Asmar, representantes de la Uni· n C²vica Radical Intransigente. En su mandato se elabor· una Constituci· n que contempl· la creaci· n de una Direcci· n General de Salud P½blica y la divisi· n del territorio en Jefaturas de Zonas Sanitarias. Esta

---

[257] Seg½n Vega (2013), ñla historia de la construcci· n de hospitales regionales se inicia en 1906, cuando la Ley 4963 destina el 25 % de lo recaudado en la Loter²a Nacional a la construcci· n de hospitales y asilos regionalesò [Vega, G. (2013), *Silencioé hospital*, *PROYECTO ALLEN,* Publicado el 30/03/2013. Disponible en website: http://www.proyectoallen.com.ar/3/?p=3919 (Revisado el 07/09/2020)]

[258] *ñLa memoria acerca de los modos de saber y hacer salud, como las formas arquitect· nicas utilizadas, nos hablan de una etapa de construcci· n de la ñutop²a higienistaò(Kohl A. 2006), utop²a liberal, paradigma funcional y en armon²a con un sistema dominante, expresi· n de un modelo econ· mico de desarrollo agroexportador, simiente del capitalismo en gestaci· nò*[Vega, G. (2013), *Silencioé hospital*, *PROYECTO ALLEN, é ,* Op. Cit.]. Del mismo modo, esta perspectiva higienista, se plantea en el marco de una moralidad que se erige como par§metro de intercambio monetario, como si ambos criterios (limpieza y moral) fuesen sin· nimos, m§s all§ del terreno sanitario, que nos permiten o nos niegan ser aceptados por el ñmundoò para comerciar.

[259] El presidente Agust²n P. Justo design· a Adalberto Pagano como gobernador del Territorio Nacional del R²o Negro. Asumi· el 11 de septiembre de 1932 y se mantuvo en el cargo hasta la revuelta militar del cuatro de junio de 1943. Esos casi 11 a¶os al frente de la gobernaci· n siguen siendo, a½n hoy, el registro de mayor permanencia de un gobernador rionegrino, aunque sin el respaldo del voto popular que por entonces estaba vedado a los habitantes de los territorios. [Espinosa, C. ñAdalberto Pagano, aquel gobernador del Territorio que dej· un conjunto de obras de vigencia actualò, *APP: Agencia Period²stica Patag· nica*, Publicado el 1 de enero de 2013, Revisado el 28/09/2020. Disponible en website: http://www.appnoticias.com.ar/desarro_noti.php?cod=4428].

[260] Seg½n afirma Vega (2013): ñAl aprobarse el subsidio del Congreso Nacional, Neuqu®n solo deb²a esperar el inicio de la obra. En 1913 se destin· $251.828,07 moneda nacional para la realizaci· n del Hospital Regional, pero el destino fue Allen (R²o Negro)ò [V®ase Vega, G. *Silencioé hospital,* é , Op. Cit.].

[261] V®ase Vega, G. *Silencioé hospital, é ,* Op. Cit. Tal como afirma Vega (2013). ñLa construcci· n del Hospital Regional en Allen esconde una red de corrupci· n y negocios con la tierraò. Para m§s informaci· n sobre este tema, recurrir a: Taranda, D., Perren, J., Mases, E., Galucci, L. y Casullo, F., (2008), *Silencio hospital. Una historia de la salud p½blica en Neuqu®n,* de Educo, Universidad Nacional del Comahue.

[262] Reci®n en 1958, se provincializa el Territorio Nacional del Neuqu®n.

implementaci· n consigui· efectivizar el traspaso y transferencia de los servicios sanitarios desde la jurisdicci· n nacional a la provincia[263].

El clima que caracterizaba esta ®poca se centr· en un desarrollismo gen®rico[264], que busc· impulsar la b½squeda de fuentes energ®ticas, erigi®ndose como complejo industrial diversificado, sobre las bases desmoronadas del preliminar sistema agro-exportador[265]. En este sentido, los objetivos nacionales se enfocaron en descentralizar la perspectiva centro-periferia, promoviendo la creaci· n de ñpolos de crecimientoò en distintos puntos de pa²s, teniendo como contexto un fuerte influjo inmigratorio[266].

Paralelamente, durante los a¶os sesenta, en la provincia de Neuqu®n, surgi· el Movimiento Popular Neuquino (MPN), en un marco pol²tico que promov²a una mirada planificadora respecto a un desarrollo industrial, que a¼n no se condec²a con las condiciones de vida que experimentaban los habitantes de estos territorios. Puesto que, estos modos de vida revelaban una evidente falta de avance en indicadores b§sicos de bienestar y sobrevivencia[267]. Sin embargo, esta situaci· n fue el escenario perfecto para que los j· venes profesionales e id· neos que llegaban a la provincia, tuvieran la posibilidad de insertarse prontamente en la trama social neuquina, en los diferentes §mbitos que se iban gestando, a la vez que, la autonom²a pol²tica de la provincia se iba consolidando[268].

En cuanto a la atenci· n sanitaria, inicialmente, el abordaje se centr· en un mensaje universalista, que presentaba el acceso a la salud desde un marco de

---

[263] ñLa pol²tica y la salud en la provincia del Neuqu®n durante la d®cada de 1960ò, en: *Sistema de Salud de Neuqu®n*, Fondos de Centro de Documentaci· n "Pensar en Salud" (CeDoPS). Disponible en website: isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentaci· n-Pensar-en-Salud-(CeDoPS)/Sistema-de-Salud-de-Neuqu®n/ (Revisado el 3/9/2020)

[264] Seg¼n Casullo, F. (2016:253-4), en la agenda del gobierno de Frondizi, comenzaba por entonces a ganar espacio la necesidad de promocionar determinadas regiones estrat®gicas, como medio para dinamizar al conjunto del pa²s. Los elementos m§s evidentes de este prop· sito lo conforman: la creaci· n del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y el auge de las regiones como instrumentos de planificaci· n.

[265] V®ase Casullo, F. (2016), ñLo saludable de tener a mano un intelectual en el Estado: Antonio Del Vas y el Plan de Salud Neuquinoò, En: *Trayectorias de intelectuales en el Estado, actas de jornadas de discusi· n*/ Castro, M. ... [et al.]; compilado por Gomes, G.; Vicente, M. - 1a ed. - San Fernando, p. 250.

[266] *Ibid*.

[267] V®ase Casullo, F. (2016), ñLo saludableé , *Ibid*, p. 251.

[268] Sobre este aspecto Casullo (2016) afirma que: ñse concret· un destacado crecimiento de los planteles m®dicos: si en 1960 hab²a tan solo 24, para 1966 su cifra llegar²a a 133. No menos relevante era, a estos efectos, la incorporaci· n de otros especialistas, en particular en las §reas de bioqu²mica, obstetricia y enfermer²a. En cuanto a la infraestructura, el gobierno realiz· una importante inversi· n en la construcci· n de instalaciones sanitarias en diferentes puntos de la provinciaò[Casullo, F. (2016), ñLo saludableé ò, *Ibid*, p. 6].

derecho social inalienable. De esta manera, el aspecto sanitario, cobr· un fuerte protagonismo, que supo ser aprovechado, mediante las pol²ticas de intervenci·n social provincial, por el primer l²der del Movimiento Popular Neuquino, el gobernador Felipe Sapag[269]. De ah² que, tal como afirma Di Liscia, M. S. (2009), ñse impuls· un modelo estatal intervencionista bajo el impacto del desarrollismo, tanto en sus vertientes democr§ticas como autoritarias, que a la vez asum²a como hecho fundamental la descentralizaci·n y co-financiamiento del sistemaò[270]. De esta manera, en el inicio de la d®cada del sesenta, se comenz· la construcci·n del Hospital Bouquet Rold§n y el Hospital de San Mart²n de los Andes. Asimismo, se refaccionaron y ampliaron distintos establecimientos hospitalarios y centros de salud[271].

Con el objetivo de promover el desarrollo y dar soluciones inmediatas en §reas tan delicadas, como: salud, educaci·n y vivienda, en Neuqu®n, se cre· el Consejo Provincial de Sanidad[272]. Este organismo ten²a por finalidad delimitar las grandes avenidas por donde circular²a la asistencia sanitaria[273]. As², partiendo de un alarmante diagn·stico respecto de la situaci·n sanitaria y social, con altos ²ndices de mortalidad infantil y sin atenci·n m®dica para grandes extensiones del territorio, el naciente MPN propon²a un sistema de salud destinado a mitigar las diferencias

---

[269] V®ase Di Liscia, M. S. (2009) Rese¶a*: ñSilencio hospital. Una historia de la salud p¼blica en Neuqu®nò, de Taranda, D., Perren, J., Mases, E., Galucci, L. y Casullo, F., Educo, Universidad Nacional del Comahue, 2008,* Universidad Nacional de La Pampa, *estudios sociales 37*, p. 186. Resulta interesante notar que, en 1970, Felipe Sapag hab²a sido nombrado interventor en Neuqu®n bajo el gobierno de facto del general Juan Carlos Ongan²a, aunque ya hab²a gobernado el territorio y sab²a las necesidades urgentes que hab²a cuando asumi· como gobernador en 1963 [Cippitelli, M., ñEl Plan de Salud de Neuqu®n en el recuerdo de un pediatra. Osvaldo Pell²n rememora el inicio del plan que cambi· a la provinciaò, *LMNEUQU£N*, Neuqu®n, 16 de febrero de 2020]. De esta manera, cuando en marzo del a¶o 1970, tras la renuncia de Rodolfo Rosauer, asume la gobernaci·n Felipe Sapag, nombra como ministro de Bienestar de la provincia al m®dico Alberto Del Vas, que fue el propulsor de un nuevo plan de salud de l²nea ñanti-corporativistaò. Asimismo, Del Vas designa a N®stor Perrone al frente de la Direcci·n General de Salud, al tiempo que intensifica el proceso de radicaci·n en la provincia de sanitaristas y profesionales de la salud del resto del pa²s [ñPublicaciones de la Sociedad de Medicina Rural del Neuqu®n (1980-2006)ò, en: Sistema de Salud de Neuqu®n, Fondos de Centro de Documentaci·n "Pensar en Salud" (CeDoPS), Disponible en website: www.isco.unla.edu.ar/ fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentaci·n-Pensar-en-Salud-(CeDoPS)/Sistema-de-Salud-de-Neuqu®n/Publicacionesé ,(Revisado el 3/9/2020)].

[270] Di Liscia, M. S. (2009) Rese¶a*: ñSilencioé* ò, *Ibid*.

[271] ñLa pol²tica y la salud en la provincia del Neuqu®n durante la d®cada de 1960ò, en: *Sistema de Salud de Neuqu®n*, Fondos de Centro de Documentaci·n "Pensar en Salud" (CeDoPS), Op. Cit.

[272] Evidentemente, este desarrollo se llev· a cabo entre 1958 y 1962, en un contexto pol²tico signado por una democracia restringida, en la que el peronismo estaba proscripto [Para mayor profundizaci·n del contexto hist·rico-pol²tico v®ase Casullo, F. (2016), Op. Cit., p. 253].

[273] V®ase Casullo, F. (2016), Op. Cit., p. 253.

regionales y sociales[274]. En palabras de Sapag, resultaba necesario ñdotar a los centros asistenciales fijos y crear una asistencia ambulatoria que proteja la poblaci· n y en especial a la ni¶ezò[275].

Bajo la urgencia de resolver una situaci· n acuciante, se gener· un modelo sanitario que distribu²a responsabilidades entre distintas asociaciones intermedias. En este sentido, se crearon el Instituto de Seguridad Social y la obra social para empleados p½blicos, como una consecuencia l· gica de esta etapa[276]. Del mismo modo, comenz· a producirse una vinculaci· n m§s estrecha entre el Estado, como generador de recursos, y las prestadoras privadas (cl²nicas y profesionales), en tanto destinatarias de los mismos[277]. No obstante, en esta trama de acuerdos favorecedores del sector privado, el modelo sanitario presentado mostr· evidentes avances[278]. De all² que, tal como afirma el doctor Osvaldo Pell²n (2020): ñen el primer a¶o desde que se aplic· el Plan de Salud en la provincia de Neuqu®n se evit· la muerte de 40 ni¶os. Y en los a¶os sucesivos la mortalidad infantil baj· a la mitad[279].

De esta manera, este proyecto que result· ser clave para el desarrollo de la Salud P½blica neuquina, en tiempos de dictadura, con la venia de Juan Carlos Ongan²a, se resguard· como un Plan de Salud verdaderamente original y distinguido, con fuerte impacto social. Esta situaci· n permiti· , por un lado, incrementar la cantidad de m®dicos a partir de estudios especializados y, por otro lado, planificar la infraestructura sanitaria, a partir de crear un n¼mero importante de hospitales y centros de atenci· n de complejidad variable, centrados en la atenci· n sanitaria de los sectores m§s vulnerables[280].

---

[274] Di Liscia, M. S. (2009) Rese¶a: *ñSilencioé* ò, Op. Cit., p. 186.
[275] Sapag, Felipe, (1994), pp. 20-24, citado en: Casullo, F. (2016), Op. Cit., p. 254.
[276] V®ase Di Liscia, M. S. (2009) Rese¶a: *ñSilencioé* ò, Op. Cit., p. 186.
[277] V®ase Di Liscia, M. S. (2009), *ibid*.
[278] Seg½n relata Di Liscia (2009), este Plan de Salud fue considerado como uno de los mayores ®xitos del gobierno provincial del Movimiento Popular Neuquino, y por este motivo, fue utilizado pol²ticamente como ejemplo de propuesta exitosa, tanto desde el punto de vista de la planificaci· n t®cnica, como de sus efectos sociales. Del mismo modo, tal como afirman desde el Centro de Documentaci· n "Pensar en Salud" (CeDoPS): ñCon Rodolfo Rosauer como interventor militar de la provincia, y a partir de la llegada de Alfredo Chertudi a la Direcci· n de Salud P½blica, se inician los trabajos de relevamiento y estudio de las problem§ticas sanitarias de la provincia, un primer paso que luego se recuperar²a en la elaboraci· n de un ñPlan de Saludò Entre estos estudios se destacaron el Programa sanitario preliminar de Acci· n Contra la Tuberculosis, Hidatidosis y Mortalidad Infantil (THIM) de 1968 y el Programa de Salud ñZona Sanitaria IIIò.
[279] Cippitelli, M., ñEl Plan de Salud de Neuqu®né ò, Op. Cit.
[280] Di Liscia (2009), Op. Cit., pp. 186-187.

Del mismo modo, finalizando los a¶os setenta, se fund· la Sociedad de Medicina Rural del Neuqu®n en la ciudad de Zapala. Desde sus primeros a¶os, esta Sociedad, se posicion· como un espacio de agremiaci·n m®dica e intercambio cient²fico, nucleando a los trabajadores de la salud, principalmente a aquellos que se desempe¶aban en §mbitos rurales y en estrecha relaci·n con las comunidades de la provincia[281].

As², todas estas satisfactorias medidas suscitadas durante los a¶os setenta, que resultaron ser contrarias a las pol²ticas gestadas en el per²odo de la dictadura militar[282], fueron prolongadas durante las dos d®cadas que siguieron. No obstante, a pesar del notable desarrollo propulsado por estas pol²ticas en el §mbito sanitario p½blico neuquino, se produjo un profundo quiebre y retroceso en los a¶os noventa. Evidentemente, este per²odo te¶ido por pol²ticas neoliberales, significaron una fuerte desinversi·n en el sistema p½blico, con una marcada p®rdida de recursos profesionales[283].

A partir de esta situaci·n, los gobiernos siguientes sostuvieron un coherente proyecto de permanente declive y desfinanciamiento del sector p½blico sanitario, que en nada se asemeja al proyecto iniciado en los tiempos de la provincializaci·n de Neuqu®n. De ah² que, tal como afirma Di Liscia (2009:187-8), ñeste nuevo juego, alentado por las corporaciones m®dicas, signific· una profunda ruptura con el modelo de hospital del Plan de Salud y puso el acento en el traslado de recursos del erario p½blico al sector privadoò

Partiendo de esta caracterizaci·n, actualmente, pueden distinguirse dos tipos de atenci·n sanitaria, la primera refiere a la poblaci·n carente de obra social y recursos, y la segunda, a la poblaci·n con obra social (especialmente la de empleados p½blicos). Dicho de otra manera, la atenci·n sanitaria estatal solo se presenta para el primer grupo, mientras que aquellos que pertenecen al segundo, son atendidos por el sector privado. De modo que, este segundo grupo es el ½nico

[281] ñPublicaciones de la Sociedad de Medicina Rural del Neuqu®n (1980-2006)ò, en: *Sistema de Salud de Neuqu®n*, Fondos de Centro de Documentaci·n "Pensar en Salud" (CeDoPS), Op. Cit.
[282] Tal como afirma Di Liscia (2009:187), con la dictadura militar de 1976 se inicia un quiebre a nivel nacional de un modelo estatal intervencionista y social. Pero una mirada profunda sobre los aspectos centrales de una organizaci·n sanitaria provincial revela la permanencia de la actividad p½blica en la salud.
[283] *Ibid*, p. 187.

que tiene posibilidades de incrementar su inversi· n y volumen de recursos de manera peri· dica[284].

En efecto, actualmente, los hospitales p¼blicos neuquinos han quedado sumidos a un rol que, lejos de ser planificado y din§mico, se caracteriza por su papel asistencial. A ra²z del deterioro laboral, de las prestaciones y de la infraestructura p¼blica[285]. Sin embargo, m§s all§ del menoscabo de las condiciones actuales del sistema sanitario neuquino, las l²neas de trabajo proyectadas para el a¶o en curso, se enfocan en: la descentralizaci· n del sistema por niveles de gesti· n, la jerarquizaci· n de los Centros de Salud (como primer nivel de atenci· n), y el proceso de articulaci· n y de una nueva estrategia respecto de las Residencias profesionales[286]. Veremos m§s adelante c· mo se plantean estas pol²ticas sanitarias en el marco del Plan de Salud Provincial 2019-2023, puesto en marcha. Del mismo modo, analizaremos si este Plan contempla lineamientos pol²ticos (y presupuestarios) espec²ficos, respecto a la atenci· n sanitaria intercultural de las comunidades ind²genas de Neuqu®n.

4.1. PROGRAMAS DE SALUD APLICADOS EN LA PROVINCIA DE NEUQU£N Y EN LAS COLORADAS

Antes de abordar los programas de salud aplicados en la provincia de Neuqu®n, y particularmente, en Las Coloradas, resulta pertinente partir de la caracterizaci· n sanitaria de dicha localidad, para concentrarnos luego, no solo en las condiciones de acceso a la salud que las mujeres mapuche han tenido hist· ricamente, sino tambi®n en los condicionantes sociales que poseen en la actualidad. Esto nos permitir§ vincular la situaci· n particular de la atenci· n sanitaria de las mujeres mapuche, con la aplicaci· n concreta de los Programas de Salud Interculturales aplicados en Neuqu®n, y en Las Coloradas. A partir de all², nos centraremos en las

[284] V®ase Di Liscia (2009:187-8), Op. Cit.
[285] *Ibid*, pp. 187-188.
[286] ñSe realiz· un encuentro sobre pol²ticas de Salud 2020ò, Ministerio de Salud de la Provincia del Neuqu®n, Publicado el 24 de octubre de 2019, Revisado el 03/09/2020. Disponible en website: https://www.saludneuquen.gob.ar/%ef%bb%bfse-realizo-un-encuentro-sobre-politicas-de-salud-2020/

caracter²sticas que tiene la atenci· n sanitaria de partos de mujeres mapuche en la localidad de Las Coloradas.

Ahora bien, para caracterizar el sector sanitario del pueblo Las Coloradas[287], comenzamos inicialmente afirmando que esta localidad se encuentra ubicada en el sudoeste de la provincia del Neuqu®n, Argentina, a unos 320 km de la ciudad de Neuqu®n[288] (Ver mapa, adjunto en el apartado: ñAnexosò). Asimismo, esta localidad, se comunica con Zapala (que se encuentra a 140 km al noreste) por la Ruta Nacional 40, y con Jun²n de los Andes (90 km al sureste). La ruta provincial 24 empalma con la 40 y es el acceso directo al municipio a trav®s de 20 km de ripio. La localidad Las Coloradas cuenta con una poblaci· n de 880 habitantes (seg¼n Indec, 2010), de los cuales 456 son varones y 424, mujeres[289]. Asimismo, Las Coloradas[290], localidad rodeada de estancias privadas y comunidades mapuche[291], es el ¼nico municipio del Departamento de Catan Lil. En este Departamento, habitan

---

[287] Respecto al origen del nombre de la localidad no hay acuerdos. Puesto que, la versi· n oficial y m§s difundida dice que proviene del a¶o 1912, cuando Don Manuel de Villalba, arri· desde Mercedes, Provincia de Buenos Aires el primer arreo de vacas coloradas. Otra versi· n se vincula al criado de caballos dividido en tres grandes lotes, coincidiendo el ¼ltimo (Pampa de Las Coloradas, donde criaba animales de pelaje colorado) con la zona donde, tiempo despu®s, se cre· la localidad. La ¼ltima versi· n plantea que, la familia Zingoni, de origen italiano, fue una de los primeros habitantes de la zona y comerciantes destacados, en un principio compraban cueros, lanas, etc. y con el tiempo compraron tambi®n tierras y animales. Esta familia pose²a tres estancias muy conocidas: La Verde, La Blanca y La Colorada (los tres colores de la bandera italiana) y la ubicaci· n de la ¼ltima coincidir²a con el lugar donde actualmente se halla el pueblo. Esta familia, seg¼n Bandieri (2000) es un grupo de poder de ñcomerciantes-ganaderos de origen ultramarinoò que se radicaron tempranamente en Neuqu®n e iniciaron su proceso de acumulaci· n a trav®s del comercio, la ganader²a y la adquisici· n de tierras.

[288] Seg¼n Garc²a Gualda (2017a: 196): ñEl §rea de Las Coloradas [é] en los ¼ltimos a¶os comenzaron a desarrollarse en el lugar una serie de proyectos orientados al turismo, impulsados por el Municipio y el Consejo Provincial para el Desarrollo (COPADE). Entre las iniciativas se destaca la construcci· n de una hoster²a municipal. A la par, se ha intentado instalar la empresa minera Southern Copper dedicada a la explotaci· n, a cielo abierto, de oro, cobre y molibdeno. Esta empresa de capitales mexicanos, en 2015, buscaba poner en funcionamiento un megaproyecto denominado Las Nenas y La Voluntad en las cuencas de los r²os *Catan Lil* y *Picun Leufu*. Este avance de la ofensiva extractivista impuls· la organizaci· n y acci· n pol²tica de los/as vecinos/as de Las Coloradas y, fundamentalmente, de las comunidades mapuce afectadas de forma directaò

[289] Informaci· n disponible en: https://www.municipalidad-argentina.com.ar/municipalidad-las-coloradas.html#mapplan. No obstante, seg¼n los registros de informes sanitarios presentados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Neuqu®n en marzo de 2018, actualmente, la poblaci· n de Las Coloradas supera los 1.800 habitantes.

[290] Al caracterizar el funcionamiento pol²tico del Municipio de Las Coloradas, Garc²a Gualda (2017a:195) relata que esta localidad ha sido hist· ricamente gestionada por gobiernos ñemepenistasò que han atravesado en los ¼ltimos a¶os una serie de crisis institucionales profundas. Seg¼n la autora, ñlos conflictos generaron que durante dos meses se detuviera la vida institucional en Las Coloradas. La indignaci· n social se origin· a partir de hechos de corrupci· n llevados a cabo por el intendente, Daniel Mazzini, lo cual hab²a generado su destituci· n. La posterior restituci· n del mandatario, llevada a cabo por el Tribunal Superior de Justicia de Neuqu®n, motiv· una serie de hechos violentos que trascendieron en los medios regionales, entre ellos el incendio de la tesorer²a municipal en 2010ò

[291] Seg¼n Garc²a Gualda (2017a:197): ñTierra adentro, en los m§rgenes de la urbanidad, estos territorios se erigen como zonas de sacrificio y los/as mapuce -empobrecidos, atravesados y disciplinados por pr§cticas clientelistas y violentas- son colocados por el Estado en el lugar de cuerpos sacrificables a favor del capitalò

cinco[292] comunidades mapuche, ®stas son: Cayup§n, Felip²n, Paineo, Cayulef y Rams[293].

Por otra parte, Las Coloradas, junto con los establecimientos de San Mart²n de los Andes, Jun²n de los Andes y Villa la Angostura, conforman la zona sanitaria IV[294] (V®ase *Gr§fico 1*) de Neuqu®n. Esta zona es la segunda m§s poblada de la provincia (63.979 habitantes) y atiende al sector sur, teniendo como cabecera a San Mart²n de los Andes[295].

---

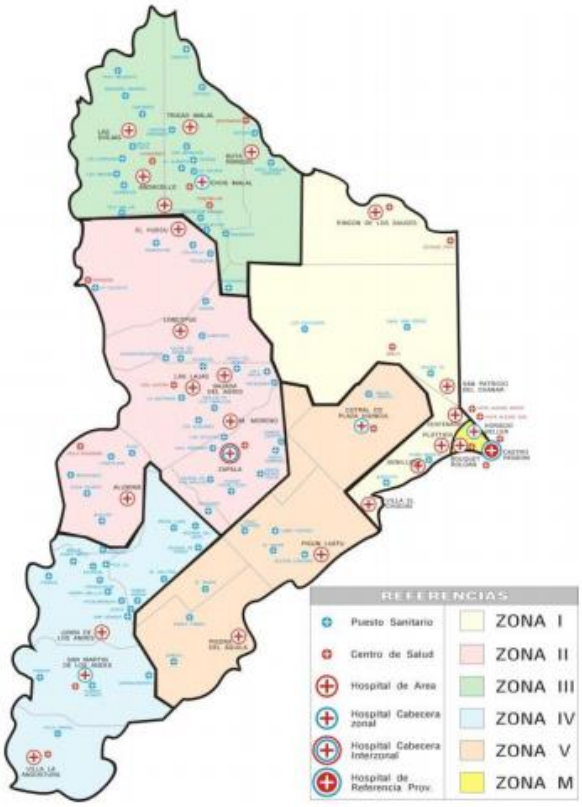
[292] Seg¼n el listado de comunidades ind²genas con personer²a jur²dica registrada y/o con relevamiento t®cnico, jur²dico y catastral del 20/08/2020. Disponible en: http://datos.jus.gob.ar/dataset/listado-de-comunidades-indigenas/archivo/ed21e2f7-961f-4b19-8a00-0030c6cdd6ef (Revisado el 02/09/2020).

[293] Estas comunidades mapuche de Las Coloradas (que el 30 de mayo de 2019 hab²an recibido las carpetas que reconocen la ocupaci· n actual, tradicional y p½blica del territorio que habitan https://www.argentina.gob.ar/noticias/entrega-de-carpetas-de-relevamiento-territorial-comunidades-de-neuquen), se han visto gravemente afectadas por la actual sanitaria situaci· n, relativa a la medida excepcional de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO), en el marco de la pandemia por COVID-19. De ah² que, estas agrupaciones est§n sufriendo profundas dificultades para acceder al cobro del IFE (Ingreso Familiar de Emergencia). Puesto que, no cuentan con acceso a internet para realizar los tr§mites y, por otro lado, por las medidas de ASPO, se suspendi· el transporte p½blico desde los parajes rurales hasta las ciudades. En efecto, viajar para realizar tr§mites a oficinas del Anses o del Correo Argentino puede costarles hasta 4.000 pesos. Sandra Ferrero, del Equipo Nacional de Pastoral Aborigen (Endepa), se¶ala que el cobro del IFE para las comunidades mapuche se volvi· muy dif²cil. Las comunidades suelen tener mala se¶al de tel®fono, mucho m§s dif²cil es el acceso a internet. En algunos casos, el IFE fue denegado a mapuche que han trabajado el a¶o pasado como jornaleros en estancias. Por otro lado, la le¶a y el apoyo alimentario del gobierno provincial no habr²a llegado ni en tiempo ni en forma adecuada a las comunidades mapuche, y existen restricciones para el traslado de familias que intentan proveerse de insumos b§sicos (alimentos, productos de limpieza). Informaci· n disponible en website: https://www.territorioindigena.com.ar/Casos?id_conflicto=353 (Covid-19 - Territorio Ind²gena - Amnist²a Internacional Argentina) Revisado el 01/09/2020.

[294] Seg¼n relata Estrella (2017), la Zona Sanitaria IV est§ compuesta por los departamentos de Huiliches, L§car, Cat§n Lil y Los Lagos, de acuerdo a la regionalizaci· n provincial efectuada a principios de los a¶os 70, como parte de la organizaci· n del Plan de Salud.

[295] Informaci· n recabada el 24/06/2020 en p§gina web del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuqu®n. Disponible en: https://www.saludneuquen.gob.ar/organizacion-sectorial/

Grafico 1: Zonas Sanitarias del Sistema de Salud neuquino



Fuente*:* Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Neuqu®n.

En materia sanitaria, este municipio cuenta con el Hospital Carlos Potente de Las Coloradas que, como ya se mencion· , pertenece a la zona sanitaria IV. Asimismo, en el departamento hay cuatro establecimientos sanitarios de complejidad I (Postas Sanitarias). En total, el sistema sanitario del Subsector P¼blico del Ćrea Program§tica de la Zona IV, cuenta con 45 agentes seg¼n los datos publicados por el Ministerio de Salud Neuquino (V®ase Tabla 1). £ste se encuentra conformado por: 3 m®dicos, 1 psic· logo, 10 enfermeros y ning¼n odont· logo (V®ase Tabla 2).

Adem§s de contar con una dotaci· n de 14 camas, y una guardia recientemente inaugurada[296].

<u>Tabla 1</u>: Recursos Humanos del Subsector P½blico seg½n agrupamiento. Provincia de Neuqu®n. A¶o 2017

Establecimientos	Total Gral	Profesionales	Técnicos	Auxiliares	Servicios
		M-Lic. E- Otros p.	Tec. + Enfer.	Aux. + Enfer.	Operativos
Total Provincial	**8672**	**3040**	**1809**	**3128**	**695**
Hospital San Martín de los Andes	378	169	80	123	6
Hospital Junin de los Andes	321	109	48	133	31
Hospital Villa La Angostura	199	70	50	70	9
Hospital Las Coloradas	45	8	8	22	7
Jefatura Zona IV	23	15	2	5	1
Zona Sanitaria IV	**966**	**371**	**188**	**353**	**54**

<u>Fuente:</u> Direcci· n de Estad²stica en base a datos de la Direcci· n General de Desarrollo Organizacional, seg½n liquidaci· n de haberes marzo 2018. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu®n.

Del mismo modo, con la intenci· n de observar la variable referida a la ñcantidad de profesionalesò en el sistema p½blico sanitario de Las Coloradas, podemos notar que estos n¼meros variaron respecto a los presentados el a¶o anterior (V®ase Tabla 2 y 3). De all² que, seg½n la ¼ltima informaci· n publicada en 2018, por la Direcci· n de Estad²stica[297], dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuqu®n, la localidad de Las Coloradas cuenta una cantidad de profesionales (m®dicos y licenciados) y enfermeros, que resulta ser menor o igual a la cantidad que pose²a en el a¶o anterior[298]. Este dato resulta ser de gran relevancia, debido a que,

[296] Guardia inaugurada el 5 de diciembre de 2019. Informaci· n disponible en: https://www.lmneuquen.com/el-hospital-las-coloradas-ya-tiene-sala-emergencias-n669482, (Revisado el 28/06/2020).

[297] Libro de indicadores, 2017. Informaci· n recabada por la Direcci· n de Estad²stica, en base a datos de la Direcci· n
Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Provincial Neuquino, seg½n liquidaci· n de haberes de marzo 2018.

[298] Seg½n los datos recabados en el informe sanitario anual publicado en el 2017, la Direcci· n de Estad²stica en base a datos de la Direcci· n General de Desarrollo Organizacional, seg½n liquidaci· n de haberes marzo 2017. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu®n.

mientras el plantel de profesionales de la salud se mantiene estable o disminuido en cantidad, la poblaci· n en este paraje se ha incrementado en un 1,5% del total en el transcurso de ese mismo a¶o (V®ase Tabla 2 y Tabla 3).

<u>Tabla 2</u>: Distribuci· n de m®dicos, enfermeros, odont· logos y psic· logos, total y cada 10.000 habitantes, seg¼n el Ćrea Program§tica en la Zona Sanitaria IV. Subsector P½blico. Provincia del Neuqu®n. A¶o 2017[299]

Areas Programáticas	Población 2017 (1)	Recurso Humano del Subsector Público							
		Médicos		Enfermeros		Odontólogos		Psicólogos	
		Total	Por 10.000 hab.	Total	Por 10.000 hab.	Total	Por 10.000 hab.	Total	Por 10.000 hab.
Total Provincial	**637.913**	**1.290**	**20,2**	**2.192**	**34**	**175**	**2,7**	**138**	**2,2**
San Martín de los Andes	34.424	76	22,1	93	27,0	11	3,2	7	2,0
Junin de los Andes	17.258	43	24,9	66	38,2	8	4,6	6	3,5
Villa La Angostura	13.884	34	24,5	48	34,6	5	3,6	4	2,9
Las Coloradas	1.802	3	16,6	10	55,5	0	-	1	5,5
Jefatura Zona IV	-	4	-	3	-	1	-	0	-
Total Zona IV	**67.368**	**160**	**23,8**	**220**	**32,7**	**25**	**3,7**	**18**	**2,7**

<u>Fuente:</u> Direcci· n de Estad²stica, en base a datos de la Direcci· n General de Desarrollo Organizacional. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu®n.

En consonancia con lo afirmado por el Ministerio de Salud Provincial Neuquino en el Libro de indicadores 2017, publicado el a¶o siguiente, convenimos que ñla densidad de personal sanitario por habitante es un indicador relevante que permite analizar los aspectos de distribuci· n y acceso territorial de la poblaci· n a la atenci· n de saludò Si bien, no existe consenso con respecto al nivel · ptimo de agentes de salud por habitante y para su correcta interpretaci· n, es claro que deben tomarse en cuenta m¼ltiples factores, como: la estructura de la poblaci· n; los modelos de

[299] Para un correcto an§lisis de esta informaci· n cabe recordar que este indicador est§ calculado solamente en base a los m®dicos del Subsector P½blico de Salud. Seg¼n el Ministerio de Salud Neuquino, la Zona Sanitaria IV es la que presenta una distribuci· n m§s homog®nea en cuanto a la cantidad de m®dicos por 10.000 hab. por cada Ćrea Programa. [ñInforme de Estad²stica y Epidemiol· gica. Neuqu®n, 2016. Libro de Indicadoresò Ministerio de Salud. Subsecretar²a de Salud. Direcci· n General de Informaci· n Sanitaria, Gobierno de la Provincia del Neuqu®n, 2018. Revisado el 20/7/2020, en website: www.saludnqn.gob.ar/saladesituacion/]

organizaci· n de efectores y servicios; los modelos de utilizaci· n de los mismos por parte de la poblaci· n, etc.[300]

Por este motivo, considerando la variable de recursos humanos del subsector p¼blico sanitario correspondiente a Las Coloradas, resulta claro que la cantidad de profesionales pertenecientes al Hospital P¼blico y Postas Sanitarias (de tres m®dicos y solo un psic· logo) parecen ser un n¼mero muy reducido para atender de manera adecuada a una poblaci· n que supera a los 1.800 habitantes (V®ase Tabla 2 y Tabla 6). M§s a¼n, si se espera que este personal sanitario trabaje con la formaci· n, el compromiso y el respeto que reviste la atenci· n intercultural de las cinco comunidades mapuche que residen en la localidad.

<u>Tabla 3</u>: M®dicos, enfermeros, odont· logos y psic· logos, total y cada 10.000 habitantes, seg¼n el Ćrea Program§tica en la Zona Sanitaria IV. Subsector P¼blico. A¶o 2016. Provincia del Neuqu®n

Areas Programáticas	Población 2016 (1)	Recurso Humano del Subsector Público							
		Médicos		Enfermeros		Odontólogos		Psicólogos	
		Total	Por 10.000 hab.	Total	Por 10.000 hab.	Total	Por 10.000 hab.	Total	Por 10.000 hab.
Total Provincial	**628.897**	**1.245**	**20**	**2.278**	**36**	**174**	**2,8**	**142**	**2,3**
San Martín de los Andes	33.937	71	20,9	103	30,4	10	2,9	8	2,4
Junin de los Andes	17.014	42	24,7	74	43,5	7	4,1	5	2,9
Villa La Angostura	13.688	35	25,6	49	35,8	4	2,9	5	3,7
Las Coloradas	1.776	3	16,9	11	61,9	2	11,3	1	5,6
Jefatura Zona IV	-	4	-	3	-	1	-	0	-
Total Zona IV	**66.415**	**155**	**23,3**	**240**	**36,1**	**24**	**3,6**	**19**	**2,9**

Fuente: Dirección de Estadística en base a datos de la Dirección Provincial de Recursos Humanos, según liquidación de haberes Marzo 2017. Ministerio de Salud. Provincia del Neuquén.

(1) Población al 01/07/2016 según estimaciones del Ministerio de Salud en base a datos Censo 2010.

Por otra parte, a partir de considerar las distintas complejidades de los efectores, es evidente que resulta necesario contar con planteles no solo "m²nimos", sino tambi®n suficientes para cubrir las necesidades de atenci· n de la poblaci· n, aunque se trate,

[300] Libro de indicadores, 2017. Informaci· n recabada por la Direcci· n de Estad²stica, en base a datos de la Direcci· n Provincial, é , Op. Cit., p. 16.

como en el caso de Las Coloradas, de un n¼mero reducido de habitantes. En este sentido, se ha ampliado la red de efectores en esta localidad a partir de la incorporaci· n de un nuevo Puesto Sanitario (V®ase Tabla 4 y Tabla 5), seg¼n establece el Libro de indicadores, 2017.

Sin embargo, la anexi· n de este nuevo establecimiento sanitario, como se demostr· antes, no fue acompa¶ada, en t®rminos cuantitativos, con un incremento en la cantidad de personal profesional (V®ase en Tabla 6 la cantidad de consultas atendidas en el registro del ¼ltimo a¶o publicado). Incluso, se pone en evidencia que, desde el a¶o 2016 al 2017, adem§s de no haberse incrementado la cantidad de personal m®dico, acompa¶ando el crecimiento poblacional, se han producido dos bajas en la especialidad de odontolog²a (V®ase Tabla 2 y Tabla 3). Consecuentemente, esta situaci· n obliga a los habitantes de Las Coloradas a movilizarse a otros departamentos para poder ser tratados por estos especialistas.

<u>Tabla 4</u>: Red de efectores de Salud. A¶o 2017. Provincia de Neuqu®n

Area Programa	Establecimientos con internación		Establecimientos Públicos con atención ambulatoria exclusiva				Camas disponibles	
	Públicos	Privados	Centros de Salud urbanos	Centros de Salud rurales	Puestos Sanitarios	Centros de Día	Público	Privado
Total Provincial	**30**	**14**	**76**	**8**	**105**	**7**	**1130**	**780**
San Martín de los Andes	1	1	7	-	3	-	45	22
Junin de los Andes	1	-	3	-	15	1	35	-
Villa La Angostura	1	-	3	1	-	1	22	-
Las Coloradas	1	-	-	-	5	-	14	-
Total Zona IV	**4**	**1**	**13**	**1**	**23**	**2**	**116**	**22**

Fuente: Direcci· n de Estad²stica. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu®n

En materia financiera, el sistema sanitario neuquino afirma, desde La Direcci· n Provincial de Prestaciones y Recupero Financiero, que considera que el proceso salud-enfermedad-atenci· n requiere la conjunci· n de distintos recursos:

econ· micos, organizacionales, humanos, tecnol· gicos, etc.[301]. De esta manera, plantea que su objetivo parte de que, para satisfacer necesidades en materia de salud expresadas en forma de demanda, se requiere de una funci· n de producci· n que combine los recursos de un modo eficiente a fin de obtener el mayor impacto social posible, y que sirva de instrumento para alcanzar la equidad[302].

<u>Tabla 5</u>: Red de efectores de Salud. A¶o 2016. Provincia de Neuqu®n

Area Programa	Establecimientos con		Establecimientos Públicos con atención				Camas disponibles	
	Públicos	Privados	Centros de Salud urbanos	Centros de Salud rurales	Puestos Sanitarios	Centros de Día	Público	Privado
Total Provincial	29	13	74	7	98	5	1097	715
Neuquén Capital	3 (1)	8	17	-	2	2	417	558
San Martín de los Andes	1	-	7	-	3	-	45	-
Junín de los Andes	1	-	3	-	12	1	37	-
Villa La Angostura	1	-	3	1	-	1	22	-
Las Coloradas	1	-	-	-	4	-	14	-
Total Zona IV	4	0	13	1	19	2	118	0

Fuente: Dirección de Estadística. Ministerio de Salud. Provincia del Neuquén.

Por este motivo, la Direcci· n Provincial de Prestaciones y Recupero Financiero se propone "recuperar"[303] el costo de los servicios de atenci· n m®dico asistenciales brindados a pacientes con alguna cobertura, ya sea de Obras Sociales y Entidades similares, compa¶²as de seguros, ART entre otras; promoviendo de esa manera, la redistribuci· n de esos fondos al Subsector p¼blico no solo evitando generar gastos extras al paciente, sino tambi®n garantiz§ndole la gratuidad[304]. Recordemos que, como se mencion· al comienzo del cap²tulo, en este aspecto, la provincia de

[301] Libro de indicadores, 2017. Informaci· n recabada por la Direcci· n de Estad²stica, en base a datos de la Direcci· n Provincial, é , Op. Cit., p. 20.
[302] *Ibid*, p. 22.
[303] En septiembre del a¶o 2016 se sancion· la nueva Ley NÜ3012 de Recupero Financiero de Servicios de Salud, destacando que despu®s de 34 a¶os se derog· la anterior Ley NÜ1352 del a¶o 1982 de Arancelamiento Hospitalario, trabajando intensamente en las cuestiones operativas para su implementaci· n; tanto en las gestiones que deben realizar los efectores del Sistema P¼blico Provincial de Salud como en los procesos inherentes al cobro ejecutivo ¡Libro de indicadores, 2017é , Op. Cit., p. 22].
[304] *Ibid*.

Neuqu®n, como producto del desfinanciamiento del sector p½blico sanitario iniciado en los a¶os 90 y continuado hasta la actualidad, tiene un fuerte distanciamiento entre los sectores sociales que acceden a la atenci· n sanitaria estatal y los que acceden a la privada (es decir, todos los pacientes que poseen alg¼n tipo de cobertura).

<u>Tabla 6</u>: Consolidado de consultas m®dicas seg¼n Establecimiento y modalidad de atenci· n, por Zona Sanitaria. Subsector P½blico. A¶o 2017[305]

Establecimientos	Poblacion 2017 (1)	Total Gral	Hospital				Ctros de Salud (2)		Area Rural	% Guardias (4)	Consul. x hab.
			Total	Consult.	Guardia	% Guardia Hospital (3)	Consultas	% Consult.			
Total Provincial	**637.913**	**1.422.454**	**1.095.916**	**486.653**	**609.263**	**55,6**	**314.888**	**22,1**	**11.650**	**42,8**	**1,6**
Hospital San Martin de los Andes	34.424	100.901	73.516	29.025	44.491	60,5	26.220	26,0	1.165	44,1	2,9
Hospital Junin de los Andes	17.258	52.025	43.200	17.391	25.809	59,7	6.404	12,3	2.421	49,6	3,0
Hospital Villa La Angostura	13.884	41.584	30.897	14.567	16.330	52,9	10.687	25,7	-	39,3	3,0
Hospital Las Coloradas	1.802	8.292	7.468	3.201	4.267	57,1	-	-	824	51,5	4,6
Zona Sanitaria IV	**67.368**	**202.802**	**155.081**	**64.184**	**90.897**	**58,6**	**43.311**	**21,4**	**4.410**	**44,8**	**3,0**

Fuente: Direcci· n de Estad²stica. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu®n

Por otra parte, respecto a la estructura poblacional, en Neuqu®n, se observa un marcado cambio, vinculado a: tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen estables o en descenso. As², como consecuencia, se evidencia principalmente una reducci· n en la poblaci· n infantil y un aumento en la poblaci· n de personas mayores. Para el censo 2010, seg¼n proyecciones realizadas por INDEC, por cada 100 mujeres en edad f®rtil (15 a 49 a¶os) hab²a 36 ni¶os entre 0 y 4 a¶os; para 2017 esta cifra descendi· a 35, y para el 2020 se sit½a en un valor de 33[306].

[305] **(1)** Poblaci· n al 01/07/2017 seg¼n estimaciones del Ministerio de Salud del Neuqu®n, en base a datos Censo 2010. **(2)** Consultas en Centros de Salud Incluye Consultas Programadas y Guardias. **(3)** Porcentaje de Atenci· n por guardia calculado en base al total de consultas hospitalarias o sea es el porcentaje de las consultas de guardia (excluye guardia de Centros de Salud) en relaci· n al total de consultas programadas del hospital (excluida el §rea programa). **(4)** Porcentaje de Atenci· n por guardia calculado en base al total de consultas o sea es el porcentaje de las consultas de guardia en relaci· n al total de consultas (incluida el §rea programa).
[306] Libro de indicadores, 2018. Informaci· n recabada por la Direcci· n de Estad²stica y Epidemiolog²a, en base a datos de la Direcci· n Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Provincial y Desarrollo Social Neuquino.

En cuanto a la variable demogr§fica por sexo, seg¼n las ¼ltimas proyecciones poblacionales del INDEC publicadas, para el 1 de julio del 2017, la Provincia cuenta con una poblaci· n total de 637.913 habitantes, con un crecimiento proyectado de 11,5% respecto del Censo 2010; el 49,74% (317.278) de la poblaci· n son varones y el 50,26% (320.635) mujeres. La relaci· n var· n/mujer es de 99 varones, por cada 100 mujeres[307].

Asimismo, en 2017 la poblaci· n menor de 15 a¶os correspond²a al 26,2% (167.260 personas) de toda la poblaci· n, mientras que actualmente, en 2020, con el continuo descenso en las tasas de natalidad ocurrido, representa el 25,5% de la poblaci· n. An§logamente, sucede con el porcentaje de mayores de 65 a¶os, que constituy· el 8,2% de toda la poblaci· n para el 2017, mostrando un incremento en 1,6 puntos porcentuales con respecto a 2010. Actualmente, se ha profundizado a¼n m§s esta proporci· n, llegando a un 9,1%[308].

<u>Tabla 7</u>: Indicadores sociodemogr§ficos seleccionados seg¼n Ćrea Programa. Provincia del Neuqu®n. A¶o 2017

Áreas Programáticas	Población 2017 (1)	Nº Nacidos Vivos 2017 (2)	Población < de 15 años 2017	Población > de 64 años 2017	Indice de Masculinidad 2017 (3)	Indice de Dependencia Económica 2017 (4)	Tasa de Natalidad por 1.000 2017 (5)	Tasa Global de Fecundidad por 1.000 mujeres 2017 (6)
Total Provincial	**637.913**	**10.224**	**169.677**	**41.883**	**99,0**	**49,5**	**16,0**	**59,1**
San Martín de los Andes	34.424	521	9.386	2.217	99,3	50,8	15,1	56,1
Junín de los Andes	17.258	282	4.827	976	100,4	50,7	16,3	59,5
Villa La Angostura	13.884	132	3.663	798	104,2	47,3	9,5	35,6
Las Coloradas	1.802	19	512	137	120,0	56,3	10,5	44,7
Total Zona IV	**67.368**	**954**	**18.388**	**4.128**	**101,1**	**50,2**	**14,2**	**52,6**

<u>Fuente</u>: Direcci· n de Estad²stica. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu®n[309].

[307] *Ibid*.

[308] *Ibid*.

[309] **(1)** Poblaci· n al 01/07/2017 seg¼n estimaciones del Ministerio de Salud y Desarrollo Social en base a datos Censo 2010. **(2)** Nacidos vivos seg¼n residencia materna. **(3)** ôndice de Masculinidad: Cantidad de hombres cada 100 mujeres. Calculado en base a estimaciones de poblaci· n por Ćrea Programa. **(4)** El ôndice de Dependencia Econ· mica: es una raz· n cuyo numerador est§ representado por la sumatoria de la poblaci· n < de 15 a¶os y la > de 65 a¶os y el denominador es la poblaci· n entre 15 y 65 a¶os, considerada la poblaci· n econ· mica activa (PEA). Este ²ndice muestra el esfuerzo que la poblaci· n econ· mica activa (PEA) debe realizar para cubrir las necesidades de la poblaci· n m§s vulnerable (ni¶os y adultos mayores), es decir, la relaci· n entre la demanda de servicios sociales y la capacidad potencial para financiarlos. La tasa de dependencia es un indicador de la "sustentabilidad" econ· mica. Calculado en base a estimaciones de poblaci· n por Ćrea

En cuanto a los indicadores sociodemogr§ficos abordados hasta el momento, en el §rea de Las Coloradas (V®ase Tabla 7) [310], la informaci· n presentada en el a¶o 2018 por el Ministerio de Salud de la Provincia del Neuqu®n, muestra correspondencia con lo que sucede en el resto de la provincia. Consecuentemente, la provincia argumenta que esto se debe a que, seg¼n las estimaciones realizadas por el INDEC, la Provincia de Neuqu®n tiene la esperanza de vida[311] m§s alta del pa²s en mujeres[312] y, la segunda en varones[313].

Por ¼timo, resulta interesante abordar la ¼tima informaci· n publicada por la Provincia de Neuqu®n, respecto a los datos referidos puntualmente a los partos realizados en la localidad de Las Coloradas, debido a que es el tema que nos convoca en este trabajo en particular. All², veremos que, el Sistema Inform§tico Perinatal (SIP)[314], que resulta ser un instrumento ¼til para la vigilancia de eventos materno-neonatales, permite monitorear el circuito de atenci· n en las distintas zonas sanitarias y los riesgos potenciales poblacionales. Evidentemente, nosotros nos centraremos en la Zona IV (V®ase Tabla 8).

De all² que, seg¼n este Sistema lo esperado es que el porcentaje de embarazos de alto riesgo no supere el 35%. A su vez, por regionalizaci· n de

---

Programa**. (5)** NÁde Nacidos Vivos cada 1.000 habitantes. **(6)** NÁde Nacidos Vivos cada 1.000 mujeres de 15 a 49 a¶os ώFuente: Direcci· n de Estad²stica. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu®n, 2018].

[310] De hecho, si se establece un an§lisis comparativo entre los nacimientos producidos en Las Coloradas en el ¼timo a¶o publicado (2018), y el anterior, se produce una reducci· n de 4 nacimientos en el a¶o (que representan el 17, 4% del total de nacimientos del a¶o anterior). Sucede lo inverso con la poblaci· n de los mayores de 65 a¶os, puesto que, en el a¶o 2018, se ha producido un leve incremento de esta poblaci· n del 0,75%.

[311] Este indicador mide la estructura de mortalidad de una sociedad. De ah² que, expresa el promedio de a¶os que se espera que viva una persona bajo las condiciones de mortalidad del per²odo en que se calcula, y constituye de hecho un indicador sint®tico por excelencia para caracterizar las condiciones de vida, de salud, de educaci· n y de otras dimensiones sociales de un pa²s o territorio. Una de sus cualidades es la independencia de la estructura de edad de la misma. [Fuente: Direcci· n de Estad²stica. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu®n, 2018].

[312] En Neuqu®n, seg¼n la esperanza de vida, las mujeres viven en promedio, en el a¶o 2020: 82,85. Se estima que este indicador en el a¶o 2025, ser§ de 83,65. [Fuente: INDEC. Proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Poblaci· n, Hogares y Viviendas 2010. Direcci· n de Estad²stica. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu®n, 2018].

[313] En el caso de los hombres de Neuqu®n, el indicador esperanza de vida en el a¶o 2020, se calcula en: 76,39, mientras que para el a¶o 2025, ser§ de: 77,23 [Fuente: INDEC. Proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Poblaci· n, Hogares y Viviendas 2010. Direcci· n de Estad²stica. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu®n, 2018].

[314] El SIP est§ constituido por un grupo de instrumentos originalmente dise¶ados para el uso en los servicios de Obstetricia y Neonatolog²a de instituciones que atienden mujeres y reci®n nacidos sanos o con complicaciones menores. El SIP permite que los datos de los Hospitales de Cabecera o Cl²nicas puedan ser ingresados a una base y as² producir informes locales. A nivel provincial, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situaci· n de diversos indicadores en el tiempo, por §reas geogr§ficas, u otras caracter²sticas poblacionales especˆficas [Libro de indicadores, 2018. Informaci· n recabada por la Direcci· n de Estad²stica y Epidemiolog²a, Op. Cit., p. 50].

maternidades en la provincia los embarazos con patolog²a, menores de 37 semanas de gestaci· n y/o con sospecha de RCIU (Restricci· n del Crecimiento Intrauterino, con alta probabilidad de nacer con un peso menor a 2.500 gramos), deber²an ocurrir en los hospitales cabecera zonales y/u Hospitales y Cl²nicas de alta complejidad neonatal[315].

En el caso de Las Coloradas, seg¼n puede observarse en la Tabla 8, durante el ¼ltimo per²odo publicado en 2018, ocurrieron 11 partos. Si bien, de estos ninguno present· patolog²as, ni complicaciones, puede observarse que el control prenatal es reducido (45,5%) en los primeros meses de embarazo (hasta las 20 semanas), debido a que, solo asistieron 5 de las 11 mujeres embarazadas. Mientras que, aumenta casi en una cuarta parte (72,7%) en el ¼ltimo tramo del embarazo. Dicho de otro modo, controlan su estado de gravidez 8 mujeres del total. De esta manera, resulta claro que 3 de esas 11 mujeres no reciben control regular, ni asistencia durante ning¼n momento del embarazo.

<u>Tabla 8</u>: Resumen de variables seleccionadas en Embarazadas registradas en el Sistema Inform§tico Perinatal (SIP). Subsector P½blico de la Provincia del Neuqu®n. A¶o 2017[316]

Establecimiento	% llenado incom.	Total nacim. (1)	Embarazadas									
			Total Emb. (2)	%	Con patología		Con control prenatal					
							Con cont. Pren.		Capt. Antes 20 Sem.		5 y + consultas	
					n	%	n	%	n	%	n	%
Total Provincia de Neuquén	**18,0**	**5005**	**4953**	**100,0**	**1989**	**40,2**	**4811**	**97,1**	**3564**	**74,1**	**4258**	**88,5**
San Martín de los Andes	18,0	557	550	11,1	179	32,5	544	98,9	430	79,0	513	94,3
Junin de los Andes	33,0	228	227	4,6	67	29,5	221	97,4	166	75,1	197	89,1
Villa La Angostura	32,0	116	116	2,3	19	16,4	116	100,0	51	44,0	107	92,2
Las Coloradas	27,0	11	11	0,2	0	0,0	11	100,0	5	45,5	8	72,7
Total Zona IV	**-**	**912**	**904**	**18,3**	**265**	**29,3**	**892**	**98,7**	**652**	**73,1**	**825**	**92,5**

<u>Fuente</u>: Direcci· n de Estad²stica. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu®n

[315] Libro de indicadores, 2018. Informaci· n recabada por la Direcci· n de Estad²stica y Epidemiolog²a, Op. Cit., p. 50.
[316] (1) Total nacimientos por SIP y (2) Incluye al Embarazo Gemelar.

Seg¼n plantea el Ministerio de Salud de la Provincia del Neuqu®n (2018), la recomendaci· n de la OMS es que el porcentaje de ces§reas no deber²a superar el 19%, porque tasas superiores no se correlacionan con la disminuci· n de la mortalidad materna ni neonatal, pero s² con mayor riesgo de complicaciones. En la Provincia del Neuqu®n, para el per²odo analizado se encuentra un 46.3% de nacimientos por ces§rea. En el Subsector p¼blico este porcentaje es de 31.6%, mostrando un aumento en relaci· n con los a¶os previos y siendo el valor m§s alto de la tendencia analizada (1999-2017) y, estas cifras se profundizan m§s a¼n en al §mbito privado, llegando al 68,3%[317].

Por su parte, el Ministerio de Salud Neuquino expresa que, desde el Departamento de Maternidad e Infancia, promueven la atenci· n hospitalaria del parto "respetado" adhiriendo al modelo de Maternidad Centrada en la Familia, que ofrece una asistencia multidisciplinar a la mujer, al reci®n nacido y a la familia en el parto y el nacimiento. Cumpliendo, de este modo, con requisitos funcionales, estructurales y organizativos, para garantizar a las personas las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia[318].

Por este motivo, desde este Ministerio afirman que, en los ¼timos 5 a¶os, se ha cuadriplicado el n¼mero de Licenciadas en obstetricia dentro del subsector p¼blico del sistema de salud, siendo seg¼n la OMS el recurso id· neo para la asistencia integral de la mujer. Estas profesionales realizan el control del embarazo, la preparaci· n del parto, el parto y la asistencia en puerperio. Asimismo, orientan en salud sexual y reproductiva, promocionan y promueven la lactancia y son generadores del nexo entre la mujer y el sistema[319]. Resulta evidente que estas l²neas de trabajo, tambi®n, deben perfilarse para el logro de una atenci· n de parto intercultural, en el que la mujer mapuche logre enunciar y construir dial· gicamente con la biomedicina, no solo un marco de acci· n que evite el riesgo de complicaciones maternas e infantiles vinculadas a la realizaci· n de procedimientos no necesarios, sino tambi®n, un modelo de atenci· n que responda a su cosmovisi· n cultural.

---

[317] *Ibid*, p. 54.
[318] *Ibid*.
[319] *Ibid*.

De esta manera, sin §nimos de reducir el an§lisis a la descripci· n de lo declarado por los documentos program§ticos de gesti· n elaborados por las c½pulas estatales, resulta interesante indagar acerca de las caracter²sticas que plantea el ¼ltimo Plan Provincial de Salud, presentado en Neuqu®nÇ en junio de 2019, para los a¶os 2019-2023, con el objetivo de analizar si plantea un enfoque intercultural para el abordaje de la atenci· n sanitaria de partos. Precisamente, este Plan se organiza en ocho ejes estrat®gicos de trabajo: cuatro centrados en las personas y la comunidad, para trabajar la salud y su relaci· n con los cambios sociales, econ· micos, urbanos o ambientales; y los otros cuatro, basados en los equipos de salud y los recursos, orientados a incrementar la eficiencia de la red de salud[320].

Ahora bien, para caracterizar brevemente este Plan, retomamos lo planteado por la Ministra de Salud, Andrea Peve, quien, como se afirm· anteriormente, confirm· las l²neas de trabajo para el a¶o en curso, vinculadas a: la descentralizaci· n[321] del sistema por niveles de gesti· n, la jerarquizaci· n de los Centros de Salud, y el proceso de articulaci· n y de una nueva estrategia respecto de las Residencias profesionales. De esta manera, Peve (2019) enfatiza en la necesidad de pronunciar la descentralizaci· n, debido a que: ñla burocratizaci· n de procesos obstaculiza las gestiones y el prop· sito es recuperar la esencia hist· rica del sistema como tal y para esto, se plantea potenciar las zonas sanitarias y entenderlas como unidad singular junto a sus efectoresò[322].

Evidentemente, esta medida se plantea en correspondencia con la segunda propuesta que ata¶e a la necesidad de jerarquizar los Centros de Salud. En este aspecto, se plantea la necesidad de fortalecer estos Centros para evitar el

---

[320] ñGuti®rrez particip· de la sexta Jornada de Trabajo Territorial de Saludò, Neuqu®n Informa, Subsecretar²a de Prensa, Ministerio Jefatura de Gabinete, Gobierno de la Provincia de Neuqu®n. Publicado el: 04/12/2019. Disponible en website: https://www.neuqueninforma.gob.ar/gutierrez-participo-de-la-sexta-jornada-de-trabajo-territorial-de-salud/ (Revisado 03/09/2020).

[321] Esta pol²tica planteada durante el a¶o 2019 (cuando fue anunciado el Plan), actualmente (en el a¶o 2020), se ve fuertemente rebatida por los empleados p½blicos de los hospitales neuquinos, puesto que el sistema de salud se encuentra completamente colapsado producto de la pandemia por COVID-19. De ah² que, proponen unificar los subsistemas: p½blico, privado y de obras sociales bajo la · rbita estatal para enfrentar el peor momento de la pandemia y garantizar el derecho universal a la salud de toda la poblaci· n [ñCon los hospitales al borde del colapso, proponen la centralizaci· n del sistema de salud de Neuqu®nò, *La izquierda Diario Neuqu®n*, 23 de septiembre de 2020, revisado el 03 de octubre de 2020. Disponible en website: http://www.laizquierdadiario.com/Con-los-hospitales-al-borde-del-colapso-proponen-la-centralizacion-del-sistema-de-salud-de-Neuquen].

[322] ñSe realiz· un encuentro sobre pol²ticas de Salud 2020ò, Ministerio de Salud de la Provincia del Neuqu®n, Publicado el 24 de octubre de 2019, Op. Cit.

desplazamiento hacia los hospitales y as² humanizar la atenci· n. De all² que, seg¼n Peve (2019), para el Plan Provincial de Salud 2019-2023, ñel prop· sito es incrementar el despliegue territorial del primer nivel de atenci· n, con la construcci· n de nuevos Centros de Salud y las remodelaciones necesarias sobre los que ya existenò[323].

Sumado a lo dicho, en relaci· n a la ¼tima l²nea de trabajo planteada por el actual Plan de Salud Neuquino, es decir: las residencias, la Ministra Peve (2019) afirma que, ñla estrategia consiste en la ampliaci· n de cupos en sedes existentes, que haya nuevas sedes y nuevas residencias, desarrollando equipos de trabajos provinciales y zonalesò[324]. De esta manera, el objetivo de esta estrategia se focalizar§, seg¼n la Ministra de Salud, en la mejora de la calidad de las condiciones de trabajo y en el arraigo de los residentesò[325].

De este modo, el ¼timo Plan Provincial, que promete rescatar la historia del sistema sanitario de la provincia, plantea como objetivo, desde el plano program§tico, la estructuraci· n de una propuesta estrat®gica integral que impacte sobre la calidad de vida de la poblaci· n y que, adem§s, como se expres· antes, aborde las desigualdades sociales y territoriales en el acceso al sistema de salud. De ah² que, la propuesta es una adaptaci· n a las caracter²sticas territoriales, que se fundamenta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), de la denominada Agenda 2030, impulsados por la Organizaci· n de Naciones Unidas (ONU)[326].

Ahora bien, centr§ndonos espec²ficamente en lo que este Plan expresa literalmente, podemos afirmar que esta propuesta plantea la atenci· n de partos como parte de un proceso continuo que se centra en la atenci· n de salud de la mujer (incluidas la adolescencia, el per²odo preconcepcional, el embarazo, el parto y la ni¶ez), aprovechando de este modo las interacciones naturales, y considerando

---

[323] *Ibid*.

[324] Seg¼n la ministra de Salud, el Eje NÁ5 del Plan, que se refiere al talento humano de la red de salud, consigue impulsarlos a ñtrabajar plenamente en los diversos niveles de atenci· n y a desarrollar un proceso continuo de captaci· n, incorporaci· n, permanencia, motivaci· n y capacitaci· n en general, y las residencias profesionales son un basti· n reconocido de nuestro sistemaò [ñSe realiz· un encuentro sobre pol²ticas de Salud 2020ò, Ministerio de Salud, *Ibid*].

[325] *Ibid*.

[326] ñSe present· el Plan Provincial de Salud para los pr· ximos cinco a¶os, *Neuqu®n Informa*, Subsecretar²a de Prensa, Ministerio Jefatura de Gabinete, Gobierno de la Provincia de Neuqu®n. Publicado el: 14/06/2019. Disponible en website: https://www.neuqueninforma.gob.ar/se-presento-el-plan-provincial-de-salud-para-los-proximos-cinco-anos/ (Revisado 03/09/2020).

aspectos preventivos y promocionales a partir de un enfoque integral que toma en cuenta los determinantes: biol· gicos, psicol· gicos, socioecon· micos y ambientales de la atenci· n de las mujeres en relaci· n a la gestaci· n[327].

Asimismo, este encuadre, impulsado por el Plan, persigue el objetivo de contribuir a la reducci· n de la mortalidad materno-infantil, mejorar el acceso de mujeres y ni¶os a una atenci· n de salud de calidad, y promover el fortalecimiento de la participaci· n de las mujeres y las familias en procesos de toma de decisiones y en el control de la calidad de los servicios[328]. No obstante, estos lineamientos referidos a los partos no se manifiestan expresamente vinculados a las mujeres mapuche (o ind²genas, en general). Este dato no es menor, debido a que los condicionantes en esta poblaci· n, que es muy amplia en la regi· n neuquina, deben incluir aspectos relacionados con el respeto por la identidad y a la cosmovisi· n cultural que les es propia.

De ah² que, en materia de atenci· n espec²ficamente intercultural, este ¼ltimo Plan neuquino de Salud, no enuncia, en su fundamentaci· n, un abordaje sanitario que incluya de manera precisa este enfoque. En particular, este documento no vincula formalmente el enfoque intercultural con las pr§cticas m®dicas referidas al parto. No obstante, este Plan desarrolla de manera general los ciclos de vida, y los presenta estrechamente vinculados con los diversos Ejes Estrat®gicos[329] que propone, haciendo referencia a un marco de Diversidad Cultural y £tnica, con Perspectiva de G®nero[330].

De esta manera, el enfoque que propone el Plan se circunscribe a un abordaje gen®rico de la diversidad, present§ndolo como un valor primordial que entiende que ñlas mujeres y los hombres no constituyen grupos homog®neos, y que se diferencian al abordarse seg¼n variables de edad, estado socioecon· mico, educaci· n, grupo ®tnico, cultura, orientaci· n o cualquier otra condici· n sexual,

---

[327] Plan Provincial de Salud 2019-2023, La promoci· n de la salud, eje de todas las acciones. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuqu®n, mayo 2019, p. 41.
[328] *Ibid.* La provincia del Neuqu®n ha alcanzado en 2018 ²ndices hist· ricos en lo referido a mortalidad infantil (5,44 por
cada mil nacidos vivos).
[329] Los Ejes Estrat®gicos que propone el Plan de Salud 2019-2023 son: 1. Bienestar integral y salud ambiental; 2. Maternidad e infancia; 3. Salud sexual y reproductiva; 4. Adultos y calidad de vida; 5. Talento humano de la red de salud; 6. Primer nivel de atenci· n; 7. Red de mediana y alta complejidad, y 8. Tecnolog²a en salud p¼blica.
[330] Plan Provincial de Salud 2019-2023, Op. Cit., p. 22.

discapacidad o ubicaci· n geogr§ficaò[331]. Del mismo modo, cuando aborda su segundo Eje Estrat®gico, que se vincula con la maternidad e infancia, plantea que:

> ñ(siendo) que los primeros a¶os de vida son claves para el desarrollo pleno de capacidades individuales, algunos de los temas u objetivos planteados en este Eje se dirigen a reducir los niveles de mortalidad materna e infantil, promover maternidades seguras y centradas en la familia o procurar niveles positivos de bienestar integral de la poblaci· n infantilò(pp. 24-5).

Resulta claro que, si bien se enuncia el enfoque de la diversidad con perspectiva de g®nero, esto no se manifiesta de manera evidente en los planteos espec²ficos referidos al parto y a la maternidad. De ah² que, pese a afirmar que en la atenci· n sanitaria se tendr§ en cuenta la diversidad cultural y territorial, no se establece cu§l ser§ la forma de abordar este trabajo, ni tampoco si se espera construir una atenci· n que involucre una perspectiva dial· gica, que siente sus bases en la justicia epist®mica. En efecto, el foco del Plan est§ puesto en la reducci· n de los ²ndices de mortalidad materno-infantil y en el logro de un sistema de salud regionalizado, bas§ndose en ñlas necesidades de la poblaci· n e identificando el grado de complejidad que cada instituci· n requiera para brindar una atenci· n de calidad para todas las gestantes y reci®n nacidosò(pp. 42-3).

Indudablemente, resulta fundamental abordar la atenci· n intercultural de la salud en los lineamientos program§ticos dise¶ados en los Planes Sanitarios propuestos por las Provincias, debido a que este encuadre permite considerar y promover una atenci· n sanitaria m§s justa y respetuosa de las diferencias culturales de los pacientes, en los Centros de Salud. Del mismo modo, es importante remarcar que la adopci· n de este enfoque, conjugado con un abordaje que contemple todos aquellos condicionantes sociales e hist· ricos que obstaculizan a la poblaci· n que se atiende, redunda en una pr§ctica sanitaria verdaderamente inclusiva. Fundamentalmente, si se trata de comunidades ind²genas, como la Mapuche en la

[331] *Ibid*, p. 23.

localidad Las Coloradas, que resultan ser una gran proporci· n de residentes de esta poblaci· n, que han sufrido y sufren actualmente un fuerte socavamiento en el acceso a los bienes y servicios dispensados por la cultura y el poder hegem· nico.

En efecto, para contextualizar el acceso a la atenci· n sanitaria es pertinente considerar la situaci· n socioecon· mica del Pueblo Mapuche desde un enfoque hist· rico. Puesto que no pueden abordarse, de manera aislada, las condiciones de acceso a los bienes y servicios sanitarios, que son derechos humanos b§sicos, sin reparar en c· mo afecta a estas comunidades, por ejemplo, las pol²ticas flexibilizadoras de terricidios[332].

De este modo, es evidente que pese a los ñpuentesò que se tiendan para construir un enfoque intercultural en el acceso a la salud, inmediatamente se produce una contradicci· n insoslayable entre el intento de tender estos ñpuentesòy las pol²ticas p¼blicas que, hist· ricamente, han sentado sus bases en la imbricaci· n existente entre la expansi· n del estado argentino y la apropiaci· n territorial[333]. No obstante, si bien reconocemos la relevancia de este aspecto para analizar de una manera m§s apropiada la cuesti· n del acceso al derecho a la salud de las comunidades ind²genas, no es menos cierto que excede las posibilidades del presente escrito. Por este motivo, sin desconocer, ni negar estas situaciones que apremian verdaderamente el acceso y los posibles di§logos y acuerdos entre la cultura mapuche y la hegem· nica, centraremos nuestro abordaje en la atenci· n sanitaria intercultural. De ah² que, continuaremos en el pr· ximo apartado analizado los aspectos infraestructurales de los hospitales que atienden en Las Coloradas al

---

[332] Es primordial subrayar que para la Comunidad Mapuche la tierra simboliza la reivindicaci· n medular, ya que la falta de territorio impide el ejercicio de otros derechos que hacen a su supervivencia como pueblo: derecho al desenvolvimiento a las propias pautas culturales, lengua, religi· n, organizaci· n social, y fundamentalmente, el derecho al desarrollo econ· mico que posibilite condiciones de vida digna [V®ase Salgado, J., Gomiz, M. y Huilip§n, V. (2008), Cap. 1: ñIntroducci· nò. En: Informe de situaci· n de los Derechos Humanos del Pueblo Mapuce en la Provincia del Neuqu®n, Op. Cit., p.18]

[333] Sobre este aspecto, Salgado, Gomiz y Huilip§n (2008) afirman que estos procesos se producen mediante formas de legitimaci· n de esa ocupaci· n efectiva basada en una articulaci· n entre *afirmaci· n de la soberan²a, extensi· n de la ñargentinidadòy progreso*. De ah² que, la herencia de esta ocupaci· n estrat®gica territorial, que implic· la desterritorializaci· n del Pueblo, se desenvuelve en constantes conflictos por t²tulos y tenencias de tierras por parte de las comunidades, ñpropietarios de los camposò, pobladores asentados desde antiguo y el Estado Provincial, que decididamente sigue vendiendo al mejor postor las tierras denominadas ñfiscalesò ó(Salgado, J., Gomiz, M. y Huilip§n, V. (2008), Cap. 1: ñIntroducci· nò. En: *Informe de situaci· n de los Derechos Humanos del Pueblo Mapuceé* , Op. Cit., p. 11].

Pueblo Mapuche, para abordar de forma cabal, en el pr· ximo cap²tulo, c· mo se produce dicha atenci· n seg¼n la percepci· n de las propias mujeres mapuche.

4.2. INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA DE LAS COLORADAS

Generalmente, entre las dificultades que atraviesan las comunidades ind²genas argentinas en el acceso al derecho a la salud[334], se destacan: la falta de infraestructura en postas sanitarias, la escasez de personal m®dico (particularmente en lo que respecta a especialidades, como se abord· en el apartado anterior) y la falta de amplitud de d²as y horarios de atenci· n.[335]

En Argentina, no hay una planificaci· n clara respecto a los problemas de infraestructura y equipamiento, ni sobre las limitaciones de acceso (geogr§ficas, socioculturales, ling¿²sticas, econ· micas y/o clim§ticas), para mitigar los conflictos en el acceso a la salud de las comunidades ind²genas, ni de las rurales, en general. Actualmente, cada una de las 23 provincias retiene su autonom²a en materia de salud. A su vez, coexisten unas 300 obras sociales. La desigualdad queda manifiesta cuando se observa que en la capital del pa²s hay 10,2 m®dicos y 7,3 camas por cada 1.000 habitantes, frente a 1,2 y 1,1 respectivamente para la provincia de Misiones[336].

Del mismo modo, por el momento, en nuestro pa²s el ¼nico proyecto con una infraestructura basada en una perspectiva intercultural es el que presenta: el Hospital Intercultural Rangi¶ Kien (media luna en mapuche), de Ruca Choroi[337]. De ah² que, el dise¶o de este Hospital surge de los acuerdos realizados por integrantes

---

[334] Adem§s de los problemas de accesibilidad tanto geogr§fica, como econ· mica a los servicios de salud, problemas que fueron nombrados anteriormente.

[335] Marco de Planificaci· n para Pueblos Ind²genas. *PROYECTO BIRF,* Op. Cit*.,* p. 12.

[336] Tuchin, F. Las grandes desigualdades del sistema sanitario en Argentina. La segmentaci· n y la fragmentaci· n son los grandes problemas de la salud p¼blica: barreras geogr§ficas y culturales dificultan el acceso, *El Pa²s*, Buenos Aires, 13 JUN 2018.

[337] Se trata de una gigantesca estructura en forma de medialuna que mira hacia el nacimiento del sol. Se encuentra en la cuenca de Ruca Choroi viven unas 1.400 personas de las comunidades Epu Pehu®n y Ruca Choroi. La asistencia sanitaria ñoccidentalò la reciben en dos postas. Una est§ en Carri Lil, a poco m§s de un kil· metro de donde se emplaza el edificio del futuro centro de salud.

del Pueblo Mapuche y del Sistema de Salud Provincial[338]. De all² que, los requerimientos[339] arquitect· nicos y funcionales fueron propuestos por la comunidad para el Centro de Salud Intercultural de Ruca Choroi, en base a una previsi· n para los pr· ximos 15 a 20 a¶os y en una perspectiva intercultural que ha sido discutida y trabajada durante el proceso de participaci· n y movilizaci· n social en salud[340].

En base a esta necesidad, se ha elaborado conjuntamente con los equipos de Salud del Hospital de Alumin®, las Comunidades de Catan Lil y Ruca Choroi un anteproyecto donde se desarrolla un Puesto Sanitario acorde a las necesidades de la Poblaci· n[341]. Para ello, la organizaci· n Mapuche, teniendo como referencia las experiencias en salud intercultural existentes en Chile, ha planteado un intercambio de conocimientos sobre Salud y Medicina[342].

Por otra parte, seg½n las comunidades mapuche-pewenche, las funciones de un puesto sanitario deben centrarse en la prevenci· n y promoci· n de la salud, y en la proyecci· n de trabajos comunitarios, que permitan generar confianza a la comunidad. Asimismo, deben incluir a los sanadores mapuche que visitan[343] (la figura del *Maci*, nombrada anteriormente), que cumple un rol primordial en la jerarqu²a sanitaria mapuche.

De esta manera, el Puesto Sanitario en las comunidades Pewenche, como espacio sanitario intercultural, adecuado a la cantidad de gente y el clima, se dise¶· para que prestara servicio para personas mapuches y no mapuches. Con una oferta de salud intercultural y complementaria, es decir, adem§s de la atenci· n del equipo m®dico, se proyectaba la intenci· n de que contar§ con atenci· n de terapeutas mapuche, para lo cual el espacio debe estar adecuado a ambos procedimientos

---

[338] Ministerio de Salud de la Provincia de Neuqu®n (2014), *El Pueblo Mapuche y el Sistema de Salud Provincial*. Bolet²n. Recuperado el 15/6/2020, website: https://www.saludneuquen.gob.ar/centro-de-salud-intercultural/

[339] Los requerimientos fueron expresados en el taller del 4 de diciembre de 2009. En este taller participaron las comunidades Carrilil y Aigo, el equipo de salud de Alumin® y el Ministerio de Salud de la Provincia de Neuqu®n.

[340] *Ibid.*

[341] *Ibid.* Por su parte, este Centro de salud Intercultural de Ruca Choroi, se proyect· a partir de la construcci· n de los siguientes espacios y equipamientos: Habitaciones para internaci· n; Consultorio de Machi (el m§s grande, orientaci· n E-O); Consultorio para partera Pu¶e¶elchefe; Consultorio de yerbatera lawentuchefe; Consultorio de componedor de huesos g¿tamchefe; Sala de espera circular (espacio para reuni· n, o circular y con el fog· n en su centro. £ste deber²a ser construido en su totalidad con materiales de uso habitual en las construcciones tradicionales -ca¶a, adobe, madera, paja, etc.-, con ingreso orientado al este); Oficinas para administraci· n; Dep· sitos generales; Lavadero y Farmacia para entrega de remedios de biomedicina y lahuen.

[342] *Ibid.*

[343] *Ibid.*

t®cnicos[344]. As², el Centro de salud buscaba construir un reglamento interno formulado por la comunidad y el equipo de salud. Con una organizaci· n a cargo, idealmente colegiada entre los actores involucrados, que promoviera la comunicaci· n y el buen acceso entre los usuarios y entre los sanadores[345].

No obstante, si bien se encuentra terminado, a¼n permanece inconcluso, debido a la falta de legislaci· n que ampare la conjugaci· n de los cuidados sanitarios occidentales y mapuche. Fundamentalmente, en lo que respecta a contrataci· n de recursos humanos, remuneraci· n, y adem§s, lo relativo a c· mo traer medicinas (plantas espec²ficas de la regi· n) desde el pa²s vecino, sin que sean retenidas en la frontera.[346] Esta situaci· n es confusa, puesto que el Ministerio de Salud reconoce mediante la Resoluci· n NÜ1875/15 al Equipo del Centro de Salud Intercultural Rangi¶ Kien y a la Comisi· n de Seguimiento[347].

La importancia de considerar estos dilemas concretos que, en materia jur²dica, impiden la inauguraci· n de una obra edilicia, como este Centro Cultural, radican en se¶alar la contradicci· n que surge entre el marco legal (desarrollado en el segundo cap²tulo) y la aplicaci· n de pol²ticas p¼blicas. Puesto que, en la ¼tima reforma de la Constituci· n de la Provincia de Neuqu®n, del a¶o 2006, la Provincia reconoce la Interculturalidad (Art. 107). Sin embargo, en relaci· n al §rea de Salud de los Pueblos Ind²genas, no se identifican programas espec²ficos.

Es evidente, la importancia de desarrollar programas que valoricen y consideren el aspecto edilicio en temas vinculados a la interculturalidad, adem§s de sostener un fortalecimiento hospitalario, desde el plano econ· mico. De esta manera, respecto a las pol²ticas p¼blicas a ejecutar, es prioritario implementar infraestructura en postas sanitarias y una distribuci· n equitativa de m®dicos con formaci· n intercultural. Incluso, este aspecto deber²a ser un eje central en las

---

[344] *Ibid.* De ah² que, los trabajadores de la salud en el dise¶o del Centro de Salud son profesionales y t®cnicos de origen mapuche y no mapuche. Sucede algo similar con el espacio de internaci· n: para ambas medicinas, y tambi®n para espacio de rotaciones m®dicas nacionales e internacionales. Se contempla, asimismo, la cocina apta para preparaci· n de alimentos y recursos terap®uticos naturales (preparaci· n de remedios mapuches en distintas presentaciones o lawen).

[345] *Ibid.*

[346] Dur§n, A. (2019), *El hospital intercultural de Ruca Choroi todav²a est§ paralizado*, Recuperado el 15 de octubre de 2019 de Indymedia Argentina, R²o Negro, website https://www.rionegro.com.ar/salud-intercultural-en-ruca-choroi-un-sueno-paralizado-por-el-desafio-963194/

[347] Esta acci· n garantiza la continuidad de un proyecto que surgi· en el a¶o 2008.

pol²ticas p½blicas, para promover un sistema de salud amplio que atienda y respete a las comunidades ind²genas.

En el caso particular de La Coloradas, reci®n finalizando el a¶o pasado (es decir, en el a¶o 2019), se consigui· una inversi·n econ·mica[348] para la puesta en valor de la guardia del ½nico hospital de la localidad[349]. Con esta inversi·n se proyect· la ampliaci·n del sector de guardia de emergencias, que incluye dos consultorios, enfermer²a, shock room, ba¶os p½blicos, as² como tambi®n la re-funcionalizaci·n del §rea gesti·n de pacientes, administraci·n, direcci·n y de las §reas comedor, lavadero y ampliaci·n de la farmacia. Tambi®n se realizaron otras tareas de refacci·n y ampliaci·n en el edificio, como las del hall de acceso, que ahora cuenta con antec§mara y sanitarios p½blicos[350].

Si bien, estas ampliaciones en el hospital de la localidad Las Coloradas resultan importantes para los habitantes de la comunidad, no es menos relevante que, considerando la gran proporci·n de poblaci·n mapuche de la localidad, estas refacciones se centren en un enfoque intercultural. Pues, partiendo de la composici·n social, ®sta deber²a ser una ·ptica a considerar en los proyectos comunitarios a desarrollar en la localidad.

No obstante, pese a las consideraciones que planteamos como reivindicaciones necesarias en el abordaje respetuoso de la salud intercultural, resulta inminente atender al grado de desarrollo insuficiente, que actualmente tiene Las Coloradas respecto a obras p½blicas m²nimas sobre necesidades b§sicas para la sobrevivencia. Un claro ejemplo de este estado de situaci·n se vincula con la falta de acceso al agua potable, que reci®n en el transcurso de este a¶o se aborda pol²ticamente como situaci·n a resolver, para darles abastecimiento de agua a 15 familias de la localidad[351]. Consecuentemente, resulta fundamental que Estado

---

[348] La inversi·n alcanz· los tres millones de pesos. Recuperado el 16/6/20202, en: https://www.lmneuquen.com/el-hospital-las-coloradas-ya-tiene-sala-emergencias-n669482

[349] La guardia de Las Coloradas fue inaugurada el 5 de diciembre de 2019.

[350] Disponible en: https://www.lmneuquen.com/el-hospital-las-coloradas-ya-tiene-sala-emergencias-n669482

[351] Los fondos desembolsados recientemente (seg½n la noticia publicada en Neuqu®n Informa, el d²a 24/4/2020) son los destinados a la comunidad Namuncur§ en el departamento Catan Lil, cuya cabecera es Las Coloradas, que pudo lograr el abastecimiento de agua para 15 familias (consumo domiciliario y para su producci·n agropecuaria), la posta sanitaria del paraje y un sal·n de ventas que posee la comunidad all² mismo. El intendente de Las Coloradas, Abel Matus, afirma: ñNosotros est§bamos llev§ndoles el agua desde la comuna junto a otros sectores; contamos con tres camiones, dos privados y uno netamente de la municipalidad y cubrimos gran parte de este extenso departamento para poder llevar este vital elemento que es el aguaò

sustente y garantice no solo la resoluci· n de estas carencias de car§cter estructural, sino tambi®n la infraestructura y la adaptaci· n intercultural de los distintos establecimientos de salud de esta localidad. En efecto, resulta claro que ambos aspectos resultan ser imprescindibles para propiciar una sociedad con mejores posibilidades sanitarias, que habilite, a su vez, el acceso a la salud de todos los habitantes de Las Coloradas en general, y de los mapuche en particular. De esta manera, es importante sentar las bases infraestructurales m²nimas que redunden, por un lado, en la elevaci· n de la esperanza de vida de la comunidad, y por otro lado, en una atenci· n sanitaria que favorezca el intercambio entre los distintos saberes, medicinales y culturales, basado en un enfoque de justicia epist®mica, que permitan, a su vez, construir un modo de interacci· n m§s justo y horizontal entre las comunidades ind²genas y el personal m®dico[352] de Las Coloradas.

Asimismo, Matus, indic· que: ñEste a¶o se ha notado el tema de la sequ²a. Hay muchos pozos, muchas vertientes que se han secado y este problema sigue creciendo. Que salga un proyecto de esta magnitud nos pone muy contentos, porque se va a poder dar soluci· n a estas familiasò

El monto total de esas obras es de 5.306.065 pesos, en su mayor parte financiados por el Programa de Inclusi· n Socio Econ· mico en Ćreas Rurales (Pisear) de Naci· n, pero con aportes del ministerio de Producci· n e Industria y tambi®n de la misma comunidad. Las inversiones incluyen una perforaci· n y sistema de bombeo solar (bomba, paneles solares, accesorios para este sistema, estructuras de soporte para los sistemas de paneles solares), cierres perimetrales del sistema de bombeo para su resguardo, tanque de almacenamiento de 15.000 litros, y sistema de clorinaci· n. Asimismo, estas obras ser§n acompa¶adas con asistencia t®cnica y capacitaciones para poder mejorar la actividad productiva de las familias. El ministro de Producci· n e Industria, Facundo L· pez Raggi explic· que la provincia cuenta con un programa espec²fico para el acceso al agua en §reas de secano, que cuenta con t®cnicos expertos en la materia y que, en conjunto con otros extensionistas, los municipios locales y los referentes de las comunidades mapuche y organizaciones de criollos, ya han podido dar soluci· n a la problem§tica de acceso al agua de 2.214 familias. Recuperado el 16/6/2020, website: https://www.neuqueninforma.gob.ar/la-comunidad-namuncura-y-las-coloradas-celebran-la-concrecion-de-la-obra-que-abastecera-de-agua-al-paraje-santa-rosa/

[352] En cuanto a este aspecto, conviene aclarar que, si bien no nos enfocaremos en este trabajo por razones de extensi· n, consideramos que, para que la atenci· n sanitaria sea verdaderamente intercultural, debe considerarse la formaci· n de los profesionales de la salud en estos temas. Puesto que, para trabajar desde un enfoque intercultural, no es suficiente con la infraestructura hospitalaria, los planes de salud, ni los relevantes fundamentos que suscriben a estas pr§cticas. Es decir, si bien todos estos elementos son importantes, es inexorable una formaci· n m®dica con este enfoque conceptual para que estos elementos entren en juego. En efecto, coincidimos con Beliera (2016) en que ñlos §mbitos estatales de trabajo no pueden ser entendidos como espacios arm· nicos y uniformes, en donde el dise¶o de las pol²ticas p¼blicas se desenvuelva linealmente desde las altas capas de la burocracia hasta los trabajadores que las aplican, sino que deben ser analizados considerando las m¼ltiples disputas existentes en su interior entre distintos grupos localmente situadosò (Beliera, A. ñPensar al Estado como §mbito de trabajoé , Op. Cit., pp. 180-1]

CAPõTULO 5

ABORDAJE INTERCULTURAL EN SALUD DE LAS *PU MAPUCE ZOMO* (MUJERES MAPUCHE) DE LAS COLORADAS

"Al río que todo lo arranca lo llaman violento, pero nadie llama violento al lecho que lo oprime".
Bertolt Brecht

Cuando nos centramos en la atenci· n de la salud de las mujeres mapuche, no podemos hacerlo sin considerar la importancia que le otorgan las comunidades ind²genas a su vinculaci· n con la naturaleza y a la armon²a que se genera entre la salud y la vida. De ah² que, el abordaje de la salud de las mujeres y de los ni¶os/as no puede realizarse de manera aislada, y su bienestar depende del bienestar de los progenitores (fundamentalmente, de la madre) y del pueblo, ya que tambi®n contribuyen en la din§mica de la comunidad. La comunidad mapuche, en particular, construye la palabra *Itrofil Moguen* (*Ixofij Mogen*), que significa: ñTodas las diversas formas de vidaò Puesto que, entienden que la vida debe comprenderse en estrecha vinculaci· n con ñel territorio, la gente, todos los elementos que dan diversidad y conocimiento: el viento, el agua, la lluvia, el sol, la tierra que pisamosò (Huilip§n, 2017: 14).

Por ello, plantean que los principios rectores del sistema de vida *mapuce*; es decir, el *Kvme Felen* se asienta en tres pilares[353] interdependientes: ñ*Waj Mapu*

[353] Respecto al pilar ñterritorioò, seg¼n Huilip§n (2012): ñEl conflicto Pulmar² simboliza esta defensa del pueblo mapuche por su tierra. El §rea andina de Pulmar² (departamento de Alumin®, a 350 km. de la ciudad de Neuqu®n) ha sido territorio mapuche desde tiempo inmemorial. Tiene grandes posibilidades de desarrollo forestal, tur²stico y agropecuario y, por esa raz· n, fueron usurpados por el ej®rcito argentino y fiscalizadas por el estado. Las reivindicaciones de los mapuche por recuperarlos llegaron hasta el Parlamento Europeo en 1996ò Aqu², Huilip§n ejerci· de portavoz. Tras su intervenci· n, se consigui· una resoluci· n de urgencia, que signific· la recuperaci· n de 34.000 hect§reas de este territorio usurpado. ñA partir del a¶o 2000, la vida del pueblo mapuche ha estado marcada por la resistencia y lucha contra las petroleras que se instalan en sus territorios comunitarios sin su consentimiento y que est§n avaladas por la pol²tica del Estado. Estas empresas han generado un grave conflicto territorial, transformando una cultura de relaci· n arm· nica con el entorno y

(Territorio), el car§cter de Pueblo Originario o preexistente (Identidad) y *Kizu Gvnewvn* (Autonom²a)ò[354]. Y a su vez, en palabras del pueblo mapuche:

> ñEstos (tres) pilares nos conducen y remiten a la historia de nuestras luchas y resistencia como pueblo originario. (Est§n) presentes en nuestras pr§cticas, cobran fuerza y se alzan en nuestras reivindicaciones, haciendo saber que nuestra identidad a¼n est§ vivaò[355] (p. 49).

En consonancia con estos principios rectores que constituyen la identidad de la comunidad mapuche, a partir de las reivindicaciones conseguidas con su resistencia y sus luchas hist· ricas, la Organizaci· n Panamericana de la Salud (2009) plantea la necesidad de reconocimiento y respeto a la cultura ind²gena. Del mismo modo, la OPS caracteriza la identidad de esta comunidad, afirmando que los pueblos ind²genas:

> ñConsideran la armon²a individual ligada al universo como la fuente de la salud y el ideal de vida. Esos pueblos organizan el pensamiento en pares o dualidades, como ñlo fr²o y lo calienteò o ñlo masculino y lo femeninoò, y poseen un gran respeto por los ancestros, los antepasados y los esp²ritusò (p. 34).

Con respecto al caso particular de las mujeres pertenecientes a una comunidad ind²gena, en nuestro pa²s, en el ¼ltimo Censo 2010[356] se estim· que promediaban

---

causando una grave contaminaci· nò. Asimismo, seg¼n Huilip§n, el pilar ñidentidadò se centra en la defensa de sus instituciones tradicionales y de su lengua, el *mapudungun*. Por ¼ltimo, en cuanto al pilar de la autonom²a, se han establecido procesos de di§logo con el Gobierno de la Provincia de Neuqu®n, desde el a¶o 2008, y con el tiempo, van dando sus frutos.

[354] Propuesta para un KVME FELEN MAPUCE, Equipo Interdisciplinar e Intercultural del Proyecto, Confederaci· n Mapuce de Neuqu®n, 2010, Neuqu®n, Argentina, p. 49.

[355] *Ibid*.

[356] En el Censo 2010 se incluy· la variable de pertenencia a una poblaci· n ind²gena u originario ya sea por adscripci· n y/o por descendencia, permiti®ndonos contar a la fecha con datos m§s precisos sobre esta franja poblacional. No obstante, es importante se¶alar que, como otros relevamientos estad²sticos del tipo, el censo est§ sujeto a problemas de representatividad, con lo cual no puede proporcionar informaci· n detallada de todas las variables, para todos los pueblos, sus regiones o §rea de residencia. [Seg¼n: Marco de Planificaci· n para

las 480.000 personas. En los datos obtenidos, se registr· un total de 955.032 personas que se reconocen como pertenecientes y/o descendientes de alguna de las 32 etnias reconocidas en nuestro territorio, representando el 2,4% del total de poblaci·n de Argentina. De ellos, el 50,4% son varones y el 49,6% mujeres, porcentajes que se invierten en la poblaci·n general[357]. Respecto a la distribuci·n en las provincias, en el 2010, la mayor proporci·n de poblaci·n originaria pertenece a las provincias: Chubut, Neuqu®n, Jujuy, R²o Negro, Salta y Formosa, con porcentajes que van desde 8,7% a 6,1%.[358]

Seg¼n el Censo 2010 (INDEC), el 49,8% de la poblaci·n auto-reconocida como perteneciente a pueblos originarios depende del Estado para satisfacer sus necesidades en salud.[359] En el caso espec²fico de las mujeres ind²genas, seg¼n el Equipo Latinoamericano de Justicia y g®nero (ELA) y el Consejo de Organizaciones abor²genes de Jujuy (COAJ), los principales obst§culos para al acceso a la salud, que surgen espont§neamente de los relatos de estas mujeres, son materiales. Es decir, se inscriben en las barreras geogr§ficas, en tiempo y distancia, empeoradas por falta de caminos accesibles y falta de transportes disponibles, como tambi®n en la falta de recursos econ·micos. Asimismo, se ha evidenciado hist·ricamente, la desfavorabilidad de su situaci·n en relaci·n con las dificultades en el control sobre la reproducci·n y su incidencia en las tasas de fecundidad y mortalidad materno-infantil (Hopenhayn et. al., 2006).

De ah² que, cuando se plantea su situaci·n concreta con respecto a la salud y a las pol²ticas p¼blicas que deben garantizarles el acceso a la misma, surgen al menos dos posibilidades con respecto a las formas de programaci·n y ejecuci·n estatal. Por un lado, tal como plantea Feltri et al., (2006), puede darse una concepci·n unilateral de planificaci·n, seg¼n la cual, la gesti·n y la planificaci·n queda del lado de los efectores (es decir, del propio Estado); o bien, puede

---

Pueblos Ind²genas. *PROYECTO BIRF ñCobertura Universal Efectiva de Saludò*(P163345); Buenos Aires, 2017. http://www.ufisalud.gov.ar/attachments/article/360/MPPI%20CUS-Sumar%20con%20consulta.pdf, p. 9]

[357] Op. Cit., Marco de Planificaci·n para Pueblos Ind²genas. *PROYECTO BIRFé* , p. 9.

[358] Los pueblos Mapuche, Toba y Guaran² son los ¼nicos que se ubican por encima del 10%; sumados, estos pueblos conforman el 45,9% de la poblaci·n originaria argentina. Con valores entre 5% y 10% del total de poblaci·n originaria se encuentran los pueblos Diaguita, Kolla, Quechua y Wich², que en conjunto conforman el 25% del total de la poblaci·n originaria [Informe ñMujeres ind²genas en la provincia de Jujuy Hacia un abordaje integral sobre el acceso a los derechosò, ELA y COAJ, Embajada de Noruega, Buenos Aires, 2016].

[359] *Ibid*, p. 12

sobrevenir otra, basada en la incorporaci· n de la propia comunidad (o m§s considerablemente de los destinatarios de las pol²ticas) como parte estrat®gica en la planificaci· n y gesti· n de la atenci· n en salud.

De modo que, en la primera opci· n, puede surgir que el Estado les imponga a las comunidades abor²genes distintas pol²ticas p¼blicas que pueden atentar contra su bienestar, su cultura y su concepci· n de mundo, a partir de tomar medidas tendientes a garantizar la promoci· n de los derechos de otros sectores sociales (terratenientes, por ejemplo). Propiciando de este modo que, en el caso de las mujeres, estas medidas puedan vincularse no solo con la limitaci· n de la concepci· n, sino puntualmente, con la falta de gesti· n adecuada de las herramientas necesarias para abordar la interculturalidad en salud, violentando de esta manera el derecho al acceso a la salud.

Por el contrario, la segunda opci· n, se centra en la incorporaci· n protag· nica de los destinatarios de las pol²ticas. De ah² que, el derecho a la salud es entendido en la complejidad y pluralidad que incluye, puesto que ñexige una idea de igualdad que socialmente no inferiorice, ni homogeneice culturalmente, e incorpore la dimensi· n de justicia epist®micaò [de Ort½zar 2019: 15]. La importancia de esta postura se halla en que, tal como afirma Chirif (2015), la interculturalidad no se circunscribe a una definici· n ¼nica y homog®nea,[360] sino que es construida por cada pueblo ind²gena ñdesde su realidad espec²fica actual, influida por una colonizaci· n de cinco siglos y que ha causado impactos diferentesò (C§rdenas, et al. 2017).

De este modo, el abordaje de salud intercultural en esta segunda perspectiva[361], a la cual suscribimos, promueve la decisi· n libre de las mujeres en lo relativo a la concepci· n, a la vez que, hace part²cipe a toda la comunidad, para que, a la luz del reconocimiento de su historia, de su situaci· n pol²tica, social y de sus propias contradicciones internas, resuelvan y se auto-concedan las estrategias

[360] El reconocimiento de los Pueblos Ind²genas tiene una larga historia y muchos debates. Por muchos a¶os se ha rechazado la idea de que los Estados adopten una definici· n formal de Pueblos Ind²genas. Por ello, en el Convenio 169 se reafirma la importancia de la autoidentificaci· n de los propios pueblos (OIT, Convenio 169, art. 1).

[361] Sin embargo, en el caso de Argentina, a partir de un estudio realizado a profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas en dos provincias argentinas (C· rdoba y Mendoza), Aizenberg (2018) afirma que: *todav²a no se han generado aproximaciones en salud intercultural que hayan incorporado en profundidad una perspectiva de g®nero*.

m§s deseables para definir su salud sexual y reproductiva (Feltri, A. et al., 2006). Considerando este aspecto, resulta primordial generar una aproximaci· n conceptual respecto a los propios par§metros sanitarios y culturales de la atenci· n de partos desde la perspectiva de la comunidad ind²gena mapuche, m§s precisamente, desde la voz de las mismas mujeres que protagonizan estas pr§cticas.

5.1. ATENCIč N MATERNO-INFANTIL Y ADAPTACIč N DE PARTOS DE *PU MAPUCE ZOMO*

Frecuentemente, el cuidado de los/as hijos/as es una tarea designada exclusivamente a las mujeres. Sucede algo similar con las mujeres de las comunidades ind²genas: ñquienes, para atender su propia salud, a las consultas m®dicas acuden con las personas que de ellas dependenò Esta situaci· n refleja una realidad que incluso trasciende a determinada pertenencia cultural.[362] Por ello, generalmente, no es considerada en la atenci· n m®dica occidental.

Sumado a esto, es importante notar que, con respecto a los inconvenientes suscitados en la atenci· n de la salud maternal de las mujeres ind²genas, se producen situaciones an§logas en las diversas regiones del territorio argentino, puesto que las provincias de Chaco, Formosa, Jujuy y Misiones presentan los peores indicadores en relaci· n al acceso a servicios de salud. De all² que, seg¼n UNICEF (2012):

> ñSi bien m§s del 80% de las embarazadas se hizo al menos un control en un hospital o centro de salud, son pocas las que cumplen con el m²nimo de controles que recomienda la Organizaci· n Mundial de la Salud (al menos cuatro). Estas cuatro provincias son adem§s las que registran m§s partos domiciliarios sin personal calificado en el §mbito rural, donde las mujeres tienen m§s

[362] Informe ñMujeres ind²genas en la provincia de Jujuyé òOp. Cit., 2016.

> dificultades para llegar a los puestos sanitarios (Aizenberg, 2013)ò[363].

De este modo, resulta claro que la situaci· n es a¼n m§s problem§tica en aquellas comunidades donde solo se habla la lengua ind²gena, como el *mby§* guaran² en Misiones o el *wich²* en la provincia del Chaco, Formosa y Salta. De ah² que, estas circunstancias se ven intensificadas con las barreras geogr§ficas y del sistema sanitario, como resultantes de la situaci· n residencial de estas comunidades, que viven en zonas rurales alejadas de los centros de salud y con deficiente capacidad resolutiva (UNICEF, 2010).

Por este motivo, las comunidades ind²genas expresan la necesidad de contar con mayor cantidad de agentes sanitarios, que brinden atenci· n m®dica en los establecimientos hospitalarios, desde un enfoque intercultural, fundamentalmente, en lo que ata¶e al: parto respetando la cosmolog²a ind²gena, la se¶al®tica biling¿e, entre otros[364]. Estas exigencias son contempladas en la Ley NÁ25.929 sobre ñParto Humanizadoò, puesto que plantea:

> ñToda persona, en relaci· n con el embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto o puerperio tiene derecho a ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y a no ser discriminada por su cultura, etnia, religi· n, nivel socioecon· mico, preferencias y/o elecciones de cualquier otra ²ndole (Art. 2, Inc. B)ò[365].

Sin embargo, las pr§cticas m®dicas occidentales (hegem· nicas) obstaculizan el acceso a la salud de las mujeres ind²genas cuando no contemplan sus propios

---

[363] Recordamos, tal como se plante· en el cap²tulo anterior, que el caso de las mujeres mapuche de Las Coloradas no es la excepci· n a este planteo. Debido a que, seg¼n la ¼ltima informaci· n publicada en el a¶o 2018 por el Ministerio de Salud neuquino, el control prenatal evidenciado en los primeros meses de embarazo (20 semanas), en esta localidad, es reducido (45,5%). Es decir, solo asistieron 5 de las 11 mujeres embarazadas. Mientras que, aumenta casi en una cuarta parte (72,7%) en el ¼ltimo tramo del embarazo. Esto es, 8 mujeres de las 11 embarazada en total. En efecto, 3 de esas 11 mujeres no reciben control regular, ni asistencia durante ning¼n momento del embarazo.

[364] *Ibid*, p. 12.

[365] De conformidad con lo establecido en la Ley NÁ26.485 de Protecci· n Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los §mbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

saberes y conocimientos. Es decir, cuando ignoran: sus propias formas de sanarse, de hacer un tratamiento; su estrecho v²nculo con el territorio y con la *Pachamama* para su sanaci· n,[366] entre otros conocimientos imprescindibles para una atenci· n sanitaria respetada. Entre estos saberes, la biomedicina ignora la centralidad que las comunidades ind²genas le otorgan a la dimensi· n espiritual. La comunidad mapuche, por su parte, considera que:

> ñLas personas tenemos cuatro dimensiones, una espiritual, una f²sica-biol· gica, una afectiva y una mental; cuando hay un desequilibrio en alguno de estos planos te enferm§s, cada persona tiene estas cuatro dimensiones que no est§n separadas, est§n interrelacionadas. (é) una persona te puede hacer mal por envidia o sin querer tambi®n te puede ojear, cuando nace un beb®nosotros creemos que durante el primer mes solo puede ver(lo) la familia directa, porque al ser tan chiquitos chupan la energ²a y necesitan un equilibrio, la falta como el exceso de amor es malo, le hace mal al beb®, que tiene un *newen* d®bil, y necesita identificarse con una energ²a positiva, buena, por eso no lo puede ver todo el mundo (é)ò[367].

De lo dicho surge que, las pr§cticas m®dicas deben partir de la concepci· n cultural que la comunidad ind²gena particular asuma, respecto a la enfermedad y su cura. Esto promueve la posibilidad de realizar un abordaje sanitario intercultural, que se centre en el respeto de los saberes propios de dicha comunidad. En este sentido, para la comunidad mapuche, la enfermedad se concibe como:

> ñuna realidad extra¶a al organismo y opuesta a la salud. La enfermedad surgir²a seg¼n sus creencias por tres grandes bloques de causas: a) por la penetraci· n m§gica de un elemento maligno en

[366] Informe ñMujeres ind²genas en la provincia de Jujuy...ò, Op. Cit., 2016
[367] Relato de mujer mapuche en: Estrella, P (2017), Op. Cit., p. 167.

> el cuerpo de la v²ctima. b) por la p®rdida o evasi· n del alma. [Es decir], (p)or el debilitamiento del esp²ritu. c) por la posesi· n por el diablo o los malos esp²rituso[368].

Del mismo modo, el enfoque biom®dico debe replantearse e interpelarse de manera profunda en lo que respecta a la construcci· n de una perspectiva intercultural, fundamentalmente cuando se trata del abordaje sanitario de partos de mujeres ind²genas. Puesto que, la atenci· n del parto no se reduce a un asunto m®dico, ni cient²fico, sino m§s bien, debe entenderse como una cuesti· n cultural y pol²tica[369].

Por ello, en consonancia con el planteo de Drake (2014), partiendo de que la cultura define el contexto en que una mujer percibe la experiencia del parto y la maternidad, resulta importante resaltar que: ñhay m§s rituales y pr§cticas culturales acerca de la maternidad que otros eventos de la vidaò (Etowa, 2012, citado en Drake, 2014:5). Esto, evidentemente, conduce a que los sistemas de salud p¼blicos deban cuestionar cr²ticamente la hegemon²a de la perspectiva biom®dica que los convoca, para replantear pr§cticas m®dicas vinculadas al parto, entendi®ndolas como un fen· meno con significado cultural[370].

De este modo, seg¼n la cultura del pueblo mapuche, el parto y la maternidad tienen un significado que evoca a su intr²nseca relaci· n con la tierra. De ah² que, para su cosmovisi· n, la placenta simboliza el veh²culo que ci¶e la vida con los ancestros, mediante un lazo que se representa como motor de la vida y principio de la muerte. En palabras de las mujeres de esta comunidad:

> ñLas devoluciones y/o enterramientos de las placentas son rituales propios de la cultura. Son realizados alrededor de un ojo de agua, donde est§ el *eltuwe*. (é) al enterrar las placentas se sigue manteniendo unido el linaje materno con el territorio. (é) las hijas/os nacidos con problemas de salud necesitar§n durante su

[368] Sanz, F. (1986) *Salud y mujer mapuche*, Bilbao: Universitat de Barcelona, pp. 36-7.
[369] Cuando planteamos que el parto tiene una dimensi· n pol²tica, nos referimos puntualmente al rol que las mujeres ocupan hist· ricamente en las sociedades patriarcales. Esta situaci· n no es menor cuando debemos analizar la atenci· n sanitaria de partos.
[370] V®ase Drake, E. (2014), ñEl Significado Cultural del Parto: é , Op. Cit., p. 5.

> vida reconectarse con el territorio donde se entreg· la placenta cuando aparezcan episodios de padecimientos para reestablecer la salud. (é) se elige ese espacio porque desde que se nace, se empieza a morirò[371].

De esta manera, en la cultura del Pueblo Mapuche, cada persona tiene un *Tuw¿n* (su origen territorial, su tierra) y un *K¿palme* (que es el tronco familiar o la herencia de los antepasados). Estos dos elementos sientan las bases que permiten construir un camino que determina no solo: ñhacia d· nde se vaò, sino tambi®n, cu§les son los roles que a futuro podr§ desempe¶ar el ni¶o o ni¶a fortaleciendo su salud y su bienestar. En efecto, para estas comunidades, la entrega de la placenta a la ñtierraò permite que la madre y la familia que la recibe, puedan cerrar un importante ciclo abierto con la concepci· n y per²odo prenatal, mediante el entierro y la realizaci· n de una ceremonia que dar§ protecci· n y fortaleza al ni¶o y la madre[372]. Del mismo modo, esta ceremonia adquiere diversas variantes que se vinculan con el estado de salud y el sexo del reci®n nacido, as²:

> ñsi el reci®n nacido es *wentru* (hombre), la placenta debe enterrarse debajo del §rbol o palenque donde se amarra el caballo. De esta manera se asegurar§ que el ni¶o ser§ un gran jinete, tambi®n ser§ un hombre §gil, fuerte y con ra²ces profundas. Si es *zomo* (mujer), la reci®n nacida, se debe enterrar su placenta en una planta medicinal del territorio, as² asegurar§ su conexi· n con la sabidur²a de las plantas. (é) es importante que esta planta est®cercana a la casaò[373].

De forma equivalente, trat§ndose del nacimiento de una mujer, primariamente, se sol²a enterrar la placenta debajo del fog· n, debido a la relaci· n de la hoguera, el

---

[371] Azpiroz Cle¶an, ñEl racismo y la transgresi· n de la ®tica mapucheò, Op. Cit.
[372] Kallf¿ Nawel, K¿zi¶: Placenta,13 de mayo de 2020. Revisado el 29/09/2020. Disponible en: https://www.facebook.com/photo?fbid=686145068864336&set=a.128795211265994
[373] *Ibid*.

hogar y el coraz· n de la familia. O bien, seg¼n Kallf¿ Nawel (2020), otro lugar cl§sico, que a¼n se emplea, resulta ser ñdonde cae la gotera que escurre del techo de la *Ruka*ò (entrada de la casa), puesto que, ñall² se labrar²a un destino fecundo y abundante en bienes para el hijo o hijaò De all² que, ñenterrar la placenta del ¼ltimo hijo [o hija] a la entrada de la casa (o *Ruka*) es una forma m§gica de anticoncepci· n, pues as² se le evitar²a a la madre futuros nacimientosò[374]. No obstante, seg¼n la cosmovisi· n mapuche, ñen *Wallmapu*,[375] si la placenta se arroja a un campo de cultivo, lo tornar§ est®rilò Por ese motivo, debe ser enterrada profundamente[376].

Sumado a lo anterior, en la cosmovisi· n mapuche, hay otra caracter²stica que resulta ser central en la atenci· n de partos. Nos referimos espec²ficamente a la persona encargada de mirar apropiadamente la placenta, para darla vuelta y decirle a la familia: c· mo va a ser el ni¶o y c· mo ser§ su car§cter. Este rol es desempe¶ado por la *p¿¶e¶elchefe* (partera mapuche, matrona emp²rica)[377]. Adem§s, tal como afirma Kallf¿ Nawel (2020), la partera es quien manifiesta que: ñla placenta tiene pertenencia, ya que tiene el esp²ritu de la madre, el padre y el ni¶o, por lo que debe tener una buena disposici· n finalò[378].

La labor de estas parteras mapuche, lejos de limitarse a la instancia del parto, se extiende a la provisi· n de medicaci· n, cuidados y orientaciones en distintos momentos de la vida de la mujer y sus hijos. Esto se debe a que tiene amplios conocimientos sobre el uso de hierbas medicinales, que le permiten prever y sanar enfermedades asociadas al per²odo del embarazo, parto y puerperio. Sumado a ello, la partera tambi®n se dedica al cuidado de la salud en la primera infancia de ni¶os/as, y a diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres,

---

[374] *Ibid*.

[375] *Wallmapu* es el territorio que los mapuche hist· ricamente han habitado de distintas maneras, en el Cono Sur de Am®rica. Es decir, el territorio que comprend²a desde el r²o Limar² por el norte, hasta el archipi®lago de Chilo® por el sur ð en la ribera sudoriental del oc®ano Pac²ficoð y desde la latitud sur de Buenos Aires hasta la Patagonia ð en la ribera sudoccidental del oc®ano Atl§nticoð .

[376] Kallf¿ Nawel, K¿zi¶: Placenta, *Ibid*.

[377] *Ibid*.

[378] *Ibid*. Una de las leyendas, cuenta que al nacer Kalfukura (fue un cacique o lonco mapuche del siglo XIX, de origen moluche, pero cuya actividad militar y pol²tica se desarroll· principalmente en Argentina y en las §reas controladas por los pueblos ind²genas de la regi· n pampeana y de la Patagonia oriental) se le dio su placenta a un perro, y que ®ste hasta el final de su muerte lo habr²a defendido. Seg¼n afirma Kallf¿ Nawel (2020), ñen otras culturas la placenta al ser suministrada en una micro dosis sublingual postparto inmediato ayuda a la madre a recuperar energ²as. Tambi®n que sus amnios, corion, cord· n y cotileidones se preparan medicinas nutritivas para madre e hijo(a)ò

entre estos: los m®todos anticonceptivos, la planificaci· n familiar, la opci· n de abortar[379].

Seg¼n afirma Salazar (2012:77), frente a ñlos indicios de p®rdida o aborto espont§neo, reconocibles a partir de s²ntomas tales como: sangramiento acompa¶ado de dolor intenso en el bajo vientre, u otras amenazas m§s de ²ndole espiritual como malos sue¶osò, las embarazadas atemorizadas se acercaban a las *p¿¶e¶elchefe* para solicitarles tratamientos que evitaran el mal desenlace. En esos casos, estas parteras brindaban remedios para ñsujetaròla *guagua* al ¼tero, logrando que ñse agarreòy no acontezca la p®rdida. De ah² que, seg¼n afirman:

> ñHay un remedio paôsujetar la *guagua*, ese remedio yo s® cu§l es, hay unos remedios, c· mo se llama, igual que... igual que cu§nto se llama, *ragp¿ll¿*, ese es tierra colorada, y otro igual que ñ*konkillo*ò, pero no es *konkillo*, ese le da, lo hierve mi mami, lo hierve y toma, le da una botella paôque tome toda la ma¶ana, paôque sujete la *guaguaò*(Celinda Quintriqueo, citada en Salazar, 2012:77).

De esta manera, queda claro que: el rol de las *p¿¶e¶elchefe* es fundamental en distintos momentos del ciclo vital de una mujer mapuche. De ah² que, adem§s de preparar a toda la familia para que todo resulte previsible en el momento del alumbramiento, se ocupan de velar por la mujer, para que consiga sentirse c· moda en su trabajo de parto. Incluso, evitando la presencia de hombres durante este proceso[380]. Seg¼n relata Celinda Quintriqueo, mujer mapuche citada por Salazar (2012:88): ñPaônacer la *guagua* no pod²a nacer porque estaba un var· n ah², ten²a que retirarse el var· nò[381]. En este sentido, parece que los aspectos relativos al

[379] V®ase Salazar, A., (2012), El oficio de la *p¿¶e¶elchefe:* Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil, Tesis de Maestr²a en Estudios de G®nero y Cultura, menci· n Humanidades: Universidad de Chile, Facultad de Filosof²a y Humanidades, Centro de Estudios de G®nero y Cultura en Am®rica Latina, Santiago, Chile, pp. 65-6.
[380] *Ibid*, p. 88.
[381] El relato se corresponde, seg¼n Salazar (2012), con el an§lisis de Sadler cuando explica que ñhasta hoy, en la regi· n de la Araucan²a el embarazo es, definitivamente, un asunto de mujeres, una subcultura de g®nero y de cuidado que se traspasa a trav®s de generaciones por v²a matrilinealò[Sadler, 2006: 24, citado en Salazar, 2012:88].

embarazo y al parto, en la cultura mapuche, resultan ser circunspectos al espacio privativo de la mujer.

Ahora bien, si nos centramos espec²ficamente en la experiencia concreta del parto, siguiendo las caracter²sticas del abordaje de este momento desde la cosmovisi· n de las mujeres de la comunidad mapuche: entenderemos la centralidad que se le otorga no solo a la partera, sino tambi®n al calor y a los masajes. Estos elementos, sin lugar a dudas, no son contemplados por el enfoque biom®dico que ofrecen los Hospitales Occidentales. As², tal como cita Salazar (2012) en su tesis:

> ñSe enferma la mam§ que va a dar a luz, entonces empiezan a hacerle masaje, empiezan a calentarle los pies, le traen unos laureles as², le calientan todo la *guatita*, todo. El *triwe* es muy bueno, entonceh y lo hacen masaje y lo conversan aay, y ya luego viene entonces, ah² nadie lo est§ retando po' no como en el hospital, y lo hacen masaje y le arreglan la *guatita*, y ya entonceh ya si est§ sufriendo mucho entonces se da una hierbita calientita (é). Entonces ya luego despu®s (é) como le viene el sue¶o, ya despu®s luego viene la contracci· n otra vez y ya vuelven a hacer los masajes y le ponen ah², entonces los pies le calientan bien y la cabecita le envuelven bien. Entonces ya despu®s nace la *guaguaò* (Margarita Neiculeo, citada en Salazar, 2012:90).

Evidentemente, la temperatura resulta ser un elemento de gran importancia para el parto de la mujer mapuche, puesto que, seg¼n su cosmovisi· n, en el momento del parto, la mujer debe evitar exponerse a corrientes de aire fr²o. Consecuentemente, seg¼n Alarc· n y Nahuelcheo (2008), el ambiente en donde se realice la atenci· n del parto debe estar tibio y protegido de corrientes de aire. Respecto del corte y cuidado del cord· n umbilical, las parteras relatan este procedimiento, afirmando: ñlo

corto con una tijera o un cuchillo filoso limpio, lo amarro con una pitilla de saco, le coloco jugo de matico y lo tapo con una fajita de g®nero limpioò[382].

Seg¼n asevera Salazar (2012), el objetivo de estos procedimientos llevados a cabo durante el parto se enfoca en que, ñmediante las friegas, los masajes, compresas y cataplasmas, se colabore en que la parturienta no sienta tanto las contracciones, no tenga fr²o y est®lo m§s relajada posibleò. Por este motivo, durante el momento de parto, la partera mapuche se ocupa de:

> ñ[apretarle] el est· mago para que salga la placenta, le sobaba, si no sal²a la ayudaba con la manoò, ñle daba *law®n* (hierbas medicinales) en tomas calientes, para que suelte la sangre que queda apelotonada, as² soltaba restos de la placenta para que no le quede adentroò[383].

Sumado a lo dicho, es interesante notar que, el proceso de los partos ind²genas se caracteriza por la funci· n que cumple la ejecuci· n de los masajes, puesto que, deben servir para acomodar al beb®, para que se encuentre en posici· n adecuada para nacer[384]. Al mismo tiempo, el cuidado que ofrece la *p¿¶e¶elchefe*, en el momento del parto, se dirige particularmente al correcto manejo de los fluidos corporales durante el parto. As²:

> ñsi no hay cuidado y buen manejo de los fluidos corporales durante el parto, especialmente de la sangre y la placenta, ®stas pueden ser utilizadas por personas que le tienen envidia a la familia para producir da¶o y enfermedad a la mujer o al hijoò[385].

---

[382] Alarc· n, A. M. y Nahuelcheo, Y., ñCreencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadasò, Revista de Antropolog²a Chilena, Chungara, Volumen 40, NÁ2, 2008, p§ginas 193-202, p. 198.
[383] *Ibid*, p. 197.
[384] Salazar, A., (2012), El oficio de la *p¿¶e¶elchefe:* Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapucheé , Op. Cit., p. 92.
[385] Alarc· n, A. M. y Nahuelcheo, Y., ñCreencias sobre el embarazoé , Op. Cit., p. 197.

No obstante, m§s all§ de lo descrito, y pese a la relevancia que tienen y han tenido las *p¿¶e¶elchefes*[386], como encargadas de la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, han sido perseguidas, como agentes tradicionales de salud por la hegemon²a del sistema de salud estatal[387]. Incluso, estas parteras, que han atendido hist· ricamente los partos de las mujeres mapuche en sus domicilios, durante el ¼ltimo tiempo, han visto su rol disminuido y modificado, debido de la institucionalizaci· n del parto (Citarella, et. al. 2000; Sadler & Obach, 2006, citado en Drake, 2014:7). De all² que, en la actualidad, los partos tradicionales realizados en los domicilios son casi inexistentes (Sadler & Obach, 2006, citado en Drake, 2014:7).

Evidentemente, la institucionalizaci· n de los partos ha provocado una progresiva alteraci· n respecto al proceso reproductivo en el interior de la cultura Mapuche, en la que persiste la resistencia sobre estas pr§cticas. Empero, muchas mujeres ind²genas han tenido que ceder frente a los requerimientos del sistema de salud formal, en contra de su cosmovisi· n. Debido a que, la reproducci· n, para esta cultura, es un proceso integrado: con pr§cticas y percepciones culturales espec²ficamente relacionadas con la salud f²sica, psicol· gica, espiritual y social (Alarc· n & Nahuelcheo, 2008; Sadler & Obach, 2006; Quidel & Pichinao, 2002, citados en Drake, 2014:8).

Consecuentemente, frente a las imposiciones culturales del sistema de salud hegem· nico, las mujeres ind²genas se posicionan y reafirman de manera enf§tica sobre su derecho a decidir acerca de: c· mo debe ser la atenci· n sanitaria de sus cuerpos, subrayando la importancia de retomar y revalorizar los saberes medicinales y de cuidado de su propia salud sexual y reproductiva. Dicho en palabras de Azpiroz Cle¶an (2020), una de las representantes mapuche:

---

[386] Adem§s de la *p¿¶e¶elchefe*, los especialistas m®dicos mapuche han sido: los *ampives* (herboristeros emp²ricos sintom§ticos); los *vileus* (trataban afecciones por insectos y par§sitos); los *gutaves* o *gustaves* (cirug²a y ortopedia -sangr²as, heridas, abscesos, fracturas, esguinces, etc.-), los *cupaves* (destripadores, examen de cad§veres); los *colmelaches* (parteros, versiones, manteos, etc.); el/la *machi* (generalmente femenina, aunque no siempre. Autoridad m®dica, religiosa y pol²tica); los *ñM®ica*ò (yuyeros, hueseros). Asimismo, los procedimientos empleados habitualmente se centran en: *Lahuentun*, *Machitun*, *Katatun* para expulsar el da¶o o *Kalkutun* [Arce, J. (Coord.) Jornadas Regionales de Interculturalidad para la equidad en la atenci· n de la salud, Jun²n de los Andes, 30/4 al 03/5 de 2009, p. 42].

[387] V®ase Drake, Erin, "El Significado Cultural del Parto. Op. Cit., p. 7.

> ñLas mujeres que pertenecemos a pueblos originarios tenemos derechos colectivos espec²ficos: elegir la forma de casamiento seg¼n nuestras tradiciones: poligamia femenina o masculina o monogamia heterosexual, bisexual; poseer territorio comunitario; (é) acceder a la justicia ancestral para dirimir nuestros conflictos de g®nero o intracomunitarios; celebrar nuestro ciclo vital seg¼n la tradici· n (*katan kawin*); ser atendida por *machi* (m®dicos ancestrales) y utilizar los recursos terap®uticos que existen en el territorio; planificar nuestra vida sexual y reproductiva seg¼n nuestra propia concepci· n del ciclo vital y del ciclo lunar; (é) realizar un parto, nacimiento y entierro de las placentas en territorios sagrado, entre otrosò[388].

Efectivamente, en esta cr²tica pronunciada por Azpiroz Cle¶an se manifiesta la importancia de la preeminencia de los derechos colectivos de los pueblos, lo que nos conduce a una reflexi· n profunda sobre estos derechos en el plano sanitario. En particular, esto se debe a la fuerza que cobran estas reivindicaciones, en el interior de las culturas ind²genas, en tanto: ñpropuestas hacia una concepci· n de la salud desde la çautodeterminaci· nè y la autonom²a deliberativa de los pueblosò[389]. Del mismo modo, no es menos cierto que, el planteo de Azpiroz Cle¶an, adem§s de buscar una cr²tica cultural al sistema sanitario hegem· nico, se centra en marcar contundentemente las implicancias que tiene la falta de consideraci· n de los derechos de las mujeres, dejando en evidencia la minorizaci· n a la que es sometida la mujer mapuche (aunque esto, no solamente es aplicable a la mapuche) en su calidad de decisora sobre: c· mo planificar su vida sexual y reproductiva, c· mo hacer honor a los ritos ancestrales, y finalmente, c· mo parir. De ah² que, seg¼n Salazar (2012:69):

---

[388] ñLas mujeres de palabra floridaò, *Revista cr²tica,* Op. Cit.

[389] V®ase G· mez y Sciortino, 2015:52. En este sentido, seg¼n las autoras, ñel aborto se propone como un çtemaè a debatir entre mujeres ind²genas en relaci· n a la recuperaci· n de çpr§cticas ancestralesè y conocimientos que las madres y abuelas ind²genas tienen sobre anticoncepci· n y control de la natalidadò (G· mez y Sciortino, 2015:52).

ñla toma de conciencia del poder que individual y colectivamente ostentan las mujeres, manifiesto en el manejo de *lawen* para el control reproductivo, ya sea proporcionado por una *p¿¶e¶elchefe* u otro/a agente de la salud, da cuenta de la autonom²a que las mujeres mapuche pueden llegar a alcanzar en el camino hacia la recuperaci· n de su completa dignidad como sujetos libresò[390].

De lo dicho surge que, tanto el sistema patriarcal, como el m®dico hegem· nico conllevan a la negaci· n de las singularidades y particularidades no solo de las mujeres originarias y rurales, sino tambi®n de las pr§cticas y rituales espec²ficos, de los saberes y conocimientos m®dicos ind²genas[391]. De esta manera, resulta claro que, las comunidades ind²genas se han visto avasalladas por pr§cticas occidentales en todos los §mbitos. Centr§ndonos en lo relativo a la salud materna, y al parto en particular, constituye una muestra de ello, la p®rdida de: ñacompa¶amiento y apoyo de mujeres experimentadas durante el parto; la lectura y disposici· n de la placenta; el cuidado con los fluidos corporales y la alimentaci· n tradicional para recuperar las fuerzas de la mujerò[392].

En efecto, las mujeres ind²genas han debido adaptarse a las imposiciones culturales del sistema pol²tico-sanitario hegem· nico para poder acceder al derecho a la salud, como a otros tantos derechos: sociales, pol²ticos, econ· micos, culturales y educativos. Por ende, resulta claro que no se trata solamente de una cuesti· n de derechos en t®rminos de ciudadan²a, sino tambi®n de la limitaci· n de la libertad de *ser*[393].

En s²ntesis, entendemos la relevancia que tiene la capacitaci· n de los profesionales m®dicos, y fundamentalmente de aquellos especialistas y doctores que trabajan en las postas sanitarias. Puesto que, mayormente, es all², en estas postas, a donde asisten las mujeres ind²genas (mapuche, en nuestro caso), por

[390] Salazar, 2012, Op. Cit., p. 69.
[391] V®ase Cicchitti, A. ñEl lugar de las mujeres ind²genasò, G®nero y Diversidad Sexual - *Revista Soberan²a sanitaria*, Revisado el 19/10/2020, Disponible en website: (http://Revistasoberaniasanitaria.com.ar/category/g®nero-diversidad-sexual/), p. 5.
[392] Alarc· n, A. M. y Nahuelcheo, Y., ñCreencias sobre el embarazoé , Op. Cit., p. 200.
[393] V®ase Cicchitti, A. ñEl lugar de las mujeres ind²genasò, G®nero y Diversidad Sexual, Op. Cit., p. 3.

encontrarse geogr§ficamente m§s contiguas a la localizaci· n de sus viviendas, que son generalmente rurales. Esto conduce no solo a pensar en una mirada de atenci· n sanitaria intercultural, sino tambi®n a la promoci· n del parto interculturalmente seguro, con la finalidad de reducir la mortalidad materno infantil. Evidentemente, esto fomenta la autonom²a de la mujer ind²gena y su capacidad de decisi· n, respetando las formas de dar a luz y sus cuerpos-territorios. De esta manera, pensamos que generando un contacto directo, dial· gico, que respete las costumbres de la comunidad atendida, se articula la medicina acad®mica con la medicina tradicional[394]. No obstante, independientemente de la propuesta, que tiene la finalidad de abrir caminos de pensamiento para el logro de un mejor abordaje sanitario, analizaremos en el pr· ximo apartado: c· mo se manifiestan, en concreto, en el cuerpo de la mujer ind²gena, la interseccional opresi· n (gen®rica, clasista y ®tnica) que cae sobre ellas. Para ello, nos centraremos en diversas formas y experiencias de violencia, expresadas por sus propias protagonistas. Espec²ficamente, haremos hincapi® en la violencia vivenciada en el cuerpo de la mujer mapuche a la hora de parir.

5.2. EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN *PU MAPUCE ZOMO*

Como hemos abordado, la situaci· n de la mujer, y en particular de la mujer mapuche, se encuentra atravesada por distintas formas de violencia estructurales, que se vinculan con: el despojo territorial, la criminalizaci· n, el empobrecimiento material, la colonizaci· n y la discriminaci· n[395]. A estos conflictos vivenciados por las

[394] Sobre la aplicaci· n de este abordaje de partos culturalmente seguro se han desarrollado experiencias en el Chaco Sudamericano, con las mujeres guaran²es. Han sido promovidas por la OMS y OPS, desde el a¶o 2017 hasta la actualidad, en el territorio que comparten Argentina, Bolivia y Paraguay. Esta iniciativa subregional tiene como prop· sito reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil, con empoderamiento social, enfoque intercultural, g®nero y derecho, priorizando 400 mil habitantes de esa regi· n, 30% de ellos ind²genas. V®ase: ñLa salud de las mujeres y los ni¶os primero en el Chaco Sudamericano Priorizando la salud de las mujeres y los ni¶os. En el Chaco Sudamericanoò, Revisado el 19/10/2020, Disponible en website: https://www.paho.org/es/historias/salud-mujeres-ninos-primero-chaco-sudamericano.

[395] Entrevista de Mendoza, Ang®lica a Huilip§n, Ver· nica. ñDesde el Ministerio de las mujeres, Ver· nica Huilip§n enfrentar§ la violencia contra las hermanas originariasò, *Micro Kay Pacha*, 8 de julio de 2020. Revisado el 15 de octubre. Disponible en website: https://argentina.indymedia.org/2020/07/08/desde-el-ministerio-de-las-mujeres-veronica-huilipan-enfrentara-la-violencia-contra-las-hermanas-originarias/?fbclid=IwAR2pk01d9KGZcgvPIXISOdM23NAzpC9SLbmY7eK4h89Gf4hEypfpzIRNi0w

mujeres mapuche, se le a¶ade la violencia machista, al interior de las comunidades. Seg¼n Huilip§n (2020), este ¼ltimo tipo de violencia se debe a los ñviciosò adquiridos por las diferentes formas de la colonizaci· n y de sometimiento. De ah² que, en el seno de las comunidades ind²genas, esta problem§tica se manifiesta mediante la violencia familiar, la violencia sexual y la misoginia.

Por otra parte, una de las violencias que intenta imponer el Estado a los pueblos ind²genas de nuestro pa²s, y que comienza a ser cada vez m§s preocupante, es la referida a la negaci· n de la identidad y de la persona ind²gena. Seg¼n Huilip§n (2020), en el Noroeste argentino, en Jujuy m§s precisamente, a las personas ind²genas se les niega la posibilidad de ser inscriptas en el registro estatal, con el argumento de que no son reconocidos como habitantes argentinos, a la vez que ñson considerados como una amenaza por ser inmigrantesò[396].

De esta manera, es claro que la violencia es ejercida de m¼ltiples maneras. De ah² que, cuando Azpiroz Cle¶an (2020) relata experiencias sobre estos aspectos que involucran sometimiento y violencia, se expresa de forma gr§fica el conflicto cultural que surge cuando la cultura hegem· nica ridiculiza y margina el desarrollo de otras creencias y costumbres, por considerarlas inferiores. As², ejemplificando esta situaci· n, esta mujer mapuche afirma que:

> ñLas mujeres *chan*®, *qom*, *pilag§* como tambi®n nosotras, las mapuche, festejamos y celebramos la menarca de nuestras hijas. Hacemos fiesta a la fertilidad. Sin embargo, en varios territorios ind²genas estas celebraciones han sido penalizadas por denuncias realizadas por maestras 'con buena intenci· n' que han querido intervenir en una pr§ctica cultural. Han satanizado la pr§ctica al entender que eso era violatorio del derecho a la educaci· n, porque las ni¶as/mujeres faltan cuatro d²as o una semana a la escuela para celebrar su fertilidad. Esa disputa de sentido es una disputa de

[396] *Ibid*.

> valores culturales que no pueden saldarse en la esfera judicial, sino en la esfera pol²tica y pol²tica de las mujeres todasò[397].

Evidentemente, para la resoluci· n de estos conflictos, resulta prioritario generar un abordaje de trabajo intercultural, interinstitucional e interdisciplinario, con todas las jurisdicciones intervinientes: territorios comunitarios, municipios, provincias y organismos nacionales[398]. En este sentido, Huilip§n (2020) afirma la importancia que tiene la autocapacitaci· n y la formaci· n pol²tica de las mujeres ind²genas, para el fortalecimiento[399] de las organizaciones, de las comunidades y de todas las personas ind²genas. Claramente, nosotros coincidimos con este an§lisis, incluso, asumimos que estas problem§ticas, que surgen de la interacci· n entre la diversidad ®tnico-cultural, el Estado y la salud (por tratarse de nuestro foco de an§lisis, aunque no se reduce ¼nicamente a este §mbito), est§n surcadas por la incomunicaci· n que se produce en el intercambio entre ñsaberesò y ñconocimientosò epist®micamente tan dis²miles[400]. De ah² que, seg¼n afirma Portela Guar²n (2015:164):

> ñlas comunidades activan epistemes-otras a la manera de hilos invisibles que propenden por la cohesi· n de sus integrantes, mantienen estructurado el tejido social, y ofician como fuerzas entr· picas que dan mucha fortaleza intra®tnica; por su naturaleza no son reconocidos por los otros y tampoco es luchada por las comunidades para su reconocimiento; es de resaltar que son determinantes a la hora de la interacci· n entre sociedadesò[401].

---

[397] ñLas mujeres de palabra floridaò, *Revista cr²tica,* Op. Cit.

[398] Asimismo, seg¼n Huilip§n (2020), es fundamental la articulaci· n con el INAI y los Ministerios: de Mujeres, G®nero y Diversidad; de Ambiente y de Educaci· n [Entrevista de Mendoza, Ang®lica a Huilip§n, Ver· nica. ñDesde el Ministerio de las mujeres, Op. Cit.]

[399] Huilip§n enfatiza en la importancia de utilizar el concepto de ñfortalecimientoò por sobre el t®rmino ñempoderamientoò. Esta elecci· n se debe a que empoderamiento surge de la concepci· n positivista de EE.UU. construido para el abordaje de los procesos referidos al trabajo sobre Latinoam®rica.

[400] V®ase Portela Guar²n, H. (2015), Cap. 5: ñEpistemes-otras: un desaf²o para la salud p¼blica en Colombiaò, En*: Sa¼de ind²gena: pol²ticas comparadas na Am®rica Latina*. Organizadoras, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso. ï Florian· polis: Ed. da UFSC, p. 162.

[401] Portela Guar²n, H. (2015), Cap. 5: ñEpistemes-otras: un desaf²o para la salud p¼blica en Colombiaò, En*: Sa¼de ind²gena: pol²ticas comparadas na Am®rica Latina*. Organizadoras, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso. ï Florian· polis: Ed. da UFSC, p. 164

No obstante, resulta claro que las distintas formas de violencias, a las que son sometidas las mujeres ind²genas, se vinculan no solo con la intolerancia epist®mica de la cultura hegem· nica, sino m§s espec²ficamente con la inacci· n pol²tica, que sostiene estos esquemas de violencia, consolid§ndolos y naturaliz§ndolos. En este sentido, Sciortino (2015) relata diversas experiencias de violencia, expresadas por mujeres mapuche en uno de los *Encuentros Nacionales de Mujeres* (ENM, en adelante)[402] que se realizan en Las Coloradas[403], de los que particip· , y afirma que: muchas de estas experiencias, que emergieron çclandestinamenteè, se encuentran vinculadas espec²ficamente a çviolacionesè[404]. De ah² que, seg¼n la autora, estas situaciones ponen en evidencia ñlas estrategias de conformaci· n de una agenda pol²tica direccionada, que subsume ciertas demandas o problem§ticas a çuna prioridad pol²ticaè predefinida e inamovibleò[405].

De modo consecuente, Sciortino reconoce que no hay denuncias formales realizadas por estos actos por parte de las v²ctimas, y concluye que la dificultad de acceso a la justicia por parte de sectores vulnerables por su condici· n de g®nero, etnia, clase; resulta ser otro gran condicionante que explica la ausencia de estas denuncias (G· mez y Sciortino, 2015:53). Por otra parte, respecto a esta problem§tica que involucra a las violaciones que sufren las mujeres de la comunidad mapuche, la autora se pregunta: àPor qu®el riesgo de las violaciones no ocupa, a nivel de las reivindicaciones, el lugar de prioridad con que se manifiesta en los relatos de las mujeres durante el debate?

---

[402] Respecto a los ENM, Sciortino (2015) afirma que, dentro de los debates que finalmente tuvieron lugar, se trat· el tema del aborto, como problem§tica concerniente a las mujeres originarias. Puesto que, la clandestinidad de esta pr§ctica aumenta el riesgo de muerte de las mujeres que practican un aborto, y tal como las ind²genas sostuvieron: çmata a las mujeresè.

[403] En Neuqu®n y Mendoza, seg¼n afirman G· mez y Sciortino (2015), la Iglesia cat· lica se encuentra hace un par de a¶os trabajando espec²ficamente con mujeres ind²genas en materia de derechos y emprendimientos productivos. (é) se re¼nen en la localidad de Las Coloradas (é). Es all² donde se realizan encuentros locales de mujeres que a su vez se acompa¶an con trabajo de capacitaciones en las comunidades sobre derechos de las mujeres y emprendimientos productivos. Estas actividades se desarrollan en el marco de organizaci· n de la Fundaci· n *Hueche* y la escuela rural fundada por maestros que llegaron a Las Coloradas alrededor de 1984 y se instalaron all². Monse¶or de Nevares fue su mentor y principal apoyo en la consolidaci· n del proyecto (Sciortino, 2011; 2013). (G· mez y Sciortino, 2015, p. 58).

[404] Seg¼n relata Sciortino (2015), varias mujeres, durante el ENM, refieren al tema de la violencia, espec²ficamente a las violaciones, y reconocen haber sido violadas en las ciudades. Incluso, se preguntan cu§ntas de ellas, tal vez, sean el resultado de violaciones.

[405] G· mez, M. y Sciortino, S. (2015) Mujeres ind²genas, derechos colectivos y violencia de g®nero: Intervenciones en un debate que inicia, Revista de la Carrera de Sociolog²a. Entramados y Perspectivas NÁ5, Vol. 5: UBA, Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires, p. 53.

Sin embargo, la respuesta es que esto no sucede. Seg¼n Sciortino (2015), estas mujeres, lejos de centrarse en las desigualdades de g®nero y la violencia contra las mujeres, enfatizan sus discursos hacia ñla defensa de una identidad ind²gena que posee sus prioridades definidas *a priori*, desplazando problem§ticas que resaltan las fisuras internas del colectivo que se afirmaò (G· mez y Sciortino, 2015:54). Evidentemente, las pol²ticas de identidad y reconocimiento cultural, que funcionan como el motor que unifica todas las reivindicaciones ind²genas, pueden volverse renuentes frente a determinadas demandas que cuestionan las relaciones internas del grupo. Esto conduce, inevitablemente, a ñun proceso de congelamiento y reificaci· n de la culturaò (G· mez y Sciortino, 2015:57).

Otra interesante explicaci· n, ante la falta de denuncias por las situaciones de violencia y avasallamiento f²sico y psicol· gico que sufren las mujeres del pueblo mapuche neuquino, la plantea Garc²a-Gualda (2017b), cuando afirma que:

> ñEn las zonas en las que se asientan las industrias extractivas se consolida el imaginario binario basado en la figura del hombre proveedor donde lo masculino est§ asociado a la dominaci· n. En esta recategorizaci· n de los esquemas patriarcales, el polo femenino queda ubicado en la idea de mujer dependiente, objeto de control y abuso sexualò (Gartor, 2014: 3, citado en Garc²a-Gualda, 2017b:90)

Este an§lisis resulta ciertamente relevante para comprender la situaci· n de las mujeres mapuche, y su tolerancia frente a la violencia machista sobre sus propios cuerpos. Incluso, seg¼n relata Federici (2010) no es casual que, en plena Conquista de Am®rica, los cuerpos de las *zomo* (las mujeres ind²genas) hayan sido objetos preciados y ¼tiles para el despliegue de las t®cnicas de poder y de las relaciones de poder capitalistas (citada en Garc²a-Gualda, 2017b). Dicho en otros t®rminos: ñLa sexualidad vertida a trav®s de la inseminaci· n del cuerpo-territorio femenino fue una expresa manifestaci· n de apropiaci· n y dominio territorial, de esta forma el control

wigka fue inscripto en los cuerpos de las mujeres mapuceò(Segato, 2004, citada en Garc²a Gualda, 2017b).

Evidentemente, consideramos que este escenario presentado en la Conquista tiene su correlato actual en el contexto que propicia el extractivismo sobre el territorio habitado por los Pueblos Ind²genas de la Patagonia. Puesto que esta pr§ctica extractiva supone una nueva embestida contra los territorios ind²genas, y particularmente, contra las mujeres y sus cuerpos. Sobre este aspecto, Garc²a Gualda (2017b) afirma que:

> ñes absurdo ignorar que la *ruta del petr· leo es la ruta de la trata con fines de explotaci· n sexual* y que, a la par, el modelo extractivista supone la vigencia de cierta masculinidad hegem· nica, es decir, refuerza los estereotipos propios de un orden de g®nero patriarcalò[406].

Es claro que, respecto a las formas de violencia que atraviesan el cuerpo-territorio de la mujer ind²gena, el an§lisis reviste una complejidad y profundidad que excede la tem§tica de la presente tesis. Sin embargo, es de notar que esta violencia sobre los cuerpos, se manifiesta tambi®n en los partos que, las mujeres de la comunidad mapuche, realizan en el sistema sanitario occidental. En este sentido, nos referimos a las situaciones de violencia obst®trica[407] que padecen estas mujeres a la hora de parir en nuestros hospitales p¼blicos.

Estos vej§menes sobre el cuerpo y sobre el momento del parto han sido revelados por mujeres mapuche en distintas oportunidades, expresando el trato deshumano que han experimentado. As², Sanz (1986) relata la experiencia de una mujer mapuche que ten²a tres hijos y hab²a quedado embarazada del cuarto, y por

[406] Garc²a-Gualda, S. Kvme Felen y el retorno de la complementariedad: el ñut· picoò desaf²o mapuce frente a las pol²ticas extractivistas y la violencia de g®nero, V Encuentro Patag· nico de Teor²a Pol²tica, *(En)clave Comahue*, NÁ22, 2017b, pp. 83/100, p. 90.

[407] Violencia obst®trica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de la medicalizaci· n y patologizaci· n de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 [Observatorio de Igualdad de G®nero, Disponible en website: http://genero.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/sites/7/2018/06/Violencia-Obst%C3%A9trica-2018.pdf]

consejo de sus vecinos fue a parir a un hospital occidental. De esta manera, seg¼n comenta la autora:

> ñEstando ya en la habitaci· n con fuertes contracciones (tendr²amos que pensar en c· mo puede sentirse una mujer trasladada de una chabola o choza a la habitaci· n de una cl²nica) la enfermera vio con sorpresa que hab²a desaparecido de la habitaci· n. Cundi· la alarma. Todos empezaron a buscarla. La encontraron en el cuarto de ba¶o a oscuras y en cuclillas intentando parir a su hijo. R§pidamente la trasladaron al paritorio. Llena de luces, con las piernas en alto, el cuerpo al descubierto, la mujer dej· de manifestar ning¼n tipo de emoci· n (entr· en una crisis) mirando fijamente un punto en el techo, sin manifestar ning¼n signo de dolor ni hacer ning¼n esfuerzo por parir a su hijo. Los m®dicos le çrobaronè a su hijo. Solo una hora despu®s del nacimiento pudo mirarlo y tomar contacto con ®l. Nadie se hab²a preocupado por averiguar c· mo viven las mujeres mapuches la relaci· n con su cuerpo, con sus hijos, sus costumbres sexuales. Esta mujer se vio posiblemente inmersa en un mundo que le era ajeno e invadida en su espacio sin entender qu®es lo que ocurr²a, y prefiri· la crisisò[408].

Indudablemente, esta experiencia pone en evidencia no solo la falta de consideraci· n de los saberes y conocimientos propios de la mujer, centrados en su enfoque epist®mico, sino tambi®n la falta de cuidado y protecci· n de la mujer en tanto paciente que se encuentra dando a luz. Resulta claro que, la violencia obst®trica es tambi®n: violencia simb· lica. Claramente, esto se debe a que: ®sta ñse ejerce, sin mediaci· n de la fuerza f²sica, sobre un agente social con su complicidad, puesto que el agente dominado no es consciente de su estado de sumisi· nò[409]. De

[408] Sanz, F. (1986) *Salud y mujer mapuche*, Op. Cit., pp. 39-40.

[409] Casal-Moros, N. & Alemany-Anchel, MÛ J. (2014). Violencia simb· lica en la atenci· n al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermer²a*, *23*(1-2), 61-64. https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013, p. 62.

ah² que, el paciente ñno se siente obligado a actuar y pensar de la forma en que lo hace, porque hacerlo significar²a ir en contra del orden l· gico o çnaturalè de las cosasò[410]. En efecto, la violencia obst®trica resulta invisible, porque claramente, como afirma Michelle Sadler (2004: 15-66), ñse muestra por el discurso hegem· nico como çnecesariaè para çayudarè a las personas: de ese modo, las mujeres se sienten obligadas a obedecer y a no cuestionar a los profesionalesò[411].

Empero, es conveniente resaltar que, esta forma de violencia, no siempre pasa desapercibida por las mujeres que la padecen. Una muestra de ello, se expresa en el relato que desarrolla Garc²a-Gualda (2017a) cuando narra la experiencia vivida por una mujer mapuche en Las Coloradas, respecto a su trabajo de parto, sin asistencia dentro de su hogar en una comunidad apartada. As², la autora expresa que esta mujer le describi· c· mo transcurri· la espera de casi dos d²as, hasta haber sido traslada hacia el Hospital de Zapala[412], que atiende casos con mayor complejidad m®dica, que el Hospital local de Las Coloradas. De all² que, seg¼n lo narrado, la autora expresa que:

> ñUna vez all² el m®dico decidi· , sin consultarla, que deb²a practicar una maniobra manual para ñacomodar al beb®ò, el cual estaba en posici· n pod§lica. As², ñcon la manoòel m®dico ñgir· al ni¶oòdentro del ¼tero materno. Nada extra¶o si consideramos (é) que para el Estado (el m®dico es un agente estatal) se trata de cuerpos sacrificables, de segunda. ñ*M®dico éé mierda*ò le grit· la mujer atiborrada de dolor. Y ®l, un var· n no ind²gena s²mbolo de la ciencia y, por ende, de la civilizaci· n occidental y del capitalismo, procedi·

[410] *Ibid*. Evidentemente, este orden natural de las cosas, seg¼n Fern§ndez (2005), es transmitido a trav®s de s²mbolos, como son gestos, actitudes, posturas corporales, etc., cuyo significado es comprendido e interpretado dentro de la propia cultura (u otras), y es transmitido de generaci· n en generaci· n mediante la educaci· n (citado en: Casal-Moros, N. & Alemany-Anchel, M. J. (2014). Violencia simb· lica en la atenci· n al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu, Op. Cit., p. 62)

[411] Garc²a, Eva M. (2018) *La violencia obst®trica como violencia de g®nero. Estudio etnogr§fico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en Espa¶a y de la percepci· n de usuarias y profesionales.* Tesis doctoral, Doctorado en Ciencias Humanas: Geograf²a, Antropolog²a y Estudios de Ćfrica y Asia. L²nea de investigaci· n: Antropolog²a de orientaci· n p¼blica: Universidad Aut· noma de Madrid, Espa¶a.

[412] Este Hospital se encuentra a 140 km al noreste, por la Ruta Nacional 40, de su localidad Las Coloradas.

a demostrar su poder ante tremendo acto subversivo: *ñel m®dico, el m®dico entonces me peg· una pi¶aòò*[413].

Evidentemente, este ¼ltimo relato muestra algunas de formas de violencia que se inscriben en el cuerpo de la mujer ind²gena y que obstaculizan, en el plano concreto, todas las posibilidades de generar una atenci· n m®dica intercultural, mediante una construcci· n dial· gica, que favorezca el derecho al acceso a la salud, centrado en un enfoque de justicia epist®mico. De ah² que, resulta claro que, la mujer mapuche, enfocada en el fortalecimiento de su identidad y el ejercicio de su autoidentificaci· n, ha sido (y es) vulnerada por las pol²ticas sanitarias que no le han permitido el acceso al derecho a la salud, respetando su cosmovisi· n y la puesta en pr§ctica de su conocimiento en el §mbito de la medicina[414].

Consecuentemente, partiendo de entender que, tal como afirma Mar²a Lugones (2008), las m¼ltiples opresiones que afectan a las mujeres ind²genas son producto, tambi®n, de las complicidades de los varones ind²genas y no ind²genas, por ser todos estos: ñbeneficiarios directos de los dividendos del patriarcadoò(citada en Garc²a-Gualda, 2017b:96), resulta indefectible que, no se trata de formas de opresi· n y desigualdad que corren en paralelo, sino que son formas de violencia y sometimiento que se interceptan en la conformaci· n de sujetos individuales y colectivos (Sciortino, 2009, citada en Garc²a-Gualda, 2013:54). De all² que, la resoluci· n de estos conflictos latentes debe ser el punto de partida de todas las propuestas de pol²ticas p¼blicas sanitarias a aplicar en estas comunidades ind²genas.

En s²ntesis, a partir de lo analizado en el cap²tulo, resulta claro que todas las pr§cticas ancestrales, relacionadas con el parto y la maternidad, tienen para la comunidad mapuche: un profundo anclaje cultural que debe ser escuchado, respetado y considerado por la medicina hegem· nica. No obstante, sin descartar la importancia que esto reviste para la construcci· n de una relaci· n sanitaria desde un

---

[413] Garc²a-Gualda, S. (2017a), *Tejedoras de futuro: La participaci· n pol²tica de las mujeres mapuce en el conflicto territorial de Neuqu®n (1995-2015),* Op. Cit., pp. 207-8.

[414] V®ase G· mez, M. y Sciortino, S. (2015) Mujeres ind²genas, derechos colectivos y violencia de g®nero: Intervencionesé , Op. Cit.

di§logo intercultural, resulta muy trascendente resaltar, tal como se desarroll· en el cap²tulo anterior, que las pr§cticas m®dicas actualmente est§n orientadas enf§ticamente a la reducci· n de las tasas de mortalidad materna. Evidentemente, esta situaci· n no resulta ser desaprobable en s² misma, empero trae aparejada la institucionalizaci· n de todas las pr§cticas sanitarias que, como hemos analizado en este ¼ltimo apartado, muchas veces se encuentran impregnadas de actitudes de destrato, promoviendo fuertes escenarios de violencia. En efecto, consideramos que esta institucionalizaci· n debe ser entendida a partir de deliberar sobre estos aspectos, y tambi®n sobre los precedentes que esta situaci· n gener· en la comunidad mapuche chilena. De ah² que, algunos estudios han analizado los efectos de la institucionalizaci· n y la medicalizaci· n del parto en Chile en la poblaci· n Mapuche y se descubri· una falta de reconocimiento social y cultural relacionado a la atenci· n de partos de las mujeres ind²genas, que fueron controladas dentro del sistema de salud oficial[415]. En fin, resulta prioritario que la inclusi· n de las mujeres originarias y rurales al sistema p½blico no solo se centre en el respeto por sus tradiciones y saberes ancestrales, sino tambi®n que, efectivamente, les brinde informaci· n para mejorar el conocimiento y el acceso a servicios, con el claro objetivo de promover un enfoque de derechos humanos y reducir: muertes maternas, embarazos no deseados durante la adolescencia y adultez, y tambi®n, la vulnerabilidad a las enfermedades de transmisi· n sexual, entre otras problem§ticas[416].

[415] Evidentemente, esto conduce a que debamos interpelarnos acerca de la relevancia que tiene la institucionalizaci· n, en cuanto a sus efectos, puesto que, en las experiencias relatadas (en el apartado anterior), se han perdido muchas pr§cticas y costumbres tradicionales de la comunidad mapuche relacionadas con el parto (Sadler & Obach, 2006; Alarc· n & Nahuelcheo, 2008; Quidel & Pichinao, 2002, citados en Drake, 2014: 5).

[416] V®ase Cicchitti, A., ñEl lugar de las mujeres ind²genasò, G®nero y Diversidad Sexual, Op. Cit., p. 6.

CAPÃTULO 6

NECESIDAD DE GENERAR POLÃTICAS DE FORMULACIÃN DE MARCOS ADECUADOS PARA UN ABORDAJE INTERCULTURAL DE LA SALUD EN LAS *PU MAPUCE ZOMO* DE LAS COLORADAS

ñNo puede haber medicina sin medicina social y no puede haber medicina social sin una política social del Estado".

Ramón Carrillo, Teoría del Hospital

Según lo abordado hasta el momento, resulta evidente que se les debe garantizar a las poblaciones vulnerables, en general, y a las mujeres mapuche, en particular, no solo el reconocimiento formal de sus derechos colectivos de autodeterminación (consentimiento comunitario) en normativas y declaraciones internacionales; sino también la promoción de bases reales para que no se produzcan relaciones asimétricas y de vulnerabilidad (lo cual conduciría a terminar con las relaciones de dominación y explotación). Por ello, resulta primordial garantizar que los beneficios de estas reglamentaciones, materializadas en políticas públicas concretas, se centren en que las necesidades de estas poblaciones sean gozados por toda la comunidad[417].

De allí que, el abordaje intercultural de la atención de salud en mujeres mapuche neuquinas debe plantearse a partir de la construcción de una ética pública,[418] que involucre un interjuego entre las diversas culturas étnicas de nuestro país. Justamente, todas las políticas de formulación deben encuadrarse en la

[417] *Ibid,* pp. 8-9.

[418] Tal como afirma de Ortúzar (2019): la ética pública no es otra cosa que un punto de intersección entre la filosofía política, la ética y las disciplinas a las cuales se aplica.

edificaci· n de una definici· n amplia de bien p½blico, que contemple la situaci· n de asimetr²as y vulnerabilidades hist· ricas presentes en las distintas comunidades de nuestro pa²s, especialmente en la ind²gena.

De esta manera, en concordancia con de Ort½zar (2019), consideramos que precisamente es la revalorizaci· n de conceptos propios como ñbuen viviròò proveniente de la tradici· n ind²gena; lo que nos permite replantear la finalidad social de la justicia en salud. Precisamente, porque el ñbuen viviròò para la comunidad mapuche, se refiere a la vinculaci· n equilibrada entre las personas y en armon²a con la naturaleza. Dicho de otro modo, el ñbuen viviròò desde la identidad y cosmovisi· n del pueblo mapuche, se relaciona con el *Kvme Felen*, que es:

> ñel sistema de vida del Pueblo Mapuce, que significa estar en equilibrio con uno mismo y con los dem§s *Newen*, por ser parte del *Waj Mapu*. El *Kvme* Felen es vivir en armon²a desde el *Ixofij Mogen*, retomando el *Az Mapu*, los principios ancestrales mapuce de ordenamiento circular, hol²stico y natural; retomando la consciencia de que la persona es un *Newen* m§s en el *Ixofij Mogen*, nunca superior a ninguno, solo con un rol diferenteòò[419].

De all² que, no basta con el acceso igualitario a los hospitales para atender la enfermedad, ni tampoco con la implementaci· n de mecanismos de coordinaci· n del financiamiento y prestaci· n de los servicios de salud,[420] tal como postula el marco de la estrategia nacional de la Cobertura Universal de Salud (CUS)[421]. Puesto que

---

[419] Propuesta para un *KVME FELEN MAPUCE*, Op. Cit.., p. 12.

[420] Rubinstein explica que esta estrategia tiene tres ejes: la cobertura territorial con equipos de salud familiar; el fortalecimiento de los sistemas de informaci· n como la historia cl²nica electr· nica; y comenzar a definir entre el ministerio nacional y las provincias cu§les son las cuestiones en las que no est§n dispuestos a tolerar disparidades sanitarias [Tuchin, F. Las grandes desigualdadesé Op. Cit., 2018].

[421] Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU 908/2016) En el a¶o 2005 la Organizaci· n Mundial de Salud plantea la Cobertura Universal de Salud (CUS) para cada pa²s, especificando que tiene 3 ejes: Brindar prestaciones esenciales para toda la poblaci· n; que estas prestaciones tienen que ser de calidad; que estas prestaciones esenciales de calidad eviten que las familias caigan en una cat§strofe financiera, porque es una realidad mundial que anualmente millones de personas caen en cat§strofes financieras por pagar de su bolsillo sus necesidades de salud. Sin embargo, la OMS deja librado a cada pa²s definir cu§les son las prestaciones esenciales o b§sicas, y entonces depender§ en cada pa²s o en cada sector qu®se est§ dispuesto a discutir como necesidades b§sicas o a qu® prestaciones se tiene derecho y a cu§les no. V®ase http://idepsalud.org/porque-decimos-no-a-la-cus-movimiento-por-el-derecho-a-la-salud/

estas propuestas son inviables sin examinar previamente los determinantes sociales que hacen a la comunidad ind²gena[422].

De modo que, para pensar en el derecho al acceso a la salud, debemos hacerlo en el marco de las ñdesigualdades sociales que repercuten en las desigualdades de salud, y c· mo estas se profundizan a partir de la recesi· n y pol²ticas de ajuste impuestas por el mismo Estado y los organismos internacionales (FMI)ò (de Ort½zar, 2018). Seg½n la OPS (2009), la relaci· n entre las variables de pobreza y etnicidad se plantea siempre en proporci· n directa. Del mismo modo, las condiciones de pobreza y la posibilidad de superarla se agravan por los altos ²ndices de analfabetismo.

En el caso de Neuqu®n, seg½n afirma Garc²a-Gualda (2013: 56): ñla carencia de pol²ticas p½blicas, las pr§cticas clientelares llevadas a cabo por el Movimiento Popular Neuquino y la corrupci· n han conducido a que aproximadamente el 60% de la poblaci· n mapuce se encuentre en situaci· n de pobreza (ODHPI, 2008: 12)ò

Esta situaci· n debe contemplarse de manera prioritaria a la hora de proyectar la promoci· n e implementaci· n de pol²ticas p½blicas destinadas a la poblaci· n mapuche. De la misma manera, debe considerarse de modo espec²fico la situaci· n concreta de las mujeres[423] de esta poblaci· n. Puesto que, ñsus posibilidades de acceso al empleo se ven obstaculizadas debido al alto ²ndice de analfabetismo, la discriminaci· n y la violencia laboral contra las mujeresò (Garc²a Gualda, 2013:56). Pese a los impedimentos que ofrece este escenario, en el que confluyen la opresi· n a las mujeres y las pol²ticas de ajuste, se han generado espacios de participaci· n y lucha por parte de las mujeres mapuche. De all² que, Azpiroz Cle¶an (2020), afirma que:

> "Todos los procesos de opresi· n y vaciamiento de la palabra, de la participaci· n pol²tica, del empobrecimiento que sufren las

[422] La ventaja de evaluar estos determinantes radica en reconocer la responsabilidad del Estado en salud (de Ort½zar, 2018).

[423] Seg½n afirma Garc²a-Gualda (2013:56) ñla Encuesta Complementaria de Pueblos Ind²genas (ECPI), durante el per²odo 2004-2005, (expone que) sobre un total de 30.445 mujeres mayores de 10 a¶os, el 8% eran analfabetas. Por estas razones, la mayor²a de las mujeres provenientes de pueblos originarios se emplean en trabajos generalmente precarios (o en negro), y/o en el peor de los casos en trabajo esclavoò

> poblaciones por la aplicaci· n de las pol²ticas de ajuste, de recesi· n, de acumulaci· n de riqueza en manos de unos pocos, lo que hace es generar una reacci· n, y (es) una reacci· n que necesita ser escuchada y que necesita poner en la mesa de debate de la sociedad no ind²gena cu§les son las propuestas superadoras ante la crisis en t®rminos de poder, pero que se traduce en crisis econ· micas, clim§ticas, ambientales".

Resulta importante partir de que, si bien las mujeres mapuche han sufrido hist· ricamente estas situaciones de precariedad, a partir del proceso iniciado en los a¶os 90 con el surgimiento de los movimiento sociales contrahegem· nicos[424], estas mujeres se han posicionado como protagonistas fundamentales de su lucha y reafirmaci· n cultural y territorial. Incluso, tal como afirma Garc²a-Gualda (2013:56-7): ñes a partir de asumirse pol²ticamente como mujeres mapuce que comienza su nuevo rol dentro del conflicto socio-territorial en la provincia de Neuqu®nò

En s²ntesis, no quedan dudas de que, para pensar en la construcci· n de una sociedad m§s democr§tica, justa y equitativa, las propuestas estatales respecto a la atenci· n sanitaria intercultural, deben atender y dar voz a las mujeres mapuche, como representantes pol²ticas v§lidas, que se han levantado frente a un largo proceso de opresi· n y sujeci· n que las mantuvo invisibilizadas sistem§ticamente (desde el plano acad®mico occidental y desde el patriarcal) como agentes subalternos [425]. En efecto, se debe partir de este objetivo central en la construcci· n de pol²ticas p½blicas sanitarias, ñpara crear este espacio que busca di§logos de saberes entre el conocimiento cient²fico y el conocimiento ancestralò Fundamentalmente, intentando que, en los espacios de los dise¶os de pol²ticas

[424] Los movimientos sociales contrahegem· nicos surgen como respuesta a la globalizaci· n neoliberal suscitada durante la d®cada de 1990. De hecho, en este contexto, se produjo la incorporaci· n -forzada- de las mujeres al mercado laboral (producci· n), sin por ello librarlas de sus tareas relacionadas al §mbito de lo dom®stico (reproducci· n). Esto condujo a la profundizaci· n del proceso de feminizaci· n de la pobreza, que no hace m§s que reproducir la subordinaci· n social de las mujeres en el modelo patriarcal/ capitalista (V®ase Garc²a Gualda, 2013:57-8).

[425] Resulta claro que, el universalismo etnoc®ntrico occidental ha penetrado al conocimiento en todas sus esferas y, por ello, persiste una marcada tendencia al predominio y desarrollo de ciertos feminismos hegem· nicos, dotados de un conocimiento insuficiente de las mujeres no-blancas, de las ñotras subalternasò (Mohanty, 2008, citado en Garc²a Gualda, 2015:586).

p½blicas, la comunidad mapuche pueda manifestarse en una relaci· n de simetr²a (Azpiroz Cle¶an, 2020), que responda a los tres enfoques que resumen sus hist· ricas reivindicaciones. A saber: derechos colectivos, derechos de las mujeres y derechos humanos.

En fin, resulta indiscutible que todas las propuestas de dise¶o de pol²ticas p½blicas enfocadas hacia las poblaciones hist· ricamente vulneradas, deben originarse a partir de las necesidades concretas que ®stas enuncian. Para ello, es claro que se requiere un trabajo planificado, juicioso y estructural, que siente sus bases en propuestas de car§cter intercultural, interinstitucional e interdisciplinario, como se expres· en el cap²tulo anterior, y que se constituya a nivel de todas las jurisdicciones intervinientes: los territorios comunitarios, municipios, provincias y organismos nacionales[426]. Del mismo modo, no es menos importante que se contemplen y se dise¶en los marcos reglamentarios que propicien, en materia jur²dica, la aplicaci· n fehaciente de las pol²ticas p½blicas establecidas[427]. Prioritariamente, en el desarrollo de pol²ticas destinadas a implementar infraestructura apropiada en postas sanitarias, y en aquellas que promueven una distribuci· n equitativa de m®dicos con formaci· n intercultural.

Ambos aspectos resultan primordiales, en el marco del dise¶o de pol²ticas p½blicas destinadas al favorecimiento del derecho al acceso a la salud de las mujeres mapuche de Las Coloradas. Esto es as², debido a las barreras, obst§culos y dificultades concretas que afrontan diariamente estas mujeres para acceder al sistema sanitario p½blico. Entre estas, podemos identificar tanto barreras materiales, como culturales[428]. De ah² que, en cuanto a las dificultades materiales, tal como afirma Cicchitti (2020) uno de los principales problemas es la distancia

---

[426] Tal como plantea Ver· nica Huilip§n (2020), en su rol de coordinadora de Abordaje de la Violencia por Razones de G®nero contra Integrantes de Pueblos Ind²genas, perteneciente al Ministerio de Mujeres, G®nero y Diversidad.

[427] Un ejemplo de estas inconsistencias legales fue planteado con el caso del Centro de Salud Intercultural Ruca Choroi, en el cuarto cap²tulo.

[428] Evidentemente, respecto al planteo de las barreras que obstaculizan el acceso a una vida digna (es decir, el acceso al trabajo, a la educaci· n, a la salud, al medio ambiente) por parte de las mujeres mapuche, en este escrito, nos centraremos espec²ficamente en las que tienen incidencia inmediata en la salud. Sin embargo, corresponde reconocer la vulneraci· n, discriminaci· n y violencia que vivencian estas mujeres, producto de barreras tales como: ñla colonizaci· n ejercida por las compa¶²as de explotaci· n petrol²feras, minerales, forestales y de tierrasò; la falta de pol²ticas p½blicas de desarrollo; y el consecuente empobrecimiento y marginaci· n socio-cultural de las comunidades mapuches neuquinas, entre tantos otros factores condicionantes [V®ase Instituto de Promoci· n de Estudios Sociales de Navarra -IPES Elkartea-].

geogr§fica, debido a que la mayor²a de las comunidades originarias residen en zonas rurales, alejadas de los puestos de salud y hospitales. Claramente, esta situaci· n obliga a pensar, por un lado, en la necesidad de medios de traslado, en la falta de caminos accesibles y en la falta de transportes disponibles. Por otro lado, en la posibilidad de contar con los recursos econ· micos necesarios para: traslados, atenci· n m®dica de especialistas, tr§mites burocr§ticos, compra de medicamentos, costeo de tratamientos indicados, entre otros[429]. Es interesante subrayar, en consonancia con el planteo de Cicchitti (2020), que estos indicadores se intensifican y complejizan a¼n m§s cuando los extrapolamos a las mujeres ind²genas, debido ñal acceso a la cobertura de salud privada, ya sea a trav®s de sistemas de medicina prepaga u obras socialesò. Resulta claro que, esta desigualdad en el plano material, se vincula con la imposibilidad que tienen las mujeres ind²genas para insertarse en el mundo laboral (con todos los beneficios que esto trae aparejado, trat§ndose de un trabajo registrado).

En cuanto a las barreras culturales, claramente se puede mencionar: la falta de informaci· n y conocimiento necesarios, por parte de las mujeres ind²genas, para defender sus derechos de acceso a la salud; las sistem§ticas situaciones de violencia estructural hacia estas mujeres, plasmadas en la discriminaci· n por su identidad y pertenencia ®tnica; y la falta de consideraci· n por parte de las pol²ticas sanitarias, como hemos visto en el cuarto cap²tulo, de adecuaciones culturales (la barrera idiom§tica)[430] o de enfoque de g®nero[431].

Consecuentemente, estas barreras inciden en el crecimiento de las tasas de mortalidad materno-infantil, como resultante de la sumatoria entre los embarazos no planificados a temprana edad[432] y la falta de acceso al sistema p¼blico de salud

---

[429] V®ase Cicchitti, A. ñEl lugar de las mujeres ind²genasò, G®nero y Diversidad Sexual, Op. Cit., pp. 8-9.

[430] Desde este planteo, debe analizarse la posibilidad de consentir a la paciente ind²gena a realizar un parto en su casa, y simult§neamente, se le debe ofrecer respeto por su alimentaci· n y cuidado propio, conforme a las costumbres hist· ricas de la cultura ind²gena. A la vez, que se le brinda la informaci· n adecuada y comprensible a su lengua [Informe ñMujeres ind²genas en la provincia de Jujuy...ò, Op. Cit., 2016].

[431] V®ase Cicchitti, A. ñEl lugar de las mujeres ind²genasò, G®nero y Diversidad Sexual, Op. Cit., pp. 8-9. Seg¼n plantea Cicchitti (2020): ñLas dificultades en el acceso a la informaci· n, como as² tambi®n a las prestaciones de salud sexual y reproductiva, se traducen en que las mujeres ind²genas presentan tasas de fecundidad m§s altas que las del resto de la poblaci· n. El elevado n¼mero de hijos e hijas, sumado a que, una alta proporci· n de mujeres son madres antes de los 19 a¶os de edad son la combinaci· n perfecta para que estas j· venes y mujeres originarias queden excluidas del sistema educativo y laboral formalò.

[432] Sobre este aspecto, Cicchitti afirma que: ñLa falta de m®todos anticonceptivos y pastillas de emergencia en los hospitales y puestos de salud es m§s que evidente tras el ajuste en el §mbito sanitario, (é) a nivel nacional,

en el momento del parto. Por este motivo, es fundamental que las pol²ticas p¼blicas se centren en un enfoque que garantice un sistema de salud intercultural, feminista y de derechos humanos, que responda a las necesidades hist· ricas reafirmadas y re-enunciadas por las mujeres ind²genas mapuche.

En s²ntesis, consideramos prioritario promover propuestas de dise¶o de pol²ticas p¼blicas para el sistema sanitario, que reconozcan y disminuyan las consecuencias de la opresi· n interseccional que afecta a las mujeres mapuche en el acceso al derecho a la salud. Evidentemente, estas propuestas de pol²ticas p¼blicas de salud intercultural, deben centrarse en un enfoque integrado por las dimensiones: g®nero, etnia y clase social, con la finalidad de que permita comprender y resolver las dificultades y los obst§culos que las mujeres mapuche deben soslayar para acceder a la atenci· n m®dica intercultural de sus partos. No obstante, entendemos que este acceso al derecho a la salud no debe reducirse a una indefectible inserci· n a un mundo occidentalizado ajeno e indiferente de la herencia ancestral originaria[433]. Por ello, proponemos una pol²tica de salud intercultural relacionada con el parto de las mujeres mapuche, para establecer, de este modo, m®todos que, dentro del sistema de salud p¼blico, les permitan realizar partos respetuosos, y que tambi®n, promuevan la autonom²a de las mujeres mapuche para decidir sobre su propia salud[434].

6.1. PROPUESTA DE POLÕTICAS PÐBLICAS CENTRADAS EN UN ENFOQUE INTEGRADO POR LAS DIMENSIONES: G£NERO, ETNIA Y CLASE SOCIAL

Todas las pol²ticas p¼blicas se entretejen en el marco de la complejidad que plantea el modelo sanitario argentino, caracterizado por su particular fragmentaci· n, tal como fue desarrollado en el segundo cap²tulo. Recordemos que, la cobertura de la salud se encuentra distribuida entre el sector p¼blico, las obras sociales (OS) y el

---

con el cierre de programas relacionados con la salud sexual y reproductiva, y (tambi®n con) la reducci· n en las partidas presupuestarias para las §reas de g®nero y mujerò Cicchitti, A. ñEl lugar de las mujeres ind²genasò, G®nero y Diversidad Sexual, Op. Cit., pp. 8-9.

[433] Cicchitti, A. ñEl lugar de las mujeres ind²genasò, G®nero y Diversidad Sexual, Op. Cit.

[434] V®ase Drake E. ñEl Significado Cultural del Parto: Perspectivas de Mujeres Mapuche, Op. Cit., p. 6.

sector privado, con una pobre articulaci· n entre subsectores, que ofrecen beneficios en salud muy heterog®neos (Bell· M, Becerril-Montekio VM., 2011:107).

Por este motivo, plantear, dise¶ar y desarrollar pol²ticas p¼blicas para incrementar el acceso equitativo a los servicios integrales de salud resulta un verdadero desaf²o[435]. Por este motivo, estas pol²ticas deben implicar, adem§s, una reducci· n de los enormes costos asociados a la atomizaci· n financiera, bajo la figura de un Estado garante del bienestar de la poblaci· n[436]. Con el claro objetivo de garantizar el acceso a beneficios comunes universales, con un evidente retraimiento del gasto de bolsillo del paciente.

Del mismo modo, las pol²ticas sanitarias deben centrarse en la federalizaci· n del sistema, para promover el acceso sanitario equitativo, de toda la poblaci· n del territorio argentino, mediante la fuerte provisi· n de recursos materiales y humanos a los CAP, como tambi®n mediante la disposici· n de las prestaciones de mayor nivel de complejidad. Evidentemente, cada provincia deber§ operar sobre su realidad particular, buscando identificar ejes comunes, para avanzar hacia una segunda instancia regional y nacional[437]. En este contexto, tal como afirman Bell· M, Becerril-Montekio VM. (2011:107), ñse requiere que el Estado nacional cree las condiciones para que se debata la implantaci· n de sistemas provinciales integrados o esquemas de aseguramiento social en salud por jurisdicci· nò

A partir de lo desarrollado anteriormente, examinando la construcci· n de un abordaje sanitario integral y federal, surge la necesidad de plantear un abordaje intercultural centrado en tres criterios de an§lisis y aplicaci· n, que prioricen el derecho a la salud desde la pluralidad hist· rica, situados en la complejidad de nuestra sociedad. El primero de ellos: es el marco conceptual para la formulaci· n de pol²ticas, centrado en un enfoque interseccional, que articule las tres esferas que son un eje indispensable (etnia, g®nero y clase social) para el an§lisis. El segundo

---

[435] Dentro de este desaf²o debe considerarse la capacitaci· n del personal, para que produzca un impacto positivo, puesto que esto deber§ incidir en cambios importantes en la prestaci· n de los servicios, mejorando la relaci· n m®dico-paciente y paciente-instituci· n de salud, es decir, brindar atenci· n con sensibilidad intercultural [Hasen Narv§ez, F. Interculturalidad en salud: é , Op, Cit., 2012, pp. 17-24].

[436] V®ase Bell· M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Publica Mex* 2011; 53 supl. 2, p. 107.

[437] V®ase Bell· M, Becerril-Montekio VM (2011), *Ibid*.

criterio, orientado a la formaci· n m®dica intercultural y en justicia epist®mica; y el tercero, centrado en el di§logo intercultural con la medicina ind²gena.

De lo dicho surge que, para el abordaje intercultural de salud en mujeres, resulta fundamental plantear tres criterios, que sirvan de base, en tanto marcos adecuados[438], para la formulaci· n de pol²ticas p¼blicas. El primer criterio: involucra un enfoque integrado que considere la relaci· n entre g®nero y etnia, incorporando tambi®n la dimensi· n de clase social, lo que permite denunciar situaciones de discriminaci· n, segregaci· n y desigualdad de oportunidades (Rangel y Valenzuela, 2004). Es importante analizar de modo vinculante las tres esferas: g®nero, etnia y clase social, porque son ñsistemas interconectados de relaciones y significadosò, que oprimen de manera simult§nea a los grupos sociales, desde distintos sistemas de dominaci· n (Rangel y Valenzuela, 2004). De modo que, resulta necesario, para abordar interculturalmente la salud en las mujeres mapuche, plantear un enfoque interseccional en salud (g®nero, etnia, clase social, edad, diversidad sexual), para lograr una evaluaci· n integral de los impactos sociales esperados a nivel sanitario.

Paralelamente, como segundo criterio, deben replantearse las pr§cticas profesionales, fundamentalmente en lo concerniente a la incorporaci· n de asignaturas referidas a la interculturalidad y a la justicia epist®mica durante la formaci· n, como tambi®n en cuanto a las tem§ticas interculturales prioritarias en los modelos de investigaci· n m®dica, en las Universidades y Centros de Investigaci· n (de Ort½zar, 2019).

Del mismo modo, y como tercer criterio, en el plano social y comunitario, deben establecerse las bases de respeto y reconocimiento que permitan el acceso a la salud para las mujeres ind²genas. Para ello, la ciencia y la medicina ñoficialò deben interactuar y dialogar con la medicina ind²gena, mediante la incorporaci· n de agentes sanitarios como facilitadores en las comunidades. De este modo, con la interacci· n y el di§logo intercultural, se podr§ promover el acceso a infraestructuras hospitalarias integrales y a pr§cticas m®dicas interculturales (Atenci· n Primaria de la Salud y partos respetados), evitando ñcaer en la parcializaci· n, y en la discriminaci· n de las mujeres ind²genasò, priorizando de esta manera que: el acceso

[438] Seg½n el sentido acu¶ado por Fraser, N., Honneth, Axel (2006).

a la salud ñsea desde la integralidad y armon²a, y no se convierta en una violencia m§s hacia propias formar de vivirò(ELA y COA, 2016).

Ahora bien, sabemos que en muchos pa²ses de Am®rica Latina se han redefinido pol²ticas y modelos de atenci· n a la salud, sin conseguir mejorar las condiciones de salud de las poblaciones a quienes se dirig²an[439]. Sin embargo, entendemos, en consonancia con Almeida Filho (1992), SY (2008), Remorini y Palermo, (2015:252), que esto se debe a la incongruente ñbase conceptual en el dise¶o, planificaci· n, organizaci· n y administraci· n de los servicios de saludò que se corresponden casi exclusivamente de una perspectiva epidemiol· gica convencional, sin contemplar la naturaleza hist· rica y sociocultural de los problemas de salud[440].

En efecto, consideramos que nuestra propuesta es conducente a mejorar la atenci· n intercultural de partos de las mujeres mapuche de Las Coloradas, porque parte de evidenciar las fisuras del sistema estatal, y posteriormente, busca construir, desde esta base, propuestas de pol²ticas p¼blicas que promuevan mecanismos emancipatorios[441] y favorecedores del acceso a derechos humanos para estas comunidades vulneradas. Evidentemente, frente al contexto de creciente marginalidad y vulneraci· n de derechos y oportunidades que promueve el Capitalismo, las propuestas de pol²ticas p¼blicas que se centren en democratizar la democracia, necesariamente, resultan ser superadoras. En este sentido, coincidimos con el planteo de Rita Segato (2010), respecto a la necesidad de exaltar la ampliaci· n de derechos, promoviendo la formulaci· n de canales de deliberaci· n

---

[439] Remorini, C. y Palermo, M. L. (2015), Cap²tulo 9: ñSalud materno-infantil y pol²ticas p¼blicas para pueblos originarios: reflexiones a partir de una investigaci· n etnogr§ficaò. En: *Sa¼de ind²gena: pol²ticas comparadas na Am®rica Latina*. Organizadoras, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso. ï Florian· polis: Ed. da UFSC, p. 252.

[440] *Ibid*.

[441] Esta propuesta dialoga con los interrogantes propuestos por Ameghino (2011), en relaci· n a distintas l²neas de cuestionamiento esbozadas por Bor· n (2007:27), acerca de las posibilidades de democratizar la democracia, sin salir del Capitalismo. Estos interrogantes son: àSer§ posible potenciar las fisuras del sistema de dominaci· n estatal para convertir estas pol²ticas en mecanismos emancipatorios o se trata de un nuevo modo de construcci· n hegem· nica en busca de gobernabilidad? àPodr²an estas novedosas experiencias estar dando cuenta de un comienzo de revalorizaci· n de la interculturalidad en las instituciones de gobierno y de profundizaci· n democr§tica, que sean el inicio de un futuro Estado intercultural? [Ameghino, N. àInterculturalidad hegem· nica o emancipatoria? Una aproximaci· n a la gesti· n intercultural en Neuqu®n, Argentina. *Interculturalidad y crisis del Estado naci· n*, septiembre 2011, A¶o 6, n¼m. 11, p. 85].

y construcci· n colectiva, desde un Estado vasto y democr§tico. De all² que, tal como afirma la autora:

> ñun buen estado, lejos de ser un estado que impone su propia ley, ser§ un estado restituidor de la jurisdicci· n propia y del fuero comunitario, garante de la deliberaci· n interna, coartada por razones que se vinculan a la propia intervenci· n y administraci· n estataló[442]

Por este motivo, consideramos fundamental para el desarrollo de pol²ticas p¼blicas referidas a la atenci· n de partos con abordaje intercultural de las mujeres mapuche de Las Coloradas, elaborar propuestas que se afirmen en los tres aspectos formulados. Es decir, que involucren: (I) un abordaje interseccional de los esquemas opresivos (g®nero, clase y etnia); (II) que desarrollen propuestas formativas interculturales, con enfoque de justicia epist®mica, para los profesionales de la salud (en formaci· n y activos) y, por ¼ltimo, (III) que se generen los espacios de construcci· n dial· gica de saberes y conocimientos, con base en el respeto y el reconocimiento, entre la medicina ancestral y la medicina occidental, a partir de diversas instancias de participaci· n, de construcci· n y socializaci· n de saberes.

[442] Segato, Rita, (2010) ñG®nero y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estrat®gico descolonial. Hacia un pensar interpelado y disponibleò En: Quijano, A. y Mej²a Navarrete, J. (eds.): *La Cuesti· n Descolonial.* Lima: Universidad Ricardo Palma - C§tedra Am®rica Latina y la Colonialidad del Poder, p. 8.

CONCLUSIONES

En esta tesis nos propusimos abordar la atenci·n intercultural de las mujeres mapuche en los servicios de salud de Las Coloradas, provincia de Neuqu®n. Para ello, nos planteamos como objetivo general analizar cr²ticamente si, en la situaci·n concreta de la atenci·n sanitaria de parto de las mujeres mapuche, prevalece el respeto por sus derechos culturales. A su vez, como objetivo espec²fico, buscamos elucidar las cuestiones relacionadas al marco normativo de la atenci·n de las mujeres mapuche en los servicios de salud neuquinos de Las Coloradas.

De esta forma, desde un marco filos·fico, estudiamos si la atenci·n de la salud materno-infantil de las mujeres mapuche, en esta localidad, era intercultural. Para ello, examinamos si exist²an pr§cticas de partos interculturales (g®nero, etnia y clase) y si participaban, y de qu®modo lo hac²an, las mujeres de esta comunidad ind²gena, en las pol²ticas de salud intercultural. Puesto que, finalmente, la propuesta busca justificar la implementaci·n de pol²ticas p½blicas para promover en Neuqu®n y en el resto de nuestro pa²s, el derecho a la salud desde la pluralidad hist·rica de la diversidad cultural y con perspectiva de g®nero.

De este modo, la hip·tesis de trabajo se centr· precisamente en afirmar que la adopci·n de una concepci·n de justicia epist®mica, basada en el di§logo intercultural, posibilita la construcci·n de pol²ticas p½blicas de salud que respondan a los valores morales y culturales de la comunidad ind²gena Mapuche. De all², que, para el abordaje de esta hip·tesis, partimos de conocer la situaci·n concreta de la atenci·n sanitaria de parto de mujeres mapuche en Las Coloradas, en el marco de la salud intercultural. Asimismo, para ello, primeramente, establecimos el marco te·rico de an§lisis de la problem§tica, centr§ndonos en un enfoque ®tico normativo, con perspectiva de g®nero. Examinamos, tambi®n, el marco pol²tico y jur²dico, que respalda a la salud intercultural en nuestro pa²s y en Neuqu®n, en particular.

As², desde el marco ®tico normativo con los encuadres de Doyal y Gough, por un lado, y los de Nussbaum y Sen, por el otro, nos centramos en los conceptos de necesidades b§sicas y capacidades humanas, para sentar las bases respecto a las obligaciones de los Estados para con el desarrollo de estas capacidades

humanas (y necesidades b§sicas). De este modo, ofrecimos, desde este marco, las bases filos· ficas para una explicaci· n de los principios constitucionales b§sicos que deber²an ser respetados e implementados por los gobiernos de todas las naciones, como m²nimo indispensable para cumplir la exigencia de respeto hacia la dignidad humana (Nussbaum, 1998). De all² que, a partir del enfoque de justicia social, que ofrecen Doyal y Gough nos permitimos establecer las bases normativas necesarias para promover el reconocimiento universal de los derechos humanos, y a su vez, generar corresponsabilidad ®tica de todos los agentes para su cumplimiento efectivo. Este marco te· rico nos resulta fundamental, si anhelamos construir un enfoque intercultural en la atenci· n m®dica, como forma de favorecer el acceso al derecho a la salud de los pueblos ind²genas. Debido a que, evidentemente, este planteo requiere del compromiso ®tico y formativo de todos los agentes involucrados, en pos de lograr una construcci· n epist®mica, dial· gica y horizontal entre los saberes y los conocimientos occidentales y los tradicionales.

Sumado a lo dicho, el enfoque de Doyal y Gough es ineludible porque promueve pol²ticas preventivas e integrales, a la vez que protege intereses objetivos, y propicia la amplitud de elecciones de planes de vida. Este aspecto se ve enriquecido con la propuesta de Nussbaum y Sen, puesto que este enfoque atiende de modo particular las capacidades y opciones de las mujeres, abordando asimismo los obst§culos concretos a los que se enfrentan la mayor²a de las mujeres en su vida. De esta manera, es prioritario que los gobiernos atiendan a una base m²nima legal para garantizar un piso de justicia social, que les permita a las personas desarrollarse de forma digna, puesto que, si no lo hacen, las confina a vivir por debajo del umbral, en una situaci· n injusta y tr§gica. Particularmente, esto se evidencia m§s enf§ticamente en el caso de las mujeres.

Por este motivo, desarrollamos, como tercer enfoque te· rico, un an§lisis desde la perspectiva feminista latinoamericana, que conseguimos confrontar con la mirada que ofrecen las mujeres mapuche, respecto a su rol y situaci· n. De esta manera, constatamos que el abordaje de la mujer en Latinoam®rica, y puntualmente, en Argentina, requiere de un an§lisis que ampl²e sus horizontes no solo a la opresi· n patriarcal, sino a todos los tipos de opresi· n que han vejado

hist·ricamente a la mujer. Entre ®stas: la raciales, las coloniales, las de las metr·polis con sus periferias, entre otras. Esta perspectiva, nos permiti· un acercamiento m§s situado respecto a las experiencias vivenciales que, las mujeres mapuche de Las Coloradas, relatan sobre sus formas de vida y sobre la atenci·n sanitaria que reciben en esta localidad.

Por otra parte, para analizar la aplicaci·n del enfoque intercultural en la atenci·n sanitaria, nos result· significativo contrastar lo plasmado en el marco te·rico normativo y en los enfoques de g®nero, con todo lo estipulado por el marco pol²tico y legal existente. Para ello, indagamos en las normas jur²dicas y en las decisiones pol²ticas que las promovieron y sustentaron, tanto en la provincia de Neuqu®n, en nuestro pa²s, como en los diversos Tratados Internacionales que adoptamos constitucionalmente, respecto al marco de referencia y de acci·n respaldatorio sobre la atenci·n sanitaria intercultural. Pudimos constatar la fuerte vinculaci·n entre los marcos ®tico-normativos desarrollados en el primer cap²tulo y los principios fundamentales plasmados en estas normas jur²dicas. Sin embargo, tambi®n, pudimos comprobar que estos marcos jur²dicos encuentran modalidades de aplicaci·n, en el plano situacional de la atenci·n sanitaria intercultural concreta, que se caracterizan por ser homogeneizantes y paternalistas.

Por ello, orientamos el an§lisis hacia las nociones que surgen cuando intentamos precisar el concepto de salud intercultural, fundamentalmente en lo que respecta a la relaci·n entre la salud y la mujer ind²gena. Indagamos, de esta manera, acerca de las caracter²sticas que sugiere el abordaje de la salud de mujeres ind²genas, en comuni·n con su cosmovisi·n, atendiendo a la concepci·n de bienestar y a la din§mica de la comunidad.

De ah² que, desde este planteo, establecimos una breve caracterizaci·n de la salud intercultural y de la situaci·n de partos de las mujeres mapuche de nuestro pa²s, enfocada espec²ficamente, en la localidad Las Coloradas de la provincia de Neuqu®n. Para ello, iniciamos el recorrido a partir de las caracter²sticas de organizaci·n del sistema de salud argentino (fragmentaci·n, descentralizaci·n, superposici·n), y de las caracter²sticas de los Programas de Salud aplicados en la

Provincia de Neuqu®n desde el surgimiento del Sistema sanitario neuquino hasta la actualidad.

Esta situaci· n nos permiti· examinar la vulneraci· n que sufren las mujeres mapuche, respecto a las condiciones materiales de atenci· n m®dica, a partir del cotejo de las variables estad²sticas publicadas por el Sistema de Salud Provincial, centr§ndonos espec²ficamente en el caso de Las Coloradas. Para comprobar esta informaci· n, analizamos desde las voces de las mujeres mapuche, no solo sus costumbres ancestrales respecto a la atenci· n de partos, sino m§s precisamente, las barreras que soportan en el acceso a la salud al someterse a pr§cticas biom®dicas que no contemplan sus propios saberes y conocimientos. Pudimos, asimismo, evidenciar las diversas situaciones de violencia estructural que atraviesan y se instalan en el cuerpo de la mujer mapuche, puntualizando finalmente, en relatos sobre la violencia obst®trica vividos por mujeres mapuche de Las Coloradas.

A partir de all², circunscribiendo el an§lisis, subrayamos la relevancia que reviste la construcci· n de una justicia epist®mica, para promover un modelo descentralizado y participativo ï centrado en el di§logo intercultural- con gesti· n de profesionales de diversas disciplinas (de Ort½zar, 2019). De ah² que, consideramos que, desde el enfoque de la justicia epist®mica, la salud intercultural debe centrarse en el reconocimiento y respeto por estos saberes ancestrales.

A modo de cierre, nos interesa destacar todos estos temas conducen hacia un largo y necesario debate en torno a democratizar la democracia. Por ello, realizamos una propuesta acerca de la formulaci· n de los marcos adecuados requeridos para promover pol²ticas p¼blicas en salud orientadas a un abordaje intercultural. En efecto, nuestra propuesta centra el an§lisis en la necesidad de promover un abordaje intercultural centrado en tres criterios anal²ticos y aplicativos, de articulaci· n paralela. El primero de ellos: es el marco conceptual para la formulaci· n de pol²ticas, centrado en un enfoque interseccional, que articule tres esferas que son un eje inexcusable (etnia, g®nero y clase social) para el an§lisis. El segundo criterio, orientado a la formaci· n m®dica intercultural y en justicia epist®mica; y el tercero, centrado en el di§logo intercultural con la medicina

ind²gena. Consecuentemente, estos criterios se plantean en la necesidad de priorizar el derecho a la salud intercultural de las mujeres mapuche desde la pluralidad hist· rica, situados en la complejidad de nuestra sociedad.

Sin m§s, esperamos que esta tesis genere aportes para la deliberaci· n sobre las pr§cticas sanitarias interculturales en nuestro pa²s, y abra, a su vez, posibles l²neas de investigaci· n que contribuyan al enriquecimiento de las planteadas en este escrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRĆFICAS

Aguilar, D. y Lacsmama, A. (2004) ñIntroductionò, en: Aguilar, D. y Lacsmama, A. (eds.). *Women and Globalization*, Humanity Books, New York.

Aizenberg, L., Hacia una aproximaci·n en salud intercultural y de g®nero. Reflexiones en torno a la migraci·n de mujeres bolivianas en dos provincias de Argentina, Consejo Nacional de Investigaciones, Cient²ficas y T®cnica, *RevIISE* | Vol. 11, A¶o 11 | abril 2018 - septiembre 2018 | Dossier Hacia un buen vivir feminista.

---------- Salud ind²gena: una reflexi·n cr²tica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural, Consejo Nacional de Investigaciones, Cient²ficas y T®cnica, *Astrolabio*, NÁ11, 2013.

Alarc·n, A. M. y Nahuelcheo, Y., ñCreencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadasò, *Revista de Antropolog²a Chilena*, Chungara, Volumen 40, NÁ2, 2008, p§ginas 193-202.

Ameghino, N. àInterculturalidad hegem·nica o emancipatoria? Una aproximaci·n a la gesti·n intercultural en Neuqu®n, Argentina. *Interculturalidad y crisis del Estado naci·n*, septiembre 2011, A¶o 6, n¼m. 11, pp. 83-108.

Anderson, J. (2004). ñCategor²as de diferencia, trayectorias de desigualdad: superar la pobreza femenina diversa en Am®rica Latinaò, en Valenzuela, M. y Rangel, M. (edit.), *Desigualdades entrecruzadas: pobreza, g®nero, etnia y raza en Am®rica Latina.* Santiago de Chile: OIT.

Arce, J. (Coord.) Jornadas Regionales de Interculturalidad para la equidad en la atenci·n de la salud, Jun²n de los Andes, 30/4 al 03/5 de 2009.

Ballesteros, M. S. (2017). El sistema sanitario argentino: un an§lisis a partir de la evoluci· n de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad. *Millcayac - Revista Digital De Ciencias Sociales*, *4*(6), 169-174. Recuperado a partir de http://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/886.

Beliera, A. ñPensar al Estado como §mbito de trabajo. Reflexiones a partir de la experiencia de trabajadores de salud p¼blica de Neuqu®n (2005ï 2013)ò, *Estudios Sociales del Estado*, vol. 2 (3), primer semestre de 2016, pp. 180-211.

Bell· M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Publica Mex*, 2011; 53 supl. 2: S96-S108.

Belmartino, S. y Bloch, C. La pol²tica sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo. *Cuadernos M®dico-Sociales NÜ14* ï Agosto de 1980.

Betancourt, J.R. (2003) Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Academic Medicine* 78 (6) June, 560-569.

Boltvinik, J. La teor²a de las necesidades humanas de Doyal y Gough, *Comercio Exterior*, Vol. 53, N¼m. 5, mayo de 2003.

C§rdenas, et al. ñInterculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia ind²gena en la Amazon²a peruanaò, *Anthropologica*/A¶o XXXV, N.Á39, 2017, pp. 151-169: http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/18742/19638

Carrasco, M. (2002). Cap. 11: ñUna perspectiva sobre los pueblos ind²genas en Argentinaò En: CELS (2002) *Derechos Humanos en la Argentina. Informe 2002*. Hechos 2001, Siglo Veintiuno, Argentina.

Casal-Moros, N. & Alemany-Anchel, M. J. (2014). Violencia simb· lica en la atenci· n al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermer²a*, *23*(1-2), 61-64. https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013

Castellanos Llanos, G. Los discursos de la globalizaci· n, la industria de la belleza y el concepto de mujer y g®nero, *Anuario de Hojas de Warmi* nÜ16, 2011.

Casullo, F. (2016), ñLo saludable de tener a mano un intelectual en el Estado: Antonio Del Vas y el Plan de Salud Neuquinoò En: *Trayectorias de intelectuales en el Estado, actas de jornadas de discusi· n*/ Castro, M. ... [et al.]; compilado por Gomes, G.; Vicente, M. - 1a ed. - San Fernando, pp. 250-271.

Chiara, M. (2018) *La salud gobernada: pol²tica sanitaria en la Argentina 2001-2011*, - 1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Cicchitti, A. ñEl lugar de las mujeres ind²genasò G®nero y Diversidad Sexual - *Revista Soberan²a sanitaria*, Revisado el 19/10/2020, Disponible en website: (http://Revistasoberaniasanitaria.com.ar/category/g®nero-diversidad-sexual/).

Colmenarejo, R. (2016). Enfoque de capacidades y sostenibilidad: aportaciones de Amartya Sen y Martha Nussbaum. *Ideas y Valores*, 65 (160), 121-149.

Cuyul, A. et. al. Pueblos ind²genas y sistema s de informaci· n en salud: La variable ®tnica en seis provincias argentinas, *Rev Argent Salud P¼blica*, 2011; 2(7):12-18.

Dieterlen, P. (2001), ñDerechos, necesidades b§sicas y obligaci· n institucionalò En: *Pobreza, desigualdad social y ciudadan²a. Los l²mites de las pol²ticas sociales en Am®rica Latina.* CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.

Di Liscia, M. S. (2009) ñRese¶a*: Silencio hospital. Una historia de la salud p¼blica en Neuqu®nò, de Taranda, D., Perren, J., Mases, E., Galucci, L. y Casullo, F., Educo, Universidad Nacional del Comahue, 2008,* Universidad Nacional de La Pampa, *estudios sociales 37*.

Doyal, Len y Gough, Ian (1991) *A Theory of Human Need*, MacMillan, Londres.

Doyal, L. (1995) *What makes women sick? Gender and the political economy of health,* Macmillan, Londres.

Drake, Erin, "El Significado Cultural del Parto: Perspectivas de Mujeres Mapuche" (2014). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1844. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1844

Drasbek, C. y Rojas, R., Presentaci· n en: Una visi· n de salud intercultural para los pueblos ind²genas de las Am®ricas. Componente comunitario de la estrategia de Atenci· n Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). *Proyecto de la Salud del Reci®n Nacido, Ni¶o y Joven Ćrea de Salud Familiar y Comunitaria Ćrea de Tecnolog²a y Prestaci· n de Servicios de Salud*. Organizaci· n Panamericana de la Salud, 2008.

Estrella, P. V. (2017). *La salud p¼blica en territorio mapuche: Relaciones interculturales, estrategias etnopol²ticas y disputas en torno a las pol²ticas de reconocimiento en la Comunidad Payla Menuko, San Mart²n de los Andes, Neuqu®n*. Tesis de doctorado. Editorial de la Facultad de Filosof²a y Letras. Universidad de Buenos Aires.

Feltri, A. et al., Salud reproductiva e interculturalidad, *Salud colectiva*, Buenos Aires, 2(3): 299-316, Septiembre - Diciembre, 2006.

Femen²as y Vidiella, ñEl derecho de las mujeres a la saludò, *Perspectivas Bio®ticas*, A¶o NÜ10, N¼mero 18, primer semestre de 2005.

Femen²as, M. L., ñFeminismos latinoamericanos: una mirada panor§micaò, *La manzana de la discordia*, enero - junio, A¶o 2011, Vol. 6, No. 1: 53-59.

---------- (2019), *Itinerarios de teor²a feminista y de g®nero. Algunas cuestiones hist· rico-conceptuales*, -1a ed. - Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Fiss, O. àQu®es el feminismo?, *Doxa* 14, a¶o 1993, pp. 319-335.

Fraser, N., Honneth, Axel (2006) àRedistribuci· n o reconocimiento? Un debate pol²tico-filos· fico. Madrid. Morata, pp. 43-3.

Fricker, Miranda (2017). *Injusticia epist®mica* (Ricardo Garc²a P®rez, Trad.). Barcelona, CT: Herder.

Garc²a, Eva M. (2018) *La violencia obst®trica como violencia de g®nero. Estudio etnogr§fico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en Espa¶a y de la percepci· n de usuarias y profesionales.* Tesis doctoral, Doctorado en Ciencias Humanas: Geograf²a, Antropolog²a y Estudios de Ćfrica y Asia.

L²nea de investigaci· n: Antropolog²a de orientaci· n p¼blica: Universidad Aut· noma de Madrid, Espa¶a.

Garcia-Gualda, S.M. Las otras actoras pol²ticas de la Provincia de Neuqu®n: las Mapuce, *Identidades*, Dossier Primer Encuentro Patag· nico de Teor²a Pol²tica, 2013, pp. 54-59.

---------- (2015). Cuerpos Femeninos / Territorios Feminizados: Las consecuencias de la Conquista en las Mujeres Mapuce en Neuqu®n. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, *4*(1), 586-611.

---------- (2017a). *Tejedoras de futuro: La participaci· n pol²tica de las mujeres mapuce en el conflicto territorial de Neuqu®n (1995-2015).* Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, UNCUYO, Mendoza, Argentina.

---------- Kvme Felen y el retorno de la complementariedad: el ñut· picoò desaf²o mapuce frente a las pol²ticas extractivistas y la violencia de g®nero, V Encuentro Patag· nico de Teor²a Pol²tica, *(En)clave Comahue*, NÁ22, 2017b, pp. 83/100.

Gollan, D. ñUna desvalorizaci· n que comenz· en 2016ò En: La destrucci· n del Estado y de la salud como derecho. Edici· n Especial l A¶o 2, Septiembre2018, Revista de salud: *Soberan²a sanitaria*. Disponible en: www.revistasoberaniasanitaria.com.ar, (Visitado el 23/7/2020).

G· mez, M. y Trentini, F. (2020), *Mujeres ind²genas haciendo, investigando y reescribiendo lo pol²tico en Am®rica Latina* / Astrid Ulloa, editora. ð Primera edici· n. ð Bogot§: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Estudios de G®nero.

G· mez, M. y Sciortino, S. (2015) Mujeres ind²genas, derechos colectivos y violencia de g®nero: Intervenciones en un debate que inicia, *Revista de la Carrera de Sociolog²a. Entramados y Perspectivas* NÁ 5, Vol. 5: UBA, Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires.

Gough, I. ñEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un an§lisis comparado con nuestra teor²a de las necesidades humanasò, Trad. Nagore, L y Silva, S., *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global,* nÜ 100, CIP-Ecosocial/Icaria, invierno 2007/08.

Guichot-Reina, V., El çEnfoque de las capacidadesè de Martha Nussbaum y sus consecuencias educativas: hacia una pedagog²a socr§tica y pluralista, Ediciones Universidad de Salamanca, *Teor*. *educ*. 27, 2-2015, pp. 45-70.

Gutmann, A. Introducci· n en: Taylor, C. (2009), *El multiculturalismo y la pol²tica del reconocimiento*, M®xico, FCE.

Hasen Narv§ez, F. Interculturalidad en salud: competencias en pr§cticas de salud con poblaci· n ind²gena. *Ciencia y Enfermer²a*. Vol. XVIII (3): 17-24, 2012. Recuperado el 25/6/2020, Disponible en website: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532012000300003

Ibacache J, Morros Martel L, Trangol Namuncura M. Salud Mental y enfoque socioespiritual-psico-biol· gico. Una aproximaci· n ecol· gica al fen· meno de la salud-enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terap®uticos mapuches de salud [Internet]. ¤*uke Mapuforlaget Working Paper Series 11*; 2002 [citado 26 febrero 2012]. Disponible en:http://www.mapuche.info/mapuint/sssmap020911.pdf. 91-89629-12-4

Kreplak, N. ñPol²tica sanitaria. Fundaci·n Soberan²a Sanitariaò. Recuperado el 24/6/2020 de *Revista Soberan²a Sanitaria,* website: http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/politica-sanitaria/

Mart²nez-Becerra, P., El çenfoque de las capacidadesè de Martha Nussbaum frente el problema de la ®tica animal, Universidad de Playa Ancha (Chile), *VERITAS*, NÜ33 (septiembre 2015), 71-87.

Martos, M.V. E. P. y Fonseca, R.M.G.S. da G®nero y pol²ticas de salud de la mujer en Am®rica Latina: caso Per¼(Parte I). *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.1, p.44-57, abr. 1996.

Men®ndez, E. L. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ci°nc. sa¼de coletiva* [online]. 2016, vol.21, n.1, pp.109-118.

Men®ndez, E. L. Antropolog²a M®dica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. *CIESAS*, M®xico, 1990.

Nussbaum, M. (1998) ñCapacidades humanas y justicia social. En defensa del esencialismo aristot®licoò, en Riechmann, Jorge (comp.) *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento econ·mico y sustentabilidad* (Madrid: Los Libros de la Catarata).

Nussbaum, M. (2007) *Las fronteras de la justicia*. Barcelona, Paid·s.

Nussbaum, M. (2000) *Women and Human Development: The Capabilities Approach*, CUP.

Lerner, S. y Szasz, I. (coords.) (2008), *Salud reproductiva y condiciones de vida en M®xico*, M®xico, El Colegio de M®xico.

Lorenzetti, M. (2009). *La construcci· n de la salud intercultural como campo de intervenci· n*. VII Jornadas de Salud y Poblaci· n del Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, 8-10 agosto.

---------- ñLos enfoques de salud intercultural en los §mbitos de gesti· n e investigaci· n en Argentinaò *Revista de Estudios Mar²timos y Sociales*, 2017, a¶o 10, NÁ11.

Luna, Florencia y Salles, Arleen (2008) *Bio®tica: nuevas reflexiones sobre debates cl§sicos*. Espa¶a, Fondo Cultura Econ· mica (FCE).

Ort½zar, M. G. de (2017). El desplazamiento del poder en salud... Hacia un nuevo horizonte. *Astrolabio*. Revista internacional de filosof²a (20), 47-63. En Memoria Acad®mica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9471/pr.9471.pdf

---------- (2018b), ñCobertura universal de saludòvs. ñDerecho a la saludò Un an§lisis ®tico y pol²tico sobre lo ñuniversalò en salud en ñtiempos de restauraci· n conservadoraò, en *REvIISe*, Revista de Ciencias Sociales y Humanas, Nro. 12, vol., 12, pp., 103-116, http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/279/pdf.

----------; M®dici, A. (2019). *El "derecho a la salud" como derecho humano: Abordaje conceptual transdisciplinar*. En M. Cristeche y M. Lanfranco V§zquez (Coords.). Investigaciones sociojur²dicas contempor§neas. La Plata: Malisia. p. 57-78.

---------- (2019), *Teor²as de Justicia y Salud*, Clase 1-12, Bernal: UNQ, Maestr²a en Filosof²a.

---------- ñDesigualdad social y saludò, VIII Jornadas de Investigaci· n en Filosof²a, 2011.

Oyarce, A. (2008) *La identificaci· n ®tnica en los registros de salud: experiencias y percepciones en el pueblo Mapuche de Chile y Argentina.* Colecci· n Documentos de Apoyo. CEPAL: Santiago de Chile.

Pateman, C, (1996) ñSexual contractò y Pateman, C, ñCr²ticas feministas a la dicotom²a p¼blico privadoò, En: *Perspectivas feministas en teor²a pol²tica*, Barcelona: Paid· s.

Paulo Maya A, Cruz S§nchez M. De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. *Rev. Univ. Industrial Santander Salud*. 2018; 50(4): 366-384. doi: 10.18273/revsal.v50n4-2018010

Portela Guar²n, H. (2015), Cap. 5: ñEpistemes-otras: un desaf²o para la salud p¼blica en Colombiaò, En*: Sa¼de ind²gena: pol²ticas comparadas na Am®rica Latina*. Organizadoras, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso. ï Florian· polis: Ed. da UFSC.

Rangel M. y Valenzuela, M. E., (2004) *Desigualdades entrecruzadas: pobreza, g®nero, etnia y raza en Am®rica Latina. Proyecto G®nero, Pobreza y Empleo en Am®rica Latina,* Oficina Regional de la OIT para Am®rica Latina y el Caribe, Chile.

Remorini, C. y Palermo, M. L., Cap. 9: ñSalud materno-infantil y pol²ticas p¼blicas para pueblos originariosò. En: Langdon, E. J. y Cardoso, M (Organizadoras) (2015), *Pol²ticas comparadas em sa¼de ind²gena na Am®rica Latina*: Ed. da UFSC, Florian· polis.

Salazar, A., (2012), El oficio de la *p¿¶e¶elchefe:* Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil, Tesis de Maestr²a en Estudios de G®nero y Cultura, menci· n Humanidades: Universidad de Chile, Facultad de Filosof²a y Humanidades, Centro de Estudios de G®nero y Cultura en Am®rica Latina, Santiago, Chile,

Salgado, J. M. y Gomiz, M. M. (2010), Convenio 169 de la O.I.T. sobre Pueblos Ind²genas: su aplicaci· n en el derecho interno argentino; -2a ed.- Neuqu®n.

Salgado, J. M., Gomiz, M. y Huilip§n, V. (2008), Cap. 1: ñIntroducci· nò En: *Informe de situaci· n de los Derechos Humanos del Pueblo Mapuce en la Provincia del Neuqu®n*, Observatorio de Derechos Humanos de Pueblos Ind²genas: Grafica Althabe.

Sanz, F. (1986) *Salud y mujer mapuche*, Bilbao: Universitat de Barcelona, 33-40.

Sciortino, M. S. (2010). Encuentro de Mujeres en Las Coloradas (Neuqu®n): voces pr§cticas localizadas. Ponencia presentada en la VIII Reuni· n de Antropolog²a del MERCOSUR.

---------- (2011a). Saberes y pr§cticas situadas: la experiencia de las mujeres mapuches en los Encuentros de mujeres (Las Coloradas-Neuqu®n). En Femen²as, L. M. y Soza Rossi, P. (Coords.). *Saberes situados/Teor²as Trashumantes (*pp. 115-139). La Plata: Editorial Dunken.

Segato, R. (2016) ñPatriarcado: Del borde al centro. Disciplinamiento, territorialidad y crueldad en la fase apocal²ptica del capitalò En: *La guerra contra las mujeres*, Madrid: Traficantes de Sue¶os.

--------- (2010) ñG®nero y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estrat®gico descolonial. Hacia un pensar interpelado y

disponibleò En: Quijano, A. y Mej²a Navarrete, J. (eds.): *La Cuesti·n Descolonial.* Lima: Universidad Ricardo Palma - C§tedra Am®rica Latina y la Colonialidad del Poder.

Sherwi, S. (coord.), *The politics of womenôs health*, Filadelfia, Temple University Press, 1998. Citada en: Sommer, S. ñAp®ndice: Mujeres en Am®rica Latina: algunos desaf²os ®ticosò En: Luna, Florencia y Salles, Arleen (2008) *Bio®tica: nuevas reflexiones sobre debates cl§sicos*. Espa¶a, Fondo Cultura Econ· mica (FCE), pp. 427-8.

Spivak, G. (1996). Subaltern Talk: Interview with the Editors. En D. Laundry & G. Maclean. (Eds), *The Spivak Reader* (pp. 287-308). Routledge.

---------- (2009). *àPueden hablar los subalternos?* MACBA.

Stivanello, B. Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud. *Margen NÁ76* ï marzo 2015.

Sy, A. y Remorini, C. (septiembre, 2008). *ñHacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los ni¶os Mbya. Contribuciones de la investigaci·n etnogr§fica y desaf²os para la gesti·nò* VI Jornadas Nacionales de Investigaci·n social sobre la Infancia, la adolescencia, la Convenci·n Internacional de Derechos del Ni¶o y las Pr§cticas sociales ñOportunidadesò Universidad del Sur, Bah²a Blanca.

Tambini, G y de Fabio, J., Pr·logo en: Una visi·n de salud intercultural para los pueblos ind²genas de las Am®ricas. *Componente comunitario de la estrategia de Atenci·n Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Proyecto de la Salud del Reci®n Nacido, Ni¶o y Joven Ćrea de Salud Familiar y Comunitaria*. Ćrea de Tecnolog²a y Prestaci·n de Servicios de Salud. Organizaci·n Panamericana de la Salud, 2008.

Taylor, C. (2009), *El multiculturalismo y la pol²tica del reconocimiento*, M®xico, FCE.

Tobar, F. (2012), ñBreve historia del sistema argentino de saludò En: Garay, O (Coordinador) ñResponsabilidad Profesional de los M®dicos. £tica, Bio®tica y Jur²dica. Civil y Penalò Buenos Aires.

Tuchin, F. Las grandes desigualdades del sistema sanitario en Argentina. La segmentaci· n y la fragmentaci· n son los grandes problemas de la salud p¼blica: barreras geogr§ficas y culturales dificultan el acceso, *El Pa²s*, Buenos Aires, 13 JUN 2018.

Documentos consultados:

Censo Nacional de Poblaci· n, Hogares y Viviendas 2010.

Cobertura Universal de Salud, Decreto 908/2016; Fondo Solidario de Redistribuci· n; Buenos Aires, 02/08/2016. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-64999/264047/norma.htm

Constituci· n Nacional Argentina (1994), art. 42, art. 75, Inciso 22, y art. 75, Inciso 17.

Convenio 169 de la Organizaci· n Internacional del Trabajo (OIT).

Confederaci· n Mapuce de Neuqu®n (2010), *Propuesta para un KVME FELEN MAPUCE*, Equipo Interdisciplinar e Intercultural del Proyecto, Neuqu®n, Argentina.

ñCovid-19 - Territorio Ind²genaò, *Amnist²a Internacional Argentina*, Disponible en website: https://www.territorioindigena.com.ar/Casos?id_conflicto=353 (Revisado el 01/09/2020).

Declaraci· n de UNESCO (2005), HUGO (2000) y ss, CIOMS.

Declaraci· n Universal sobre Bio®tica y Derechos Humanos (2005).

Declaraci· n sobre la raza y los prejuicios raciales (1978).

Decreto 455/2000 - Marco Estrat®gico-Pol²tico para la Salud de los Argentinos. Bs. As., 8/6/2000.

ñEl derecho a la salud. 200 a¶os de Pol²ticas Sanitarias en Argentinaò Ministerio de Salud de la Naci· n, 2012. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/ministerio/libro-el-derecho-a-la-salud/libro-el-derecho-a-la-salud.200-a%C3%B1os-de-politicas-sanitarias-en-argentina.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2010). Los pueblos ind²genas en Argentina y el derecho a la educaci· n. Los ni¶os, ni¶as y adolescentes ind²genas de Argentina: diagn· stico socioeducativo basado en la ECPI. Buenos Aires: UNICEF.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural. Conceptualizaci· n e implementaci· n del modelo. Buenos Aires: UNICEF.

Informe de la Comisi· n OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008.

Informe ñParto respetado e interculturalidadò, Secretar²a de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, Argentina, 28 de enero 2019. https://www.argentina.gob.ar/noticias/parto-respetado-e-interculturalidad

Informe ñMujeres ind²genas en la provincia de Jujuy Hacia un abordaje integral sobre el acceso a los derechosò, ELA y COAJ, Embajada de Noruega, Buenos Aires, 2016.

Informe: ñViolencia Obst®trica: Pr§ctica invisible y sistem§ticaò. Observatorio de Igualdad de G®nero. Defensor²a del Pueblo, Ciudad Aut· noma de Buenos Aires, 2018.

Interculturalidad y salud. Capacitaci· n en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atenci· n, Documento 179. Ministerio de Salud. Presidencia de la Naci· n, S/F.

ñLa salud de las mujeres y los ni¶os primero en el Chaco Sudamericano. Priorizando la salud de las mujeres y los ni¶os en el Chaco Sudamericanoò. *OPS/OMS*, Revisado: 19/10/2020. Disponible en website: https://www.paho.org/es/historias/salud-mujeres-ninos-primero-chaco-sudamericano

Ley NÁ26.529. ñDerechos del Pacienteò

Ley NÁ25.929 ñDe Parto Humanizadoò

Ley NÁ26.485 ñContra la violencia obst®tricaò

Libro de indicadores, 2018. Informaci· n recabada por la Direcci· n de Estad²stica y Epidemiolog²a, en base a datos de la Direcci· n Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Provincial y Desarrollo Social Neuquino.

Listado de comunidades ind²genas con personer²a jur²dica registrada y/o con relevamiento t®cnico, jur²dico y catastral. Publicado el 20/08/2020. Disponible en: http://datos.jus.gob.ar/dataset/listado-de-comunidades-indigenas/archivo/ed21e2f7-961f-4b19-8a00-0030c6cdd6ef (Revisado el 02/09/2020).

Marco de gesti· n ambiental Proyecto Birf ñCobertura Universal Efectiva de Saludò (P163345); Buenos Aires, 2017. http://www.ufisalud.gov.ar/attachments/article/368/MGA%20CUS-SUMAR%20FINAL.pdf

Ministerio de Salud de la Provincia de Neuqu®n (2014), *El Pueblo Mapuche y el Sistema de Salud Provincial*. Recuperado el 15/06/2020 website:: https://www.saludneuquen.gob.ar/centro-de-salud-intercultural/

Ministerio de Salud de la Provincia de Neuqu®n. *Organizaci· n sectorial. El sistema de Salud Provincial est§ compuesto por el sistema p¼blico de salud, el §mbito privado y el de obras sociales.* Recuperado el 24/06/2020 website: https://www.saludneuquen.gob.ar/organizacion-sectorial/

M· dulo 5: Pol²ticas de Salud. Curso en Salud social y comunitaria. Ministerio de Salud, Presidencia de la Naci· n, S/F, p. 111. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf

Plan Provincial de Salud 2019-2023, La promoci· n de la salud, eje de todas las acciones. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuqu®n, mayo 2019

Programa Nacional de Salud para los Pueblos Ind²genas, creado en el a¶o 2016 a trav®s de la Resoluci· n 1036-E/2016.

ñPublicaciones de la Sociedad de Medicina Rural del Neuqu®n (1980-2006)ò, en: *Sistema de Salud de Neuqu®n*, Fondos de Centro de Documentaci· n "Pensar en Salud" (CeDoPS), Disponible en website: www.isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentaci· n-Pensar-en-Salud-(CeDoPS)/Sistema-de-Salud-de-Neuqu®n/Publicacionesé , (Revisado el 3/9/2020).

World Bank, Pueblos ind²genas, pobreza y desarrollo humano en Am®rica Latina: 1994-2004. Versi· n electr· nica disponible en: https://go.worldbank.org/TXWP6Y78N0.

Websites consultadas:

Azpiroz Cle¶an, ñEl racismo y la transgresi· n de la ®tica mapucheò, El megafo, *P§gina 12,* 08/03/2019. Disponible en website: https://www.pagina12.com.ar/179366-el-racismo-y-la-transgresion-de-la-etica-mapuche

Azpiroz Cle¶an, Organizaci· n Mapuche EPU Bafkeh, Argentina. I Foro Regional de Recursos Humanos para la Salud y pueblos ind²genas: el desaf²o de la Interculturalidad, Paran§; 21 a 23 de noviembre de 2011 (Revisado 05/08/2020).

Bassi, P., ñVer· nica Huilip§n, la dirigente ind²gena que lleg· al Ministerio de las Mujeresò, *Canal Abierto*, publicado el 3 de julio 2020, revisado el 15 de agosto de 2020. Disponible en website: https://canalabierto.com.ar/2020/07/03/veronica-huilipan-la-dirigenta-indigena-que-llego-al-ministerio-de-las-mujeres/#:~:text=Por%20Pablo%20Bassi%20%7C%20Ver%C3%B3nica%20Huilip%C3%A1n,como%20la%20CTA%2C%20en%202008

Cippitelli, M., ñEl Plan de Salud de Neuqu®n en el recuerdo de un pediatra. Osvaldo Pell²n rememora el inicio del plan que cambi· a la provinciaò, *LMNEUQU£N*, Neuqu®n, 16 de febrero de 2020, (Revisado el 4/09/2020).

ñComunidad Curruhuinca: en defensa de sus tierras ancestralesò, *Radioteca*, Servicio Paz y Justicia (Argentina). Fecha de producci·n: 20 de marzo de 2019, Revisado el 15/09/2019.

ñCon los hospitales al borde del colapso, proponen la centralizaci·n del sistema de salud de Neuqu®nò, *La izquierda Diario Neuqu®n*, publicado el 23 de septiembre de 2020, revisado el 03 de octubre de 2020. Disponible en website: http://www.laizquierdadiario.com/Con-los-hospitales-al-borde-del-colapso-proponen-la-centralizacion-del-sistema-de-salud-de-Neuquen.

Dur§n, A. (2019), ñEl hospital intercultural de Ruca Choroi todav²a est§ paralizadoò, *Indymedia Argentina*, (Recuperado el 15/10/2019), website: https://www.rionegro.com.ar/salud-intercultural-en-ruca-choroi-un-sueno-paralizado-por-el-desafio-963194/

ñEl hospital de Las Coloradas ya tiene sala de emergenciasò, *LMNeuqu®n,* Publicado el 5/12/2020. Recuperado el 16/6/2020, website: https://www.lmneuquen.com/el-hospital-las-coloradas-ya-tiene-sala-emergencias-n6694822

ñEl movimiento ind²gena est§ de pieò, Entrevista a Ver·nica Azpiroz Cle¶an. *Radio Kermes*. 15/03/2020. Disponible en website: https://www.radiokermes.com/conversaciones/1823-el-movimiento-indigena-esta-de-pie. (Visitado el 18/8/2020).

ñEntrega de carpetas de relevamiento territorial a comunidades de Neuqu®nò, Instituto Nacional de Asuntos Ind²genas, Secretar²a de Derechos Humanos, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos , 30 de mayo de 2019. Disponible en website: https://www.argentina.gob.ar/noticias/entrega-de-carpetas-de-relevamiento-territorial-comunidades-de-neuquen (Visitado el 18/8/2020).

Entrevista a Ver· nica Azpiroz Cle¶an, ñLa necesidad de la presencia ind²gena en el Censo 2020ò, *Radioteca*, Servicio Paz y Justicia, Fecha de producci· n: 11 de septiembre de 2019. Recuperado el 02/11/2019.

Entrevista a Ver· nica Azpiroz Cle¶an, ñProyecto de Interrupci· n Voluntaria del Embarazo desde los pueblos originariosò, *Radio Mestiza*. Universidad Nacional Arturo Jauretche. (Revisado el 9/8/2020), http://radio.unaj.edu.ar/vero-azpiroz-clenan-mapuche-doctorada-en-salud-nos-cuenta-su-vision-del-proyecto-de-aborto-legal/

Entrevista de Mendoza, Ang®lica a Huilip§n, Ver· nica. ñDesde el Ministerio de las mujeres, Ver· nica Huilip§n enfrentar§ la violencia contra las hermanas originariasò, *Micro Kay Pacha*, 8 de julio de 2020. Revisado el 15 de octubre. Disponible en website: https://argentina.indymedia.org/2020/07/08/desde-el-ministerio-de-las-mujeres-veronica-huilipan-enfrentara-la-violencia-contra-las-hermanas-originarias/?fbclid=IwAR2pk01d9KGZcgvPIXISOdM23NAzpC9SLbmY7eK4h89Gf4hEypfpzIRNi0w

Espinosa, C. ñAdalberto Pagano, aquel gobernador del Territorio que dej· un conjunto de obras de vigencia actualò, *APP: Agencia Period²stica Patag· nica*, Publicado el 1 de enero de 2013, Revisado el 28/09/2020. Disponible en website: http://www.appnoticias.com.ar/desarro_noti.php?cod=4428

ñGuti®rrez particip· de la sexta Jornada de Trabajo Territorial de Saludò, *Neuqu®n Informa*, Subsecretar²a de Prensa, Ministerio Jefatura de Gabinete, Gobierno de la Provincia de Neuqu®n. Publicado el: 04/12/2019. Disponible en website: https://www.neuqueninforma.gob.ar/gutierrez-participo-de-la-sexta-jornada-de-trabajo-territorial-de-salud/ (Revisado 03/09/2020).

ñInvestigan c· mo las mujeres mapuches sintetizan la lucha pol²ticaò, Entrevista a Micaela Gomiz y Graciela Alonso, *El exterminio de la Patagonia*. 26 de septiembre de 2016. Disponible en website: https://www.elextremosur.com/nota/investigan-como-las-mujeres-mapuches-sintetizan-la-lucha-politica/ (Recuperado el 27/7/2020).

Kallf¿ Nawel, *K¿zi¶: Placenta*,13 de mayo de 2020. Revisado el: 29/09/2020. Disponible en: https://www.facebook.com/photo?fbid=686145068864336&set=a.128795211265994

ñLa pol²tica y la salud en la provincia del Neuqu®n durante la d®cada de 1960ò, en: Sistema de Salud de Neuqu®n, Fondos de Centro de Documentaci· n "Pensar en Salud" (CeDoPS). Disponible en website: www.isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentaci· n-Pensar-en-Salud-(CeDoPS)/Sistema-de-Salud-de-Neuqu®n/ (Revisado el 3/9/2020).

ñLa comunidad Namuncur§ y Las Coloradas celebran la concreci· n de la obra que abastecer§ de agua al paraje Santa Rosaò. Publicado el: 24/04/2020. Recuperado el 16/6/2020, *Neuqu®n Informa*, website: https://www.neuqueninforma.gob.ar/la-comunidad-namuncura-y-las-coloradas-celebran-la-concrecion-de-la-obra-que-abastecera-de-agua-al-paraje-santa-rosa/

ñLas mujeres de palabra floridaò, *Revista cr²tica*, Revisado el 19/10/2020. Disponible en website: http://www.revistacitrica.com/-mujeres-de-palabra-florida.html

Oliva, L. ñVer· nica Azpiroz Cle¶an: `Crec®s con el mandato de no decir que sos ind²genaË, *La Naci· n*, Entrevista publicada el 14 de julio de 2020. (Revisada el 10 de agosto de 2020). Disponible en website: https://www.lanacion.com.ar/comunidad/veronica-azpiroz-clenan-creces-mandato-no-decir-nid2388251

Schvartzman, A. ñTienen que hacerse cargo de que la realidad somos nosotros tambi®nò, (23/01/2017). Disponible en website: (HTTP://WWW.LAVANGUARDIADIGITAL.COM.AR/INDEX.PHP/AUTHOR/AMERICO-SCHVARTZMAN/) (Visitado el 23/7/2020).

ñSe present· el Plan Provincial de Salud para los pr· ximos cinco a¶osò, *Neuqu®n Informa*, Subsecretar²a de Prensa, Ministerio Jefatura de Gabinete, Gobierno de la Provincia de Neuqu®n. Publicado el: 14/06/2019, Revisado 03/09/2020. Disponible en website: https://www.neuqueninforma.gob.ar/se-presento-el-plan-provincial-de-salud-para-los-proximos-cinco-anos/

ñSe realiz· un encuentro sobre pol²ticas de Salud 2020ò, Ministerio de Salud de la Provincia del Neuqu®n, Publicado el 24 de octubre de 2019, Revisado el 03/09/2020. Disponible en website: https://www.saludneuquen.gob.ar/%ef%bb%bfse-realizo-un-encuentro-sobre-politicas-de-salud-2020/

Trifogli, V. ñLa medicina intercultural, una parte de la ense¶anza de la enfermer²aò, *R²o Negro*, 12 de octubre de 2018 (Revisado el 10/08/2020). Disponible en website: https://www.rionegro.com.ar/autor/virginia-trifogli/

Vega, G. (2013), *Silencioé hospital*, *PROYECTO ALLEN,* Publicado el 30/03/2013. Disponible en website: http://www.proyectoallen.com.ar/3/?p=3919 (Revisado el 07/09/2020)

ANEXOS

<u>Cap²tulo 1:</u> Marco ®tico normativoé

Comparaci· n entre las listas presentadas por cada enfoque.

Tabla 1: Comparación de las listas

NECESIDADES: Doyal y Gough		CAPACIDADES FUNCIONALES HUMANAS CENTRALES (CFHC): Nussbaum
Objetivos universales	Prevención de graves daños Participación social Participación crítica	Integridad física Afiliación A Control sobre el entorno A: político
Necesidades básicas	Supervivencia Salud física Capacidad cognitiva y emocional Comprensión cultural: profesores Oportunidades para participar Autonomía crítica	Vida Salud corporal Sentidos, imaginación, pensamiento Emociones Afiliación B Sentidos, imaginación, pensamiento Afiliación A y B Razón práctica Sentidos, imaginación, pensamiento
Características de los satisfactores universales	Alimentos y agua Alojamiento protector Entorno no perjudicial Control de natalidad y nacimientos seguros Cuidado sanitario apropiado Infancia segura Relaciones primarias significativas Seguridad física Seguridad económica Educación apropiada	Salud corporal Salud corporal ¿? Salud corporal Integridad corporal ¿? Integridad corporal Emociones Emociones Integridad corporal Control sobre el entorno B: material Sentidos, imaginación, pensamiento
Precondiciones sociales	Derechos civiles/políticos y participación política Derechos económicos/sociales	Afiliación B: protección contra la discriminación Control sobre el entorno A: política También aparece en: sentidos, imaginación, pensamiento Razón práctica Control sobre el entorno B: material También aparece en: afiliación A: instituciones que alimentan la afiliación
(Otros)	¿? ¿? ¿?	Afiliación A: otros Otras especies Capacidad para jugar

Fuente: Ian Gough, ÎEl enfoque de las capacidades de M. Nussbaumò, Op. Cit., 2007-8, p. 192.

Cap²tulo 3: El derecho a la salud intercultural

La *wenufoye* (Bandera Mapuche)

Marchando, con la wenufoye en alto (foto de Marcela Aguirre).

Cap²tulo 3: El derecho a la salud intercultural

Imagen 2: Reconocimiento de ocupaci· n territorial de familias mapuche de Las Coloradas

Las comunidades Mellao Morales, Anti¶ir Pilqui¶an y Huayquill§n de la zona norte, y las agrupaciones ind²genas Paineo, Rams, Cayupan y Felip²n de la zona centro de la provincia recibieron con mucha emoci· n las carpetas que reconocen la ocupaci· n actual, tradicional y p½blica del territorio que habitan (30/05/2019). Disponible en website: https://www.argentina.gob.ar/noticias/entrega-de-carpetas-de-relevamiento-territorial-comunidades-de-neuquen (Revisado el 28/08/2020).

<u>Cap²tulo 4</u>: Programas de Salud interculturalé

<u>Gr§fico 2</u>: Localizaci· n geogr§fica de Las Coloradas en la provincia de Neuqu®n.

<u>Gr§fico 3</u>: Comunidades Mapuche en Las Coloradas, provincia de Neuqu®n

Las Coloradas es el ¼nico municipio del Departamento de Catan Lil. En este Departamento, habitan cinco comunidades mapuche, ®stas son: Cayup§n (31), Felip²n (11), Paineo (23), Cayulef (17) y Rams (20).

Fuente: Arce, J. (Coord.) Jornadas Regionales de Interculturalidad para la equidad en la atenci· n de la salud, Jun²n de los Andes, 30/4 al 03/5 de 2009.

Cap²tulo 5: Abordaje intercultural en salud de las *Pu Mapuce Zomo* (mujeres mapuche) de Las Coloradas

Violencia obstétrica

La Organizaci· n feminista *Las Casildas*, cuenta con un Observatorio de Violencia Obst®trica autogestivo. La Defensor²a del Pueblo de la Ciudad Aut· noma de Buenos Aires (2018), accedi· a uno de los informes sobre las diferentes situaciones a las que son sometidas las mujeres al momento del parto. Los ²ndices son alarmantes y preocupantes, incluso se realizan pr§cticas que est§n siendo cuestionadas por la Organizaci· n Mundial de la Salud (OMS).

Las mujeres que participaron de esta encuesta cuentan que todas sufrieron un alto ²ndice de maltrato verbal, esta situaci· n afecta de manera negativa el bienestar de la persona gestante y el proceso de trabajo de parto.

Las mujeres manifestaron:

- 4 de cada 10, que les hicieron sentir que ellas o sus bebes corr²an peligro;
- 4 de cada 10, no sentirse contenidas, ni poder expresar sus miedos al momento del parto;
- 3 de cada 10, que les hab²an negado la posibilidad de estar acompa¶adas al momento del parto;
- 7 de cada 10, no poder moverse libremente sobre el trabajo de parto;
- 5 de cada 10, tener monitoreo fetal continuo;
- 7 de cada 10, que les rompieron artificialmente la bolsa;
- 8 de cada 10, haber tenido episiotom²a;
- 5 de cada 10, mujeres haber tenido partos inducidos;
- 3 de cada 10, haber tenido ces§reas;
- 7 de cada 10, no saber qu® pr§cticas realizaron sobres su hijo/a, ni haber brindado consentimiento para ello;
- 4 de cada 10, no haber recibido asesoramiento para amamantar;
- 4 de cada 10, que les ofrecieron darle mamadera a su hijo/a;

- 4 de cada 10, no fueron informadas sobre la evolución del trabajo de parto, su bienestar y el de su bebé.

Prácticas y/o situaciones y/o condiciones de atención que incurren en violencia obstétrica:

- Cesárea 15%
- Medicalización/ Patologización 42%
- Trato Deshumanizado 82%
- Privacidad e intimidad 19%
- Problemas edilicios 5%
- Falta de información 44%
- No respeto a la decisión de la mujer 34%
- Negar acompañante 16%
- Contacto con hijo/a 28%
- Neonatología 14%

Porcentajes de Denuncias por Provincias:

- Tucumán 1,12%
- Tierra del Fuego 1,12%
- Santiago del Estero 2,25%
- Santa Fe 2,25%
- Salta 1,12%
- **Neuquén 1,12%**
- Mendoza 3,37%
- La Pampa 2,25%
- Formosa 2,25%
- Entre Ríos 4,49%
- Córdoba 3,37%
- Chubut 5,62%
- Chaco 1,12%
- CABA 37,08%

- Bs As 34,46 %

Fuente: Violencia Obstétrica: Práctica invisible y sistemática. Observatorio de Igualdad de Género. Defensoría del Pueblo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018.