



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>

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

TESIS DE MAestría

Cintia Daniela Rodríguez

cintiadanieldarodriguez@gmail.com

Resumen

El objetivo general de la presente tesis es analizar críticamente si, en la situación concreta de la atención sanitaria de parto de las mujeres mapuche, prevalece el respeto por sus derechos culturales. El objetivo específico es elucidar las cuestiones relacionadas al marco normativo de la atención de las mujeres mapuche en los servicios de salud neuquinos, más precisamente en la localidad Las Coloradas. Desde un marco filosófico, se estudiará si la atención de la salud materno-infantil de las mujeres mapuche, en esta localidad, es intercultural, examinando si existen prácticas de partos interculturales (género, etnia y clase) y si participan, y de qué modo, las mujeres de esta comunidad indígena en las políticas de salud intercultural. La propuesta busca justificar la implementación de políticas públicas para promover en Neuquén y en el resto de nuestro país, Argentina, el derecho a la salud desde la pluralidad histórica de la diversidad cultural y con perspectiva de género.

Palabras clave: Salud; Interculturalidad; mujeres; Mapuches; políticas públicas; Las Coloradas; Neuquén; 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 Neuquén 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 Neuquén 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; Neuquén; Argentina.

Índice

INTRODUCCIÓN

- I.1. ACLARACIONES SOBRE LA ESPECIFICACIÓN DEL TEMA Y LA ESTRUCTURA DE LA TESIS
- I.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

CAPÍTULO 1 - MARCO TEÓRICO DE LA ATENCIÓN SANITARIA DE LAS MUJERES MAPUCHE EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS COLORADAS

- 1.1. MARCO ÉTICO-NORMATIVO DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN MUJERES INDÍGENAS
- 1.2. ANÁLISIS DE LA MUJER MAPUCHE DESDE EL MARCO DEL FEMINISMO

CAPÍTULO 2 - MARCO POLÍTICO-JURÍDICO DE LA ATENCIÓN INTERCULTURAL DE LAS MUJERES MAPUCHE EN LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS COLORADAS

- 2.1. MARCO NACIONAL Y DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN, RESPECTO A LAS POLÍTICAS SANITARIAS
- 2.2. MARCO JURÍDICO-NORMATIVO DE LA ATENCIÓN SANITARIA REFERIDA A LOS PARTOS RESPETADOS Y ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL EN MUJERES INDÍGENAS

CAPÍTULO 3 - EL DERECHO A LA SALUD INTERCULTURAL

- 3.1. ¿QUÉ IMPLICA LA SALUD INTERCULTURAL?
- 3.2. DERECHO A LA SALUD DESDE LA PLURALIDAD HISTÓRICA

CAPÍTULO 4 - PROGRAMAS DE SALUD INTERCULTURAL EN LA PROVINCIA DE NEUQUÉN Y EN LAS COLORADAS

- 4.1. PROGRAMAS DE SALUD APLICADOS EN LA PROVINCIA DE NEUQUÉN Y EN LAS COLORADAS

4.2. INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA EN LAS COLORADAS

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

5.1. ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL Y ADAPTACIÓN DE PARTOS DE *PU MAPUCE ZOMO*

5.2. EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA EN *PU MAPUCE ZOMO*

CAPÍTULO 6 - NECESIDAD DE GENERAR POLÍTICAS DE FORMULACIÓN DE MARCOS ADECUADOS PARA UN ABORDAJE INTERCULTURAL DE LA SALUD EN LAS *PU MAPUCE ZOMO* DE LAS COLORADAS.

6.1. PROPUESTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS CENTRADAS EN UN ENFOQUE INTEGRADO POR LAS DIMENSIONES: GÉNERO, ETNIA Y CLASE SOCIAL

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

R. 1. DOCUMENTOS CONSULTADOS

R. 2. WEBSITES CONSULTADOS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

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

Partimos de considerar que las mujeres mapuche¹ encarnan en sus cuerpos-territorios múltiples expresiones de violencia (García Gualda, 2017a). Esta violencia se vive de manera interseccional, puesto que articula las relaciones de género, clase y etnia, las que, a su vez, propician situaciones de opresión particulares y específicas que se hacen eco de largos procesos históricos². De ahí que las estructuras patriarcales, capitalistas y racistas del Estado promueven en las mujeres mapuche una situación de dura represión y exclusión.

Por este motivo, el tema de investigación se centrará en estudiar si la atención de la salud materno-infantil de las mujeres mapuche, en Las Coloradas³, es intercultural, examinando si existen prácticas de partos interculturales, que atiendan las dimensiones: género, etnia y clase. Asimismo, se indagará si estas mujeres participan de las políticas públicas vinculadas a la salud intercultural, desde un enfoque de justicia epistémico, y de qué modo lo realizan.

Resulta interesante indagar sobre los modos en los que se lleva a cabo dicha atención sanitaria en sociedades atravesadas por desigualdades históricas, como ocurre con la sociedad argentina⁴, puesto que en estos contextos no basta con el *reconocimiento*⁵ formal de las comunidades indígenas, sino que es preciso analizar

¹ En el idioma mapuche (*mapudungun*) no se usa la "s" para señalar 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 -peñi y hermanos -pu peñi. Por ello, si se desea respetar el idioma, no es correcto escribir ni decir mapuches sino pu mapuche o simplemente mapuche.

² Véase García Gualda, S. (2017a) Tejedoras de futuro: La participación política de las mujeres mapuche en el conflicto territorial de Neuquén (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 Neuquén, Argentina. Forma parte del departamento Catón Lil y se encuentra a 320 km de la ciudad de Neuquén. La Ruta Nacional 40 la comunica con Zapala y con Junín de los Andes.

⁴ Como afirma de Ortiz (2018): "En sociedades donde existe gran desigualdad social desde la constitución de los modelos de producción social, la misma se refleja en las desigualdades en salud por clase, género, etnia, entre otros" [Ortiz, M. G. de (2018b), "Cobertura universal de salud vs. Derecho a la salud: Un análisis ético y político sobre lo universal en salud en tiempos de restauración conservadora" en REVIS, Revista de Ciencias Sociales y Humanas, Nro. 12, (12), <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/revise/article/view/279/pdf>, p. 112]

⁵ Si bien resulta claro que cada colectivo presenta sus necesidades específicas y deben ser reconocidas como tales, no es menos cierto que, simultáneamente, deben replantearse los parámetros distributivos, en términos de justicia social, puesto que, si no se replanteasen las injusticias ligadas al reconocimiento (siguiendo a Nancy

las problemáticas prioritarias que atraviesan la realidad específica de la comunidad originaria, sobre un tamiz amplio de justicia social⁶, y también los grupos descendientes de estas comunidades, como el caso de migrantes latinoamericanos. Por ello, resulta necesario poner en evidencia la responsabilidad ética y política del Estado, las organizaciones y los movimientos sociales, frente a la salud intercultural y a la ampliación de derechos económicos, sociales y culturales (de Ortíz, 2019)⁷.

El objetivo es analizar de manera crítica la situación concreta de la atención sanitaria de parto de mujeres mapuche en Las Coloradas, en el marco de la salud intercultural⁸. La finalidad es establecer criterios que prioricen el derecho a la salud desde la pluralidad histórica, situados en la complejidad de nuestra sociedad. De allí que, nos centraremos en la importancia de promover un abordaje de las prácticas sanitarias interculturales, desde un enfoque de justicia epistémico, que propicie la adaptación de partos y la participación de las mujeres indígenas⁹ en las políticas de salud interculturales¹⁰, en el marco de las políticas de bienestar, con fuerte impronta homogeneizadora, llevadas a cabo por el Movimiento Popular Neuquino (MPN) en la provincia de Neuquén (Vásquez Estrella, 2017).

De esta manera, el marco teórico se desarrollará a partir de distintos ejes de trabajo respecto al abordaje de la atención de partos de las mujeres mapuche en el sistema de salud neuquino. Por un lado, se centrará en el análisis del marco normativo (ético, político y legal) de los servicios de salud argentinos, y en particular, los de la provincia de Neuquén. Por otro lado, la línea de análisis se planteará en

Fraser) serán paliadas artificialmente 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 ahí que en el caso de migrantes limítrofes (minorías étnicas, pueblos originarios, comunidades tradicionales), las raíces de su exclusión no pueden solucionarse si el planteo es la elección de la igualdad económica o el reconocimiento. Por este motivo, debe ampliarse la mirada y analizarse la situación particular de estas comunidades.

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

⁸ La salud se comprende en sentido amplio como derecho cultural para las comunidades indígenas.

⁹ La Convención NÚ169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)*, declara que un pueblo puede ser considerado indígena si: es descendiente de aquellos que habitaban en áreas antes de su colonización, ha mantenido sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas desde la época de la colonización y el establecimiento de los nuevos estados. Además, la convención expresa que la auto-identificación es crucial para los pueblos indígenas.

¹⁰ En este punto, resulta relevante resaltar la importancia que tiene la concepción de *ñinterculturalidadò*. Puesto que, a diferencia de la multiculturalidad, que supone la aceptación de lo heterogéneo; la interculturalidad implica que los diferentes son lo que son en relaciones de negociación, conflicto y *pròstamos* recíprocos (Estrella, 2017, p. 41).

relaci3n a la situaci3n concreta de la mujer mapuche desde la perspectiva feminista latinoamericana, centrada en la teor2a pos(de)colonial y de la subalternidad en Am3rica Latina que ser3, consecuentemente, retomada y contrastada desde la voz propia de estas mujeres ind2genas.

De este modo, para simplificar la lectura, e introducirnos progresivamente en el an3lisis del tema propuesto, hemos dividido la tesis en seis cap2tulos. As2, en el Cap2tulo 1, 3Marco te3rico de la atenci3n sanitaria de las mujeres mapuche en los servicios de salud de Las Coloradas4 nos enfocaremos en establecer el marco de an3lisis normativo de la propuesta, bas3ndonos 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 consideraci3n de la salud desde las necesidades humanas y desde la autonom2a individual, como condiciones de posibilidad para la participaci3n social. Considerando, asimismo, de primordial relevancia el abordaje de Nussbaum y Sen para el an3lisis de la problem3tica no solo sanitaria intercultural, sino tambi3n de la mujer ind2gena. En efecto, su bienestar, desde este enfoque, se vincula con los grados de funcionamientos que 3sta puede alcanzar en los aspectos de su vida. Asimismo, en este cap2tulo, desarrollaremos, como tercer enfoque te3rico, un an3lisis desde la perspectiva feminista latinoamericana, para inmediatamente, confrontarla con la mirada que ofrecen las mujeres mapuche, respecto al rol y situaci3n de la mujer, con 3nfasis en su vinculaci3n con la comunidad, la naturaleza y la instituci3n familia. En este sentido, esta caracterizaci3n nos permitir3 un acercamiento m3s situado respecto a las experiencias vivenciales que, las mujeres mapuche de Las Coloradas, relatan sobre la atenci3n sanitaria de partos en esta localidad.

En el Cap2tulo 2, 3Marco pol3tico-jur2dica de la atenci3n intercultural4 3 haremos una narraci3n, con tintes historicistas, sobre todo el marco pol3tico y legal existente en la provincia de Neuqu3n, en nuestro pa2s y en los diversos Tratados Internacionales que adoptamos constitucionalmente, respecto al marco de referencia y de acci3n respaldatorio sobre la atenci3n sanitaria intercultural. Veremos que, en parte, responden de forma coherente y cabal a los marcos 3tico-normativos desarrollados en el primer cap2tulo. Sin embargo, m3s tarde,

analizaremos en los capítulos siguientes: cómo se desarrolla la aplicación de estas normas jurídicas en el plano situacional de la atención sanitaria concreta.

De allí que, en el Capítulo 3, "El Derecho a la salud intercultural" el objetivo se orientará hacia el análisis de las nociones que surgen cuando intentamos precisar el concepto de salud intercultural, fundamentalmente en lo que respecta a la relación entre la salud y la mujer indígena. 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 indígenas a su vinculación con la naturaleza y a la armonía que se genera entre la salud y la vida. De ahí que, el abordaje de la salud de las mujeres y de los niños/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 también contribuyen en la dinámica de la comunidad (OPS, 2009).

Seguidamente, en el Capítulo 4, "Programas de salud intercultural en la Provincia de Neuquén y en Las Coloradas" nos enfocaremos en establecer una breve caracterización de la salud intercultural y de la situación de partos de las mujeres mapuche de nuestro país, más específicamente, en la localidad Las Coloradas de la provincia de Neuquén. Para ello, realizaremos una historización de los Programas de Salud aplicados en la Provincia de Neuquén desde el surgimiento del Sistema sanitario neuquino hasta la actualidad. Asimismo, examinaremos las variables estadísticas publicadas por el Sistema de Salud Provincial, referidas a las condiciones materiales de atención médica de la población en general, y de las mujeres en particular, centrándonos específicamente en el caso de Las Coloradas.

En el Capítulo 5, "Abordaje intercultural en salud de las *Pu Mapuce Zomo* (mujeres mapuche) de Las Coloradas" el objetivo se centra en narrar desde las voces de las mujeres mapuche sus costumbres ancestrales respecto a la atención de partos. Analizaremos aquí, cómo las prácticas biomédicas obstaculizan el acceso a la salud de las mujeres indígenas cuando no contemplan sus propios saberes y conocimientos. Es decir, cuando ignoran: sus propias formas de sanarse, de hacer un tratamiento; su estrecho vínculo con el territorio y con la Pachamama para su sanación, entre otros conocimientos imprescindibles para una atención sanitaria

respetada. Asimismo, en este capítulo, 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 obstétrica vividos por mujeres mapuche de Las Coloradas.

A partir de allí, en el último Capítulo, el sexto, "Necesidad de generar Políticas de formulación de marcos adecuados para un abordaje intercultural" donde subrayaremos la importancia que reviste la construcción de una justicia epistémica, para promover un modelo descentralizado y participativo y centrado en el diálogo intercultural- con gestión de profesionales de diversas disciplinas (de Ortiz, 2019). De ahí que, desde el enfoque de la justicia epistémica, la salud intercultural debe centrarse en el reconocimiento y respeto por estos saberes ancestrales. En efecto, desde este planteo debe consentirse a la paciente indígena a realizar un parto en su casa, y simultáneamente, se le debe ofrecer respeto por su alimentación y cuidado propio, conforme a las costumbres históricas de la cultura indígena. A la vez, que se le debe brindar la información adecuada y comprensible a su lengua. Para ello, realizaremos una propuesta acerca de la formulación de los marcos adecuados requeridos para promover políticas públicas en salud orientadas a un abordaje intercultural.

De esta manera, la hipótesis de trabajo se centrará precisamente en afirmar que la adopción de una concepción de justicia epistémica, basada en el diálogo intercultural, posibilitará la construcción de políticas públicas de salud que respondan a los valores morales y culturales de la comunidad indígena Mapuche.

I.2. ABORDAJE METODOLÓGICO

El trabajo se centrará en una investigación de diseño exploratorio, con un enfoque fundamentalmente cualitativo, con el objetivo de conocer, en primera instancia, el marco normativo (ético, político y legal) de los servicios de salud en la localidad Las Coloradas, de la provincia de Neuquén para la atención de mujeres mapuche. De este modo, en una segunda instancia, se estudiarán críticamente los programas

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

Así, para estudiar el marco normativo de la atención sanitaria, recabaremos información y datos a partir del uso de la técnica del análisis documental. La finalidad que persigue este registro es la construcción de un planteo hermenéutico y argumentativo sobre la concepción de justicia en la que se asientan las políticas públicas respecto a los servicios sanitarios de la provincia de Neuquén, en materia de interculturalidad. Para ello, los interrogantes que vertebrarán el análisis serán:

- ¿Cuáles son los marcos normativos (éticos, políticos y legales), que encuadran a la atención sanitaria de mujeres indígenas, particularmente mapuche, en la provincia de Neuquén?
- ¿La atención de la salud materno-infantil en Las Coloradas, Neuquén, es intercultural?
- ¿Existen prácticas de partos interculturales (género, etnia y clase)?
- ¿Participan las mujeres de comunidades mapuche en las políticas de salud interculturales en Las Coloradas?
- ¿En qué medida se aplica el enfoque de justicia epistémica en la atención 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 ÉTICO DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN MUJERES INDÍGENAS

El marco normativo que propicia un abordaje del derecho a la salud, a partir de justificar ciertos principios básicos de justicia en el área de salud, se centra en las propuestas desarrolladas por Len Doyal e Ian Gough. Puesto que su núcleo está constituido por la noción de necesidades humanas intermedias, amparadas en un enfoque de justicia social que permite el reconocimiento universal de los derechos humanos y la corresponsabilidad ética de todos los agentes para su cumplimiento efectivo¹¹. Dentro de este marco, las necesidades humanas se edifican socialmente, pero tienen carácter universal¹². De allí que, la única variación que se produce entre estas necesidades, se vincula con la forma de satisfacción de éstas.

Asimismo, para el desarrollo de esta propuesta, nos centraremos en la noción de capacidades de Amartya Sen y Martha Nussbaum, como también en los aportes críticos de la filosofía de género, que se ponen en correspondencia con la teoría de capacidades y funcionamientos¹³. Este marco nos permite abordar los derechos y

¹¹ Véase Lerner, S. y Szasz, I. (coords.) (2008), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, México, El Colegio de México, p. 220.

¹² El rechazo de la existencia de necesidades humanas comunes a todos los seres humanos y la creciente consideración de las necesidades humanas como concepto subjetivo y culturalmente relativo. Argumentan Doyal y Gough, constituye una creencia que ha contribuido al predominio intelectual de la nueva derecha. Porque si la noción de necesidades humanas objetivas carece de fundamento, entonces ¿cómo queda sino creer que los individuos saben mejor lo que ellos mismos y alentarlos a perseguir sus propias metas subjetivas o preferencias? ¿Y qué 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 política (pp. 1-2) [Boltvinik, J. La teoría de las necesidades humanas de Doyal y Gough, *COMERCIO EXTERIOR*, Vol. 53, Núm. 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), en la primera posición se encuentran los pensadores que rechazan una noción de necesidades con pretensiones esencialistas o universalistas, puesto que ésta dejaría de considerar las particularidades de cada cultura, provocando así actitudes paternalistas en los responsables de aplicar las políticas sociales. (é) Los defensores del relativismo cultural pregonan que ciertas políticas nacionales despojan a los individuos de su identidad al soslayar su pasado histórico y su entorno cultural. En la segunda posición relativista se encuentran aquellos que afirman que los conceptos que usamos en los discursos sobre las políticas sociales, tales como necesidades, desigualdad, pobreza, dependen del sujeto que hace la evaluación [Dieterlen, P. (2001), *Derechos, necesidades básicas y obligación institucional* En: *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América 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 básicas, 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 características 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 aceptación o rechazo de la posibilidad de elección de las necesidades básicas, desde una base cabalmente racional.

¹³ Femenías y Vidiella, *El derecho de las mujeres a la salud* Artículo publicado en *Perspectivas Bioéticas*, Año NÚ10, Número 18, primer semestre de 2005, p. 1.

las necesidades desde una perspectiva integral, propiciando las bases para cuestionar dicotomías excluyentes como: autonomía / paternalismo¹⁴.

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 indígenas, puesto que, Doyal va más allá de los mínimos sociales¹⁵ y los criterios biológicos¹⁶. Este enfoque se centra en una teoría de las necesidades humanas, es decir, necesidades básicas en salud y un enfoque integral de capacidades y necesidades (de Ortiz, 2019). La relevancia de este enfoque radica en la consideración de la salud desde las necesidades humanas y desde la autonomía¹⁷ individual como condiciones de posibilidad para la participación social.

Doyal y Gough (1991), asocian las necesidades¹⁸ a la prevención de algún daño grave que pudiera presentarse si éstas no se satisfacen, independientemente de que el individuo esté 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 básicas en este sentido. Por ello, las necesidades deben concebirse como metas universalizables¹⁹. Resulta interesante aquí, plantear en consonancia con lo expresado por Dieterlen (2001:15) que: «si bien es cierto que conceptos como pobreza, desigualdad y necesidades básicas tienen una dimensión valorativa, también es cierto que primeramente tienen contenido descriptivo». Este

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ La concepción de Amartya Sen parte de la evaluación de las diferencias en el desarrollo de las capacidades individuales. Puesto que, según 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 básicas identificando en ella las capacidades, que corresponden con los funcionamientos mínimos requeridos para la persona sobre la base de una teoría mínima de justicia social. (Véase de Ortiz, 2019).

¹⁶ La corriente teórica de justicia liberal propuesta por Rawls-Daniels, plantea una definición biológica de enfermedad, que se centra en un criterio natural. Este criterio no responde a la estricta vinculación de la igualdad de oportunidades con la normalidad natural. Puesto que Daniels excluye del acceso a la atención de la salud a todas las necesidades sico-sociales, porque no pueden constatarse biológica o genéticamente. Por lo que su teoría se presenta desintegrada, parcial, arbitraria y dualista por limitar la base informativa del bienestar objetivo, exclusivamente, al factor biológico (Véase de Ortiz, 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 pulsión) y como propósitos (o metas). Descartan la primera de ellas, puesto que, en muchos casos, los impulsos vienen de deseos y no de necesidades.

¹⁹ Véase Boltvinik, J. (2003), Op. Cit., p. 411.

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

Asimismo, Doyal y Gough (1991) afirman que: "para evitar enfermarse físicamente, las personas deben vivir en un ambiente saludable y tener acceso a una gama de bienes y servicios de cantidad y calidad suficientes"²⁰. Resulta necesario que cada individuo posea una serie de insumos que medien entre ellos y su entorno. De ahí que, tal como afirma Boltvinik (2003:142), dado el carácter instrumental de las afirmaciones sobre necesidades humanas, las características universales de los satisfactores pueden entenderse como fines a lograr, para los cuales algunos satisfactores específicos pueden actuar como medios.

Por este motivo, Doyal y Gough (1991) denominan las características universales de los satisfactores como necesidades intermedias. De esta manera, estos autores plantean que: "Cada necesidad intermedia relacionada tendrá una base material que será identificable dentro de los términos de la comprensión biomédica"²¹. Para ello, proponen una serie de categorías 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 físico no peligroso;
5. Cuidados de salud adecuados;
6. Seguridad en la niñez;
7. Relaciones primarias significativas;
8. Seguridad física;
9. Seguridad económica;
10. Educación apropiada, y

²⁰ Doyal, Len y Gough, Ian (1991) *A Theory of Human Need*, MacMillan, Londres, p. 191. Traducción propia.

²¹ *Ibid.* Traducción propia.

11. Control natal y partos seguros²².

Licitamente, considerando estas bases materiales, todas las afirmaciones referidas a las necesidades²³ son jerárquicas y se refieren a la instrumentalidad²⁴. Es decir, la resolución pragmática de dichas necesidades tiene por objetivo impedir que se concrete un daño grave en el individuo. De este modo, tal como plantean Doyal y Gough, las razones para necesitar son esencialmente *públicas*, puesto que se apoyan en una comprensión compartida sobre cuáles estrategias en realidad evitan el daño. De ahí que, mientras los deseos son subjetivos, las necesidades son objetivas²⁵.

No obstante, si lo que se busca es dar respuesta a las necesidades humanas básicas, para Doyal y Gough, resultan prerequisites para cualquier acción dos cuestiones elementales: la *salud física* y la *autonomía personal*²⁶. Siendo la contribución de manera universal a estos dos prerequisites, los únicos criterios de inclusión en la lista²⁷. Empero, estas cuestiones no se plantean en detrimento del contexto social específico de cada individuo, puesto que estas formas de vida son las que deben permitir la satisfacción de las necesidades básicas de los individuos. Sin embargo, las necesidades individuales se formulan de manera independiente a cualquier medio social específico, sin importar cuánto la satisfacción dependa de él²⁸. Según este enfoque, se genera una co-responsabilidad entre los individuos, en

²² *Ibid*, p. 191-2. Traducción 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 autonomía personal está determinada por tres variables: el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura y de lo que se espera de nosotros; la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo (salud mental), y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implícita en ello. Esto conduce a los autores al concepto de autonomía crítica.

²⁷ De esta manera, si algo no es universalmente necesario para la mejor satisfacción de las necesidades básicas, no se incluye en la lista. Según Doyal y Gough, la evidencia de lo universalmente necesario deriva de dos fuentes científicas: 1) el conocimiento técnico sobre relaciones causales entre salud física o autonomía y otros factores, y 2) el conocimiento antropológico comparativo sobre culturas y subculturas [Boltvinik (2003), *Ibid*, 142].

²⁸ Para Doyal y Gough debe resultar medible la satisfacción de las necesidades básicas, como también la de las intermedias. Para ello, según Boltvinik (2003:142), proceden a exponer las normas (*standards*) contra las cuales se comparan las mediciones de la satisfacción de las necesidades y se calculan las brechas. En cuanto a las necesidades básicas, la norma es el mínimo de satisfacción, en lugar del mínimo absoluto o un nivel culturalmente relativo. A partir de la distinción hecha entre autonomía y autonomía crítica, también puede distinguirse entre un mínimo de participación y un mínimo crítico. Se requiere entonces un estándar para niveles mínimos críticos que, en principio, tal como afirma Boltvinik (2003), sería 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 hacerlo²⁹.

Este enfoque que incluye la satisfacci3n integral³⁰ de las necesidades y el consiguiente desarrollo de las capacidades b3sicas, como aspectos centrales del concepto objetivo de bienestar, promueve la importancia de pol3ticas 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 Ort3zar (2019), las pol3ticas de salud no se reducen solo a reparar el da1o, sino tambi3n a la prevenci3n del da1o y a evitar el riesgo de un da1o futuro a trav3s del mejoramiento³¹.

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 atae espec2ficamente a este trabajo, partos de mujeres pertenecientes a minor2as raciales, el posicionamiento de Doyal y Gough se centra en que las necesidades b3sicas 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 salud³².

Esta conceptualizaci3n de las necesidades b3sicas propuesta por la teor2a de Doyal y Gough encuentra un correlato conceptual en la noci3n de capacidades humanas³³ planteada por Nussbaum y Sen. Puesto que, ambas concepciones

satisfacci3n de necesidades en el mundo de hoy o una norma mejor que esta que fuese viable materialmente en la actualidad". Respecto a este punto, seg3n Soper (1993b), 1o que muestra la obra [de Doyal y Gough], seg3n ellos mismos, es que es posible analizar la satisfacci3n de necesidades b3sicas para el bienestar 3objetivo3sin 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 pol3tica social sea sacrificada3[Soper, 1993b, citado en Gough, I., 1El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un an3lisis comparado con nuestra teor2a de las necesidades humanas3 Trad. Nagore, L y Silva, S., *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, n3 100, CIP-Ecosocial/Icaria, invierno 2007/08, p. 179]

²⁹ V3ase Doyal y Gough (1991), Op. Cit., p. 111.

³⁰ En este enfoque se requiere un nivel particular de satisfacci3n de cada necesidad intermedia para que la salud y la autonom2a se optimicen, pero que m3s all3 de este nivel, insumos adicionales de necesidades intermedias no mejor3n la satisfacci3n de necesidades b3sicas.

³¹ *Ibid*, p. 12.

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

³³ Colmenarejo, R (2016) afirma que: 1El enfoque de las capacidades debe gran parte de su construcci3n al di3logo permanente (3), 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 cr3tica constructiva, aportando aquellas extensiones a la teor2a rawlsiana que considera fundamentales (cf. Nussbaum 2006)3 De esta manera, Colmenarejo (2016), retomando a Nussbaum (2006: 71), precisa que 1tanto el enfoque de las capacidades como la teor2a de la justicia propuesta por Rawls aportan una alternativa justa al utilitarismo econ3mico dominante, que considera el desarrollo solo en t3rminos econ3micos, sin considerar a cada persona como un fin en s2 mismo, sino un mero instrumento para promover un bien social general3 [Colmenarejo, R. (2016), Enfoque de

persiguen el objetivo de desarrollar un argumento verdaderamente universal en favor de la emancipación humana³⁴. En efecto, desde este planteo, los términos necesidades y capacidades resultan ser perfectamente compatibles.

Sin embargo, más allá 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 obstáculos concretos a los que se enfrentan la mayoría de las mujeres en su vida³⁵. Este aspecto resulta ser muy relevante para este trabajo, puesto que nuestro análisis se centra en la situación específica de la mujer mapuche, reconociendo la intersectorialidad de esferas que intervienen como obstaculizadores cotidianos en el acceso a ciertos derechos humanos. De allí que, luego de abordar expresamente los postulados teóricos de la propuesta de Nussbaum y Sen, nos centraremos en el enfoque feminista, para analizar de forma crítica y situada las necesidades / capacidades ya no desde un planteo universalista, sino más bien, desde la situación coyuntural de las necesidades históricas 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 Nussbaum³⁶. Este planteo de las capacidades, como se adelantó antes, tiene como objetivo ofrecer un marco normativo universal, que permita la evaluación y la valoración de la calidad de vida de forma individual, con la participación e implicación del sujeto mismo³⁷. Dicho en palabras de Nussbaum: "el resultado que buscamos debería preservar libertades y oportunidades para cada persona, como individuos, respetándolos como fines en sí, y no como agentes o promotores de los fines de otros" (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 Véase Gough, I. "El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum", Op. Cit., 2007/08, p. 178.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ Según Femenías y Vidiella (2005): "La teoría de las capacidades y funcionamientos, que Sen ha venido desarrollando desde hace aproximadamente treinta años, nació como un intento por superar las dificultades que presentan las perspectivas bienestaristas para conocer el bienestar de las personas y establecer criterios distributivos justos" [Femenías y Vidiella, "El derecho de las mujeres a la salud", Op. Cit., 2005, p. 7]

³⁷ Véase Colmenarejo, R. (2016), Op. Cit., p. 123.

Por su parte, Amartya Sen³⁸, inicialmente hab²a planteado el enfoque de las capacidades, a partir de una b¹l¹squeda 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 concepci¹ n de Amartya Sen parte de la evaluaci¹ n de las diferencias en el desarrollo de las capacidades individuales. Puesto que, seg¹ n 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 agencia³⁹. Asimismo, Sen considera que nuestras necesidades de salud interfieren en nuestras capacidades para funcionar como ciudadanos libres e iguales (V@ase de Ort¹zar, 2019). En esta l¹nea, Martha Nussbaum retoma la propuesta de Sen y propone una lista de capacidades b¹sicas, 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 Ort¹zar, 2019). Consecuentemente, Nussbaum, en una posici¹ n algo m¹s radical que la propuesta por Len Doyal, plantea una ñteor²a de las funciones m¹s importantes del ser humano que, una vez identificadas, servir¹n de punto de partida de las pol¹ticas sociales⁴⁰.

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 filos¹ficas para una explicaci¹ n de los principios

³⁸ Amartya Sen propone evaluar el desarrollo, no a trav¹s del tradicional indicador del PBI per c¹sputa, 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 pol¹tico de justicia, seg¹ n Nussbaum, ha de extenderse a los entes que presenten çcualquier tipo de capacidad de acci¹ n (agencia) o de conaci¹ n, acompa¹ada de su condi¹ n de ser sensible. No se trata, entonces, de que aquel entienda o sea consciente de qu¹ implica la justicia, sino simplemente de ser merecedor çdel apoyo de las leyes y las instituciones (Nussbaum, 2012: 110) (Mart¹nez Becerra, P., El çenfoque de las capacidades de Martha Nussbaum frente al problema de la @tica animal, Universidad de Playa Ancha (Chile), VERITAS, NÚ33 (septiembre 2015), p. 78].

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

constitucionales básicos que deberían ser respetados e implementados por los gobiernos de todas las naciones, como mínimo indispensable para cumplir la exigencia de respeto hacia la dignidad humana⁴¹. Evidentemente, el enfoque nussbaumiano acerca de las obligaciones de los gobiernos no solo busca una base mínima legal de principios que respeten la dignidad de las personas, sino que además enfatiza y evidencia la perspectiva universalista⁴² de su propuesta.

De esta manera, si los gobiernos no atienden la base mínima 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 situación injusta y trágica⁴³. En este sentido, la propuesta de la existencia de capacidades básicas, según la autora, permite generar conclusiones normativas vigorosas en el marco de los derechos⁴⁴. Precisamente, en este punto, relativo a la valoración 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 Sen⁴⁵, como también el ordenamiento clásico rawlsiano respecto a las prioridades en la satisfacción de necesidades básicas⁴⁶.

Ciertamente, en el planteo de Nussbaum, la libertad, está sujeta a las capacidades que podemos poner en funcionamiento⁴⁷, es decir, aquello que

⁴¹ Nussbaum, M., 2000, citada en Gough, I. *El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum*, Op. Cit., 2007/08, p. 181.

⁴² En este sentido, tal como afirma Gough (2007-8), Nussbaum hace explícita su crítica 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 crítica ver: Gough, I., *El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum*, Op. Cit., p. 180].

⁴³ Véase Nussbaum, M., 2000:71, citada en Gough, I. *El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum*, Op. Cit., 2007/08, p. 181.

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

⁴⁵ Véase Gough, I. *El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum*, 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 consideración igualitaria de las prioridades de los derechos a la satisfacción de necesidades básicas.

⁴⁷ Esta premisa que vincula la libertad como resultante del funcionamiento de las capacidades, también es desarrollada por Doyal y Gough. Sin embargo, los autores consiguen efectuar una profundización sobre esta vinculación, a partir de formular una especie de *contraprestación* entre los deberes y derechos de las personas. De ahí que, tal como afirma Gough (2007-8: 181): *la atribución de un deber conlleva que el titular del mismo tenga derecho a la satisfacción 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 responsabilidades* [Gough, I. *El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum*, Op. Cit., 2007/08, p. 181].

somos capaces de hacer y ser⁴⁸. Esta es la idea fundamental del enfoque de las capacidades y la que pone en relación el *desarrollo humano* con la idea aristotélica⁴⁹ de *florecimiento humano* (cf. Nussbaum 1986a; 1990)⁵⁰. Para ello, Nussbaum proporciona una lista normativa⁵¹ de las funciones humanas⁵², y si bien admite que dicha lista es vaga, piensa que es mejor acertar vagamente que errar con precisión (Nussbaum, 1998: 61)⁵³. Asimismo, en relación a esta lista, según afirma Gough

⁴⁸ Amartya Sen define las capacidades como cosas diversas que una persona puede valorar hacer o ser (Sen, 2000: 99). Nussbaum, además, nos dice que son equivalentes a lo que Sen llama libertades sustanciales que vienen a ser un conjunto de oportunidades (habitualmente interrelacionadas) para elegir y actuar (Nussbaum, 2012: 40). [Martínez Becerra, (2005), El enfoque, Op. Cit., p. 74].

⁴⁹ La posición 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 está construida de manera muy distinta. Puesto que, este enfoque es jerárquico, pasando de los objetivos universales por las necesidades básicas hasta llegar a las necesidades intermedias. Ver comparación entre estas listas normativas en el **Anexo**.

⁵² Entre las funciones humanas básicas, que deberían ser aseguradas a cada persona en virtud de su dignidad humana, Nussbaum destaca las siguientes: **1. Vida.** Poder vivir hasta el término de una vida humana de una duración 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 física.** Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva; recibir una alimentación adecuada; disponer de un lugar adecuado para vivir. **3. Integridad física.** Poder moverse libremente de un lugar a otro; estar protegido de los asaltos violentos, incluidos los asaltos sexuales y la violencia doméstica; disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en cuestiones reproductivas. **4. Sentidos, imaginación y pensamiento.** Poder usar los sentidos, la imaginación, el pensamiento y el razonamiento, y hacerlo de un modo auténticamente humano, un modo que se cultiva y se configura a través de una educación adecuada, lo cual incluye la alfabetización y la formación matemática y científica básica, aunque en modo alguno se agota en ello. Poder usar la imaginación y el pensamiento para la experimentación y la producción de obras y eventos religiosos, literarios, musicales, etc., según la propia elección. Poder usar la propia mente en condiciones protegidas por las garantías de la libertad de expresión tanto en el terreno político como en el artístico, así como de la libertad de prácticas 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 asociación humana de importancia crucial y demostrable para este desarrollo). **6. Razón práctica.** Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente sobre los propios planes de la vida. (Esto implica una protección de la libertad de conciencia y de la observancia religiosa). **7. Afiliación.** Poder vivir con y para los otros, reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, participar en diversas formas de interacción social; ser capaz de imaginar la situación de otro. (Proteger esta capacidad implica proteger las instituciones que constituyen y promueven estas formas de afiliación, así como proteger la libertad de expresión y de asociación política); **B.** Que se den las bases sociales del auto-respeto y la no humillación; ser tratado como un ser dotado de dignidad e igual valor que los demás. Eso implica introducir disposiciones contrarias a la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión y origen nacional. **8. Otras especies.** Poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el mundo natural. **9. Juego.** Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas. **10. Control sobre el propio entorno.** **A. Político.** Poder participar de forma efectiva en las elecciones políticas que gobiernan la propia vida; tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación. **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 demás; tener derechos a buscar trabajo en un plano de igualdad con los demás; no sufrir persecuciones y detenciones sin garantías. En el trabajo, poder trabajar como un ser humano, ejercer la razón práctica y entrar en relaciones valiosas de reconocimiento mutuo con los demás 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 múltiple: sus miembros pueden ser especificados más concretamente de acuerdo a creencias y circunstancias locales⁵⁴.

Claramente, estos principios son relevantes en la estructuración de un orden global que fomente condiciones de vida dignas para todas las personas. Puesto que, según Nussbaum el desarrollo de estas capacidades incluye las libertades o las oportunidades creadas por la combinación entre esas facultades personales y el entorno político, social y económico (Nussbaum, 2012, 40)⁵⁵. El enfoque planteado por Nussbaum, apunta a una propuesta que ubica la concepción de la dignidad del ser humano como eje vertebrador, y desprende de esta concepción una vida acorde. De allí que, las capacidades, en tanto requisitos mínimos básicos para una existencia digna, forman parte de una teoría mínima de la justicia social⁵⁶.

En definitiva, según esta propuesta, una sociedad que no garantice a toda su ciudadanía el desarrollo de sus capacidades, en un nivel mínimo adecuado, no llega a ser una sociedad plenamente justa, sea cual sea su grado de opulencia⁵⁷, puesto que no le permite a sus ciudadanos el desarrollo de una vida digna. Evidentemente, en el marco del desarrollo de una vida lo más digna posible, Nussbaum (1998) considera que pueden incorporarse todas las diferencias culturales y sociales. De este modo, el entorno político, social y económico de la persona debe procurarle los recursos y las condiciones necesarias para actuar como más les convenga para garantizar, de esta manera, que las oportunidades estén efectivamente disponibles (Nussbaum, 1998: p. 72)⁵⁸. Para ello, el Estado debe impulsar políticas públicas que favorezcan la implementación de una teoría de justicia distributiva, que como tal, debe ser útil para el establecimiento de mínimos que permitan constituir un sistema democrático robusto.

Este enfoque de las capacidades es considerado por Sen un marco general que permite guiar los trabajos de evaluación y comparación 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 pedagogía socrática y pluralista, Ediciones Universidad de Salamanca, *Teor. educ.* 27, 2-2015, p. 51.

⁵⁶ Véase, Guichot-Reina (2015), *Ibid*.

⁵⁷ *Ibid*.

⁵⁸ Véase Dieterlen (2001), Op. Cit., p. 15.

que afectan el desarrollo humano, como: la calidad de vida, la pobreza extrema o el acceso a servicios sanitarios⁵⁹. Por este motivo, para nosotros, resulta primordial el abordaje de este marco normativo para el análisis de la problemática no solo sanitaria intercultural, sino también de la mujer indígena. En efecto, su bienestar⁶⁰, desde este enfoque, se vincula con los grados de funcionamientos que ésta puede alcanzar en los aspectos de su vida⁶¹. Este planteo resulta ser de indudable relevancia para esta propuesta, puesto que, una de las tesis primordiales del enfoque se sitúa en una idea central del ser humano como un ser libre y digno que forma su propia vida en cooperación y recíprocamente con otros⁶². De allí que, en palabras de Nussbaum: «Una vida que es realmente humana es la que está formada en su conjunto por estos poderes humanos de razón práctica y de sociabilidad»⁶³.

Sumado a lo desarrollado, conviene plantear que este enfoque filosófico complementa lo abordado con una perspectiva feminista, basada en un diálogo transcultural. De allí que, la lista de capacidades que propone Nussbaum continúa abierta, con la posibilidad de ser enriquecida en el marco de la sociabilidad. Según la autora, ésta metodóloga que se ha utilizado para modificar la lista «[deriva] tanto de los resultados del debate transcultural académico como de deliberaciones en el seno de grupos femeninos»⁶⁴. En este sentido, para abordar la temática, tal como expone Gough (2007-8), Nussbaum presenta un agudo análisis acerca de las preferencias adaptativas y los obstáculos que éstas suponen para asegurar acuerdos sobre estándares mínimos, 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 ética y las relaciones interpersonales (sociales), mientras que el autor, tiene un enfoque más *neokantiano* [Véase Gough, I. (2007-8), Op. Cit. P. 184-5].

⁶¹ Tal como plantean Vidiella y Femenías (2005): Para Sen, el 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 está 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 mujeres [Femenías y Vidiella (2005), Op. Cit., 2005, p. 8].

⁶² Nussbaum, M., 2000:72, citada en Gough, I. «El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum», Op. Cit., 2007/08, p. 184.

⁶³ Según Gough (2007-8:184), Nussbaum particulariza en tres de las capacidades de la lista, como especialmente significativas. A saber: la razón práctica, la afiliación y la integridad física. Puesto que, estos tres elementos conllevan a una búsqueda verdaderamente humana.

⁶⁴ Nussbaum, M., 2000:151, citada en Gough, I. «El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum», Op. Cit., 2007/08, p. 185.

para desarrollar una vida próspera⁶⁵. En efecto, este enfoque resulta de suma importancia para abordar la situación histórica concreta de la mujer mapuche en nuestro país, puesto que, permite situar la vinculación entre estas preferencias (enraizadas en su cosmovisión) y la intersectorialidad de obstáculos que delimitan su acceso al ámbito sanitario.

Nosotros, en este trabajo, nos centraremos en las características que presenta el aspecto propiamente sanitario de atención de parto, en el que la mujer mapuche debe vincularse sanitaria y culturalmente con un marco epistémico hegemónico. De modo que, el análisis se enfoca en el conocimiento de las condiciones reales de esa vinculación, a partir de comprender si estas capacidades, planteadas por el enfoque de Sen y Nussbaum, o en términos de Doyal y Gough, estas necesidades básicas, que la mujer mapuche posee, pueden ser efectivas en el marco de la atención intercultural de partos en la localidad de Las Coloradas, provincia de Neuquén.

En consonancia con lo expresado, centrándonos en la situación experimentada específicamente por la mujer en el ámbito sanitario, coincidimos plenamente con Lesley Doyal (1995), cuando plantea que las circunstancias de desventaja social y económica⁶⁶, que frecuentemente embisten a la mujer, se traducen, en tanto diferencia de género, en una posible inequidad y discriminación que afectan de manera particular su salud. No obstante, pese a la desventaja que la mujer posee debido a su género, ésta se ve intensificada, según Lesley Doyal (1995), en inequidades respecto al status de su salud y al acceso a la atención médica, puesto que, dentro del grupo de mujeres se producen distintas subdivisiones que segmentan aún más las desventajas iniciales. Entre estos factores que promueven mayor estratificación se encuentran los vinculados con: la edad, la preferencia sexual, la etnia y la clase social. Otro factor, no menos importante, es el status geopolítico del país en el que la mujer se encuentre⁶⁷.

⁶⁵ Véase Gough, I. El enfoque de las capacidades de M. Nussbaumé, Op. Cit., 2007/08, p. 195.

⁶⁶ Doyal (1995), afirma: "Typically they (women) receive about 30-40% per cent less pay than men if employed and no pay at all for most domestic work" [Doyal, L. (1995) in *Sickness and in Health. Introduction* *What makes women sick? Gender and the political economy of health*, Macmillan, Londres, p. 1].

⁶⁷ Véase Doyal, L. (1995), *Ibid.* pp. 1-2.

Como señala Sherwin (2008), para que las mujeres logren total subjetividad y sean consideradas personas, con todo lo que ello implica, es necesario que estén libres de distintas formas de subordinación, de la violencia política y de la pobreza⁶⁸. De manera análoga, para que esta lucha resulte en auténtica autonomía debe estar en un contexto de justicia social que garantice diversos derechos, entre ellos: el de la privacidad, el de la autodeterminación del cuerpo y el control de la fertilidad, el derecho a la comprensión, interpretación e identificación y el derecho al conocimiento relevante para mantener la salud y tomar decisiones genuinamente informadas⁶⁹ (Sherwin, 2008: 427-8).

Ciertamente, resulta claro que el enfoque normativo abordado incluye una perspectiva de análisis integral de la salud, dado que, exige políticas intersectoriales conjuntas (medio ambiente, prevención, alimentación, salud laboral, etc.) y políticas integrales al interior de cada servicio médico, focalizando en el criterio de prevención⁶⁹. De allí que, resulta importante partir de las barreras que deben atravesar las mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de la interculturalidad en salud, puesto que, esta situación involucra diversos aspectos éticos. Entre estos aspectos debemos mencionar aquellos que derivan inicialmente de la divergencia existente entre: el sistema de creencias que los pueblos indígenas le asignan al fenómeno salud-enfermedad⁷⁰, por un lado, y la concepción de salud que sostiene la medicina intervencionista, por el otro.

No obstante, resulta importante destacar que algunos de los dilemas éticos que se presentan respecto a las prácticas médicas con las personas de estas comunidades no solo se circunscriben a las diferencias entre las cosmovisiones respecto a la salud, sino que además se centran en que estas comunidades en reiteradas ocasiones han sido engañadas 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 women's health*, Filadelfia, Temple University Press, 1998. Citada en: Sommer, S. Índice: Mujeres en América Latina: algunos desafíos éticos. En: Luna, Florencia y Salles, Arleen (2008) *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. España, Fondo Cultura Económica (FCE), pp. 427-8.

⁶⁹ De Ortiz (2019), Op. Cit., pp. 12-13.

⁷⁰ Tal como afirma Muñoz del Carpio Toia (2019): estas poblaciones tienen un enfoque especial sobre las causas, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Justamente, esta falta de integración de las demandas culturales de los pueblos indígenas con respecto a los sistemas de salud, dificulta la comunicación e imposibilita la empatía y la confianza con el paciente y con los posibles participantes de investigación.

atención médica de estas comunidades, se centran en: la invasión de la privacidad, la ruptura de la confidencialidad, la estigmatización, el abuso, el engaño, la apropiación de los conocimientos tradicionales, o bien, los conflictos entre el poder y la comunidad.

De esta manera, para disminuir estas barreras a las que se enfrentan las mujeres indígenas, se deben abordar posibles medidas que apunten al acceso a servicios obstétricos, tales como: mejorar tanto la infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios obstétricos, como los procesos de atención. Ampliando, de este modo, la visión 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 indígenas. Aquí radica la importancia de mejorar no solo los procesos organizativos en la atención sanitaria intercultural, sino también la calidad y la continuidad de la atención en instituciones médicas para estas comunidades. Para ello, un factor importante a considerar es el acceso a la información por parte de la comunidad indígena, a partir de reconocer y respetar su cultura y su lengua. Para conseguir esto, desde el enfoque biomédico, deben contemplarse adaptaciones culturales, simplificación en la redacción y en el nivel del contenido, y todo lo referido a consentimientos, debe ser realizado en su lengua local⁷¹.

A partir de lo planteado, resulta clara la importancia ineludible de proporcionar una atención sanitaria centrada en una mirada intercultural, respetuosa de la diversidad cultural propia de la comunidad indígena particular. No obstante, resulta imprescindible considerar que, si bien es prioritario garantizar el acceso de las mujeres indígenas a los servicios obstétricos, desde un enfoque intercultural, esto no necesariamente garantiza la atención. Dado que, para conseguir una atención efectiva se requiere de la reconciliación de: diferentes valores, creencias, cosmovisión del proceso salud-enfermedad, diferencias también en las prioridades

⁷¹ Según Muñoz del Carpio Toia (2019): estos nuevos requerimientos exigen nuevas e innovadoras estrategias educativas y de comunicación (por ejemplo, videos u otros medios audiovisuales).

(preferencias, en términos de Nussbaum), en el lenguaje, en las estructuras jerárquicas, en el liderazgo, en la toma de decisiones, etc.

En síntesis, partimos de considerar que se debe radicalizar la profundidad del encuadre ético-normativo respecto a la importancia de un abordaje intercultural en la atención sanitaria de las mujeres indígenas, 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 resolución de necesidades básicas históricas. Sin embargo, para ello, también consideramos pertinente realizar un abordaje que contemple el acceso al derecho a la salud, no solo desde una posición que involucre la perspectiva normativa universalista, como ha sido planteado hasta el momento, sino también que permita un planteo que atienda de manera específica la perspectiva de género. De este modo, analizaremos en el próximo apartado los postulados teóricos más significativos del feminismo latinoamericano, para luego, procurar un breve acercamiento y contraste de estos principios desde la cosmovisión mapuche, revisando de este modo, cuál es el abordaje que esta comunidad ofrece sobre las temáticas de género.

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

En este apartado, nos centraremos en delinear el tercer marco teórico de análisis 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 situación de la mujer, en particular, con los sistemas de opresión que ello conlleva. Entendemos que, de este modo, propiciaremos un encuadre teórico más categórico y relevante para comprender los obstáculos que sortea la mujer, indígena en nuestro caso, en el acceso a la salud. No obstante, luego de establecer las caracterizaciones sobre la situación de la mujer, que enuncia el feminismo latinoamericano, centrado en la teoría pos(de)colonial y de la subalternidad en América Latina, continuaremos con la contrastación de este análisis desde las

reivindicaciones y la autoidentificación que formulan las mujeres mapuche, propiamente.

De esta manera, comenzaremos a presentar el feminismo a partir de distinguir distintos tipos o niveles. De allí que, siguiendo a Femen²as (2011), estos niveles se plantean del siguiente modo: (a) el nivel teórico, (b) el feminismo militante y, por último, (c) el feminismo espontáneo del movimiento de mujeres⁷². Según afirma Femen²as (2011), el feminismo espontáneo se caracteriza porque las mujeres actúan en el espacio público de manera espontánea. La autora ejemplifica esta situación, 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 teoría previa, simplemente por situarse y ubicarse como mujeres, sujetos de derechos y de derechos en paridad respecto de los derechos de los varones⁷³. Por otra parte, el feminismo militante, tiene un posicionamiento político definido respecto a las reivindicaciones por las que lucha, dentro de una línea ideológica que las respalda. De ahí que, hay tantos feminismos, como posicionamientos políticos.

Sin embargo, independientemente del atractivo que presentan los distintos niveles, nosotros, en nuestra propuesta, nos centraremos solo en el primer nivel, que alude específicamente al nivel teórico. Para ello, resulta pertinente partir del itinerario realizado por los movimientos feministas en general, para poder delimitar la construcción del cuerpo teórico de esta corriente y sus múltiples variaciones internas. De esta manera, tal como afirma Fiss (1993) las feministas han recorrido un camino teórico paralelo al del movimiento de los derechos civiles en su interpretación de la igualdad⁷⁴.

De ahí que, en sus comienzos esta corriente de pensamiento irrumpió en la escena política, pronunciándose contra la discriminación, condenando aquellas políticas y prácticas por las cuales un hombre es elegido para un trabajo o un cargo en la universidad simplemente porque es un hombre⁷⁵. Por ello, inicialmente

⁷² Véase Femen²as, M. L., *Feminismos latinoamericanos: una mirada panorámica*, La manzana de la discordia, enero - junio, Año 2011, Vol. 6, No. 1: 54.

⁷³ *Ibid.*

⁷⁴ Fiss, O. ¿Qué es el feminismo?, *Doxa* 14, año 1993, p. 323

⁷⁵ *Ibid.*

proclamaron una regla unívoca para ambos sexos, y que, además, el sexo no fuera un elemento que posibilite el enjuiciamiento o la segregación de la mujer por su condición⁷⁶. Sin embargo, con el paso del tiempo, este objetivo fue escalando para redefinirse en una de las premisas fundamentales, que actualmente continúa siendo de fuerte tenor reivindicativo, independientemente de la corriente de feminismo que la enuncie (feministas radicales, feministas culturales, feministas liberales, feministas socialistas o feministas latinoamericanas, etc.)⁷⁷. A saber: terminar con la subordinación de las mujeres como colectivo y luchar contra todas las formas de opresión, provenientes del patriarcado.

En el caso de nuestra propuesta, nos centraremos puntualmente en la corriente del feminismo latinoamericano, por albergar en sí misma, como característica central la pluralidad étnico-cultural. Esto se debe a que, en América Latina, el feminismo tiene características que le son propias. De allí que, según Femenías (2011:53), el pensamiento feminista latinoamericano es original y es originario en la medida en que parte de su propia situación y localización. De todos modos, tal como recuerda la autora, Latinoamérica no debe pensarse como una unidad étnorracial, ni geográfica, ni tampoco religiosa. Pero sí, como un contexto atravesado por una experiencia de colonización, que ha impreso algunos rasgos comunes⁷⁸. Para los fines de esta tesis, este marco teórico resulta sumamente relevante, puesto que brinda un abordaje interseccional entre: género, clase y etnia.

De esta manera, antes de caracterizar al feminismo latinoamericano, centrado en la teoría pos(de)colonial y de la subalternidad en América Latina⁷⁹, resulta interesante considerar la apreciación etnocéntrica que plantean otros

⁷⁶ *Ibid.* Tal como plantea, Fiss (1993), ésta era la posición dominante del feminismo en los años setenta y es conocida como «feminismo liberal».

⁷⁷ Respecto a las corrientes de feminismo, según Femenías (2019), se pueden distinguir al menos tres versiones de feminismo basadas en la diferencia: la versión europea como diferencia sexual; la versión estadounidense que prioriza la diferencia étnorracial en términos de «negritud» y la versión latinoamericana que hace primar la interseccionalidad de las diferencias según la clase, la etnia, el género. [Femenías, M. L. (2019), *Itinerarios de teoría feminista y de género. Algunas cuestiones histórico-conceptuales*, -1a ed. - Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, p. 12]

⁷⁸ Véase, Femenías (2019), Op. Cit., p. 107. Femenías consigue describir de manera muy gráfica las características de la sociedad latinoamericana, afirmando que «está fundada sobre tres raíces: la europea, la indígena y la negra», y que por razones socioeconómicas y de hegemonía simbólica se hace visible solamente una de ellas: la blanca (Femenías, 2019:108).

⁷⁹ Silvia Rivera Cusicanqui es pionera de los estudios de la subalternidad y la intersección sexogénero y etnorraza en sus estudios *situados* (Femenías, 2019:115).

enfoques feministas sobre esta corriente. Puesto que, estos esconden una minusvaloración, acompañada con tintes de heteronomía respecto a las posibilidades de construcción teórico-científica del feminismo latinoamericano. Dicho de otro modo, Femenías (2011) sobre este aspecto, afirma que:

«Ni todas las mujeres del Tercer Mundo son tradicionales» ni todas las mujeres del Primero están emancipadas». En todos los casos, se obvia pensar en la movilidad de las personas y de los países. Se suma en esta concepción, mirar a las mujeres de los países periféricos, mayoritariamente, como «lo otro» desde una posición que la ve «de afuera» como «algo exótico». O sea, ser «Mujer del Tercer Mundo» suele ser visto como un «exotismo» que rara vez se plantea como una cuestión geopolítica, una localización desde la cual estas mujeres tenemos mucho que decir⁸⁰.

Evidentemente, estas valoraciones provenientes del interior del feminismo hegemónico aluden a una forma de interpretar toda la construcción teórica latinoamericana desde una mirada de subalternidad⁸¹. Construyendo, de este modo, un modo opresivo y segregador de otorgar la palabra/poder solo a sectores que posean mayor o igual status geopolítico. De este modo, «el feminismo hegemónico occidental peca del universalismo etnocéntrico y de una conciencia inadecuada sobre el conocimiento del tercer mundo, dando un marco académico dominado por occidente» (Mohanty, 2008, citado en García 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 «situación». Dicho en términos más específicos,

⁸⁰ Femenías, M. L., Op. Cit., 2011, p. 55.

⁸¹ Este concepto será abordado y profundizado en el capítulo 3, destinado al derecho a la salud intercultural. Allí, se hará referencia específicamente al concepto de subalternidad desde el enfoque planteado por Spivak. Sin embargo, en este apartado, este concepto se vincula también con lo que Femenías (2011) plantea en relación a la posición particular de la mujer en la construcción de espacios de poder. Según la autora, «las mujeres constituimos una «minoría» no numéricamente, sino en relación con nuestro escaso usufructo de los espacios de poder» [Femenías, M. L., *Feminismos latinoamericanos: é*, *Ibid.*, 2011, p. 53]

según afirma Femenías (2011), este enfoque parte de nuestras situaciones particulares histórico-sociales y, al mismo tiempo, la idea de focalización en una determinada geografía, en la que estamos enraizadas, y en la que compartimos distintos ejes problemáticos⁸². Este aspecto, resulta ser central para abordar las necesidades históricas territoriales, plasmadas en las luchas llevadas a cabo por las mujeres mapuche en el territorio argentino.

Precisamente, el pensamiento feminista latinoamericano, centrado en la teoría pos(de)colonial⁸³ y de la subalternidad en América Latina que, como afirmamos antes, parte de la interseccionalidad entre: género, clase y etnia, plantea la noción de género como una categoría prioritaria. Según Femenías (2019), el concepto género: "organiza 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)"⁸⁴. En este sentido, la categoría género, vinculada a la identidad, cobra una fuerte significación, puesto que el contexto latinoamericano se constituye a partir de la exaltación de las diferencias⁸⁵, nacidas de: la mestización, la colonización y las culturas que aportan las distintas comunidades originarias y afro⁸⁶.

No obstante, más allá de la vinculación entre género e identidad en el feminismo latinoamericano, conviene antes definir y delimitar el concepto "género" para poder analizar, posteriormente, los postulados de esta corriente. De allí que, según Femenías (2019), Sterling denomina género al "conjunto de características y normas sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas, jurídicas, asignadas a cada sexo en forma diferencial y de acuerdo a un orden social y

⁸² Femenías, M. L. (2011), *Ibid.* p. 55.

⁸³ Según Quijano (2000 a y b), el pensamiento decolonial intenta generar un conocimiento *Otro* porque, aunque la colonia acabó hace 200 años, la colonialidad persiste en sus estructuras y en su estrategia cultural. De allí que, se la puede detectar en: el racismo, el eurocentrismo epistémico, la occidentalización de los estilos de vida de la sociedad (violenta o negociada), y en los privilegios sociales y económicos que reproduce la educación (Quijano, 2000, citado en Femenías, 2019:119).

⁸⁴ Femenías, M. L. (2019), *Itinerarios de teoría feminista*, Op. Cit., p. 12.

⁸⁵ Respecto a estas diferencias, Femenías (2019:107) afirma que: "A comienzos de la década de 1980, la incorporación de la variable *etnorraza* permitió replantear el debate sobre el sujeto del feminismo". Puesto que, irrumpieron en la escena pública los denominados feminismos *disidentes* (mujeres de color, negras y originarias, lesbianas, de clases populares, etc.), que empezaron a cuestionar por qué el feminismo no las había considerado como sujeto, y que además eran víctimas del racismo, del heterosexismo y del clasismo. De este modo, considera la autora que, "emerge la pregunta sobre cómo era posible que el sujeto mujer blanca, de clase media y heterosexual fuera el paradigma del contexto latinoamericano".

⁸⁶ *Ibid.*, p. 107.

normativo preestablecido. De ahí que, siguiendo a la autora, se nos enseñe a ser varón o mujer dependiendo de las características fisiológicas del cuerpo, fundamentalmente de los genitales externos. Sin embargo, Castellanos Llanos (2011), en consonancia con Scott (2010), enfatiza en que, actualmente, el género está condenado a perder su capacidad transformadora si no se adopta la posición desconstruccionista. De allí que, ambas sostienen que:

...ni el sexo ni el género [son] producto de la naturaleza sino de la cultura y que el sexo no es un fenómeno transparente, sino que adquiere su estatus natural solo de modo retrospectivo, como justificación para la asignación de roles de género⁸⁷.

No obstante, más allá de la evolución respecto a las conceptualizaciones sobre género, la controversia se plantea en relación al empleo que se hace de los cuerpos, como categorías de dominación o de subordinación, respaldados por ese orden social y normativo que se construye cultural, social, económica y políticamente, y produce el efecto de la normal-naturalidad (Butler, 1990, citada en Femenías, 2019:107).

En este aspecto, para abordar la dominación proporcionada a los cuerpos, conviene subrayar la relevancia que tiene considerar las categorías interseccionales de análisis 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 indígena. Asimismo, es fundamental rescatar que estas mujeres, además de encontrarse sometida por los entrecruces entre género, etnia y clase, también se hallan fuertemente oprimidas por las barreras resultantes del colonialismo y el patriarcado fundantes del Estado-Nación⁸⁸. De allí que, tal como afirma Femenías (2019:111):

⁸⁷ Castellanos Llanos, G. Los discursos de la globalización, la industria de la belleza y el concepto de mujer y género, *Anuario de Hojas de Warmi* n.º16, 2011, p. 26.

⁸⁸ Véase García-Gualda, S.M. (2015). Cuerpos Femeninos / Territorios Feminizados: Las consecuencias de la Conquista en las Mujeres Mapuche en Neuquén. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 4(1), p. 585.

La 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 carácter dinámico de las relaciones sociales y de la complejidad de los antagonismos que se subsumen demasiado rápidamente bajo el tríplico sexo-raza-clase⁸⁹.

Sumado a lo dicho, resulta claro que la construcción naturalizada que se conforma en relación al género y a los cuerpos, tiene una fuerte impronta cultural, que resulta ser dinámicamente rebatida en las comunidades indígenas. Puesto que, según afirma Femenías (2011), los trabajos antropológicos realizados en el interior de nuestros pueblos originarios y de nuestras sociedades, desafiaron las categorías binarias excluyentes (varón-mujer) establecidas. De ahí que, la dicotomía masculino/femenino resulta ser una dicotomía construida que no responde a la cosmovisión de estas comunidades⁹⁰. Reafirmando este argumento, Azpiroz Cleffan (2019) plantea:

«Soy mujer y parte de una de las sociedades subalternizadas y sostenemos nuestro modo de vida desde ontologías diversas a occidente, se me plantea necesario cuestionar la universalidad de la ciencia moderna como única verdad y hacer foco en el campo antro-po-arqueológico. El feminismo en Argentina no exime a las argentinas feministas del ejercicio del poder masculinamente y autoritariamente hacia las mujeres mapuche»⁹¹.

⁸⁹ *Ibid*, p. 111.

⁹⁰ Véase Femenías, M. L., *Ibid*. p. 58.

⁹¹ Azpiroz Cleffan, «El racismo y la transgresión de la ética mapuche» El megafo, Página 12, 08/03/2019. Disponible en website: <https://www.pagina12.com.ar/179366-el-racismo-y-la-transgresion-de-la-etica-mapuche>

Incluso, al abordar la perspectiva de género desde esta cosmovisión⁹², corresponde plantear que, desde que el pueblo mapuche ha comenzado a reconstruirse en su identidad desde la década de los 90 hasta la actualidad, han luchado fuertemente por romper con la colonización ideológica que, a su modo de ver, se ñaturaliza en los enfoques feministas occidentales, en general. En palabras de Huilipñ (2017):

ñEn los 90, cuando arrancamos, haba una solo *longko* mujer, y en la actualidad hay mujeres en distintos niveles de conducción: medicina, educación, político, enseñanza internacional. Hoy ya los varones ni siquiera preguntan, ni hay diferencia. Había que empezar desde ahí la descolonización, pero también la construcción 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 época de pueblo libre no existía ese problema. Había *longko* varón y mujer (Huilipñ, 2017:13)

De esta manera, para comprender el enfoque sobre la mujer, que subyace en la cosmovisión mapuche, es fundamental partir de la noción de complementariedad de los roles (masculinos y femeninos), presente en la base discursiva de los pueblos andinos. De ahí que, esta perspectiva de ñcomplemento se vincula con su visión colectiva del trabajo⁹³. En efecto, este aspecto resulta ser de gran envergadura para abordar la noción de género desde esta perspectiva indígena, puesto que, tal como afirma García Gualda (2013), ñsegún esta línea de pensamiento, el colonialismo y el capitalismo fueron los responsables de introducir la desigualdad de género en la región⁹⁴. En palabras de Azpiroz Cleffan (2020):

⁹² Nosotros nos centraremos solo en la cosmovisión mapuche, que es el objeto de estudio de nuestro trabajo.

⁹³ Deere y León, 2000:24, citados en García-Gualda, 2013.

⁹⁴ Al analizar la existencia de patriarcado en las comunidades indígenas, previo a la colonización, Gomiz (2016) plantea que: ñHay visiones que dicen que no había un patriarcado presente dentro de las comunidades originarias, y que la colonización trajo prácticas patriarcales. Por otro lado, hay quienes sostienen la existencia de un patriarcado de baja intensidad en las comunidades, que se entronca con el que portaba la ideología colonizadora (Entrevista a Micaela Gomiz y Graciela Alonso en: ñInvestigan cómo las mujeres mapuches sintetizan la lucha política 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)).

Las 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 filosofía judeo-cristiana, sino que son made in *Abya Yala*. Vienen de una morenidad profunda, con arrugas de abuelas, frente al fogón, desgranado maíz o pelando pi ones ⁹⁵.

De lo dicho surge que, para la comunidad mapuche, el patriarcado no es otra cosa que un desprendimiento de la conjunción entre colonialismo y capitalismo. De ahí que, según formula Azpiroz Clef an (2011), el feminismo ( ) no atiende a una revisión profunda de que el patriarcado tiene raíces judeocristianas, gestadas en la mirada europeizante. Por lo que, estas problemáticas no son propias del *Abya Yala*⁹⁶, sino de la Conquista ⁹⁷.

De este modo, el objetivo de reconstrucción identitaria mapuche se centra en reivindicar esa complementariedad, reafirmando que no son feministas, sino que son mujeres decididas a ser ind genas⁹⁸. Por este motivo, se ratifican como una sociedad no sexista⁹⁹, por lo que, no adhieren al machismo, ni al feminismo. Según Huilipán (2017:13), el rol de la mujer se ha centrado, desde 1995, cuando iniciaron el Enlace Continental de Mujeres Indígenas, en la promoción de la formación, la autoestima y la proyección de sus feminidades en términos de la lucha y

⁹⁵ Las mujeres de palabra florida  *Revista crítica*, 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 Paraná, nombr  al continente americano. Actualmente, el concepto se ha convertido en un término universal para los pueblos indígenas de Latinoamérica, y otorga sentido de unidad y pertenencia.

⁹⁷ Azpiroz Clef an, Organización Mapuche EPU Bafkeh, Argentina. I Foro Regional de Recursos Humanos para la Salud y pueblos indígenas: el desafío de la Interculturalidad, Paraná; 21 a 23 de noviembre de 2011. (Revisado 05/08/2020).

⁹⁸ Véase Huilipán, 2017, Op. Cit., p. 13.

⁹⁹ Respecto es este posicionamiento no sexista, Huilipán afirma que en este momento están abocados a recuperar en los recién nacidos el nombre propio, porque los comp  eros de su generación tienen nombres espa  oles. En cambio, sus hijos y nietos se llaman Aucan, Piuquemal n,  ancu, Weichafu y Rayenko. Huilipán afirma:  mi hija del medio estuvo 12 años sin documento porque a la bestia del Registro Civil de Neuquén se le ocurrió que yo tenía que ponerle un nombre en castellano o mapuche pero que terminara con  a  para que definiera sexo. La nena se llama Meulenko. Como termina con        supone que es var n  (Huilipán, 2017:14-5).

reconstrucción como Nación colectiva¹⁰⁰. De allí que, para descolonizarse celebran la reciprocidad, la dualidad y la complementariedad. Dicho en otros términos, Huilipán (2017) sostiene que:

En ese proceso de descolonización las mujeres fuimos las más insistentes en recuperar la práctica 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 ahí le vamos enseñando a nuestros pares cómo volver a ser mapuches (Huilipán, 2017:13)

De este modo, cuando intentamos abordar cuáles son estos elementos de colonialidad de género que denuncian las comunidades mapuche, resulta interesante hacer especial hincapié en el planteo que formula Gomiz (2016). Esta autora afirma que esta colonialidad, inicialmente, se hace presente a través de los estatutos impuestos a las comunidades y a la Confederación por parte del gobierno provincial, para el otorgamiento de las personerías jurídicas a las comunidades. De esta manera, según afirma la Gomiz, dichos estatutos se organizaron jerárquicamente, desde una visión patriarcal, y no basado en la representación propia de las autoridades tradicionales. En efecto, en estos días el Estado privilegió como interlocutores a los varones mapuches, y no a las mujeres, y eso termin-

¹⁰⁰ Gómez y Trentini (2020) afirman que las mujeres de la Confederación, mediante el esencialismo estratégico, disputan nuevos lugares de referencia dentro de la propia organización. Asimismo, confirman que son muy pocas las que han logrado volverse referentes políticas dentro de la organización, por tratarse de un terreno casi exclusivo de los hombres. No obstante, las autoras, subrayan de forma significativa el incremento en el número de mujeres jóvenes 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 políticas, más allá de los roles que puedan ocupar en su comunidad [Gómez, M. y Trentini, F. (2020), *Mujeres indígenas haciendo, investigando y reescribiendo lo político en América Latina* / Astrid Ulloa, editora. ª Primera edición. ª Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Estudios de Género, pp. 121-2].

sedimentándose en el pueblo mapuche a lo largo del tiempo» (Micaela Gomiz, 2016)¹⁰¹. Sobre este planteo, Peti Pichiñam¹⁰² sostiene que:

«La idea del macho reproductor, del macho que tiene que encargarse de sostener una familia hizo que se perdiera la idea más integral y comunitaria que tienen los pueblos indígenas, donde cada uno cumple un rol y ninguno tiene que ser superior a otro»¹⁰³.

Por este motivo, para abordar el lugar de la mujer desde la cosmovisión mapuche, debe considerarse el rol de gran relevancia política que adquieren las mujeres en el interior de estas comunidades. Puesto que, «estas, en tanto defensoras del territorio y promotoras del *Kvme Felen* o Buen Vivir (vinculado a la permanencia en el territorio, la vida, la reproducción y su planificación), son las encargadas de construir y resaltar su lazo esencial e innato con este territorio»¹⁰⁴. Edificando, a su vez, en «este: una continuidad intergeneracional, fundamentalmente a través del rol de transmisión de las mujeres»¹⁰⁵. Según Azpiroz Clejan (2020):

«Una 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 está legalizado en Argentina. Otra de las reivindicaciones es acceder a la justicia

¹⁰¹ Entrevista a Micaela Gomiz y Graciela Alonso en: «Investigaciones», Op. Cit., 2016.

¹⁰² Peti Pichiñam es una educadora mapuche que integra el grupo de investigación de Gomiz y Alonso. Esta educadora hace hincapié en los efectos del «proyecto colonizador» sobre los mapuche. Asimismo, sobre este tema, Graciela Alonso, afirma que «las prácticas políticas están mayormente a cargo de los varones mapuches y las prácticas filosóficas, de salud y de educación más a cargo de las mujeres». Sin embargo, esta división tiene un cierto quiebre, puesto que: «en algunas prácticas políticas de defensa territoriales esas dos dimensiones, la política y la de corte espiritual, se articulan» [Entrevista a Micaela Gomiz y Graciela Alonso en: «Investigaciones», Op. Cit., 2016].

¹⁰³ Entrevista a Micaela Gomiz y Graciela Alonso en: «Investigaciones», Op. Cit., 2016.

¹⁰⁴ Según Gómez y Trentini (2020), la categoría de «mujer indígena» asociada a la defensa del territorio fue estratégicamente utilizada hacia afuera de la Confederación, para abrir canales de negociación con empresas y evitar la represión, pero también hacia adentro de la Confederación, 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 filosóficos.

¹⁰⁵ Véase Gómez y Trentini (2020), Op. Cit., p. 123.

ancestral para dirimir situaciones de violencia de género que llevan aparejado cuestiones relacionadas al acceso a la tierra¹⁰⁶.

En este sentido, la figura de la mujer mapuche se ha posicionado en la vanguardia política de la Confederación, principalmente, debido a la influencia de la maternidad¹⁰⁷. Puesto que, la figura de la madre luchadora explica: «la relación entre «mujer-tierra/territorio» y la importancia de defender la tierra/territorio siempre con la mirada puesta en las futuras generaciones»¹⁰⁸. Por su parte, Sciortino sostiene que «el uso político de la maternidad como un rol tradicional es un tipo de participación política que están dando las mujeres indígenas en el marco de la movilización social en Argentina» (Sciortino, citada en Gómez 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 extraño que cada comunidad (cultura) analice la situación de las mujeres desde su propio cuerpo teórico o cosmovisión. 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 etnocéntrica.

Más aún, esta divergencia en los abordajes debe invitar a una construcción cultural que enriquezca el análisis de la situación de la mujer, basado en las implicaciones que promueve un contexto histórico-social particular, en una situación geográfica común, con ejes problemáticos 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 ésta se encuentra. Dicho en otros términos, Rita Segato (2016) plantea que:

¹⁰⁶ «Las mujeres de palabra florida» *Revista crítica*, Op. Cit.

¹⁰⁷ Tal como abordan Sciortino, S. y García Gualda, S., citadas en Gómez y Trentini, 2020:123. Estas autoras plantean que la figura materna, influye definitivamente la manera en que las mapuche piensan, analizan y legitiman su participación política.

¹⁰⁸ *Ibid.*

ños feminismos así como todos los otros frentes del movimiento social cometen un gran equívoco tanto político como epistemológico o, en otras palabras, un error teórico-político de inestimables consecuencias negativas al guetificar sus temas y compartimentalizar lo que entienden como el problema de la mujer, tanto en el campo del análisis como en el campo de la acción.¹⁰⁹

De esta manera, resulta claro que, el abordaje de la mujer en Latinoamérica, y puntualmente, en Argentina, requiere de un análisis que amplíe sus horizontes no solo a la opresión patriarcal, sino a todos los tipos de opresión que han vejado históricamente a la mujer. Entre éstas: la raciales, las coloniales, las de las metrópolis con sus periferias, entre otras¹¹⁰. En efecto, todas las mujeres latinoamericanas nos encontramos atravesadas, y más profundamente afectadas, por las características que asume el contexto político global, con fuerte impronta neoliberal. Entre éstas, tal como afirma Castellanos Llanos (2011), se encuentran:

la hipertrofia de la economía, 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 destrucción de las formas clásicas de empleo y creación de una *mano de obra libre*, y la transnacionalización e informalización del mercado de trabajo.¹¹¹

De esta manera, situándonos en las características del sistema político-económico global, resulta claro que, ante la falta de distribución de la riqueza, las decisiones políticas se concentran en el favorecimiento de los intereses de los sectores

¹⁰⁹ Segato, R. (2016) *¿Patriarcado: Del borde al centro. Disciplinamiento, territorialidad y crueldad en la fase apocalíptica del capital?* En: *La guerra contra las mujeres*, Madrid: Traficantes de Sueños, p. 92.

¹¹⁰ Véase Regato, R. (2016). *Ibid.*

¹¹¹ Castellanos Llanos, G. Los discursos de la globalización, *é*, Op. Cit., 2011, p. 11.

económicamente poderosos¹¹², en detrimento de las clases económicas más proletarizadas. Como lo afirman Aguilar y Lacsmama (2004:16), «la globalización ha creado una división internacional del trabajo, produciendo un proletariado femenino confinado a los empleos peor pagos y menos seguros en las peores condiciones de trabajo»¹¹³. Evidentemente, esta situación se pronuncia y agrava a partir de decisiones políticas que incluyen la reducción del papel del Estado en la garantía y promoción del bienestar de los sectores sociales vulnerables, entre los cuales se encuentran las mujeres¹¹⁴.

En síntesis, resulta fundamental, a partir de lo desarrollado, analizar de manera particular la situación de la mujer indígena, atendiendo a las características político-económicas estructurales de nuestro país, y cómo estas repercuten en las posibilidades reales de acceso a la salud desde un marco intercultural. Sin embargo, no es menos importante, además de examinar lo concerniente a la redistribución económica, atender a los aspectos simbólico-identitarios que, en el caso de las mujeres mapuche, funcionan como elementos de fuerte marginación¹¹⁵. En efecto, en el capítulo siguiente, veremos el marco político y jurídico que respalda la atención sanitaria de las mujeres indígenas en Argentina, y particularmente en la provincia de Neuquén. El objetivo se centrará en analizar la correspondencia entre estos marcos y las características efectivas de la atención sanitaria a la que acceden las mujeres de la comunidad mapuche.

¹¹² Es interesante subrayar las consecuencias que el sistema político-económico genera en los grupos sociales, puesto que, tal como afirma Castellanos Llanos (2011:14), «la globalización conduce también a que se neoliberalicen las conciencias, en la medida en que se acentúan tendencias ideológicas como la predilección por el individualismo y la competencia». Si bien estos rasgos no son eje de nuestro análisis en esta tesis, resulta primordial reconocerlos como parte del entramado estructural, en el cual se quiere construir un abordaje intercultural que atienda las necesidades históricas territoriales, sanitarias y de reconocimiento de la mujer mapuche en nuestro país.

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

¹¹⁴ Véase Castellanos, *Ibid*, p. 11.

¹¹⁵ Sobre este tema, Ramos Rosado (2003) señala que pueden entenderse algunas de las complejas situaciones de marginalidad, no solo desde el aspecto económico, sino desde el simbólico-identitario. Por eso, la mera redistribución económica, si bien importante, no es suficiente; por lo que, es necesario el reconocimiento y valoración del trabajo, la cultura y la identidad, su peso cultural y simbólico. (Ramos Rosado, 2003, citada en Femenías, 2019:108). La autora, puntualmente, se enfoca en la identidad negro-puertorriqueña. No obstante, la situación de marginación y falta de reconocimiento, es extrapolable a lo que vivencian las comunidades indígenas en nuestro país.

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 fundamentación de la ley, para ser retomada en el cuarto capítulo, atendiendo a las condiciones materiales de aplicación del marco normativo legal propuesto.

2.1. MARCO NACIONAL Y DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN, RESPECTO A LAS POLÍTICAS SANITARIAS

En este apartado abordaremos concretamente lo referido a las políticas sanitarias producidas, desde un enfoque intercultural, en la Argentina, y específicamente, en la provincia de Neuquén. Entendemos que las políticas sanitarias deben ser concebidas como el conjunto de lineamientos que direccionan el proceso sanitario, a partir de la interrelación entre estado-sociedad-salud, en un marco históricamente situado. De allí que, este marco es la condición de posibilidad para que se planteen las normas y principios para el ámbito sanitario, y las dimensiones de sentido a través de las cuales se genera la atención sanitaria de pacientes indígenas.

Con este fin, partimos de considerar que es importante conocer el marco político, en el que se desarrollan las políticas públicas¹¹⁶ sanitarias, puesto que estos marcos son, justamente, los que favorecen la puesta en marcha de los Programas Sanitarios Interculturales. El marco político, según el Ministerio de Salud, promueve ciertos factores que permiten: i) Voluntad política de las máximas autoridades de la salud pública a nivel nacional y provincial para llevar adelante la propuesta; ii) Invitación abierta a las Universidades desde el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación a la participación en la iniciativa desde el acuerdo y la

¹¹⁶ Según Tobar (2012:2), «una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir qué rol desempeña el Estado en salud» [Tobar, F. (2012), «Breve historia del sistema argentino de salud» En: Garay, O (Coordinador) «Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal» Buenos Aires]. Del mismo modo, según el Ministerio de Salud, «las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad pública detecta la existencia de un problema y efectúa las acciones para eliminarlo o mejorarlo y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema» [Módulo 5: Políticas de Salud. Curso en Salud social y comunitaria. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, S/F, p. 11. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf]

cooperación, y iii) Convicción ideológica y compromiso del equipo central para llevar a cabo el programa¹¹⁷.

En este sentido, nos centraremos en las políticas públicas sanitarias con carácter intercultural producidas en Argentina, para analizar posteriormente los Programas Sanitarios Interculturales planteados a nivel nacional y provincial (Neuquén). No obstante, resulta pertinente aclarar que entendemos la estructura del sistema de salud, a partir de la toma de decisiones políticas y sus consecuentes aplicaciones, desde tres perspectivas: 1. Macro: la que tiene el responsable político del sistema. Es una perspectiva eminentemente política; 2. Meso: la que tienen los responsables político-administrativos. Es una configuración político-técnica. 3. Micro: la que tienen los profesionales asistenciales. Es una figura eminentemente técnica¹¹⁸.

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 atención sanitaria, serán abordados en el primer apartado del cuarto capítulo: *Programas de Salud aplicados en la provincia de Neuquén y en Las Coloradas*.

De esta manera, a partir de considerar que todas las políticas expresan, de manera implícita o explícita una determinada racionalidad política e instrumental, elecciones estratégicas, fines y valores¹¹⁹, comenzaremos a exponer las políticas sanitarias, promovidas en Argentina, para concentrarnos específicamente en aquellas que se centren en un abordaje intercultural. Para ello, resulta interesante considerar la relación existente entre los cambios producidos en las últimas décadas, en la estructura económica y social en Argentina¹²⁰, y la evolución del

¹¹⁷ Módulo 5: Políticas de Salud. Curso en Salud social y comunitaria. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 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 formulación de una política será la función resultante de la combinación de una determinada estrategia con los fines y valores con que sea concebida. *Ibid*, p. 29.

¹²⁰ En este sentido, seguimos la línea argumental planteada en el análisis realizado por Belmartino, S. y Bloch, C. (1980). Los mentados autores plantean que: "Existiría una relación directa entre la puesta en práctica de políticas económicas destinadas a contraer el salario real, restringir el consumo interno y posibilitar el establecimiento de las grandes corporaciones multinacionales, facilitándoles una fuerza de trabajo de bajo costo, y políticas 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 ampliación del mercado interno, la política de redistribución progresiva del

sistema de atención médica producido en nuestro país, en el mismo lapso temporal¹²¹.

Resulta evidente que, para analizar la situación argentina, debemos paralelamente considerar los sucesos que se desarrollaron respecto a la mirada intercultural en un contexto geopolítico más amplio. Así, resulta conveniente partir por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, 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 ratificó en 1986. En su artículo 12, el PIDESC establece que los Estados deben reconocer el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental¹²². Este Pacto y todos los Tratados Internacionales de derechos humanos¹²³ fueron incorporados en la Reforma Constitucional de 1994 a la sección sustantiva de la Constitución Nacional, transformándose de este modo en obligaciones para el Estado argentino¹²⁴.

Durante las décadas de 1980, 1990 y primeros años del 2000, según Menéndez (2016) se desarrollaron diversas propuestas y acciones de salud intercultural en la mayoría de los países de América Latina. La finalidad de estos proyectos se planteó a partir de la necesidad de articular el sector salud y la biomedicina con la medicina tradicional a través de establecer relaciones paralelas.

ingreso cuenta con un importante instrumento en las políticas sociales aplicadas por el Estado, que sirven, además, para proporcionar una mano de obra sana y calificada a las industrias en expansión [Belmartino, S. y Bloch, C. La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo. *CUADERNOS MÉDICO SOCIALES NÚMERO 14* - agosto de 1980, p. 1]

¹²¹ Véase Belmartino, S. y Bloch, C. (1980), *Ibid.*

¹²² Sy, A. y Remorini, C. (septiembre, 2008). *¿Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión* - VI Jornadas Nacionales de Investigación social sobre la Infancia, la adolescencia, la Convención Internacional de Derechos del Niño y las Prácticas sociales "Oportunidades" Universidad del Sur, Bahía Blanca, p. 13.

¹²³ Entre los Tratados Internacionales de derechos humanos incorporados con la Reforma de la CN, se encuentran: la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, conocida como la CEDAW por sus siglas en inglés (art.12); el PIDESC (art.12, *nombrado en el cuerpo del texto*); los artículos 1.1 y 26 de la Convención Americana de Derechos Humanos; la Declaración Americana de Derechos del Hombre (art. XI); Protocolo de San Salvador (art.10). Este último haciendo especial énfasis en la necesidad de satisfacción de los grupos de más alto riesgo (inc. f). A su vez, la CEDAW agrega que la obligación de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica [Cicchitti, A. *El lugar de las mujeres indígenas* - Género y Diversidad Sexual - *Revista Soberanía sanitaria*, Revisado el 19/10/2020, Disponible en website: (<http://Revistasoberaniasanitaria.com.ar/category/genero-diversidad-sexual/>), p. 3].

¹²⁴ *Ibid.*

En efecto, el objetivo que perseguían estas articulaciones apuntó no solo a reducir o eliminar las relaciones de exclusión, de subordinación y de hegemonía/subalternidad dominantes entre las mismas¹²⁵, sino también en buscar estrategias que promoviesen mayor equidad en la distribución 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, también se plasma, mediante la lucha de los Pueblos Originarios, un cambio de paradigma. A partir de allí, se reconoce la preexistencia de los Pueblos Indígenas argentinos. Por ende, se establece, de esta manera, un pacto de convivencia entre los Pueblos Indígenas y el Estado, que exige desarrollar las condiciones de posibilidad de la vida común en una sociedad pluralista¹²⁶. Sin embargo, el pueblo mapuche de Neuquén, 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-), reconoció que para el poder público, la incorporación de la preexistencia de los Pueblos Originarios en la Reforma Constitucional: era una cuestión meramente simbólica¹²⁷.

Del mismo modo, esta incorporación no representó un efectivo goce del derecho, específicamente en los sectores vulnerables, puesto que como afirman Femenías y Vidiella (2005:2): «Las políticas neoconservadoras ejecutadas ampliamente durante la década de los noventa han promovido la descentralización y privatización de los servicios sociales, así como también la focalización de las acciones para responder a las necesidades críticas de los sectores más desprotegidos»

Como es sabido, en la Argentina, históricamente, se ha producido una alternancia entre períodos signados por proyectos de desarrollo basados en la

¹²⁵ Véase Menéndez, 2016.

¹²⁶ Véase Interculturalidad y salud. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención, Documento 179. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, S/F, p. 75.

¹²⁷ Véase Schwartzman, A. «Tienen que hacerse cargo de que la realidad somos nosotros también» 23/01/2017 ([HTTP://WWW.LAVANGUARDIADIGITAL.COM.AR/INDEX.PHP/AUTHOR/AMERICO-SCHVARTZMAN/](http://www.lavanguardia.com.ar/index.php/author/americo-schvartzman/)) (Visitado el 23/7/2020). Nota realizada a Verónica Huilipán. Ella es *werken* (vocera) de la Confederación Mapuche de Neuquén y secretaria ejecutiva del Observatorio de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas, p. 6.

ampliación del mercado interno, y otros períodos, caracterizados por propuestas políticas neoconservadoras, en los que se han aplicado políticas restrictivas, destinadas a controlar problemas que se consideran como los obstáculos fundamentales para lograr el crecimiento sostenido¹²⁸. Consiguientemente, en los primeros se ha enfatizado el desarrollo de distintas estrategias tendientes a la implementación de políticas de redistribución progresiva del ingreso, estrategias monetarias y fiscales expansivas, con la consecuente ampliación del consumo. Por el contrario, en los segundos, las políticas de estabilización han llevado a la restricción de la oferta monetaria y crediticia, y a redistribuciones negativas del ingreso, con la consiguiente retracción del consumo¹²⁹.

Ciertamente, las políticas de salud, como las demás políticas sociales, se impregnan, se matizan, se corrigen, o bien, resultan deformadas por las contradicciones emergentes a nivel político y económico¹³⁰. De ahí que, con la vuelta a la democracia, surge la necesidad de plantear la reformulación de los servicios a partir de la premisa de promover la participación social en el ámbito de la salud¹³¹. Sin embargo, aún en la actualidad, este objetivo no ha sido conseguido de manera contundente, puesto que en las políticas de salud, la participación difícilmente supera el carácter declarativo¹³².

En la década del 90, las políticas sanitarias se fueron restringiendo para dejar al sistema cada vez más en manos del mercado, situación que marcó la incapacidad operativa del Estado para asistir a la enorme demanda sobre el sector público generada en la debacle del 2001/2002.

¹²⁸ Véase Belmartino, S. y Bloch, C. (1980), Op. Cit., p. 1-2.

¹²⁹ *Ibid.*

¹³⁰ *Ibid.*, p. 16.

¹³¹ El modelo de Estado burocrático-autoritario que se instala en la Argentina a partir de 1976, busca erradicar las bases del Estado de compromisos en los que asumía funciones de intervención, entre ellos: la salud. Tal como afirma Tobar (2012:12), esto repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada. De ahí que, la mercantilización de la provisión de bienes y servicios de salud, requiera instaurar flujos estables de financiación, pero con una mínima intervención del Estado. Para ello, se requiere: la fragmentación del sistema; la descentralización de los servicios; el fortalecimiento del sector privado; la focalización de provisión pública; el arancelamiento de servicios públicos; y un abordaje con tintes tecnocráticos. Sin embargo, esta fragmentación aún subsiste, incluso con la vuelta a la democracia. Puesto que, tal como afirma Tobar (2012), con la recuperación de la democracia surge un nuevo proyecto que intenta integrar al sistema a través de un Seguro Nacional de Salud por medio de la unificación financiera del sistema, admitiendo en su interior una oferta pluralista de servicios de atención médica, (é) (pero) (e)l proyecto fue muy resistido por los sectores sindicales. [Tobar, 2012, Op. Cit., p. 12-3].

¹³² Véase Tobar, F. (2012), Op. Cit. P. 15.

Entre las numerosas complicaciones que sufrió el Sistema de Salud en este período, se encuentra el sistema de provisión pública y privada de medicamentos que, durante este contexto de crisis, cayó en un proceso de franco deterioro. Esta situación se debió principalmente a los incrementos de los precios que se generaron con la desregulación del mercado de medicamentos¹³³.

Según afirman Belló y Becerril-Montekio (2011), a esto se le añadió el deterioro en los ingresos de las Obras Sociales, derivada de la caída de los empleos formales y la disminución de los salarios. Evidentemente, esto imposibilitó el cumplimiento adecuado de las prestaciones obligatorias. Sumado a ello, hubo una fuerte declinación de la cobertura de la seguridad social y de las Empresas de Medicina Prepaga, que desplazaron la demanda de atención de manera muy significativa hacia los servicios públicos de salud¹³⁴.

Así, desde el 2003, fueron reconstruyéndose las políticas públicas en salud, mediante la inversión sostenida, con una presencia firme del Estado nacional en los territorios, y, especialmente, el aumento de los trabajadores de la salud¹³⁵. Sin embargo, en este contexto, se planteó una evolución asimétrica y diferente de cada programa y área. Esta situación trajo una paradoja: se avanzó al punto de hacer palpable la necesidad de una reforma profunda de las políticas sanitarias que tiendan a la integración del sistema. En efecto, resulta claro que, el modelo neoliberal sostenido hasta el momento, en el ámbito sanitario, solo redundó en la consolidación de tendencias hacia la descentralización y la desmercantilización máxima de los servicios, incorporando la tercerización y la compra y venta de servicios desde la esfera pública (Tobar, 2012:15).

Partiendo de las dificultades de integración del sistema sanitario, el objetivo planteado en 2003¹³⁶, se plasmó en la formulación del Plan Federal de Salud 2004-2007. Este Plan implicó una reforma progresiva y sustentable, cuyo fin fue establecer un modelo basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud

¹³³ Véase Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Publica Mex*, 2011; 53 supl. 2, pp. 102-3.

¹³⁴ *Ibid*.

¹³⁵ Kreplak, N. Política sanitaria. Fundación Soberanía Sanitaria. Recuperado el 24/6/2020 de *Revista Soberanía Sanitaria*, website: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/politica-sanitaria/>

¹³⁶ En 2003, el entonces ministro de salud, Ginés González García, durante el gobierno de Néstor Kirchner, propone el Plan Federal.

(APS), como la respuesta sanitaria más contundente para garantizar el acceso universal, la distribución equitativa de recursos, la calidad de la atención y la participación de la comunidad en el cuidado de su salud¹³⁷. Este Plan ha conseguido contribuir con la organización de los servicios, a partir de distintos niveles de complejidad, aportando así a un ordenamiento territorial regionalizado¹³⁸.

De este modo, el dilema suscitado con los precios de los medicamentos durante la emergencia del 2002, fue resuelto mediante la formulación de una política tendiente a garantizar la accesibilidad de toda la ciudadanía a estos bienes esenciales. Asimismo, paralelamente, también se promovió un uso racional de los mismos, por medio de la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico y el Programa Remediar, implementado en centros de atención primaria¹³⁹.

Con el objetivo de generar una plataforma de acción 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 política, se busca generar acuerdos de gestión y consensos de trabajo entre diferentes jurisdicciones y actores, con el propósito de implementar, a nivel local, políticas públicas de Promoción de la Salud¹⁴⁰.

Asimismo, en el marco de la Atención Primaria de la Salud como política de Estado, se ejecutó, en el año 2004, el Programa Médicos Comunitarios (PMC)¹⁴¹, destinado a fortalecer la formación de los profesionales del primer nivel de atención. Este Programa fue realizado a partir del acuerdo entre: el Ministerio de Salud de la Nación, los gobiernos provinciales, los municipios y las universidades públicas y

¹³⁷ El derecho a la salud. 200 años de Políticas Sanitarias en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, 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 Nación organizó un Taller sobre Interculturalidad en Salud, convocado por el Área de Salud Indígena del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Se trató de un encuentro donde todos los Pueblos que están en contacto con el programa se reunieron para compartir, tratar y discutir, su visión sobre el modo de construir salud para sus comunidades. Como resultado del taller los representantes de Organizaciones Indígenas de todo el país 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. Capacitación en servicio, Op. Cit., p. 75].

privadas de la Argentina. Resulta fundamental, remarcar que, según afirma el Ministerio de Salud de la Nación (2012), recién a partir del PMC, se han incorporado a los efectores del primer nivel de atención: agentes sanitarios, auxiliares de enfermería y miembros de pueblos originarios que elegidos por sus comunidades, y desde un abordaje intercultural¹⁴² asumen el rol de promotores de salud indígenas¹⁴².

En la misma línea, en 2005, se subsidia el Plan Nacer¹⁴³, que favorece la accesibilidad a los servicios de mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de 6 años en Argentina. Este Plan fue potenciado, en 2012, con el Programa Sumar, ampliación del Plan Nacer, que incorpora como beneficiarios a los niños y adolescentes hasta los 19 años y a las mujeres hasta los 64 años. De la misma manera, en el año 2009, se impulsa la Asignación Universal por Hijo¹⁴⁴ (AUH) para Protección Social. Complementándose, en el año 2011, con la incorporación de la Asignación Universal por Embarazo¹⁴⁵ (AUE)¹⁴⁶.

También, en el 2009, con el propósito de identificar las principales causas de mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes, el Ministerio de Salud de la Nación y las gestiones provinciales, establecieron conjuntamente un Plan orientado a la reducción de la mortalidad de estos grupos¹⁴⁷. Este Programa, el PMC, junto a la totalidad de los programas nombrados, entre otros tantos, según Ballesteros (2017), tuvieron como principal o (dependiendo el caso) única instancia de ejecución los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)¹⁴⁸, jerarquizando

¹⁴² *Ibid*, p. 313.

¹⁴³ Según Ballesteros (2017), siguiendo a Repetto y Potenza Dal Masetto (2012:37) este programa cambia la lógica del financiamiento por presupuesto hacia el pago según resultados. Los recursos se transfieren a las provincias, 40% en función de objetivos y 60% según los padrones de beneficiarios captados. [Ballesteros, M. S. (2017). El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución 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 prestación monetaria destinada a desocupados y trabajadores informales con hijos menores de 18 años.

¹⁴⁵ La AUE es una prestación dineraria destinada a mujeres embarazadas sin empleo formal u otra asignación familiar de todo el país

¹⁴⁶ *Ibid*, p. 316

¹⁴⁷ *Ibid*, p. 318.

¹⁴⁸ La presencia del Estado nacional en los territorios vulnerables y periféricos, mediante los Centros de Atención 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 monopolización de los gestores sanitarios y grupos empresariales, de las decisiones sanitarias de los grupos vulnerables, en nombre del hipotético mejoramiento de la calidad de atención. En este sentido, tal como afirma de Ortúzar (2017), tal igual que el concepto de gobernanza, se confunde aquí la gobernanza en salud con su gobernabilidad (legitimidad). Las decisiones sanitarias

el primer nivel de atención y permitiendo que el ministerio nacional regrese como actor en el entramado de servicios de salud¹⁴⁹ (Chiara, M. citada en: Ballesteros, 2017:164).

Partiendo del estado de situación del desintegrado sistema sanitario vigente durante la emergencia de 2002, las políticas sanitarias desarrolladas en los años siguientes, sin lugar a dudas, fueron de innegable avance en materia sanitaria para nuestro país. Dichas políticas, se establecieron en el marco de un sector considerablemente complejo¹⁵⁰ 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 provisión pública. Sin embargo, es de notar que, durante este período, consiguieron consolidarse las inequidades generadas por la desregulación de las obras sociales¹⁵¹. Tal como plantea Ballesteros (2017), a pesar de la recuperación financiera del subsector, resulta claro que continúa 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 brindan¹⁵².

Del mismo modo, sin desmoronamiento de los avances conseguidos en los últimos años, es evidente que el sistema sanitario continúa caracterizándose por la falta de articulación y control entre las distintas instancias que lo componen¹⁵³. En este

ilegitimadas solo refuerzan las injusticias de base. Por ejemplo, la defensa a ultranza de la autonomía individual en salud ignora el problema de la interculturalidad; al desconocer el derecho de las comunidades indígenas a ejercer el consentimiento comunitario (decisiones comunitarias) y su principio de disidencia -derecho a no consentir- (Ej. "Declaración de Ukupseni" 1997) (Ortiz, M. G. de (2017). El desplazamiento del poder en salud... Hacia un nuevo horizonte. *Astrolabio*. Revista internacional de filosofía (20), pp. 50-1. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9471/pr.9471.pdf).

¹⁴⁹ Sin embargo, es de notar que la articulación de CAPS con los establecimientos de segundo y tercer nivel varía fuertemente entre jurisdicciones, y es frecuente que se encuentren con altos niveles de desarticulación (Stolkiner et al., 2011, citada en Ballesteros, 2017:167).

¹⁵⁰ Como afirma Chiara, M. (2018): "El sistema de salud argentino se caracteriza por la organización de sus instituciones en tres subsectores (seguridad social, privado y estatal), la convergencia en el subsector estatal de tres niveles gubernamentales (nacional, provincia y municipios) y el derecho (teórico) de todos los habitantes a la provisión pública de salud" (Chiara, M. (2018) *La salud gobernada: política sanitaria en la Argentina 2001-2011*, - 1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento, p. 9).

¹⁵¹ Si bien estas diferencias ya existían previamente a las reformas de los 90, éstas se agravan en los últimos 20 años.

¹⁵² Esta situación 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 también en su interior (Pnud, 2011: 28). Véase Ballesteros (2017), Op. Cit., p. 165).

¹⁵³ Hay algunas provincias en las que prácticamente todos los centros de salud tienen dependencia municipal (Buenos Aires y Córdoba), y en otras, conviven proporciones importantes de ambos tipos (provincial y

sentido, la provincia de Neuquén, que es el objeto de análisis específico de este trabajo¹⁵⁴, al igual que Chaco y La Pampa, poseen prácticamente todos los centros de salud con dependencia provincial¹⁵⁵.

Pese a estos aspectos enunciados, el sistema sanitario argentino, desde la emergencia del 2002 hasta el 2016, planteó numerosas políticas públicas tendientes a reducir las inequidades históricas en el acceso a la salud¹⁵⁶. Sin embargo, estas políticas se vieron obstaculizadas cuando, en el año 2016, se desciende el Ministerio de Salud al rango de Secretaría. Esta acción, según Gollan (2018), plantea un retiro del Estado del ámbito público con un consiguiente avance de las lógicas privatistas. De este modo, no solo se contribuye a la limitación de la capacidad de los funcionarios en la toma de decisiones, sino también se le añade un franco desfinanciamiento al sector¹⁵⁷.

Estas políticas neoconservadoras, que se materializan además 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 públicos al sector privado de salud. Tal como afirma de Ortúzar (2018):

 Al mismo tiempo que enarbolan la bandera del  derecho universal a la salud desmantelan hospitales públicos a través de políticas de ajuste; instalando -bajo el discurso de la modernización- un extrapolado modelo de *e-gobernanza* en salud (HCE; ETS) que no

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

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

¹⁵⁵ Véase Ballesteros, M. (2017) Op. Cit., p. 170.

¹⁵⁶ Tal como afirma Gollan (2018), la presencia de Nación en programas preventivo-promocionales había 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 dígito, es decir por debajo de diez por mil nacidos vivos. [Gollan, D. Una desvalorización que comenzó en 2016. En: La destrucción del Estado y de la salud como derecho. Edición Especial I Año 2, Septiembre 2018, Revista de salud: *Soberanía 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 privado¹⁵⁸.

Evidentemente, la degradación del Ministerio de Salud colabora con el desentendimiento de las obligaciones constitucionales propias del Estado, para garantizar el derecho a la salud de la población. Dado que, entre sus funciones se encuentran: la vigilancia y el rol compensador de las inequidades sociales y geográficas en salud, como una responsabilidad indelegable¹⁵⁹. Asimismo, esta contracción del Ministerio impacta sobre la progresiva construcción de federalismo construida en los últimos años, y pronuncia, consecuentemente, una creciente desigualdad en las condiciones socio-sanitarias, a la vez que fortalece, nuevamente, la fragmentación institucional del sector sanitario argentino.

Del mismo modo, resulta claro que, si nos centramos en este proyecto sanitario con tintes neoliberales, en última instancia, se privilegiarían las decisiones tomadas por las organizaciones privadas más poderosas, por los monopolios o laboratorios, en función del mercado y no de necesidades propias de la comunidad¹⁶⁰. De ahí que: los participantes más débiles no pueden ya aun reclamando y denunciando la injusticia, cambiar los acuerdos a los que llegan los participantes más fuertes¹⁶¹. De modo que, en este marco, los programas con pretendido enfoque intercultural quedan cercenados de toda posibilidad.

De esta manera, el análisis precedente nos permite concluir que, el creciente desfinanciamiento sanitario, sumado a las numerosas dificultades de organización del sistema de salud argentino (fragmentación, descentralización, superposición), conduce a una inexorable prolongación de las situaciones de inequidad y barreras en la accesibilidad a bienes y servicios, vulnerando, de este modo, el derecho a la

¹⁵⁸ Ortúzar, M. G. de (2018b), "Cobertura universal de salud". "Derecho a la salud" Un análisis ético y político sobre lo universal en salud en tiempos de restauración conservadora en REVISe, Revista de Ciencias Sociales y Humanas, Nro. 12, vol. 12, p. 104, <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/revise/article/view/279/pdf>.

¹⁵⁹ Vase Remorini, C. y Palermo, M. L., Capítulo 9: "Salud materno-infantil y políticas públicas para pueblos originarios". En: Langdon, E. J. y Cardoso, M. (organizadoras) (2015), *Políticas comparadas en salud indígena en América Latina*. Ed. da UFSC, Florianópolis, p. 251.

¹⁶⁰ Ortúzar, M. G. de (2017). El desplazamiento, Op. Cit., p. 54.

¹⁶¹ Elgarte, J. (2005), citada en: Ortúzar, M. G. de (2017). El desplazamiento, *Ibid.*, p. 54.

salud de los pueblos indígenas¹⁶² de nuestro país (esencialmente en el acceso a prestaciones de mayor nivel de complejidad)¹⁶³.

En síntesis, resulta claro que el desmantelamiento del sistema sanitario conduce a políticas sanitarias de ajuste, que consiguen homogenizar la atención sanitaria, negándoles de este manera, a las comunidades indígenas: el acceso a la salud desde un enfoque intercultural, centrado en una concepción de justicia epistémica¹⁶⁴. En efecto, surge la imperiosa necesidad, desde el plano político, de disputar contra las políticas mercantiles, las decisiones plasmadas en las políticas públicas que amenazan el acceso a los derechos conquistados. Del mismo modo, debemos adoptar, en el sector sanitario, una perspectiva de género e intercultural para prevenir, investigar, enjuiciar y sancionar todas las formas de violencia contra las comunidades indígenas¹⁶⁵. Planteando el reconocimiento de la medicina ancestral para la implementación de políticas interculturales de salud, como también, la transformación sobre bases interculturales del sistema institucional y las prácticas médicas hegemónicas¹⁶⁶.

¹⁶² Evidentemente, la vulneración en el acceso a la salud será generalizada para todos los sectores vulnerables del país, acentuándose 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 ubicación a través de la historia. Es necesario relacionarla con el contexto socio-económico cultural y político 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 Género y políticas de salud de la mujer en América Latina: caso Perú (Parte I). *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.1, p.44-57, abr. 1996].

¹⁶³ Véase Remorini, C. y Palermo, M. L. (2015), Op. Cit., p. 251.

¹⁶⁴ Primordialmente, este desafío se plantea respecto al acceso a la salud, en tanto derecho cultural, y también en relación a la libre-determinación con la que el pueblo mapuche plantea su cosmovisión acerca del vivir bien 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, Verónica Huilipán afirma que: "Cuanta más represión haya como respuesta a la demanda de reconocimiento de derechos, criminalización y persecución, habrá mayor organización y movilización del mundo indígena. En el caso concreto de las mujeres, tiene que ver con el intento de silenciarlos o invisibilizarlos dentro del mundo indígena. Cuanta más violencia recaiga sobre nosotras, más visible será nuestra presencia física y nuestra voz. Por nuestra naturaleza, si no encontramos esos espacios en los ámbitos culturales, los construiremos" [Bassi, P., Verónica Huilipán, la dirigente indígena que llegó al Ministerio de las Mujeres, *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 Véase Interculturalidad y salud. Capacitación, 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 sección, nos centraremos taxativamente en el marco jurídico normativo referido a la salud de las comunidades indígenas en la Argentina, y en la Provincia de Neuquén. De modo que, solo haremos alusión a las normas que planteen el marco legal de aplicación de la atención sanitaria para estas comunidades. Entre estos marcos jurídicos nos centraremos específicamente en los que regulan la atención intercultural de partos en mujeres mapuche.

Tal como fue expresado en el apartado precedente, la Reforma Constitucional de 1994¹⁶⁷ ha sido en la Argentina la primera incorporación explícita¹⁶⁸, en el plano legal, de la salud: como un derecho protegido. Sin embargo, como afirman Femenías y Vidiella (2005), este avance en la legislación no se condice con el goce efectivo del mismo, especialmente en referencia a los sectores más desprotegidos del país. Es decir, durante la década de los 90, más allá del estatus de reconocimiento legal de la salud, no hubo políticas sanitarias claras¹⁶⁹,

¹⁶⁷ La Constitución de la Nación Argentina, reformada en 1994, incorporó tratados de derechos humanos en su artículo 75, inciso 22, y en el inciso 17: Reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos; Garantiza el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; Reconoce la personería jurídica de sus comunidades y la posesión 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 participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afectan. Asimismo, tomando como base lo estipulado en el Art. 75, Inc. 17, la Ley 23302 crea el INAI con el propósito de asegurar el ejercicio de la plena ciudadanía a los integrantes de los pueblos indígenas, garantizando el cumplimiento de los derechos consagrados constitucionalmente.

Respecto del funcionamiento de este Instituto, Carrasco (2002) afirma que: «los pueblos indígenas concentran sus demandas al INAI en dos grandes temas: 1) la urgente instrumentación de un plan de entrega de tierras en propiedad a sus comunidades y organizaciones; 2) la directa participación de los mismos en la toma de decisiones de todos los temas que les conciernen»

¹⁶⁸ Evidentemente, esta incorporación del tópico al plano legal inició un camino que promovió una mayor visibilidad de las diversas luchas indígenas por la defensa de sus territorios y proyectos de vida alternativos. Incluso, posibilita tematizar el resurgimiento de las organizaciones indígenas en el país, que habían comenzado desde mediados de las décadas de 1980 y 1990. Del mismo modo, reposiciona los procesos de reemergencia étnica y/o de etnogénesis que vienen desarrollando miembros de comunidades y pueblos indígenas en los últimos años (Gordillo y Hirsch, 2010, citados en Gómez y Trentini, 2020, p. 106). [Gómez, M. y Trentini, F. (2020), *Mujeres indígenas haciendo, investigando y reescribiendo lo político en América Latina* / Astrid Ulloa, editora. ª Primera edición. ª Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Estudios de Género].

¹⁶⁹ Según Ballesteros (2017), la década del 90 estuvo marcada por el aumento del desempleo, la subocupación y sobreocupación, la precarización, la inestabilidad laboral y la caída del salario real (é). Producto de estos procesos, la población afiliada al algún sistema de salud descendió de 63,1% en 1991 a 51,9% en el 2001 (según los datos de los censos poblacionales realizados en dichos años). Este es otro de los aspectos que reduce la importancia del subsector de obras sociales y genera una mayor población como potencial usuaria del subsector

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

A partir del 2001, para plantear el marco legal argentino, resulta fundamental enmarcarlo en relación a la aplicación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)¹⁷⁰, que plantea un marco legislativo y jurídico fundamental para los pueblos indígenas. 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 diálogos entre pueblos indígenas y los Gobiernos de los Estados donde viven.

De allí que, este Convenio¹⁷¹ promueve la participación de las comunidades indígenas en las medidas que les conciernen, fundamentalmente desde la toma de decisiones en las instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole, que sean responsables de políticas y programas que les competan en particular¹⁷².

Asimismo, este Convenio plantea la obligación de los Estados de poner a disposición 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 máximo nivel posible de salud física y mental¹⁷³. Del mismo modo, estos servicios, organizados a nivel comunitario, deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados, teniendo en cuenta sus condiciones económicas,

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

¹⁷⁰ El Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, de la Organización Internacional del Trabajo, constituye la herramienta jurídica más importante para la defensa de los Derechos Indígenas. Este Convenio fue ratificado en Argentina a través de la Ley N°24.071, sancionada el 4 de marzo de 1992 y promulgada el 7 de abril de 1992 (publicación B.O. 10/4/92). El Poder Ejecutivo dictó el instrumento de ratificación el 17 de abril del 2000, y depositó dicho instrumento en la OIT el 3 de julio de ese año. Según la reglamentación internacional, el Convenio entrará en vigor, para cada miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación (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 única herramienta que sienta las bases jurídicas internacionales, en la Argentina, respecto a las comunidades indígenas. Puesto que también son marcos de acción: la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas; la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, y el Convenio sobre la Diversidad Biológica de Naciones Unidas.

¹⁷² Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/0_ed_norm/0_normes/documents/publication/wcms_100910.pdf

¹⁷³ Véase Interculturalidad y salud. Capacitación en servicios. Op. Cit., pp. 35-6.

geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales¹⁷⁴.

El marco del Convenio 169 y la Ley N°23.302¹⁷⁵ de Política indígena y apoyo a las comunidades indígenas, reglamentada en 1989, funcionan como encuadre jurídico normativo para preservar y ordenar el cuidado del parto y la atención materno infantil. Esta normativa dio origen posteriormente a la creación de programas específicos de Salud Indígena como el ANAHI (Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para poblaciones indígenas) en 2000 y el Subprograma "Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios" (dentro del Programa Nacional Médicos Comunitarios) en 2005, constituyendo ambos el primer antecedente en Argentina de Salud Intercultural. Ambos se enmarcaron dentro del Plan Federal de Salud, política rectora del sector (Lorenzetti, 2007).

En este período, con igual relevancia, se legisla la Ley N° 24.956 que establece la inclusión del auto-reconocimiento de la identidad indígena en el Censo de 2001¹⁷⁶. Este hecho no es menor, puesto que posibilita poner en evidencia la situación concreta de vulnerabilidad de estas comunidades en el mapa argentino. Entre otros datos, permite mostrar factores que resultan ser comunes a todas las comunidades indígenas argentinas: dificultades económicas, distancia geográfica, barreras culturales e idiomáticas, etc. En el ámbito de la salud, concretamente, se muestra cómo estos factores afectan el acceso a la atención sanitaria. De modo que, pone en evidencia la escasez de leyes y políticas públicas orientadas a abordar sus problemas particulares.

En esta misma línea, en 2005, en Argentina se creó un Área de Salud Indígena dentro del Programa de Médicos Comunitarios (PMC)/ Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, que reciben financiamiento de agencias y organismos internacionales y que están dirigidos a las provincias del norte y noreste del país (Salta, Jujuy, Santiago del Estero, Formosa, Chaco, Tucumán, Corrientes, Misiones, agregándose de a poco otras provincias) (Estrella, 2017). Sin embargo, estos

¹⁷⁴ *Ibid.*

¹⁷⁵ La Ley N°23.302, ordena en el art. 20, inciso d: el cuidado especial del embarazo y parto y la atención de la madre y el niño. Información recabada el 19/7/2020 en website: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-23302-23790/normas-modifican>

¹⁷⁶ Interculturalidad y salud. Capacitación en servicio. Op. Cit., p. 21.

programas de salud intercultural que responden a políticas de reconocimiento forjadas entre 1990 y 2000, y dirigidas a población indígena, no fueron implementados en la provincia en Neuquén (Estrella, 2017).

Posteriormente, en el año 2006 se gestó el Programa Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), financiado por el Banco Mundial, teniendo como área de cobertura aquellas políticas en las que se activa la Política de Pueblos Indígenas del Banco Mundial. No obstante, las prioridades de este Programa fueron identificadas en base a su costo-efectividad e impacto en la carga de muerte y enfermedad de la población indígena (FISA en: Lorenzetti, 2009).

Resulta importante marcar que, en este lapso temporal, se produce la reforma de la Constitución de la Provincia de Neuquén. Con ello, esta Provincia reconoce, a partir del año 2006¹⁷⁷, la diversidad cultural y étnica (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 artículo, se establece que: «La Provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas neuquinos como parte de la identidad e idiosincrasia provincial. Garantiza el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural». No obstante, esta reforma, en cuanto al Área de Salud de los Pueblos Indígenas, no se identifican programas específicos.

En 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, en adelante) afirma que las recomendaciones de la reunión de Winnipeg y las resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997) establecen cinco principios para el trabajo con las comunidades indígenas. Estos principios se centran en el reconocimiento de que cada pueblo indígena tiene sus creencias y prácticas únicas en lo referente a la salud, como así también, sus propios recursos comunitarios para la promoción de

¹⁷⁷ Con la Reforma Constitucional provincial de 2006, la Confederación Mapuche de Neuquén dejó de respetar las normativas y exigencias relativas a la personería jurídica, es decir, la Confederación decidió dejar de someterse a las asambleas con presencia del Estado (puesto que éste supervisaba que se hiciera según la ley de asociaciones civiles). De ahí que, decidieron a partir de este momento empezar a hacer parlamentos, *traun*. De esta manera, el pueblo mapuche tiene su sistema de administración de justicia: el *Nor Feleal*. Desde entonces, el parlamento funciona con la ley mapuche como ley mayor. [Véase Schwartzman, A. (2017), «¿Tienen que hacerse cargo?», Op Cit., p. 12].

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

“Pareciera que, desde lo programático, se enuncian propuestas e intenciones que resultan acordes y coherentes al marco de derechos constitucionales vigentes, sin embargo, luego [en la práctica] se considera que [la aplicación de] un modelo estándar sería adecuado para su cumplimiento”¹⁷⁸.

Evidentemente, estas situaciones, que complejizan las posibilidades de acceso al derecho a la salud de las comunidades indígenas de nuestro país, 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, adentrándonos en el marco legal de los partos, en 2004, en Argentina se sanciona la Ley N° 25.929 de “Parto Humanizado” que promueve el respeto a la familia en sus particularidades (raza, religión, nacionalidad), enfatizando en la necesidad de que se acompañe la toma de decisiones seguras e informadas. Esta ley, que fue reglamentada recién en 2015, se complementa con la ley 26.485, sancionada en 2009, que protege a las mujeres de la violencia obstétrica. Este marco jurídico normativo, sin lugar a dudas, si se plantea desde un enfoque epistémico, puede brindar un marco de acción que garantice un abordaje apropiado en la atención sanitaria de partos en mujeres mapuche. Sin embargo, tal como afirma Estrella (2017) los dispositivos de intervención basados en la educación para la salud, desarrollados por los agentes sanitarios en comunidades indígenas en Neuquén desde hace más de 30 años, no han incorporado los discursos de valoración de lo cultural como capital social.

¹⁷⁸ *Ibid.* Sumado a esto, las autoras plantean que la escasez de estadísticas vitales segregadas por grupos étnicos agrava aún más esta problemática. De ahí que, esta carencia de estadísticas diferenciadas étnicamente no permite, según Sy y Remorini (2008:18), la generación de políticas y procesos de gestión, constituyendo de este modo una enorme dificultad para establecer prioridades y para realizar el seguimiento y evaluación de las medidas y servicios de salud destinados a las poblaciones indígenas.

De ahí que, en Neuquén la interculturalidad, independientemente del marco legal abordado en este apartado, no fue planteada como una propuesta política específica en el ámbito de la salud. En primera instancia porque uno de los objetivos de las políticas de bienestar llevadas a cabo por el Movimiento Popular Neuquino (MPN) estaba orientado a crear una población neuquina homogénea, minimizando las diferencias, desmarcándolas, o invisibilizándolas (Estrella, 2017).

Ciertamente, para poder promover la dignidad de las personas, promovida por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), resulta imprescindible la reivindicación y el compromiso por parte de los Estados. Es decir, es fundamental que los Estados garanticen que sus instituciones democráticas, 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 políticos y jurídico-normativos para el real cumplimiento y ejecución de derechos. Puesto que, si bien funcionan como un instrumento importante que sienta las bases acerca de ciertos marcos de acción, éstas dependen de las políticas públicas, que el marco político ejecute no solo en relación a discursos, sino fundamentalmente, en relación a partidas presupuestarias que persigan vehementemente el objetivo de resolver las necesidades básicas históricas de acceso a los derechos humanos por parte de las comunidades indígenas de nuestro país.

CAPÍTULO 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 términos de interculturalidad resulta necesario partir de conceptualizar esta perspectiva que involucra la interacción, en base al reconocimiento y el respeto, entre una o varias culturas en los distintos ámbitos (político, social, cultural, lingüístico, etario, de género y generacional) que constituyen una sociedad compleja. Por ello, la interculturalidad, como una política de salud, valora la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad, y requiere contribuciones transdisciplinarias¹⁷⁹ de todas las áreas disciplinarias, que intervienen en la atención sanitaria intercultural para entender y promover respeto para esta diversidad (Alarcón, et. al., en Drake, 2014, p. 9).

Desde este encuadre, la interculturalidad debe ser tomada como base ineludible para la construcción de una sociedad más 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 socialización de las formas de vidas

¹⁷⁹ Véase de Ortiz, G; Múdice, A. (2019). *El "derecho a la salud" como derecho humano: Abordaje conceptual transdisciplinar*. En M. Cristeche y M. Lanfranco Vélez (Coords.). Investigaciones sociojurídicas contemporáneas. La Plata: Malisia. p. 57.

culturales (que desarrollan su identidad), se define desde una tradición y unos valores encarnados en la comunidad. Por ende, estos valores y tradiciones deben ser reconocidos explícitamente para una plena valoración de la persona. Precisamente, éste es el objetivo que promueve el enfoque de justicia epistémica, puesto que tal como afirma de Ortiz (2019:68):

Se trata entonces de comprender esta nueva dimensión cultural del derecho a la salud, de pensar la participación de sus titulares individuales y colectivos en contextos de pluralismo cultural. Esto, implica también el desafío de una práctica hermenéutica pluritípica, de sinergia de saberes, que necesariamente debe vincular en términos interculturales la consideración de los determinantes socioambientales de la salud, resignificados también en ese proceso¹⁸⁰

De modo que, partiendo del análisis situado de la atención sanitaria de las comunidades indígenas en nuestro país, y más específicamente en la localidad Las Coloradas, de la provincia de Neuquén, resulta imprescindible promover políticas públicas, basadas en un enfoque de justicia epistémica, destinadas a construir una mirada intercultural, que promueva un diálogo horizontal y una interacción respetada en todos los ámbitos de la sociedad. Puesto que, cuando estas comunidades ponen en ejecución sus saberes prácticos ancestrales, re-enuncian el derecho a la salud, encuadrándolo en sus derechos culturales como comunidades históricas (de Ortiz, 2019).

Por este motivo, surge la necesidad de constituir políticas públicas interculturales, dentro del sistema de salud, que encuadren el parto respetado¹⁸⁰ de las mujeres mapuche y que, a su vez, propicien los espacios para que se establezca un diálogo activo y cooperativo entre los representantes mapuche y los representantes de la medicina biomédica, para efectivizar una atención intercultural

¹⁸⁰ Basadas en la Ley N°25.929 de Parto Humanizado

que respete el significado cultural del parto para cada cosmovisión¹⁸¹. Como afirma Drake (2014:21): «no solo para promover atención respetuosa de las varias dimensiones de la salud Mapuche, sino que también para promover la revitalización y el mantenimiento de conocimiento cultural».

De ahí que, la inclusión de esta mirada intercultural es primordial en la atención sanitaria de partos de las mujeres indígenas en general, y de las mapuche¹⁸², en particular. Pese a ello, según afirma Menéndez (2016:115) la interculturalidad: «suele ser excluida de los objetivos, marco teórico e ideológico y, sobre todo, de las intervenciones institucionales, profesionales o académicas que buscan impulsar una interculturalidad armoniosa, simétrica, tolerante y basada en los curadores tradicionales». 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): «la supervivencia de muchas culturas mutuamente excluyentes y que no se respetan entre sí no constituye la promesa moral del multiculturalismo, ni en la política ni en la educación».

En América Latina, históricamente, los pueblos indígenas han tenido una situación desventajosa frente al sistema de salud, en comparación con el resto de la población. Incluso, tal como afirma Hopenhayn et. al., (2006), una gran proporción de «pueblos indígenas reside en el área 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 básico». Asimismo, estos indicadores se ven ampliamente desmejorados cuando nos referimos a mujeres

¹⁸¹ Véase Drake, E. «El Significado Cultural del Parto: Perspectivas de Mujeres Mapuche» 2014, *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1844, p. 21-2.

¹⁸² Resulta interesante analizar el caso de las comunidades mapuche en nuestro país, puesto que estos pueblos, en los últimos años, han sufrido una fuerte campaña de estigmatización y criminalización por parte del Gobierno nacional y los medios de comunicación hegemónicos. De allí que, tal como afirman Gómez y Trentini (2020), estos «argumentos no son nuevos, sino que se sustentan, por un lado, sobre la histórica dicotomía de «civilización y barbarie» que sirvió para justificar el genocidio iniciado con la Conquista del Desierto y, por otra parte, retoman el planteo acerca de la araucanización de las pampas (Lazzari y Lenton, 2000) construido por la historia oficial. Se establece así una lógica que presenta a los mapuches como violentos e incivilizables extranjeros chilenos que cruzaron la Cordillera de los Andes y exterminaron a los «verdaderos indígenas argentinos» contruidos como los buenos y civilizables tehuelches» [Gómez y Trentini (2020), Op. Cit., pp. 113-4].

indígenas, puesto que éstas sufren de una mayor discriminación referida al género, 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 indígenas, que mejoren la calidad de vida, debe considerarse que ésta interculturalidad supone un trabajo, desde y entre todos los sectores, encaminado al bienestar integral de los menores de 5 años, sus madres, la familia, la comunidad y sus pueblos [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 situación de desfavorabilidad que resulta extensible a los indígenas de diversos países de América Latina, también se manifiesta en distintas provincias del territorio argentino en las que habitan comunidades indígenas. De allí que, en la provincia de Neuquén, los discursos con respecto a la población indígena, en términos de interculturalidad y diversidad cultural, han transitado múltiples caminos, desde los más amplios y contemplativos a los más reaccionarios y cerrados de acuerdo a la coyuntura política local (Estrella, 2017).

Evidentemente, los Estados deben involucrarse de manera activa en la promoción de la dignidad de las personas, a partir de garantizar que sus instituciones democráticas, en este caso, las vinculadas al sistema de salud, propicien todas las medidas, legales y administrativas, en pos del desarrollo de la autonomía y la dignidad de las personas. De esta manera, todas las políticas públicas 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, éstas deben ser secundadas por otras en los terrenos de la educación, la formación y la información pública.

3.1. ¿QUÉ IMPLICA LA SALUD INTERCULTURAL?

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

concepciones diferentes. De ahí que, suelen emplearse sin distinción 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 éstas tengan necesariamente relación entre sí. En esta concepción, generalmente, se producen segregaciones entre culturas, que se presentan como culturas delimitadas y cerradas sobre sí mismas, que tienden a analizar a las demás mediante una perspectiva que implica un infalible relativismo cultural¹⁸³.

Por otra parte, la pluriculturalidad plantea la convivencia de varias culturas en un mismo espacio territorial, es decir, la conjunción entre estas diversas culturas propicia una totalidad nacional. De modo que, como afirma Stivanello (2015), «parte de reconocer una realidad histórica de convivencia por siglos entre distintas culturas, aunque sin una profunda interrelación equitativa»¹⁸⁴.

En cambio, a diferencia de la multiculturalidad y la pluriculturalidad, el concepto de interculturalidad alude a un intercambio, en términos equitativos, que se produce «entre culturas» a partir de reconocerse dentro de una base de igualdad. De este modo, para esta concepción, se desarrolla una interacción entre personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes, en el marco de la complejidad que implican las relaciones, las negociaciones y los intercambios culturales¹⁸⁵. Sin embargo, esta interacción, que se genera desde la noción de interculturalidad, no busca homogeneizar los matices culturales, ni tampoco relativizar las costumbres propias de cada comunidad. Por el contrario, según expone Stivanello (2015:2), esta interacción «parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder y de las condiciones institucionales que limitan la posibilidad, (para) que el «otro» pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencia y agencia (capacidad de actuar)».

De lo dicho surge que, la interculturalidad se presenta como una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad entre culturas, que apunta a «romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas».

¹⁸³ Véase Stivanello, B. Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud. *Margen* N.º 76, 1.º marzo 2015, p. 2.

¹⁸⁴ *Ibid.*

¹⁸⁵ Véase 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 sociedad¹⁸⁶. Según afirma la OMS (2018), la interculturalidad en salud tiene que ver con la contribución al fortalecimiento de la calidad de la atención médica, principalmente aquella dirigida a población indígena, y por otro lado, está relacionada con las recomendaciones (que realiza la OMS) para la integración de las medicinas complementarias y tradicionales al sistema de salud de los estados parte, en el sentido de la reglamentación y evaluación de aspectos como eficiencia, eficacia, seguridad del paciente, etc., mismos que forman parte de la definición de calidad de la atención¹⁸⁷. Mientras que, para los pueblos indígenas, en particular para la comunidad mapuche, por interculturalidad se entiende:

una relación entre culturas dinámicas, 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, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales¹⁸⁸.

De este modo, considerando las delimitaciones del término, resulta claro que es preciso desarrollar procesos de intercambio que permitan la construcción de relaciones horizontales, en las que cada integrante pueda participar e intervenir activamente. Exactamente, en el contexto de la situación de injusticia social en el acceso a servicios públicos de salud, es donde cobra sentido el diálogo intercultural, en tanto que genera la posibilidad de construcción de:

¹⁸⁶ *Ibid.*

¹⁸⁷ Paulo Maya A, Cruz Sánchez 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 Narváez, F. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>, p. 19

¿(los) *modelos de institucionalización* de la (é) [participación], los *derechos bioculturales de las comunidades* tradicionales y pueblos originarios, que hacen a sus formas de coevolución y equilibrio con la naturaleza, así como a su participación en los beneficios económicos generados cuando esos saberes prácticos son puestos en valor?¹⁸⁹.

Licitamente, esta situación pone en evidencia la necesidad de bregar por una justicia epistémica (Santos, Boaventura, 2009, citado en de Ortiz y Múdice, 2019:67), con claro énfasis en el reconocimiento de los diversos saberes, centrada en el diálogo respetuoso entre los mismos, y con una fuerte articulación de políticas públicas y universitarias para el respeto de la diversidad cultural¹⁹⁰.

Ahora bien, para pensar en la salud en términos interculturales¹⁹¹, consideramos pertinente partir, inicialmente, de establecer una concepción de la salud amplia, que involucre una perspectiva relacional, incorporando así, categorías de: género, etnia, cultura, diversidad, clase social, determinantes sociales, entre otras. Consideramos, en consonancia con el planteo de de Ortiz y Múdice (2019:62), que esta concepción relacional y ampliada: *“exige también repensar el derecho a la salud, la equidad/justicia en salud, en sus nuevas dimensiones”*

De esta manera, la salud, en tanto concepto relacional y multidimensional, debe ser definido en un proceso histórico y contextual determinado. En este sentido, esta redefinición constante es el escenario en el cual *“se ponen en conflicto lo individual y lo social en un entramado complejo de relaciones legales, económicas, sico-sociales y culturales”*¹⁹². De ahí que:

¹⁸⁹ de Ortiz, G; Múdice, A. (2019). *El "derecho a la salud" como derecho humano: Abordaje conceptual transdisciplinar*, Op. Cit., pp. 68-9.

¹⁹⁰ Véase de Ortiz, G; Múdice, A. (2019), *Ibid*, p. 67.

¹⁹¹ Para volver a la distinción entre multiculturalidad, pluriculturalidad e interculturalidad, podemos plantear las diferencias entre estos conceptos a partir de graficar sus perspectivas respecto a la salud. De ahí que, rechazar sin más la medicina tradicional indígena es asimilacionista; aprobarla para que se practique exclusivamente en las Comunidades es relativismo cultural; convertirla en un objeto de consumo exótico, es multiculturalismo y, finalmente, propiciar su articulación con la medicina científica es interculturalidad [Véase Interculturalidad y salud. Capacitación, Op. Cit., p. 54].

¹⁹² de Ortiz, G; Múdice, A. (2019). *El "derecho a la salud" como derecho humano: Abordaje conceptual transdisciplinar*, Op. Cit., p. 62.

La salud pone en escena la vida y la subjetividad en el sentido social y singular, la cuestión del Estado y políticas sociales, las categorías de género o de pertenencia cultural-étnica, las problemáticas de la subjetividad, los debates sobre crisis y nuevos paradigmas en el campo del conocimiento científico, así como nuevos objetos complejos como la violencia (Stolkiner, 2012, citada en de Ortiz y Méndez, 2019:62).

Evidentemente, para pensar en el concepto de salud, con perspectiva intercultural, debemos deliberar acerca de la construcción de un espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina oficial (biomédica, científica y occidental) y la medicina tradicional indígena 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 específicamente en la concepción de salud del Pueblo Mapuche. Para esta población, la salud tiene un enfoque holístico, que trasciende el marco (é) occidental, puesto que de lo que se trata es poder integrar tanto los elementos físicos y biológicos con el ámbito psicológico¹⁹³. Asimismo, para esta comunidad, la salud es: el resultado del equilibrio entre la persona, el medio ambiente y lo sobrenatural, integrando este enfoque en el modelo armonía-desarmonía, en donde la salud se mantiene como una interdependencia entre (estos) elementos (Ibacache et al., 2012)¹⁹⁴.

De allí que, este espacio de encuentro intercultural debe basarse en el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural de las comunidades intervinientes¹⁹⁵. Por este motivo, debe pensarse la interculturalidad, como una política de salud, que valora la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad, y que, además,

¹⁹³ Ibacache J, Morros Martel L, Trángol Namuncura M. Salud Mental y enfoque socioespiritual-psico-biológico. Una aproximación ecológica al fenómeno de la salud-enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terapéuticos mapuches de salud [Internet]. *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. Capacitación. Op. Cit., p. 49.

requiere contribuciones de la antropología médica para entender y promover respeto para esta diversidad (Alarcón, 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 pronunciación de las asimetrías de poder que padecen las comunidades indígenas¹⁹⁶. Del mismo modo, debemos analizar cómo estos factores intervienen y afectan el desarrollo y la atención de su salud, desde la imposición de ciertas prácticas epistémicas, que se consideran validadas desde el saber (poder) hegemónico. En este sentido, cuando el planteo se focaliza en la mujer indígena, este panorama se complejiza aún más, debido a las diversas injusticias que, interseccionalmente, se entretajan y convergen en este colectivo. Entre los condicionantes que se forjan se encuentran: clase social, etnia, género y edad¹⁹⁷.

De esta manera, al concebir la situación particular de la mujer indígena, en el acceso a la atención sanitaria intercultural, entendemos que la tarea debe centrarse en reconocer dónde se producen las brechas para incorporar procesos de integración social. De ahí que, es fundamental partir de reflexionar sobre la manifestación de estas brechas en la inequidad en el acceso a servicios y exclusión por razones culturales¹⁹⁸. Sobre este aspecto, cobra un especial sentido el *epistemicidio*¹⁹⁹ (muerte de conocimientos alternativos), que produce la medicina occidental hegemónica sobre los saberes medicinales indígenas. Generalmente, esta desacreditación (injusticia epistémica) es producto del desconocimiento, o bien, de la subestimación de la cosmovisión indígena de la salud²⁰⁰.

¹⁹⁶ Cuando intentamos precisar el concepto de salud intercultural, nos centramos, fundamentalmente, en las nociones que surgen a partir de dicotomías excluyentes como autonomía / paternalismo [Ver Femenías y Vidiella *El derecho de las mujeres a la salud* Artículo publicado en Perspectivas Bioéticas, Año NÚ10, Número 18, primer semestre de 2005]. Puesto que las consecuencias que esta perspectiva produce, en la atención sanitaria de mujeres indígenas, promueve un abordaje sanitario que parte de la *minoridad* del paciente, lo reduce y atenta contra una atención centrada en el enfoque de justicia epistémica.

¹⁹⁷ Estos condicionantes serán abordados con mayor profundidad en el apartado *LAS PU MAPUCE ZOMO*, del Capítulo 5.

¹⁹⁸ Véase Stivanello, B, Op. Cit., 2015, p. 7.

¹⁹⁹ Sousa Santos (2006), citado en Stivanello (2015:7), plantea que: la naturalización de las diferencias oculta jerarquías y la monocultura del saber y el rigor produce *epistemicidio*. En este sentido, Sousa Santos propone, por un lado, la ecología del reconocimiento, es decir, que debemos aceptar solo las diferencias que queden luego de que se eliminen las jerarquías, y, por otro lado, propone la ecología de los saberes, donde entren en diálogo los saberes indígenas con el saber científico [Stivanello, 2015, *Ibid*]

²⁰⁰ *Ibid*.

Por este motivo, adquiere una particular significación centrar las propuestas de atención sanitaria sobre la base de la construcción dialéctica, a partir de consensos epistémicos. 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 ámbito sanitario, una interculturalidad contrahegemónica, erigida desde los pueblos. Evidentemente, este desafío se sostiene con el objetivo de edificar una interculturalidad que no se presenta para el exclusivo beneficio indígena, sino que se propone como un modelo de diálogo entre saberes, no solo entre mundos (indígena y occidental), sino también entre las diversidades (sociales y colectivas), que componen la compleja trama social en que vivimos²⁰¹.

No obstante, las comunidades mapuche comprenden que construir un diálogo intercultural en el terreno sanitario (al igual que en los demás ámbitos), 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 brujería²⁰². Esta perspectiva, cargada de prejuicios, consigue afectar la aplicación de estos saberes ancestrales en el ámbito sanitario. Un ejemplo de ello es la ausencia del *maci*²⁰³ (vocablo que suele pronunciarse como ñmachi) en la Atención Médica Primaria, es decir, actualmente, no está en funcionamiento, en el sistema de salud biomédico (hegemónico) argentino, la figura de autoridad máxima en la organización sanitaria mapuche. De allí que, si bien en Argentina cada tres meses un *maci* atiende en Neuquén, aún sigue teniendo gran lugar el acecho y la segregación de los pueblos originarios²⁰⁴.

²⁰¹ Véase Azpiroz Cleffan, Organización Mapuche EPU Bafkeh, Argentina. I Foro Regional de Recursos Humanos para la Salud y pueblos indígenas: el desafío de la Interculturalidad, Paraná; 21 a 23 de noviembre de 2011. (Revisado 05/08/2020)

²⁰² Trifogli, V. ñLa medicina intercultural, una parte de la enseñanza de la enfermería en Río 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 físico 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 sabiduría 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 también tienen sus propias denominaciones.

²⁰⁴ Véase Trifogli, V. ñLa medicina intercultural, una parte de la enseñanza, Op. Cit.

En este sentido, consideramos ciertamente importante centrarnos en la relevancia que ofrece la deliberación en la toma de decisiones en sociedades complejas y plurales. En la medida en que estos acuerdos se celebren en el encuentro epistémico, todas las decisiones que surjan de la deliberación estarán sostenidas en un marco de legitimidad más amplio. De ahí que, este marco deliberativo, con base epistémica, propiciará un escenario de acción en el que podrán modificarse y corregirse las situaciones conflictivas o no previstas que se planteen, siguiendo los lineamientos acordados entre los sujetos epistémicos 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 epistémicas testimoniales²⁰⁵ o hermenéuticas²⁰⁶. Tal como afirma Murguía Lores (2016:4), todas las injusticias involucran la interacción entre identidades sociales, que se constituyen siempre mediadas por relaciones de poder, y heurísticas que conllevan prejuicios y/o estereotipos que conducen en muchas ocasiones a juicios erróneos

Sobre este punto, Fricker²⁰⁷ considera que las injusticias epistémicas, parten de mecanismos que operan a nivel subdiscursivo, además de que estos no implican ignorancia sino que, en palabras de Murguía Lores (2016), involucran: 1) la evaluación inadecuada de la credibilidad que merece por parte de un oyente(s) el testimonio de un hablante(s); o bien, 2) carencias en la articulación de significados sociales. No obstante, tratarse de una clase de injusticia o de la otra, la consecuencia

²⁰⁵ Fricker plantea la injusticia testimonial como aquella que se produce cuando 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 epistémico (é). La injusticia que resulta de este fenómeno tiene efectos tanto en la jerarquía social, como en la confianza de los agentes respecto de sus capacidades (Murguía Lores, A. Injusticias epistémicas y teoría social. Centro de Estudios Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México. Debate: Política, Redes, Deliberación y Heurísticas Sociales, *Dilemata*, año 8 (2016), núm. 22, p. 4).

²⁰⁶ Tal como afirma, Murguía Lores (2016), la injusticia hermenéutica se refiere a la participación inequitativa en las prácticas de producción de significados y de la comprensión del mundo social compartido por sujetos epistémicos socialmente situados en contextos que involucran identidades sociales y relaciones de poder (Fricker, 2008:29, citada en Murguía Lores, 2016).

²⁰⁷ Miranda Fricker centra sus reflexiones a problemas en los que convergen la epistemología, la ética y procesos sociales y políticos. Se trata, en palabras de la autora, de desarrollar una concepción completamente socializada de los sujetos epistémicos 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, específicamente en su capacidad de sujeto de conocimiento²⁰⁸.

De lo dicho surge que, la situación de las mujeres indígenas en el acceso a la salud plantea varios aspectos, que se sintetizan, por un lado, en la falta de reconocimiento epistémico, producto de la minorización y dominación que sufre la mujer. Y, por el otro lado, en la real vulneración del derecho de acceso equitativo a la salud. En otras palabras, estas barreras que sufre puntualmente la mujer indígena, surgen de una degradación de la figura de la mujer, que parte de una situación inicial (histórica, social, cultural) de sometimiento, que consigue incapacitarla respecto a sus conocimientos y a sus posibilidades. De ahí que, esto se traduce en un desvalimiento generalizado en el acceso a diferentes derechos adquiridos.

De este modo, eventualmente, en la atención sanitaria a mujeres indígenas, en términos de Hasen Narvêz (2012), se producen conflictos en la comunicación y calidad de trato, por códigos culturales distintos, rituales, símbolos, rol de las familias y comunidades, percepciones sobre el cuerpo y el pudor de las mujeres indígenas muchas veces incomprensidos, o por estilos de crianza distintos²⁰⁹. Evidentemente, esta situación deriva en la violación del requerimiento de reconocimiento mutuo que se deben los participantes en la deliberación, como condición para un procedimiento justo, además de que impediría el aprovechamiento social del conocimiento de quienes sufren esta clase de injusticias (Murguía Lores, 2016:2-3).

Frente a esta situación, resulta imprescindible un cambio de paradigma que abrace el enfoque de justicia epistémica y promueva prácticas sanitarias interculturales. Indudablemente, este enfoque intercultural en salud, requiere del desarrollo de procesos donde los propios pueblos indígenas y los sistemas biomédicos expresen la voluntad de encontrarse en una relación horizontal²¹⁰. Dentro de este marco, resulta interesante considerar la incorporación de la figura

²⁰⁸ Véase Murguía Lores, A. Injusticias epistémicas y teoría social, Op. Cit., pp. 2-3.

²⁰⁹ Hasen Narvêz, F. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y Enfermería*. 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 Véase Stivanello (2015), Op. Cit., p. 2.

del facilitador intercultural, puesto que, siendo el nexo entre el equipo de salud y las comunidades indígenas, puede colaborar en el intercambio. Esto no es un dato menor, debido a que el facilitador es, para la comunidad indígena, un agente de confianza, porque pertenece a estas comunidades y es avalado por las mismas²¹¹. Notablemente, este encuentro debe estar atravesado por el objetivo de construir un espacio de reconocimiento y valoración de los conocimientos y saberes de los sistemas de salud, tanto occidental como indígena, siempre apuntando a una complementariedad de ambos mundos²¹².

En efecto, para contrarrestar las consecuencias de estas injusticias (epistémicas, sociales, y en última instancia, políticas), es pertinente y prioritario construir prácticas deliberativas de producción 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 democráticas. Para ello, en el ámbito sanitario, entendemos la importancia de la promoción de las consultas previas, libres e informadas, como la construcción de un proceso colectivo y adecuado, desde el punto de vista cultural, que involucre, asimismo: la toma de decisiones, consultas de buena fe y participación informada, respecto del diseño, preparación, implementación, ejecución, y evaluación de toda política de salud, que implique directa o indirectamente a integrantes de pueblos indígenas²¹³.

En síntesis, a partir de lo desarrollado, podemos concluir que es de radical relevancia la adopción de un modelo de salud intercultural, en el cual entren en diálogo la medicina tradicional indígena con la medicina occidental o científica, con el propósito 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, además, los recursos medicinales utilizados por las comunidades indígenas en la curación, así como sus médicos tradicionales a los sistemas de salud²¹⁴. En este caso, como fue planteado anteriormente, es

²¹¹ Hasen Narvêez, F. Interculturalidad en salud: é , Op. Cit., 2012, pp. 17-24.

²¹² Véase Hasen Narvêez, F. Interculturalidad en salud: é , Op. Cit., pp. 17-24, 2012.

²¹³ Interculturalidad y salud. Capacitación Op. Cit., p. 49

²¹⁴ Véase Stivanello, B. Op. Cit., 2015, p. 7.

interesante pensar en la figura del facilitador intercultural, como agente de confianza, que podría 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 indígena, debe cuidarse y respetarse de modo particular los conocimientos y la decisión de las mujeres ind genas²¹⁵ a partir de crear espacios de verdadera escucha y reconocimiento epistémico y de género.

3.2. DERECHO A LA SALUD DESDE LA PLURALIDAD HISTÓRICA

En este apartado, nos centraremos en la discusión sobre los criterios que se priorizan en el derecho a la salud desde la pluralidad histórica, situados en la complejidad de nuestra sociedad. Entendemos que, esta complejidad es el marco en el que se desarrollan los procesos históricos de autoidentificación, que hermana a los pueblos indígenas. Respecto a este planteo, Carrasco (2002) afirma que lo que enlaza a los pueblos indígenas no es tanto la autoidentificación, como el hecho de su *aboriginalidad*, es decir, la característica de ser los primeros habitantes - autóctonos - en los territorios que habitan. Lo que los convierte en antecesores de los sucesivos procesos de ocupación y domesticación jur dica²¹⁶.

En este sentido, resulta interesante partir del diagnóstico (penosamente vigente) que plantea Carrasco (2002), respecto a la situación actual de la comunidad indígena en nuestro país. La autora afirma que dichas comunidades viven mayoritariamente como ciudadanos de segunda categoría 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 dominante²¹⁷.

²¹⁵ Para este respeto y cuidado de la mujer indígena, resulta fundamental la formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural. Puesto que, esto supone mejoras en la competencia técnica 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 exclusión, en la atención y la equidad en salud a los distintos grupos étnicos [Hasen Narv ez, F. Interculturalidad en salud:   , Op, Cit., 2012, pp. 17-24].

²¹⁶ Véase Carrasco, M. (2002). Cap. 11  Una perspectiva    Op. Cit., p. 390.

²¹⁷ Véase Carrasco, M. (2002). *Ibid.*

Esta situación resulta muy controvertida, puesto que estas poblaciones marginadas social y económicamente, se enfrentan a diversas amenazas que imposibilitan el acceso a los bienes y servicios que el Estado dispone para la población del territorio argentino. Consecuentemente, se observa que la distribución de las amenazas re-emergentes a la salud y de sus factores de riesgo han exacerbado más las inequidades en salud al interior de los países y entre ellos²¹⁸.

De esta manera, la ampliación de las inequidades no es solo el resultado de las fallas de los sistemas de salud, sino más específicamente es la consecuencia de la falta de condiciones mínimas de vida, que propicien el desarrollo de las necesidades básicas individuales y sociales, producto de la injusta distribución económica en nuestro país. De ahí que, el 60% de la mortalidad materna se produce en el 30% de la población más pobre de los países, y la brecha en la esperanza de vida entre los más ricos y los más pobres ha llegado a casi veinte años en algunos de ellos²¹⁹.

Respecto a este panorama, ciertamente, las comunidades indígenas no resultan ajenas. Puesto que, éstas forman parte de una gran proporción de habitantes, que viven en condiciones de extrema precariedad. Según el Primer Informe relativo a la afectación de la pandemia COVID-19 sobre los Pueblos Indígenas, realizado por el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC), en América Latina:

La población indígena supera los 45 millones de personas, poco menos del 10% de la población total de la región, por lo cual, es la zona de mayor densidad demográfica indígena del planeta. Se registran 826 Pueblos Indígenas distintos, de los cuales unos 100 tienen carácter transfronterizo, es decir, que residen en al menos dos países de la región²²⁰.

²¹⁸ Véase Módulo 5: Políticas de Salud. Cursoé, Op. Cit., p. 86.

²¹⁹ Módulo 5: Políticas 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 indígenas continúan en clara situación de desventaja, a pesar de haber construido mayor poder político, e incluso, de contar con la protección que los organismos internacionales les han brindado mediante la inclusión de este tipo y su reconocimiento en diversos Tratados Internacionales. De allí que, un estudio del Banco Mundial²²¹, realizado entre 1994 y 2004 da cuenta de los siguientes resultados:

Los indígenas se recuperan más lentamente de las crisis económicas. La brecha de pobreza de los indígenas es más profunda y disminuye más lentamente durante los años noventa. Ser indígena aumenta la probabilidad de un individuo de ser pobre y esta relación se mantuvo más o menos igual al comienzo y al cierre de la década. Se han registrado pocas ganancias en la reducción de la pobreza de ingresos entre los indígenas durante la década señalada (1994 al 2004) (Ref: World Bank, *Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004*. Versión electrónica disponible en: <https://go.worldbank.org/TXWP6Y78N0>)²²².

Evidentemente, esta valoración que es planteada justamente por organismos internacionales (Banco Mundial, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, entre otros) que no resultan ser representativos de las comunidades indígenas, pone en consideración la real magnitud de la situación crítica, que efectivamente vivencian estas comunidades, en cuanto a la desventaja económica que los homologa.

²²¹ World Bank, *Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004*. Versión electrónica disponible en: <https://go.worldbank.org/TXWP6Y78N0>.

²²² Según este informe, los indígenas de Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Perú continúan teniendo menos años de educación, y aunque la brecha se está reduciendo, lamentablemente los resultados educacionales son sustancialmente peores para los indígenas (é). Los indígenas, especialmente mujeres y niños, continúan teniendo menor acceso a servicios básicos de salud [Comunidad Curruhuinca: en defensa de sus tierras ancestrales. *Radioteca*, Servicio Paz y Justicia (Argentina). Fecha de producción: 20 de marzo de 2019, Revisado el 15/09/2019].

El pueblo originario más numeroso de nuestro país es la comunidad mapuche²²³. Esta población, atravesada por distintos factores de vulnerabilidad, plantea una fuerte resistencia a las condiciones de exclusión que encuentran en las políticas impartidas por el Estado argentino. De ahí que, los mapuche han logrado preservar su lengua, sus danzas, su filosofía y sus costumbres, además de haber conseguido que la Constitución incluyera su preexistencia²²⁴. Del mismo modo, esta comunidad, que lucha por construir un estado multicultural, consiguió reconstruir sus órganos de gobierno a partir de su propia noción de autonomía²²⁵.

El pueblo mapuche posee sus propias prácticas medicinales, su educación y su sistema de justicia. Sin embargo, independientemente de compartir estas características generales, las comunidades mapuche se caracterizan por poseer gran diversidad en su territorio, y cada comunidad se organiza según su necesidad o su prioridad territorial²²⁶. En el caso de la provincia de Neuquén, el pueblo mapuche, que actualmente cuenta con 70 comunidades, se nuclea bajo la organización de la Confederación Mapuche de Neuquén.

Según afirma Verónica Huilipán²²⁷ (2017), en los años 60, en la provincia de Neuquén, cuando había once comunidades mapuche, contaban con un instrumento de organización denominado "Confederación Indígena Neuquina" Huilipán (2017:3) afirma que: "En los 60 la que llamamos a parlamento, a *traun*, fue una mujer, la *lamien* Carmen (Carmen Manqui, de la comunidad de El Huevo), vienen autoridades, varones y mujeres, hacen el *traun* y deciden avanzar hacia un sistema de

²²³ Esta comunidad, actualmente, habita en las provincias de Neuquén, Río Negro y Chubut, con algunas comunidades dispersas en La Pampa y en la provincia de Buenos Aires. Asimismo, la organización poblacional es heterogénea y depende, puntualmente, de las políticas indígenas que ha implementado cada provincia [Véase Salgado, J., Gomiz, M. y Huilipán, V. (2008), Cap. 1: Introducción En: *Informe de situación de los Derechos Humanos del Pueblo Mapuche en la Provincia del Neuquén*, Observatorio de Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas: Gráfica Althabe, p.7].

²²⁴ Schwartzman, A. "Tienen que hacerse cargo", Op. Cit., p. 1.

²²⁵ Schwartzman, A. (2017), "Tienen que hacerse cargo", *Ibid*.

²²⁶ Véase "Proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo desde los pueblos originarios" Radio Mestiza: entrevista a Verónica Azpiroz Cleffan. Universidad Nacional Arturo Jauretche. (Revisado el 9/8/2020), <http://radio.unaj.edu.ar/vero-azpiroz-cleffan-mapuche-doctorada-en-salud-nos-cuenta-su-vision-del-proyecto-de-aborto-legal/>

²²⁷ Verónica Huilipán es *werken* (vocera) de la Confederación Mapuche de Neuquén y secretaria ejecutiva del Observatorio de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas. Hace más de tres décadas que defiende y reafirma los derechos del pueblo mapuche. Asimismo, es fundadora del Sindicato de Trabajadoras Domésticas de Neuquén y protagonista de múltiples luchas en defensa del territorio mapuche.

organizaci3n que los represente²²⁸. Sin embargo, seg1n comenta Huilip3n (2017), 3el partido del poder en Neuqu3n, el Movimiento Popular Neuquino (MPN) de la familia Sapag, ya se hab2a involucrado²²⁹ en las comunidades²³⁰. Por este motivo, la comunidad mapuche no consigui3 ninguna reivindicaci3n, puesto que, en los a3os siguientes, atraves3 su momento m3s cr3tico respecto al ejercicio de su identidad, porque fueron discriminados y echados de un 3mbito mapuche por los propios mapuche²³¹. Tal como afirma Huilip3n (2017:3): 3la Confederaci3n 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 partidarias3

De este modo, como consecuencia de lo ocurrido en los 60, en la siguiente d3cada se crea la Asociaci3n Mapuche *Newen Mapu*, que significa 3fuerza de la tierra3. El objetivo de esta nueva organizaci3n, con tintes asistencialistas, era promover la identidad y colaborar con los mapuche que deb2an movilizarse por razones sanitarias o por tr3mites a la Casa de Gobierno, o al Ministerio de Desarrollo Social, y deambulaban por la plaza, durmiendo en pasillos de los hospitales²³².

Posteriormente, a finales de los 80, en un tiempo de reivindicaci3n identitaria en t3rminos culturales, con el conocimiento de los fracasos anteriores²³³, la comunidad mapuche neuquina consigue redefinirse y reorganizarse en la Confederaci3n Mapuche de Neuqu3n. De ah2 que, en los 90, se alejaron de la urbanidad, para entregarse al proyecto de reconstruir la Naci3n Mapuche²³⁴. As2, con el compromiso pol3tico de reconstruir la Naci3n y generar un acto simb3lico que rompa las fronteras estatales, el movimiento ind2gena gener3 una autoconvocatoria

²²⁸ Seg1n Huilip3n (2017:12): 3cada *traun*, sea una reuni3n comunitaria, sea en el centro cultural, en la organizaci3n, en la Confederaci3n, en el Parlamento, es un espacio de autoformaci3n. Son procesos de autoformaci3n, y as2 personas que eran simples pobladores de una comunidad, hoy son *longko* o *werken* de su comunidad3

²²⁹ Seg1n Ver3nica Huilip3n (2017), en los a3os 60, 3el gobernador hab2a empezado a ser 3pariente3 de las comunidades porque empez3 a meterse, hizo compadre a uno, comadre a la otra y empez3 a tener ahijados por todos lados, 3sa fue su estrategia de intervenci3n del MPN3 [Schvartzman, A. (2017), 3Tienen que hacerse cargo3 , Op Cit., p. 3].

²³⁰ Schvartzman, A. (2017), 3Tienen que hacerse cargo3 , Op Cit., p. 3.

²³¹ *Ibid*, p. 4.

²³² V3ase Schvartzman, A. (2017), 3Tienen que hacerse cargo3 , Op Cit., p. 3

²³³ Huilip3n plantea que, dentro de estos fracasos, se encuentra el funcionamiento del parlamento, puesto que afirma que 3ste no era aut3nomo, porque estaban los *longkos* 3representando3 a las comunidades, pero en realidad los que manejaban las reuniones eran: el director de Tierras, el ministro de Acci3n Social, el ministro de Salud, el secretario de Gobierno, entre otros representantes pol3ticos del MPN.

²³⁴ *Ibid*, p.

en Ecuador para el reencuentro de las naciones originarias del *Abya Yala*, a raíz de los festejos que organizaba España para el Quinto Centenario²³⁵. Respecto a dicho encuentro, Huilipñ (2017:5) afirma:

ñosotros (estébamós) reunidos adentro definiendo estrategias hacia la reconstrucción de las nacionalidades originarias, y afuera las armas largas apuntando. En ese marco nos encontramos. El compromiso político de Ecuador fue reconstruir nuestro sistema autónomo, volver al sistema de las autoridades tradicionales, redefinir las jurisdicciones indígenas y hacer un planteamiento fuerte al mundo occidental

En este período de reorganización, en la década del 90, la comunidad mapuche neuquina se reconstruye en una Nación, forjando símbolos 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 país plurinacional (Bolivia). En Argentina, sucede algo similar, aunque estos temas recién están comenzando a surgir de manera incipiente, a partir del intento de

²³⁵ Véase Schwartzman, A. (2017), *ñTienen que hacerse cargoé*, Op Cit., p. 5.

²³⁶ La *wenufoye* en el medio tiene un círculo amarillo que es el *kultrun* (el tambor mapuche), pero también es el sol y tiene cuatro partes, y en cada parte tiene un símbolo estelar (Ver imagen en ANEXO).

²³⁷ La escritura del mapuche o *mapudungun*, lengua hablada en Chile y Argentina por los mapuche, está 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. Así, por ejemplo, la *ñchöse* pronuncia *ñchö* razón por la cual la Confederación escribe *ñMapuceñ*. Del mismo modo, la lengua que hablan los mapuche tiene una vocal más que el castellano. La escriben *ñVñ* y para pronunciarla hay que disponer la boca como para pronunciar la *ññ* pero tratando de pronunciar la *ñuñ*. Los mapuche no habían desarrollado un sistema de escritura a la llegada de los conquistadores, por lo que, en principio, los sacerdotes adaptaron el alfabeto español para escribir libros que les ayudaran a los misioneros a evangelizarlos en su propia lengua. En *Newen Mapu* había un lingüista mapuche, Anselmo Ragileo, que estaba construyendo un grafemario que respetara la fonética del *mapudungun*, porque si bien había diccionarios mapuche-español, ninguno respetaba la fonética y todos deformaban el idioma. De este modo, *ñla* lengua mapuche, *mapuzugun*, encierra un vasto contenido simbólico, filosófico, ideológico y cultural, imposible de ser traducido de manera exacta al castellano (García Gualda, 2015:593). De esta manera, en el parlamento del año 2000, los mapuche aprobaron y oficializaron el sistema grafemario, con el nombre de Anselmo Ragileo, y así comenzó a ser impartido en el Centro de Educación 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 (Véase Schwartzman, 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* (Huipichun, 2017:6-7).

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

“La 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 están dotados de las mismas facultades que les permiten alcanzar la plenitud del desarrollo intelectual, técnico, social, económico, cultural y político”

Para el logro de esta propuesta, la comunidad mapuche neuquina elaboró un proyecto de educación intercultural, que busca equiparar el conocimiento tradicional mapuche con el conocimiento académico, a partir de articular un nuevo currículo en el sistema educativo formal²³⁸. Sin embargo, este enfoque se proyecta sobre un marco de tensión no solo entre la tradición mapuche y la cultura occidental, sino también respecto a una resistencia interna entre lo arcaico, que caracterizaba el aspecto institucional de la Confederación, con lo nuevo que se viene gestando en la actualidad²³⁹.

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 Neuquén, el trabajo se plantea a partir de la división de la provincia en cuatro zonas territoriales. Inicialmente, cada zona tenía su Consejo Zonal.

²³⁸ Véase Schwartzman, A. (2017), “Tienen que hacerse cargo”, Op Cit., p. 11.

²³⁹ Véase Schwartzman, A. (2017), *Ibid*, p. 12.

Actualmente, los Consejos son seis. De allí que, en cada Consejo Zonal, se trabajan tópicos específicos. Entre estos se encuentran: el reconocimiento del registro civil propio; la educación (propia y la transformación del sistema formal); el diálogo con la Dirección de Parques Nacionales para la conservación de la biodiversidad; los aspectos económico-productivos; el *Kéme Felen* (el buen vivir); el idioma (con talleres, cursos y materiales didácticos); y finalmente, también, se trabaja la construcción política a nivel nacional, continental y mundial²⁴⁰.

Este accionar político que, en gran parte, se encuentra empujado y robustecido por el rol que han asumido las mujeres mapuche, genera un dinamismo interno que se levanta contra las formas de opresión que las han hostigado históricamente. En palabras de García Gualda (2013:55): «a partir de asumirse políticamente como mujeres e indígenas (y pobres) comienza a tejerse una nueva realidad para estas actoras, desplazándose los límites entre lo público y lo privado». Queda claro que este protagonismo político, del que las mujeres mapuche se han apoderado, se afianza con suma coherencia sobre la histórica lucha que vienen llevando los mapuche en defensa de su concepción comunitaria del territorio y el trabajo colectivo, como componente articulador del entramado socio-productivo que los caracteriza como comunidad²⁴¹.

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 político-cultural cotidiano. Por el mismo motivo, también parten de la necesidad de construir, desde la participación política, una relación horizontal que respete, valore y considere los aportes de la cosmovisión mapuche y su perspectiva epistémica. Esto resulta fundamental, como medida primaria, para que estas comunidades puedan comenzar a edificarse, consiguiendo el respeto por su identidad y su concepción del buen vivir, dejando atrás, finalmente, la histórica discriminación y marginalidad a la que fueron sometidos, como producto de la Conquista y posterior colonización.

²⁴⁰ Véase Huilipán (2017:12), en: Schwartzman, A. (2017), «Tienen que hacerse cargo», Op Cit.

²⁴¹ Véase García-Gualda, S.M. (2015). Cuerpos Femeninos / Territorios Feminizados: é , Op. Cit., p. 590.

Por este motivo, resulta sustancial para las comunidades indígenas de nuestro país, y para la mapuche en particular, que se produzca una construcción consensuada, pero fundamentalmente participativa, con representantes propios, en la disposición y creación de políticas públicas. Evidentemente, esto supone que estén en una situación que les permita tomar decisiones. Por ello, el reclamo de la comunidad mapuche, actualmente, se centra en la elaboración seria y crítica del próximo Censo²⁴², para contar con una cifra certera de la cantidad de habitantes indígenas que pueblan la Argentina. En palabras de la referente mapuche Verónica Azpiroz Cleffan (2020), una de las organizadoras del Tejido de Profesionales Indígenas²⁴³:

Si no sabemos cuántos somos y en qué estado nos encontramos no podemos generar políticas públicas sobre lo que no conocemos. En la plantilla censal no se reconoce la lengua indígena, por ejemplo. Hay un retraso en la medición e incorporación de la variable étnica en las políticas públicas. Hoy en día, por ejemplo, no se sabe cuántos indígenas murieron por COVID²⁴⁴.

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

²⁴² Con la elaboración seria y crítica del próximo Censo, nos referimos a los reclamos que la comunidad expuso en el marco del Seminario Internacional de Pueblos Indígenas en el Censo 2020 (este Seminario se realizó el 2 de septiembre de 2019, en el auditorio de la Cámara de Diputados de la Nación). Allí, Azpiroz Cleffan planteó la necesidad de participar activamente en el diseño conceptual pre-censal, censal y post-censal programado para el año 2020 (el cual no tuvo lugar, producto de la Pandemia por COVID-19). Puesto que, según denuncian, no se han planteado mecanismos de consulta, ni metodologías para que las organizaciones indígenas, que son más de 1.500 comunidades, puedan tener voz y plantear propuestas superadoras, en las que efectivamente se encuentren incluidos.

²⁴³ Tejido de Profesionales Indígenas, es una red creada en julio del 2018 por iniciativa de ciudadanos argentinos pertenecientes a los pueblos originarios. Tiene el propósito de generar un diálogo de saberes entre el conocimiento ancestral y el conocimiento científicos. Sus integrantes han pasado por distintas universidades del país, además hablan su propia lengua, el castellano y algunos hablan otras lenguas extranjeras. En el grupo están representados 19 pueblos y 9 comunidades lingüísticas. Uno de los principales desafíos dentro de la red ha sido la posibilidad de hacer encuentros presenciales, debido a la gran extensión de la geografía argentina. Disponible en: <https://latinno.net/es/case/1164/>

²⁴⁴ Oliva, L. Verónica Azpiroz Cleffan: "Crecés con el mandato de no decir que sos indígena", *La Nación*, 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 incorporaci3n, pone en evidencia y en contemplaci3n distintos elementos que resultan centrales para la auto-identificaci3n 9tnica. En el caso de Colombia, Bolivia y Guatemala, estos logros se han plasmado en la construcci3n de planes sanitarios situados, que responden a la mirada epist9mica ind2gena de estas comunidades. As2, Azpiroz Cle¶lan (2019) afirma que:

¶(En) Colombia tienen mapas geolocalizados en relaci3n a c3mo categorizan los pueblos originarios los procesos de salud-enfermedad. Por ejemplo, est3 pintado el mapa de todo Colombia de acuerdo a c3mo cada pueblo concibe el proceso de salud-enfermedad. As2, hay zonas que est3n 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 m9dicos tradicionales a adoptar la capacidad de sanar3245.

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 seg1n su propia epistemolog2a. Sumado a lo dicho, es imprescindible considerar que, tal como afirma Azpiroz Cle¶lan (2019): ¶El Censo tarda alrededor de tres a¶os en dar los resultados, y si una lengua est3 en peligro de extinci3n no se puede esperar este tiempo para tomar medidas3 Razonablemente, estar en conocimiento de estas situaciones les posibilita, a las comunidades ind2genas de nuestro pa2s, crear su propio sistema de informaci3n estad2stica con posterior independencia del Censo246.

Respecto a la problem2tica sanitaria, la situaci3n es an3loga a la planteada con la posible extinci3n de una lengua. Precisamente, la similitud no se presenta

²⁴⁵ ¶La necesidad de la presencia ind2gena en el Censo 2020¶ Entrevista a Ver3nica Azpiroz Cle¶lan, *Radioteca*, Servicio Paz y Justicia, Fecha de producci3n: 11 de septiembre de 2019. Recuperado el 02/11/2019.

²⁴⁶ Vase ¶La necesidad de la presencia ind2gena en el Censo3 9 *Ibid*.

solamente en términos de posible declive, sino, más cabalmente, en la factible lectura equívoca que se haga de los datos conseguidos. Puesto que, si no se atienden censalmente los determinantes sociales de la salud con criterios indígenas propios, desde la participación activa de sus protagonistas (en la elaboración de criterios y valoración posterior de los datos obtenidos), lo único que se genera es una interpretación sesgada, producto del etnocentrismo. Claramente, esta simplificación parte de una preconceitualización respecto a las características de la situación sanitaria (social y cultural) particular de las comunidades indígenas.

Pues, el Censo no debe centrarse en recabar información cuantificable respecto al acceso a la salud de las comunidades indígenas, puesto que esta información solo plantea un dato aislado respecto a la cantidad de personas indígenas que son atendidas y acceden al sistema biomédico 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 explícita la carencia de acceso al agua o al territorio, ni tampoco los determinantes vinculados a la afectación de los niños en situaciones de despojo o vulneración de derechos, respecto a la alimentación, al agua, a la seguridad de permanecer en su territorio²⁴⁷.

Resulta prioritario reflexionar respecto a los factores que afectan e intensifican la problemática sanitaria de las comunidades indígenas y rurales, porque estos determinantes sociales de la salud deben ser centrales para abordar la cuestión sanitaria, sin caer en un reduccionismo. De allí que, el acceso a la salud debe ser cuantificado a partir de considerar, entre otras variables: escasez de agua, asistencia médica deficiente o nula, ausencia de medios de transporte y comunicación, mínima asistencia educativa, ausencia de saneamiento ambiental, control inexistente de plagas y parasitosis animal y humana (Carrasco, 2002:395-6).

Pensamos que poner en consideración la forma de recabar datos según variables propuestas por los participantes, con sus respectivos criterios de interpretación, es una manera de poner en cuestión no solo los instrumentos poco

²⁴⁷ La necesidad de la presencia indígena en el Censo véase *Ibid.*

representativos que se emplean, sino también, es un modo de evidenciar las características del abordaje intercultural que se propone desde la perspectiva eminentemente (de la intencionalidad) política. Puesto que, ésta posibilita o niega dar voz a la realidad (histórica, económica, sanitaria) que vivencian estas comunidades, que han sido las más castigadas y marginadas, desde la colonización a este tiempo.

Por este motivo, en consonancia con el planteo de Gómez y Trentini (2020:117-8), asumimos como premisa fundamental que: acceder a determinados derechos está vinculado con la capacidad de encarnar imágenes ideales o estereotipos. Dicho de otro modo, la conquista del acceso a ciertos derechos o intereses específicos, que se presentan categóricamente como derechos humanos básicos, generalmente, se ve obstaculizado por factores políticos, económicos y culturales, que obligan al sector vulnerado a tensionar las formas de expresión para que su voz sea tomada 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 construcción histórica. De allí que, tal como afirman las autoras:

“Cuando estos ideales o estereotipos son recuperados de manera acrítica invisibilizan las relaciones de poder y dominación y construyen al ‘otro’ como una identidad total, con lo que borran diferencias y construyen una verdad evidente más allá de los vaivenes de la historia”²⁴⁸.

Respecto a este constructo identitario, que se gesta como fruto de las resistencias que se producen entre la enfática distancia de poder, que portan las posiciones de clara dominación y las de profunda subordinación, resulta fundamental que las reivindicaciones culturales adquieran un papel de efectivo reconocimiento e insondable respeto²⁴⁹. De modo tal, que promuevan el quiebre de los estereotipos

²⁴⁸ Gómez y Trentini (2020), Op. Cit., pp. 117-8.

²⁴⁹ Respecto a esta necesidad de reconocimiento y respeto de su cosmovisión, por la que luchan históricamente los pueblos indígenas latinoamericanos, Gómez y Trentini (2020:117-8) afirman que: “(Las) marcas diacríticas como la lengua, las ceremonias, la vestimenta son las que apoyan el diálogo intercultural, debido a que el concepto de ‘cultura’ o asociado a la ‘identidad’ de ‘los otros’ es fuertemente esencialista y no acepta

de subalternidad, al que fueron arrojadas las comunidades indígenas de nuestro país. Sobre este aspecto, Gómez y Trentini (2020:117-8) afirman que: «para quienes se reconocen como indígenas o pueblos indígenas la cultura continúa siendo una categoría cargada de contenidos cerrados en un orden interno, más allá de los cambios y procesos históricos»

Consecuentemente, para promover el quiebre de los estereotipos de subalternidad, las comunidades indígenas de nuestro país plantean fuertes prácticas de activismo y visibilización, en las que las mujeres mapuche asumen el rol de denunciar la permanente violación de los derechos básicos de los pueblos originarios, como también a la violencia (institucional, social, económica y cultural), y la situación de subordinación y opresión, 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 formulación y su respectiva recepción. Según el planteo de Spivak, el subalterno no puede hablar en el sentido de que no puede ser oído, reconocido, comprendido. En tanto que se la relaciona con un acto de habla fallido (en el sentido de Austin, 1962). Puesto que, según Spivak, cuando el subalterno no puede hablar, quiere decir que incluso cuando el subalterno hace un esfuerzo para hablar, no es capaz de ser oído, o de completar un acto de habla [*Traducción propia*] (Spivak, 1996, pp. 287-308). En efecto, es en la habilitación real de puentes dialógicos, donde la importancia de que la enunciación, en este caso la denuncia, cobre el vigor y devenga en la concesión y reparación de los derechos históricamente vulnerados.

Por este motivo, el presente trabajo plantea la necesidad de reflexionar respecto a la importancia de adoptar, en el ámbito de la salud neuquina de Las Coloradas, una concepción de justicia epistémica. Puesto que dicha concepción de justicia permite comprender la violencia que se produce, desde el plano epistémico, 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 dominación e intercambio que posibilitan o niegan determinados tipos de identificación (Clifford, 1988, citado en Gómez y Trentini, 2020).

la conservación de los rasgos originarios de una cultura, en detrimento de otras que nos interpelan desde las milenarias relaciones de género, etnia y clase, primordialmente cuando emerge un sujeto político que ejerce y demanda titularidad de derechos sobre su cuerpo (Véase Feltri, 2016). De allí que, la injusticia epistémica genera y naturaliza prácticas de subordinación y de subalternidad dominantes sobre otras cosmovisiones culturales.

De esta manera, consideramos que debe replantearse de manera crítica el rol que desempeñan los diversos dispositivos institucionales (escuelas, hospitales, hospicios, ejércitos, iglesias, registros civiles), respecto a la colonialidad del poder, del saber, del ser y del vivir. Puesto que, la dominación que ejercen estos dispositivos en la articulación entre capitalismo, patriarcado y colonialismo es de gran envergadura. De allí que, tienen la capacidad de plantear como subalternas otras prácticas y conocimientos, que son reenviados al status de folklore, curandería, saber tradicional, educación familiar, todo ello en inferioridad material, ideológica y simbólica respecto del conocimiento científico²⁵⁰. En este sentido, resulta fundamental comprender el estado de situación al que se somete a las comunidades indígenas a las que se les infringe una posición subalterna respecto a las necesidades básicas que éstas presentan en el ámbito sanitario.

Tal como advierte Menéndez (1990), el proceso de salud/enfermedad/atención es un modo de constitución de los sujetos, de sus cuerpos y sus psiquis, y el padecimiento es un hecho social. Ambos están anudados a significados históricamente contruidos, que por medio de la atención se instituyen modos de pensar e intervenir²⁵¹. En este aspecto, ñmedicar es un acto político, así como también lo son atender, intervenir, tratar, internar. De allí que, ñestas prácticas y sus sustentos científicos (ideológicos) son procesos de saber/poder, anudamientos de control, habilitación y prohibición, normalización y legitimación de lo que puede hacerse con los padecimientos, quienes deben hacerlo y cómo hacerlo²⁵².

²⁵⁰ Véase Interculturalidad y salud. Capacitación. Op. Cit., pp. 54-5.

²⁵¹ Menéndez (1990) Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. CIESAS, México, 1990, citado en: Interculturalidad y salud. Capacitación. Op. Cit., pp. 54-5.

²⁵² Interculturalidad y salud. Capacitación. Op. Cit., pp. 54-5.

En efecto, resulta fundamental, en el marco de la salud neuquina, partir de una concepción de justicia epistémica, basada en el diálogo intercultural y respetuoso. Puesto que, la interculturalidad comienza a construirse modificando las prácticas cotidianas, en el contexto en el que se entrecruzan quienes están a cargo de hacer realidad las políticas de salud y quienes resultan ser sus beneficiarios directos²⁵³. Por ello, es importante entender que la clave está en el Nivel de Atención Primaria y en las acciones de promoción y cuidado, como así también, en los lazos sociales que se construyan a nivel comunitario con la población indígena²⁵⁴. Precisamente, es en este encuentro, que debe partir de la alteridad, donde deben construirse políticas públicas de salud que respondan no solo a los valores morales y culturales de la comunidad indígena Mapuche, sino también a lo que dicha comunidad reconoce como necesidad sanitaria desde su cosmovisión²⁵⁵.

²⁵³ De ahí la importancia de médicos/as, enfermeros/as, profesionales, auxiliares de la salud, personal administrativo, agentes sanitarios, personal de apoyo, que trabajan diariamente desde la Posta de Salud más alejada e inaccesible hasta los grandes Hospitales. [Interculturalidad y salud. Capacitación Op. Cit., p. 74].

²⁵⁴ Interculturalidad y salud. Capacitación, *Ibid*.

²⁵⁵ Respecto al reconocimiento de las necesidades propias, la comunidad mapuche, se enfoca en la presentación de un proyecto de Ley de Creación de Censo Nacional Indígena y Sistema de información propio de Indicadores para el Buen Vivir, cuya autoría pertenece al Tejido de Profesionales Indígenas y fue presentado por Mónica Macha. Esta presentación fue apoyada por diferentes referentes políticos territoriales de diferentes pueblos del país, que participaron en el Seminario Internacional de Pueblos Indígenas en el Censo 2020. También, participaron la Organización Nacional de Colombia, ONIC; los diputados Mónica Macha, Daniel Filmus y Horacio Pietragalla. [La necesidad de la presencia indígena en el Censo 2020: Entrevista a Verónica Azpiroz Cleffan, *Radioteca*, Op. Cit., 11 de septiembre de 2019. Recuperado el 02/11/2019].

CAPÍTULO 4

PROGRAMAS DE SALUD INTERCULTURAL EN LA PROVINCIA DE NEUQUÉN 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 Neuquén²⁵⁶, resulta interesante comenzar con una breve historización respecto a los lineamientos políticos que definieron las bases ideológicas de las políticas públicas llevadas a cabo en la atención 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 disposición de las partidas presupuestarias destinadas a estos efectos.

²⁵⁶ Tal como relata Beliera (2016), la provincia de Neuquén fue creada en el año 1955, cuando desde el gobierno nacional se tomó la decisión de dar autonomía a algunos de los denominados Territorios Nacionales. No obstante, este proyecto de autonomía política no se hizo efectivo en ese período, debido al golpe de estado nacional. De allí que, recién tres años después se desarrollaron las primeras elecciones gubernamentales, siendo electo el partido Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI). Este partido (UCRI) fue derrotado en las elecciones siguientes (las del año 1962), por el partido denominado: Movimiento Popular Neuquino (MPN), con Felipe Sapag como gobernador [Véase Beliera, A. *Pensar al Estado como ámbito de trabajo. Reflexiones a partir de la experiencia de trabajadores de salud pública de Neuquén (2005-2013)* en *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 higienismo²⁵⁸, como corriente filosófico-política de época, y con vistas a la construcción de las nuevas sociedades territorianas, la región de Neuquén demandó y gestionó la edificación de un Hospital. Este proyecto fue aprobado con un decreto entre el gobernador Adalberto Pagano²⁵⁹ y la Dirección Nacional de Arquitectura. Sin embargo, tal como relata Vega (2013), la historia oficial neuquina recuerda que el Congreso Nacional aprobó en 1910 un subsidio para instalar un hospital en Neuquén²⁶⁰, pero que, por maniobras políticas, lo desplazaron a la ciudad de Allen²⁶¹.

De este modo, entre tensiones y maniobras viciadas, se constituye el pasaje del territorio nacional a la conformación de la provincia de Neuquén²⁶². En ese mismo año asumió la gobernación Jorge Edelman y luego Alfredo Asmar, representantes de la Unión Cívica Radical Intransigente. En su mandato se elaboró una Constitución que contempló la creación de una Dirección General de Salud Pública y la división del territorio en Jefaturas de Zonas Sanitarias. Esta

²⁵⁷ Según Vega (2013), la historia de la construcción de hospitales regionales se inicia en 1906, cuando la Ley 4963 destina el 25 % de lo recaudado en la Lotería Nacional a la construcción de hospitales y asilos regionales [Vega, G. (2013), *Silencio 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 La memoria acerca de los modos de saber y hacer salud, como las formas arquitectónicas utilizadas, nos hablan de una etapa de construcción de la utopía higienista (Kohl A. 2006), utopía liberal, paradigma funcional y en armonía con un sistema dominante, expresión de un modelo económico de desarrollo agroexportador, simiente del capitalismo en gestación [Vega, G. (2013), *Silencio hospital, PROYECTO ALLEN*, é, Op. Cit.]. Del mismo modo, esta perspectiva higienista, se plantea en el marco de una moralidad que se erige como parámetro de intercambio monetario, como si ambos criterios (limpieza y moral) fuesen sinónimos, más allá del terreno sanitario, que nos permiten o nos niegan ser aceptados por el mundo para comerciar.

²⁵⁹ El presidente Agustín P. Justo designó a Adalberto Pagano como gobernador del Territorio Nacional del Río Negro. Asumió 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 años al frente de la gobernación siguen siendo, aún 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. Adalberto Pagano, aquel gobernador del Territorio que dejó un conjunto de obras de vigencia actual APP: *Agencia Periodística Patagónica*, 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 Según afirma Vega (2013): Al aprobarse el subsidio del Congreso Nacional, Neuquén solo debía esperar el inicio de la obra. En 1913 se destinó \$251.828,07 moneda nacional para la realización del Hospital Regional, pero el destino fue Allen (Río Negro) [Véase Vega, G. *Silencio hospital*, é, Op. Cit.].

²⁶¹ Véase Vega, G. *Silencio hospital*, é, Op. Cit. Tal como afirma Vega (2013). La construcción del Hospital Regional en Allen esconde una red de corrupción y negocios con la tierra. Para más información sobre este tema, recurrir a: Taranda, D., Perren, J., Mases, E., Galucci, L. y Casullo, F., (2008), *Silencio hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén*, de Educo, Universidad Nacional del Comahue.

²⁶² Recién en 1958, se provincializa el Territorio Nacional del Neuquén.

implementación consiguiendo efectivizar el traspaso y transferencia de los servicios sanitarios desde la jurisdicción nacional a la provincia²⁶³.

El clima que caracterizaba esta época se centró en un desarrollismo genérico²⁶⁴, que buscó impulsar la búsqueda de fuentes energéticas, erigiéndose como complejo industrial diversificado, sobre las bases desmoronadas del preliminar sistema agro-exportador²⁶⁵. En este sentido, los objetivos nacionales se enfocaron en descentralizar la perspectiva centro-periferia, promoviendo la creación de polos de crecimiento en distintos puntos del país, teniendo como contexto un fuerte influjo inmigratorio²⁶⁶.

Paralelamente, durante los años sesenta, en la provincia de Neuquén, surgió el Movimiento Popular Neuquino (MPN), en un marco político que promovía una mirada planificadora respecto a un desarrollo industrial, que aún no se condecía 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 básicos de bienestar y sobrevivencia²⁶⁷. Sin embargo, esta situación fue el escenario perfecto para que los jóvenes profesionales e intelectuales que llegaban a la provincia, tuvieran la posibilidad de insertarse prontamente en la trama social neuquina, en los diferentes ámbitos que se iban gestando, a la vez que, la autonomía política de la provincia se iba consolidando²⁶⁸.

En cuanto a la atención sanitaria, inicialmente, el abordaje se centró en un mensaje universalista, que presentaba el acceso a la salud desde un marco de

²⁶³ La política y la salud en la provincia del Neuquén durante la década de 1960 en: *Sistema de Salud de Neuquén*, Fondos de Centro de Documentación "Pensar en Salud" (CeDoPS). Disponible en website: [isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentación-Pensar-en-Salud-\(CeDoPS\)/Sistema-de-Salud-de-Neuquén/](http://isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentación-Pensar-en-Salud-(CeDoPS)/Sistema-de-Salud-de-Neuquén/) (Revisado el 3/9/2020)

²⁶⁴ Según Casullo, F. (2016:253-4), en la agenda del gobierno de Frondizi, comenzaba por entonces a ganar espacio la necesidad de promocionar determinadas regiones estratégicas, como medio para dinamizar al conjunto del país. Los elementos más evidentes de este propósito lo conforman: la creación del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y el auge de las regiones como instrumentos de planificación.

²⁶⁵ Véase Casullo, F. (2016), ¿Lo saludable de tener a mano un intelectual en el Estado? Antonio Del Vas y el Plan de Salud Neuquino. En: *Trayectorias de intelectuales en el Estado, actas de jornadas de discusión* / Castro, M. ... [et al.]; compilado por Gomes, G.; Vicente, M. - 1a ed. - San Fernando, p. 250.

²⁶⁶ *Ibid.*

²⁶⁷ Véase Casullo, F. (2016), ¿Lo saludable?, *Ibid.*, p. 251.

²⁶⁸ Sobre este aspecto Casullo (2016) afirma que: «se concretó un destacado crecimiento de los planteles médicos: si en 1960 había tan solo 24, para 1966 su cifra llegaba a 133. No menos relevante era, a estos efectos, la incorporación de otros especialistas, en particular en las áreas de bioquímica, obstetricia y enfermería. En cuanto a la infraestructura, el gobierno realizó una importante inversión en la construcción de instalaciones sanitarias en diferentes puntos de la provincia» [Casullo, F. (2016), ¿Lo saludable? *Ibid.*, p. 6].

derecho social inalienable. De esta manera, el aspecto sanitario, cobró un fuerte protagonismo, que supo ser aprovechado, mediante las políticas de intervención social provincial, por el primer líder del Movimiento Popular Neuquino, el gobernador Felipe Sapag²⁶⁹. De ahí que, tal como afirma Di Liscia, M. S. (2009), se impulsó un modelo estatal intervencionista bajo el impacto del desarrollismo, tanto en sus vertientes democráticas como autoritarias, que a la vez asumió como hecho fundamental la descentralización y co-financiamiento del sistema²⁷⁰. De esta manera, en el inicio de la década del sesenta, se comenzó la construcción del Hospital Bouquet Roldán y el Hospital de San Martín de los Andes. Asimismo, se refaccionaron y ampliaron distintos establecimientos hospitalarios y centros de salud²⁷¹.

Con el objetivo de promover el desarrollo y dar soluciones inmediatas en áreas tan delicadas, como: salud, educación y vivienda, en Neuquén, se creó el Consejo Provincial de Sanidad²⁷². Este organismo tenía por finalidad delimitar las grandes avenidas por donde circularía la asistencia sanitaria²⁷³. Así, partiendo de un alarmante diagnóstico respecto de la situación sanitaria y social, con altos índices de mortalidad infantil y sin atención médica para grandes extensiones del territorio, el naciente MPN proponía un sistema de salud destinado a mitigar las diferencias

²⁶⁹ Véase Di Liscia, M. S. (2009) *Reseña: El silencio hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén 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 había sido nombrado interventor en Neuquén bajo el gobierno de facto del general Juan Carlos Onganía, aunque ya había gobernado el territorio y sabía las necesidades urgentes que había cuando asumió como gobernador en 1963 [Cippitelli, M., *El Plan de Salud de Neuquén en el recuerdo de un pediatra. Osvaldo Pellón rememora el inicio del plan que cambió a la provincia* *LMNEUQUÉN*, Neuquén, 16 de febrero de 2020]. De esta manera, cuando en marzo del año 1970, tras la renuncia de Rodolfo Rosauer, asume la gobernación Felipe Sapag, nombra como ministro de Bienestar de la provincia al médico Alberto Del Vas, que fue el propulsor de un nuevo plan de salud de línea anti-corporativista. Asimismo, Del Vas designa a Néstor Perrone al frente de la Dirección General de Salud, al tiempo que intensifica el proceso de radicación en la provincia de sanitaristas y profesionales de la salud del resto del país [Publicaciones de la Sociedad de Medicina Rural del Neuquén (1980-2006)] en: Sistema de Salud de Neuquén, Fondos de Centro de Documentación "Pensar en Salud" (CeDoPS), Disponible en website: [www.isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentacion-Pensar-en-Salud-\(CeDoPS\)/Sistema-de-Salud-de-Neuquen/Publicaciones](http://www.isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentacion-Pensar-en-Salud-(CeDoPS)/Sistema-de-Salud-de-Neuquen/Publicaciones) (Revisado el 3/9/2020)].

²⁷⁰ Di Liscia, M. S. (2009) *Reseña: El silencio* a *Ibid.*

²⁷¹ La política y la salud en la provincia del Neuquén durante la década de 1960 en: *Sistema de Salud de Neuquén*, Fondos de Centro de Documentación "Pensar en Salud" (CeDoPS), Op. Cit.

²⁷² Evidentemente, este desarrollo se llevó a cabo entre 1958 y 1962, en un contexto político signado por una democracia restringida, en la que el peronismo estaba proscripto [Para mayor profundización del contexto histórico-político véase Casullo, F. (2016), Op. Cit., p. 253].

²⁷³ Véase Casullo, F. (2016), Op. Cit., p. 253.

regionales y sociales²⁷⁴. En palabras de Sapag, resultaba necesario "dotar a los centros asistenciales fijos y crear una asistencia ambulatoria que proteja la población y en especial a la niñez"²⁷⁵.

Bajo la urgencia de resolver una situación acuciante, se generó un modelo sanitario que distribuía responsabilidades entre distintas asociaciones intermedias. En este sentido, se crearon el Instituto de Seguridad Social y la obra social para empleados públicos, como una consecuencia lógica de esta etapa²⁷⁶. Del mismo modo, comenzó a producirse una vinculación más estrecha entre el Estado, como generador de recursos, y las prestadoras privadas (clínicas y profesionales), en tanto destinatarias de los mismos²⁷⁷. No obstante, en esta trama de acuerdos favorecedores del sector privado, el modelo sanitario presentado mostró evidentes avances²⁷⁸. De allí que, tal como afirma el doctor Osvaldo Pellón (2020): "En el primer año desde que se aplicó el Plan de Salud en la provincia de Neuquén se evitó la muerte de 40 niños. Y en los años sucesivos la mortalidad infantil bajó a la mitad"²⁷⁹.

De esta manera, este proyecto que resultó ser clave para el desarrollo de la Salud Pública neuquina, en tiempos de dictadura, con la venia de Juan Carlos Onganía, se resguardó como un Plan de Salud verdaderamente original y distinguido, con fuerte impacto social. Esta situación permitió, por un lado, incrementar la cantidad de médicos a partir de estudios especializados y, por otro lado, planificar la infraestructura sanitaria, a partir de crear un número importante de hospitales y centros de atención de complejidad variable, centrados en la atención sanitaria de los sectores más vulnerables²⁸⁰.

²⁷⁴ Di Liscia, M. S. (2009) *Reseña: "Silencio"* a Op. Cit., p. 186.

²⁷⁵ Sapag, Felipe, (1994), pp. 20-24, citado en: Casullo, F. (2016), Op. Cit., p. 254.

²⁷⁶ Véase Di Liscia, M. S. (2009) *Reseña: "Silencio"* a Op. Cit., p. 186.

²⁷⁷ Véase Di Liscia, M. S. (2009), *ibid*.

²⁷⁸ Según relata Di Liscia (2009), este Plan de Salud fue considerado como uno de los mayores éxitos del gobierno provincial del Movimiento Popular Neuquino, y por este motivo, fue utilizado políticamente como ejemplo de propuesta exitosa, tanto desde el punto de vista de la planificación técnica, como de sus efectos sociales. Del mismo modo, tal como afirman desde el Centro de Documentación "Pensar en Salud" (CeDoPS): "Con Rodolfo Rosauer como interventor militar de la provincia, y a partir de la llegada de Alfredo Chertudi a la Dirección de Salud Pública, se inician los trabajos de relevamiento y estudio de las problemáticas sanitarias de la provincia, un primer paso que luego se recuperará en la elaboración de un "Plan de Salud". Entre estos estudios se destacaron el Programa sanitario preliminar de Acción Contra la Tuberculosis, Hidatidosis y Mortalidad Infantil (THIM) de 1968 y el Programa de Salud "Zona Sanitaria III".

²⁷⁹ Cippitelli, M., "El Plan de Salud de Neuquén" a Op. Cit.

²⁸⁰ Di Liscia (2009), Op. Cit., pp. 186-187.

Del mismo modo, finalizando los años setenta, se fundó la Sociedad de Medicina Rural del Neuquén en la ciudad de Zapala. Desde sus primeros años, esta Sociedad, se posicionó como un espacio de agremiación médica e intercambio científico, nucleando a los trabajadores de la salud, principalmente a aquellos que se desempeñaban en ámbitos rurales y en estrecha relación con las comunidades de la provincia²⁸¹.

Así, todas estas satisfactorias medidas suscitadas durante los años setenta, que resultaron ser contrarias a las políticas gestadas en el período de la dictadura militar²⁸², fueron prolongadas durante las dos décadas que siguieron. No obstante, a pesar del notable desarrollo propulsado por estas políticas en el ámbito sanitario público neuquino, se produjo un profundo quiebre y retroceso en los años noventa. Evidentemente, este período testificado por políticas neoliberales, significaron una fuerte desinversión en el sistema público, con una marcada pérdida de recursos profesionales²⁸³.

A partir de esta situación, los gobiernos siguientes sostuvieron un coherente proyecto de permanente declive y desfinanciamiento del sector público sanitario, que en nada se asemeja al proyecto iniciado en los tiempos de la provincialización de Neuquén. De ahí que, tal como afirma Di Liscia (2009:187-8), éste nuevo juego, alentado por las corporaciones médicas, significó una profunda ruptura con el modelo de hospital del Plan de Salud y puso el acento en el traslado de recursos del erario público al sector privado.

Partiendo de esta caracterización, actualmente, pueden distinguirse dos tipos de atención sanitaria, la primera refiere a la población carente de obra social y recursos, y la segunda, a la población con obra social (especialmente la de empleados públicos). Dicho de otra manera, la atención 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 único

²⁸¹ «Publicaciones de la Sociedad de Medicina Rural del Neuquén (1980-2006)» en: *Sistema de Salud de Neuquén*, Fondos de Centro de Documentación "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 organización sanitaria provincial revela la permanencia de la actividad pública en la salud.

²⁸³ *Ibid*, p. 187.

que tiene posibilidades de incrementar su inversi3n y volumen de recursos de manera peri3dica²⁸⁴.

En efecto, actualmente, los hospitales p3blicos neuquinos han quedado sumidos a un rol que, lejos de ser planificado y din3mico, se caracteriza por su papel asistencial. A raz3 del deterioro laboral, de las prestaciones y de la infraestructura p3blica²⁸⁵. Sin embargo, m3s all3 del menoscabo de las condiciones actuales del sistema sanitario neuquino, las l3neas de trabajo proyectadas para el a3o en curso, se enfocan en: la descentralizaci3n del sistema por niveles de gesti3n, la jerarquizaci3n de los Centros de Salud (como primer nivel de atenci3n), y el proceso de articulaci3n y de una nueva estrategia respecto de las Residencias profesionales²⁸⁶. Veremos m3s adelante c3mo se plantean estas pol3ticas sanitarias en el marco del Plan de Salud Provincial 2019-2023, puesto en marcha. Del mismo modo, analizaremos si este Plan contempla lineamientos pol3ticos (y presupuestarios) espec3ficos, respecto a la atenci3n sanitaria intercultural de las comunidades ind2genas de Neuqu3n.

4.1. PROGRAMAS DE SALUD APLICADOS EN LA PROVINCIA DE NEUQU3N Y EN LAS COLORADAS

Antes de abordar los programas de salud aplicados en la provincia de Neuqu3n, y particularmente, en Las Coloradas, resulta pertinente partir de la caracterizaci3n sanitaria de dicha localidad, para concentrarnos luego, no solo en las condiciones de acceso a la salud que las mujeres mapuche han tenido hist3ricamente, sino tambi3n en los condicionantes sociales que poseen en la actualidad. Esto nos permitir3 vincular la situaci3n particular de la atenci3n sanitaria de las mujeres mapuche, con la aplicaci3n concreta de los Programas de Salud Interculturales aplicados en Neuqu3n, y en Las Coloradas. A partir de all3, nos centraremos en las

²⁸⁴ V3ase Di Liscia (2009:187-8), Op. Cit.

²⁸⁵ *Ibid*, pp. 187-188.

²⁸⁶ rSe realiz3 un encuentro sobre pol3ticas de Salud 20203 Ministerio de Salud de la Provincia del Neuqu3n, 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/>

características que tiene la atención sanitaria de partos de mujeres mapuche en la localidad de Las Coloradas.

Ahora bien, para caracterizar el sector sanitario del pueblo Las Coloradas²⁸⁷, comenzamos inicialmente afirmando que esta localidad se encuentra ubicada en el sudoeste de la provincia del Neuquén, Argentina, a unos 320 km de la ciudad de Neuquén²⁸⁸ (Ver mapa, adjunto en el apartado: "Anexos"). Asimismo, esta localidad, se comunica con Zapala (que se encuentra a 140 km al noreste) por la Ruta Nacional 40, y con Junín de los Andes (90 km al sureste). La ruta provincial 24 empalma con la 40 y es el acceso directo al municipio a través de 20 km de ripio. La localidad Las Coloradas cuenta con una población de 880 habitantes (según Indec, 2010), de los cuales 456 son varones y 424, mujeres²⁸⁹. Asimismo, Las Coloradas²⁹⁰, localidad rodeada de estancias privadas y comunidades mapuche²⁹¹, es el único 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 versión oficial y más difundida dice que proviene del año 1912, cuando Don Manuel de Villalba, arribó desde Mercedes, Provincia de Buenos Aires el primer arreo de vacas coloradas. Otra versión se vincula al criado de caballos dividido en tres grandes lotes, coincidiendo el último (Pampa de Las Coloradas, donde criaba animales de pelaje colorado) con la zona donde, tiempo después, se creó la localidad. La última versión 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 también tierras y animales. Esta familia poseía tres estancias muy conocidas: La Verde, La Blanca y La Colorada (los tres colores de la bandera italiana) y la ubicación de la última coincidiría con el lugar donde actualmente se halla el pueblo. Esta familia, según Bandieri (2000) es un grupo de poder de comerciantes-ganaderos de origen ultramarino que se radicaron tempranamente en Neuquén e iniciaron su proceso de acumulación a través del comercio, la ganadería y la adquisición de tierras.

²⁸⁸ Según García Gualda (2017a: 196): "El área de Las Coloradas [é] en los últimos años 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 construcción de una hostería municipal. A la par, se ha intentado instalar la empresa minera Southern Copper dedicada a la explotación, 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 ríos *Catan Lil* y *Picun Leufu*. Este avance de la ofensiva extractivista impulsó la organización y acción política de los/as vecinos/as de Las Coloradas y, fundamentalmente, de las comunidades mapuche afectadas de forma directa".

²⁸⁹ Información disponible en: <https://www.municipalidad-argentina.com.ar/municipalidad-las-coloradas.html#mapplan>. No obstante, según los registros de informes sanitarios presentados por el Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén en marzo de 2018, actualmente, la población de Las Coloradas supera los 1.800 habitantes.

²⁹⁰ Al caracterizar el funcionamiento político del Municipio de Las Coloradas, García Gualda (2017a:195) relata que esta localidad ha sido históricamente gestionada por gobiernos remanentes que han atravesado en los últimos años una serie de crisis institucionales profundas. Según la autora, los conflictos generaron que durante dos meses se detuviera la vida institucional en Las Coloradas. La indignación social se originó a partir de hechos de corrupción llevados a cabo por el intendente, Daniel Mazzini, lo cual había generado su destitución. La posterior restitución del mandatario, llevada a cabo por el Tribunal Superior de Justicia de Neuquén, motivó una serie de hechos violentos que trascendieron en los medios regionales, entre ellos el incendio de la tesorería municipal en 2010.

²⁹¹ Según García Gualda (2017a:197): "Tierra adentro, en los márgenes de la urbanidad, estos territorios se erigen como zonas de sacrificio y los/as mapuche -empobrecidos, atravesados y disciplinados por prácticas clientelistas y violentas- son colocados por el Estado en el lugar de cuerpos sacrificables a favor del capital".

cinco²⁹² comunidades mapuche, estas son: Cayupñ, Felipñ, Paineo, Cayulef y Rams²⁹³.

Por otra parte, Las Coloradas, junto con los establecimientos de San Martñ de los Andes, Junñ de los Andes y Villa la Angostura, conforman la zona sanitaria IV²⁹⁴ (Vase *Gráfico 1*) de Neuquñ. Esta zona es la segunda mñs poblada de la provincia (63.979 habitantes) y atiende al sector sur, teniendo como cabecera a San Martñ de los Andes²⁹⁵.

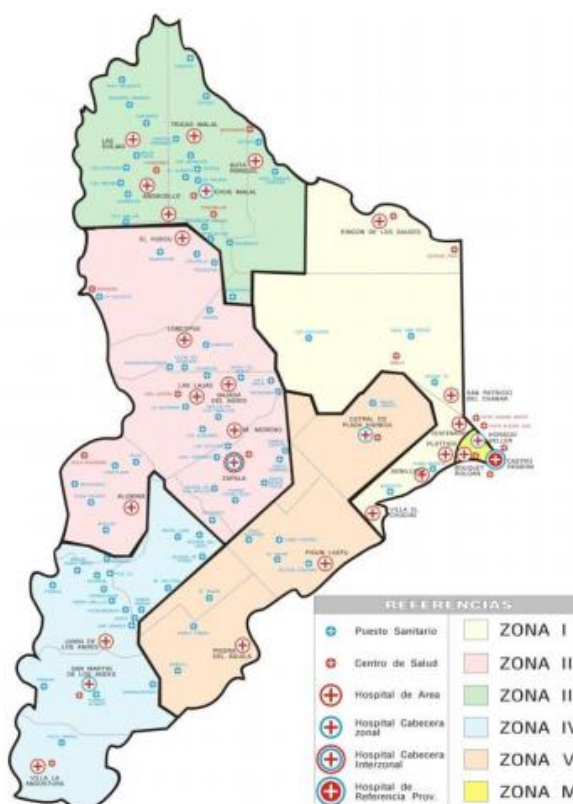
²⁹² Segñ el listado de comunidades indgenas con personería jurídica registrada y/o con relevamiento tcnico, jurídico y catastral del 20/08/2020. Disponible en: <http://datos.jus.gob.ar/dataset/listado-de-comunidades-indigenas/archivo/ed21e2f7-961f-4b19-8a00-0030c6cdd6ef> (Revisado el 02/09/2020).

²⁹³ Estas comunidades mapuche de Las Coloradas (que el 30 de mayo de 2019 habñan recibido las carpetas que reconocen la ocupaciñ actual, tradicional y pñblica 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 situaciñ, 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 estñn sufriendo profundas dificultades para acceder al cobro del IFE (Ingreso Familiar de Emergencia). Puesto que, no cuentan con acceso a internet para realizar los trñmites y, por otro lado, por las medidas de ASPO, se suspendiñ el transporte pñblico desde los parajes rurales hasta las ciudades. En efecto, viajar para realizar trñmites a oficinas del Anses o del Correo Argentino puede costarles hasta 4.000 pesos. Sandra Ferrero, del Equipo Nacional de Pastoral Aborigen (Endepa), señaala que el cobro del IFE para las comunidades mapuche se volviñ muy difñcil. Las comunidades suelen tener mala señaal de telñfono, mucho mñs difñcil es el acceso a internet. En algunos casos, el IFE fue denegado a mapuche que han trabajado el añlo pasado como jornaleros en estancias. Por otro lado, la leña y el apoyo alimentario del gobierno provincial no habrña 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 bñsicos (alimentos, productos de limpieza). Informaciñ disponible en website: https://www.territorioindigena.com.ar/Casos?id_conflicto=353 (Covid-19 - Territorio Indgena - Amnistía Internacional Argentina) Revisado el 01/09/2020.

²⁹⁴ Segñ relata Estrella (2017), la Zona Sanitaria IV estñ compuesta por los departamentos de Huiliches, Lñscar, Catññ Lil y Los Lagos, de acuerdo a la regionalizaciñ provincial efectuada a principios de los añlos 70, como parte de la organizaciñ del Plan de Salud.

²⁹⁵ Informaciñ recabada el 24/06/2020 en pñgina web del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquñ. 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 Neuquén.

En materia sanitaria, este municipio cuenta con el Hospital Carlos Potente de Las Coloradas que, como ya se mencionó, 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 Público del Área Programática de la Zona IV, cuenta con 45 agentes según los datos publicados por el Ministerio de Salud Neuquino (véase Tabla 1). Este se encuentra conformado por: 3 médicos, 1 psicólogo, 10 enfermeros y ningún odontólogo (véase Tabla 2).

Además de contar con una dotación de 14 camas, y una guardia recientemente inaugurada²⁹⁶.

Tabla 1: Recursos Humanos del Subsector Público según agrupamiento. Provincia de Neuquén. Año 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

Fuente: Dirección de Estadística en base a datos de la Dirección General de Desarrollo Organizacional, según liquidación de haberes marzo 2018. Ministerio de Salud. Provincia del Neuquén.

Del mismo modo, con la intención de observar la variable referida a la cantidad de profesionales en el sistema público sanitario de Las Coloradas, podemos notar que estos números variaron respecto a los presentados el año anterior (Véase Tabla 2 y 3). De allí que, según la última información publicada en 2018, por la Dirección de Estadística²⁹⁷, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén, la localidad de Las Coloradas cuenta una cantidad de profesionales (médicos y licenciados) y enfermeros, que resulta ser menor o igual a la cantidad que poseía en el año anterior²⁹⁸. Este dato resulta ser de gran relevancia, debido a que,

²⁹⁶ Guardia inaugurada el 5 de diciembre de 2019. Información 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. Información recabada por la Dirección de Estadística, en base a datos de la Dirección Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Provincial Neuquino, según liquidación de haberes de marzo 2018.

²⁹⁸ Según los datos recabados en el informe sanitario anual publicado en el 2017, la Dirección de Estadística en base a datos de la Dirección General de Desarrollo Organizacional, según liquidación de haberes marzo 2017. Ministerio de Salud. Provincia del Neuquén.

mientras el plantel de profesionales de la salud se mantiene estable o disminuido en cantidad, la población en este paraje se ha incrementado en un 1,5% del total en el transcurso de ese mismo año (Véase Tabla 2 y Tabla 3).

Tabla 2: Distribución de médicos, enfermeros, odontólogos y psicólogos, total y cada 10.000 habitantes, según el Área Programática en la Zona Sanitaria IV. Subsector Público. Provincia del Neuquén. Año 2017²⁹⁹

Áreas 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
Junín 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

Fuente: Dirección de Estadística, en base a datos de la Dirección General de Desarrollo Organizacional. Ministerio de Salud. Provincia del Neuquén.

En consonancia con lo afirmado por el Ministerio de Salud Provincial Neuquino en el Libro de indicadores 2017, publicado el año siguiente, convenimos que la densidad de personal sanitario por habitante es un indicador relevante que permite analizar los aspectos de distribución y acceso territorial de la población a la atención de salud. Si bien, no existe consenso con respecto al nivel óptimo de agentes de salud por habitante y para su correcta interpretación, es claro que deben tomarse en cuenta múltiples factores, como: la estructura de la población; los modelos de

²⁹⁹ Para un correcto análisis de esta información cabe recordar que este indicador está calculado solamente en base a los médicos del Subsector Público de Salud. Según el Ministerio de Salud Neuquino, la Zona Sanitaria IV es la que presenta una distribución más homogénea en cuanto a la cantidad de médicos por 10.000 hab. por cada Área Programa. [Informe de Estadística y Epidemiológica. Neuquén, 2016. Libro de Indicadores. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud. Dirección General de Información Sanitaria, Gobierno de la Provincia del Neuquén, 2018. Revisado el 20/7/2020, en website: www.saludnqn.gob.ar/saladesituacion/]

organizaci3n de efectores y servicios; los modelos de utilizaci3n de los mismos por parte de la poblaci3n, etc.³⁰⁰

Por este motivo, considerando la variable de recursos humanos del subsector p3blico sanitario correspondiente a Las Coloradas, resulta claro que la cantidad de profesionales pertenecientes al Hospital P3blico y Postas Sanitarias (de tres m3dicos y solo un psic3logo) parecen ser un n3mero muy reducido para atender de manera adecuada a una poblaci3n que supera a los 1.800 habitantes (V3ase Tabla 2 y Tabla 6). M3s a3n, si se espera que este personal sanitario trabaje con la formaci3n, el compromiso y el respeto que reviste la atenci3n intercultural de las cinco comunidades mapuche que residen en la localidad.

Tabla 3: M3dicos, enfermeros, odont3logos y psic3logos, total y cada 10.000 habitantes, seg3n el 3rea Program3tica en la Zona Sanitaria IV. Subsector P3blico. A3o 2016. Provincia del Neuqu3n

Areas Program3ticas	Poblaci3n 2016 (1)	Recurso Humano del Subsector P3blico							
		M3dicos		Enfermeros		Odont3logos		Psic3logos	
		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 Mart3n de los Andes	33.937	71	20,9	103	30,4	10	2,9	8	2,4
Jun3n 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: Direcci3n de Estadística en base a datos de la Direcci3n Provincial de Recursos Humanos, seg3n liquidaci3n de haberes Marzo 2017. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu3n.

(1) Poblaci3n al 01/07/2016 seg3n 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 "m3nimos", sino tambi3n suficientes para cubrir las necesidades de atenci3n de la poblaci3n, aunque se trate,

³⁰⁰ Libro de indicadores, 2017. Informaci3n recabada por la Direcci3n de Estadística, en base a datos de la Direcci3n Provincial, 3 , Op. Cit., p. 16.

como en el caso de Las Coloradas, de un número reducido de habitantes. En este sentido, se ha ampliado la red de efectores en esta localidad a partir de la incorporación de un nuevo Puesto Sanitario (Véase Tabla 4 y Tabla 5), según establece el Libro de indicadores, 2017.

Sin embargo, la anexión de este nuevo establecimiento sanitario, como se demostró antes, no fue acompañada, en términos cuantitativos, con un incremento en la cantidad de personal profesional (Véase en Tabla 6 la cantidad de consultas atendidas en el registro del último año publicado). Incluso, se pone en evidencia que, desde el año 2016 al 2017, además de no haberse incrementado la cantidad de personal médico, acompañando el crecimiento poblacional, se han producido dos bajas en la especialidad de odontología (Véase Tabla 2 y Tabla 3). Consecuentemente, esta situación obliga a los habitantes de Las Coloradas a movilizarse a otros departamentos para poder ser tratados por estos especialistas.

Tabla 4: Red de efectores de Salud. Año 2017. Provincia de Neuquén

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

En materia financiera, el sistema sanitario neuquino afirma, desde la Dirección Provincial de Prestaciones y Recupero Financiero, que considera que el proceso salud-enfermedad-atención requiere la conjunción de distintos recursos:

económicos, organizacionales, humanos, tecnológicos, 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 función de producción 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 equidad³⁰².

Tabla 5: Red de efectores de Salud. Año 2016. Provincia de Neuquén

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 Dirección Provincial de Prestaciones y Recupero Financiero se propone "recuperar"³⁰³ el costo de los servicios de atención médica asistenciales brindados a pacientes con alguna cobertura, ya sea de Obras Sociales y Entidades similares, compañías de seguros, ART entre otras; promoviendo de esa manera, la redistribución de esos fondos al Subsector público no solo evitando generar gastos extras al paciente, sino también garantizándole la gratuidad³⁰⁴. Recordemos que, como se mencionó al comienzo del capítulo, en este aspecto, la provincia de

³⁰¹ Libro de indicadores, 2017. Información recabada por la Dirección de Estadística, en base a datos de la Dirección Provincial, *é*, Op. Cit., p. 20.

³⁰² *Ibid*, p. 22.

³⁰³ En septiembre del año 2016 se sancionó la nueva Ley N°3012 de Recupero Financiero de Servicios de Salud, destacando que después de 34 años se derogó la anterior Ley N°1352 del año 1982 de Arancelamiento Hospitalario, trabajando intensamente en las cuestiones operativas para su implementación; tanto en las gestiones que deben realizar los efectores del Sistema Público Provincial de Salud como en los procesos inherentes al cobro ejecutivo [Libro de indicadores, 2017 *é*, Op. Cit., p. 22].

³⁰⁴ *Ibid*.

Neuquén, como producto del desfinanciamiento del sector público sanitario iniciado en los años 90 y continuado hasta la actualidad, tiene un fuerte distanciamiento entre los sectores sociales que acceden a la atención sanitaria estatal y los que acceden a la privada (es decir, todos los pacientes que poseen algún tipo de cobertura).

Tabla 6: Consolidado de consultas médicas según Establecimiento y modalidad de atención, por Zona Sanitaria. Subsector Público. Año 2017³⁰⁵

Establecimientos	Población 2017 (1)	Total Gral	Hospital				Centros de Salud (2)		Área Rural	% Guardias (4)	Consult. 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 Martín 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 Junín 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: Dirección de Estadística. Ministerio de Salud. Provincia del Neuquén

Por otra parte, respecto a la estructura poblacional, en Neuquén, se observa un marcado cambio, vinculado a: tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen estables o en descenso. Así, como consecuencia, se evidencia principalmente una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores. Para el censo 2010, según proyecciones realizadas por INDEC, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 36 niños entre 0 y 4 años; para 2017 esta cifra descendió a 35, y para el 2020 se sitúa en un valor de 33³⁰⁶.

³⁰⁵ (1) Población al 01/07/2017 según estimaciones del Ministerio de Salud del Neuquén, en base a datos Censo 2010. (2) Consultas en Centros de Salud Incluye Consultas Programadas y Guardias. (3) Porcentaje de Atención 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 relación al total de consultas programadas del hospital (excluida el área programa). (4) Porcentaje de Atención por guardia calculado en base al total de consultas o sea es el porcentaje de las consultas de guardia en relación al total de consultas (incluida el área programa).

³⁰⁶ Libro de indicadores, 2018. Información recabada por la Dirección de Estadística y Epidemiología, en base a datos de la Dirección Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Provincial y Desarrollo Social Neuquino.

En cuanto a la variable demográfica por sexo, según las últimas proyecciones poblacionales del INDEC publicadas, para el 1 de julio del 2017, la Provincia cuenta con una población total de 637.913 habitantes, con un crecimiento proyectado de 11,5% respecto del Censo 2010; el 49,74% (317.278) de la población son varones y el 50,26% (320.635) mujeres. La relación varón/mujer es de 99 varones, por cada 100 mujeres³⁰⁷.

Asimismo, en 2017 la población menor de 15 años correspondía al 26,2% (167.260 personas) de toda la población, mientras que actualmente, en 2020, con el continuo descenso en las tasas de natalidad ocurrido, representa el 25,5% de la población. Análogamente, sucede con el porcentaje de mayores de 65 años, que constituye el 8,2% de toda la población para el 2017, mostrando un incremento en 1,6 puntos porcentuales con respecto a 2010. Actualmente, se ha profundizado aún más esta proporción, llegando a un 9,1%³⁰⁸.

Tabla 7: Indicadores sociodemográficos seleccionados según Área Programa. Provincia del Neuquén. Año 2017

Áreas Programáticas	Población 2017 (1)	Nº Nacidos Vivos 2017 (2)	Población < de 15 años 2017	Población > de 64 años 2017	Índice de Masculinidad 2017 (3)	Índice 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

Fuente: Dirección de Estadística. Ministerio de Salud. Provincia del Neuquén³⁰⁹.

³⁰⁷ *Ibid.*

³⁰⁸ *Ibid.*

³⁰⁹ (1) Población al 01/07/2017 según estimaciones del Ministerio de Salud y Desarrollo Social en base a datos Censo 2010. (2) Nacidos vivos según residencia materna. (3) Índice de Masculinidad: Cantidad de hombres cada 100 mujeres. Calculado en base a estimaciones de población por Área Programa. (4) El Índice de Dependencia Económica: es una razón cuyo numerador está representado por la sumatoria de la población < de 15 años y la > de 65 años y el denominador es la población entre 15 y 65 años, considerada la población económica activa (PEA). Este índice muestra el esfuerzo que la población económica activa (PEA) debe realizar para cubrir las necesidades de la población más vulnerable (niños y adultos mayores), es decir, la relación entre la demanda de servicios sociales y la capacidad potencial para financiarlos. La tasa de dependencia es un indicador de la "sustentabilidad" económica. Calculado en base a estimaciones de población por Área

En cuanto a los indicadores sociodemográficos abordados hasta el momento, en el área de Las Coloradas (Véase Tabla 7)³¹⁰, la información presentada en el año 2018 por el Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén, muestra correspondencia con lo que sucede en el resto de la provincia. Consecuentemente, la provincia argumenta que esto se debe a que, según las estimaciones realizadas por el INDEC, la Provincia de Neuquén tiene la esperanza de vida³¹¹ más alta del país en mujeres³¹² y, la segunda en varones³¹³.

Por último, resulta interesante abordar la última información publicada por la Provincia de Neuquén, 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. Allí, veremos que, el Sistema Informático Perinatal (SIP)³¹⁴, que resulta ser un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales, permite monitorear el circuito de atención en las distintas zonas sanitarias y los riesgos potenciales poblacionales. Evidentemente, nosotros nos centraremos en la Zona IV (Véase Tabla 8).

De allí que, según este Sistema lo esperado es que el porcentaje de embarazos de alto riesgo no supere el 35%. A su vez, por regionalización de

Programa. **(5)** NÁde Nacidos Vivos cada 1.000 habitantes. **(6)** NÁde Nacidos Vivos cada 1.000 mujeres de 15 a 49 años. [Fuente: Dirección de Estadística. Ministerio de Salud. Provincia del Neuquén, 2018].

³¹⁰ De hecho, si se establece un análisis comparativo entre los nacimientos producidos en Las Coloradas en el último año publicado (2018), y el anterior, se produce una reducción de 4 nacimientos en el año (que representan el 17, 4% del total de nacimientos del año anterior). Sucede lo inverso con la población de los mayores de 65 años, puesto que, en el año 2018, se ha producido un leve incremento de esta población del 0,75%.

³¹¹ Este indicador mide la estructura de mortalidad de una sociedad. De ahí que, expresa el promedio de años que se espera que viva una persona bajo las condiciones de mortalidad del período en que se calcula, y constituye de hecho un indicador sintético por excelencia para caracterizar las condiciones de vida, de salud, de educación y de otras dimensiones sociales de un país o territorio. Una de sus cualidades es la independencia de la estructura de edad de la misma. [Fuente: Dirección de Estadística. Ministerio de Salud. Provincia del Neuquén, 2018].

³¹² En Neuquén, según la esperanza de vida, las mujeres viven en promedio, en el año 2020: 82,85. Se estima que este indicador en el año 2025, será de 83,65. [Fuente: INDEC. Proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Dirección de Estadística. Ministerio de Salud. Provincia del Neuquén, 2018].

³¹³ En el caso de los hombres de Neuquén, el indicador esperanza de vida en el año 2020, se calcula en: 76,39, mientras que para el año 2025, será de: 77,23 [Fuente: INDEC. Proyecciones elaboradas en base a resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Dirección de Estadística. Ministerio de Salud. Provincia del Neuquén, 2018].

³¹⁴ El SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para el uso en los servicios de Obstetricia y Neonatología de instituciones que atienden mujeres y recién nacidos sanos o con complicaciones menores. El SIP permite que los datos de los Hospitales de Cabecera o Clínicas puedan ser ingresados a una base y así producir informes locales. A nivel provincial, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, u otras características poblacionales específicas [Libro de indicadores, 2018. Información recabada por la Dirección de Estadística y Epidemiología, Op. Cit., p. 50].

maternidades en la provincia los embarazos con patolog²a, menores de 37 semanas de gestaci³ n y/o con sospecha de RCIU (Restricci³ 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 neonatal³¹⁵.

En el caso de Las Coloradas, seg¹ n puede observarse en la Tabla 8, durante el 1⁴ timo per²odo publicado en 2018, ocurrieron 11 partos. Si bien, de estos ninguno present³ 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 1⁴ timo 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 ning¹ n momento del embarazo.

Tabla 8: Resumen de variables seleccionadas en Embarazadas registradas en el Sistema Inform³tico Perinatal (SIP). Subsector P¹ blico de la Provincia del Neuqu³ n. A³ o 2017³¹⁶

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
Junín 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

Fuente: Direcci³ n de Estad²stica. Ministerio de Salud. Provincia del Neuqu³ n

³¹⁵ Libro de indicadores, 2018. Informaci³ n recabada por la Direcci³ n de Estad²stica y Epidemiolog²a, Op. Cit., p. 50.

³¹⁶ (1) Total nacimientos por SIP y (2) Incluye al Embarazo Gemelar.

Según plantea el Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén (2018), la recomendación de la OMS es que el porcentaje de cesáreas no debería superar el 19%, porque tasas superiores no se correlacionan con la disminución de la mortalidad materna ni neonatal, pero sí con mayor riesgo de complicaciones. En la Provincia del Neuquén, para el período analizado se encuentra un 46.3% de nacimientos por cesárea. En el Subsector público este porcentaje es de 31.6%, mostrando un aumento en relación con los años previos y siendo el valor más alto de la tendencia analizada (1999-2017) y, estas cifras se profundizan más aún en el ámbito 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 atención hospitalaria del parto "respetado" adhiriendo al modelo de Maternidad Centrada en la Familia, que ofrece una asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién 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 eficiencia³¹⁸.

Por este motivo, desde este Ministerio afirman que, en los últimos 5 años, se ha cuadruplicado el número de Licenciadas en obstetricia dentro del subsector público del sistema de salud, siendo según la OMS el recurso idóneo para la asistencia integral de la mujer. Estas profesionales realizan el control del embarazo, la preparación 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 sistema³¹⁹. Resulta evidente que estas líneas de trabajo, también, deben perfilarse para el logro de una atención de parto intercultural, en el que la mujer mapuche logre enunciar y construir dialécticamente con la biomedicina, no solo un marco de acción que evite el riesgo de complicaciones maternas e infantiles vinculadas a la realización de procedimientos no necesarios, sino también, un modelo de atención que responda a su cosmovisión cultural.

³¹⁷ *Ibid*, p. 54.

³¹⁸ *Ibid*.

³¹⁹ *Ibid*.

De esta manera, sin ánimo de reducir el análisis a la descripción de lo declarado por los documentos programáticos de gestión elaborados por las cúpulas estatales, resulta interesante indagar acerca de las características que plantea el Quinto Plan Provincial de Salud, presentado en Neuquén en junio de 2019, para los años 2019-2023, con el objetivo de analizar si plantea un enfoque intercultural para el abordaje de la atención sanitaria de partos. Precisamente, este Plan se organiza en ocho ejes estratégicos de trabajo: cuatro centrados en las personas y la comunidad, para trabajar la salud y su relación con los cambios sociales, económicos, 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 salud³²⁰.

Ahora bien, para caracterizar brevemente este Plan, retomamos lo planteado por la Ministra de Salud, Andrea Peve, quien, como se afirmó anteriormente, confirmó las líneas de trabajo para el año en curso, vinculadas a: la descentralización³²¹ del sistema por niveles de gestión, la jerarquización de los Centros de Salud, y el proceso de articulación y de una nueva estrategia respecto de las Residencias profesionales. De esta manera, Peve (2019) enfatiza en la necesidad de pronunciar la descentralización, debido a que: «la burocratización de procesos obstaculiza las gestiones y el propósito es recuperar la esencia histórica del sistema como tal y para esto, se plantea potenciar las zonas sanitarias y entenderlas como unidad singular junto a sus efectores»³²².

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

³²⁰ «Gutiérrez participó de la sexta Jornada de Trabajo Territorial de Salud» Neuquén Informa, Subsecretaría de Prensa, Ministerio Jefatura de Gabinete, Gobierno de la Provincia de Neuquén. 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 política planteada durante el año 2019 (cuando fue anunciado el Plan), actualmente (en el año 2020), se ve fuertemente rebatida por los empleados públicos de los hospitales neuquinos, puesto que el sistema de salud se encuentra completamente colapsado producto de la pandemia por COVID-19. De ahí que, proponen unificar los subsistemas: público, privado y de obras sociales bajo la órbita estatal para enfrentar el peor momento de la pandemia y garantizar el derecho universal a la salud de toda la población [«Con los hospitales al borde del colapso, proponen la centralización del sistema de salud de Neuquén» *La izquierda Diario Neuquén*, 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 «Se realizó un encuentro sobre políticas de Salud 2020» Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén, Publicado el 24 de octubre de 2019, Op. Cit.

desplazamiento hacia los hospitales y así humanizar la atención. De allí que, según Peve (2019), para el Plan Provincial de Salud 2019-2023, el propósito es incrementar el despliegue territorial del primer nivel de atención, con la construcción de nuevos Centros de Salud y las remodelaciones necesarias sobre los que ya existían³²³.

Sumado a lo dicho, en relación a la 4ª línea de trabajo planteada por el actual Plan de Salud Neuquino, es decir: las residencias, la Ministra Peve (2019) afirma que, la estrategia consiste en la ampliación de cupos en sedes existentes, que haya nuevas sedes y nuevas residencias, desarrollando equipos de trabajos provinciales y zonales³²⁴. De esta manera, el objetivo de esta estrategia se focalizará, según la Ministra de Salud, en la mejora de la calidad de las condiciones de trabajo y en el arraigo de los residentes³²⁵.

De este modo, el 4º Plan Provincial, que promete rescatar la historia del sistema sanitario de la provincia, plantea como objetivo, desde el plano programático, la estructuración de una propuesta estratégica integral que impacte sobre la calidad de vida de la población y que, además, como se expresó antes, aborde las desigualdades sociales y territoriales en el acceso al sistema de salud. De ahí que, la propuesta es una adaptación a las características territoriales, que se fundamenta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), de la denominada Agenda 2030, impulsados por la Organización de Naciones Unidas (ONU)³²⁶.

Ahora bien, centrándonos específicamente en lo que este Plan expresa literalmente, podemos afirmar que esta propuesta plantea la atención de partos como parte de un proceso continuo que se centra en la atención de salud de la mujer (incluidas la adolescencia, el período preconcepcional, el embarazo, el parto y la niñez), aprovechando de este modo las interacciones naturales, y considerando

³²³ *Ibid.*

³²⁴ Según la ministra de Salud, el Eje N°5 del Plan, que se refiere al talento humano de la red de salud, consigue impulsarlos a trabajar plenamente en los diversos niveles de atención y a desarrollar un proceso continuo de captación, incorporación, permanencia, motivación y capacitación en general, y las residencias profesionales son un bastión reconocido de nuestro sistema [Se realizó un encuentro sobre políticas de Salud 2020] Ministerio de Salud, *Ibid.*

³²⁵ *Ibid.*

³²⁶ Se presentó el Plan Provincial de Salud para los próximos cinco años, *Neuquén Informa*, Subsecretaría de Prensa, Ministerio Jefatura de Gabinete, Gobierno de la Provincia de Neuquén. 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: biológicos, psicológicos, socioeconómicos y ambientales de la atención de las mujeres en relación a la gestación³²⁷.

Asimismo, este encuadre, impulsado por el Plan, persigue el objetivo de contribuir a la reducción de la mortalidad materno-infantil, mejorar el acceso de mujeres y niños a una atención de salud de calidad, y promover el fortalecimiento de la participación de las mujeres y las familias en procesos de toma de decisiones y en el control de la calidad de los servicios³²⁸. No obstante, estos lineamientos referidos a los partos no se manifiestan expresamente vinculados a las mujeres mapuche (o indígenas, en general). Este dato no es menor, debido a que los condicionantes en esta población, que es muy amplia en la región neuquina, deben incluir aspectos relacionados con el respeto por la identidad y a la cosmovisión cultural que les es propia.

De ahí que, en materia de atención específicamente intercultural, este último Plan neuquino de Salud, no enuncia, en su fundamentación, un abordaje sanitario que incluya de manera precisa este enfoque. En particular, este documento no vincula formalmente el enfoque intercultural con las prácticas médicas referidas al parto. No obstante, este Plan desarrolla de manera general los ciclos de vida, y los presenta estrechamente vinculados con los diversos Ejes Estratégicos³²⁹ que propone, haciendo referencia a un marco de Diversidad Cultural y Étnica, con Perspectiva de Género³³⁰.

De esta manera, el enfoque que propone el Plan se circunscribe a un abordaje genérico de la diversidad, presentándolo como un valor primordial que entiende que niñas mujeres y los hombres no constituyen grupos homogéneos, y que se diferencian al abordarse según variables de edad, estado socioeconómico, educación, grupo étnico, cultura, orientación o cualquier otra condición sexual,

³²⁷ Plan Provincial de Salud 2019-2023, La promoción de la salud, eje de todas las acciones. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén, mayo 2019, p. 41.

³²⁸ *Ibid.* La provincia del Neuquén ha alcanzado en 2018 índices históricos en lo referido a mortalidad infantil (5,44 por cada mil nacidos vivos).

³²⁹ Los Ejes Estratégicos 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 atención; 7. Red de mediana y alta complejidad, y 8. Tecnología en salud pública.

³³⁰ Plan Provincial de Salud 2019-2023, Op. Cit., p. 22.

discapacidad o ubicación geográfica³³¹. Del mismo modo, cuando aborda su segundo Eje Estratégico, que se vincula con la maternidad e infancia, plantea que:

“(siendo) que los primeros años 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 población infantil”(pp. 24-5).

Resulta claro que, si bien se enuncia el enfoque de la diversidad con perspectiva de género, esto no se manifiesta de manera evidente en los planteos específicos referidos al parto y a la maternidad. De ahí que, pese a afirmar que en la atención sanitaria se tendrá en cuenta la diversidad cultural y territorial, no se establece cuál será la forma de abordar este trabajo, ni tampoco si se espera construir una atención que involucre una perspectiva dialéctica, que sienta sus bases en la justicia epistémica. En efecto, el foco del Plan está puesto en la reducción de los índices de mortalidad materno-infantil y en el logro de un sistema de salud regionalizado, basándose en las necesidades de la población e identificando el grado de complejidad que cada institución requiera para brindar una atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos (pp. 42-3).

Indudablemente, resulta fundamental abordar la atención intercultural de la salud en los lineamientos programáticos diseñados en los Planes Sanitarios propuestos por las Provincias, debido a que este encuadre permite considerar y promover una atención sanitaria más justa y respetuosa de las diferencias culturales de los pacientes, en los Centros de Salud. Del mismo modo, es importante remarcar que la adopción de este enfoque, conjugado con un abordaje que contemple todos aquellos condicionantes sociales e históricos que obstaculizan a la población que se atiende, redundará en una práctica sanitaria verdaderamente inclusiva. Fundamentalmente, si se trata de comunidades indígenas, como la Mapuche en la

³³¹ *Ibid*, p. 23.

localidad Las Coloradas, que resultan ser una gran proporci3n de residentes de esta poblaci3n, que han sufrido y sufren actualmente un fuerte socavamiento en el acceso a los bienes y servicios dispensados por la cultura y el poder hegem3nico.

En efecto, para contextualizar el acceso a la atenci3n sanitaria es pertinente considerar la situaci3n socioecon3mica del Pueblo Mapuche desde un enfoque hist3rico. Puesto que no pueden abordarse, de manera aislada, las condiciones de acceso a los bienes y servicios sanitarios, que son derechos humanos b3sicos, sin reparar en c3mo afecta a estas comunidades, por ejemplo, las pol3ticas flexibilizadoras de terricidios³³².

De este modo, es evidente que pese a los r3puestes3 que se tiendan para construir un enfoque intercultural en el acceso a la salud, inmediatamente se produce una contradicci3n insoslayable entre el intento de tender estos r3puestes3 y las pol3ticas p3blicas que, hist3ricamente, han sentado sus bases en la imbricaci3n existente entre la expansi3n del estado argentino y la apropiaci3n territorial³³³. No obstante, si bien reconocemos la relevancia de este aspecto para analizar de una manera m3s apropiada la cuesti3n del acceso al derecho a la salud de las comunidades ind3genas, 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 di3logos y acuerdos entre la cultura mapuche y la hegem3nica, centraremos nuestro abordaje en la atenci3n sanitaria intercultural. De ah3 que, continuaremos en el pr3ximo 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 reivindicaci3n 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, religi3n, organizaci3n social, y fundamentalmente, el derecho al desarrollo econ3mico que posibilite condiciones de vida digna [V3ase Salgado, J., Gomiz, M. y Huilip3n, V. (2008), Cap. 1: 3ntroducci3n. En: Informe de situaci3n de los Derechos Humanos del Pueblo Mapuche en la Provincia del Neuqu3n, Op. Cit., p.18]

³³³ Sobre este aspecto, Salgado, Gomiz y Huilip3n (2008) afirman que estos procesos se producen mediante formas de legitimaci3n de esa ocupaci3n efectiva basada en una articulaci3n entre *afirmaci3n de la soberan3a, extensi3n de la 3rgerentinidad y progreso*. De ah3 que, la herencia de esta ocupaci3n estrat3gica territorial, que implic3 la desterritorializaci3n del Pueblo, se desenvuelve en constantes conflictos por t3tulos y tenencias de tierras por parte de las comunidades, r3propietarios de los campos3 pobladores asentados desde antiguo y el Estado Provincial, que decididamente sigue vendiendo al mejor postor las tierras denominadas 3fiscales3 [Salgado, J., Gomiz, M. y Huilip3n, V. (2008), Cap. 1: 3ntroducci3n. En: Informe de situaci3n de los Derechos Humanos del Pueblo Mapuce3 , Op. Cit., p. 11].

Pueblo Mapuche, para abordar de forma cabal, en el próximo capítulo, cómo se produce dicha atención según la percepción de las propias mujeres mapuche.

4.2. INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA DE LAS COLORADAS

Generalmente, entre las dificultades que atraviesan las comunidades indígenas argentinas en el acceso al derecho a la salud³³⁴, se destacan: la falta de infraestructura en postas sanitarias, la escasez de personal médico (particularmente en lo que respecta a especialidades, como se abordó en el apartado anterior) y la falta de amplitud de días y horarios de atención.³³⁵

En Argentina, no hay una planificación clara respecto a los problemas de infraestructura y equipamiento, ni sobre las limitaciones de acceso (geográficas, socioculturales, lingüísticas, económicas y/o climáticas), para mitigar los conflictos en el acceso a la salud de las comunidades indígenas, ni de las rurales, en general. Actualmente, cada una de las 23 provincias retiene su autonomía en materia de salud. A su vez, coexisten unas 300 obras sociales. La desigualdad queda manifiesta cuando se observa que en la capital del país hay 10,2 médicos y 7,3 camas por cada 1.000 habitantes, frente a 1,2 y 1,1 respectivamente para la provincia de Misiones³³⁶.

Del mismo modo, por el momento, en nuestro país el único proyecto con una infraestructura basada en una perspectiva intercultural es el que presenta: el Hospital Intercultural Rangit Kien (media luna en mapuche), de Ruca Choroi³³⁷. De ahí que, el diseño de este Hospital surge de los acuerdos realizados por integrantes

³³⁴ Además de los problemas de accesibilidad tanto geográfica, como económica a los servicios de salud, problemas que fueron nombrados anteriormente.

³³⁵ Marco de Planificación para Pueblos Indígenas. *PROYECTO BIRF*, Op. Cit., p. 12.

³³⁶ Tuchin, F. Las grandes desigualdades del sistema sanitario en Argentina. La segmentación y la fragmentación son los grandes problemas de la salud pública: barreras geográficas y culturales dificultan el acceso, *El País*, 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 Pehuen y Ruca Choroi. La asistencia sanitaria occidental la reciben en dos postas. Una está en Carri Lil, a poco más de un kilómetro de donde se emplaza el edificio del futuro centro de salud.

del Pueblo Mapuche y del Sistema de Salud Provincial³³⁸. De allí que, los requerimientos³³⁹ arquitectónicos y funcionales fueron propuestos por la comunidad para el Centro de Salud Intercultural de Ruca Choroí, en base a una previsión para los próximos 15 a 20 años y en una perspectiva intercultural que ha sido discutida y trabajada durante el proceso de participación y movilización social en salud³⁴⁰.

En base a esta necesidad, se ha elaborado conjuntamente con los equipos de Salud del Hospital de Aluminé, las Comunidades de Catan Lil y Ruca Choroí un anteproyecto donde se desarrolla un Puesto Sanitario acorde a las necesidades de la Población³⁴¹. Para ello, la organización Mapuche, teniendo como referencia las experiencias en salud intercultural existentes en Chile, ha planteado un intercambio de conocimientos sobre Salud y Medicina³⁴².

Por otra parte, según las comunidades mapuche-pewenche, las funciones de un puesto sanitario deben centrarse en la prevención y promoción de la salud, y en la proyección de trabajos comunitarios, que permitan generar confianza a la comunidad. Asimismo, deben incluir a los sanadores mapuche que visitan³⁴³ (la figura del *Maci*, nombrada anteriormente), que cumple un rol primordial en la jerarquía 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 diseñó para que prestara servicio para personas mapuches y no mapuches. Con una oferta de salud intercultural y complementaria, es decir, además de la atención del equipo médico, se proyectaba la intención de que contarán con atención de terapeutas mapuche, para lo cual el espacio debe estar adecuado a ambos procedimientos

³³⁸ Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén (2014), *El Pueblo Mapuche y el Sistema de Salud Provincial*. Boletín. 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 Aluminé y el Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén.

³⁴⁰ *Ibid.*

³⁴¹ *Ibid.* Por su parte, este Centro de salud Intercultural de Ruca Choroí, se proyecta a partir de la construcción de los siguientes espacios y equipamientos: Habitaciones para internación; Consultorio de Machi (el más grande, orientación E-O); Consultorio para partera Puñelche; Consultorio de yerbatera lawentuchefe; Consultorio de componedor de huesos gütamche; Sala de espera circular (espacio para reunión, o circular y con el fogón en su centro. Este deberá ser construido en su totalidad con materiales de uso habitual en las construcciones tradicionales -caña, adobe, madera, paja, etc.-, con ingreso orientado al este); Oficinas para administración; Depósitos generales; Lavadero y Farmacia para entrega de remedios de biomedicina y lahuen.

³⁴² *Ibid.*

³⁴³ *Ibid.*

técnicos³⁴⁴. Así, el Centro de salud buscaba construir un reglamento interno formulado por la comunidad y el equipo de salud. Con una organización a cargo, idealmente colegiada entre los actores involucrados, que promoviera la comunicación y el buen acceso entre los usuarios y entre los sanadores³⁴⁵.

No obstante, si bien se encuentra terminado, aún permanece inconcluso, debido a la falta de legislación que ampare la conjugación de los cuidados sanitarios occidentales y mapuche. Fundamentalmente, en lo que respecta a contratación de recursos humanos, remuneración, y además, lo relativo a cómo traer medicinas (plantas específicas de la región) desde el país vecino, sin que sean retenidas en la frontera.³⁴⁶ Esta situación es confusa, puesto que el Ministerio de Salud reconoce mediante la Resolución NÚ1875/15 al Equipo del Centro de Salud Intercultural Rangiñ Kien y a la Comisión de Seguimiento³⁴⁷.

La importancia de considerar estos dilemas concretos que, en materia jurídica, impiden la inauguración de una obra edilicia, como este Centro Cultural, radican en señalar la contradicción que surge entre el marco legal (desarrollado en el segundo capítulo) y la aplicación de políticas públicas. Puesto que, en la última reforma de la Constitución de la Provincia de Neuquén, del año 2006, la Provincia reconoce la Interculturalidad (Art. 107). Sin embargo, en relación al área de Salud de los Pueblos Indígenas, no se identifican programas específicos.

Es evidente, la importancia de desarrollar programas que valoricen y consideren el aspecto edilicio en temas vinculados a la interculturalidad, además de sostener un fortalecimiento hospitalario, desde el plano económico. De esta manera, respecto a las políticas públicas a ejecutar, es prioritario implementar infraestructura en postas sanitarias y una distribución equitativa de médicos con formación intercultural. Incluso, este aspecto debería ser un eje central en las

³⁴⁴ *Ibid.* De ahí que, los trabajadores de la salud en el diseño del Centro de Salud son profesionales y técnicos de origen mapuche y no mapuche. Sucede algo similar con el espacio de internación: para ambas medicinas, y también para espacio de rotaciones médicas nacionales e internacionales. Se contempla, asimismo, la cocina apta para preparación de alimentos y recursos terapéuticos naturales (preparación de remedios mapuches en distintas presentaciones o lawen).

³⁴⁵ *Ibid.*

³⁴⁶ Durán, A. (2019), *El hospital intercultural de Ruca Choroí todavía está paralizado*, Recuperado el 15 de octubre de 2019 de Indymedia Argentina, Río Negro, website <https://www.rionegro.com.ar/salud-intercultural-en-ruca-choroi-un-sueno-paralizado-por-el-desafio-963194/>

³⁴⁷ Esta acción garantiza la continuidad de un proyecto que surgió en el año 2008.

políticas públicas, para promover un sistema de salud amplio que atienda y respete a las comunidades indígenas.

En el caso particular de La Coloradas, recién finalizando el año pasado (es decir, en el año 2019), se consiguió una inversión económica³⁴⁸ para la puesta en valor de la guardia del único hospital de la localidad³⁴⁹. Con esta inversión se proyecta la ampliación del sector de guardia de emergencias, que incluye dos consultorios, enfermería, shock room, baños públicos, así como también la refuncionalización del área gestión de pacientes, administración, dirección y de las áreas comedor, lavadero y ampliación de la farmacia. También se realizaron otras tareas de refacción y ampliación en el edificio, como las del hall de acceso, que ahora cuenta con antecámara y sanitarios públicos³⁵⁰.

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 proporción de población mapuche de la localidad, estas refacciones se centren en un enfoque intercultural. Pues, partiendo de la composición social, ésta debería ser una opción 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 públicas mínimas sobre necesidades básicas para la sobrevivencia. Un claro ejemplo de este estado de situación se vincula con la falta de acceso al agua potable, que recién en el transcurso de este año se aborda políticamente como situación a resolver, para darles abastecimiento de agua a 15 familias de la localidad³⁵¹. Consecuentemente, resulta fundamental que Estado

³⁴⁸ La inversión alcanzó 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 (según la noticia publicada en Neuquén Informa, el día 24/4/2020) son los destinados a la comunidad Namuncurú 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 producción agropecuaria), la posta sanitaria del paraje y un salón de ventas que posee la comunidad allí mismo. El intendente de Las Coloradas, Abel Matus, afirma: «Nosotros estamos llevándoles 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 agua»

sustente y garantice no solo la resolución de estas carencias de carácter estructural, sino también la infraestructura y la adaptación 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 mínimas que redunden, por un lado, en la elevación de la esperanza de vida de la comunidad, y por otro lado, en una atención sanitaria que favorezca el intercambio entre los distintos saberes, medicinales y culturales, basado en un enfoque de justicia epistémica, que permitan, a su vez, construir un modo de interacción más justo y horizontal entre las comunidades indígenas y el personal médico³⁵² de Las Coloradas.

Asimismo, Matus, indicó que: «Este año se ha notado el tema de la sequía. 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 solución a estas familias».

El monto total de esas obras es de 5.306.065 pesos, en su mayor parte financiados por el Programa de Inclusión Socio Económico en Áreas Rurales (Pisear) de Nación, pero con aportes del ministerio de Producción e Industria y también de la misma comunidad. Las inversiones incluyen una perforación 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 clorinación. Asimismo, estas obras serán acompañadas con asistencia técnica y capacitaciones para poder mejorar la actividad productiva de las familias. El ministro de Producción e Industria, Facundo López Raggi explicó que la provincia cuenta con un programa específico para el acceso al agua en áreas de secano, que cuenta con técnicos 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 solución a la problemática 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 extensión, consideramos que, para que la atención sanitaria sea verdaderamente intercultural, debe considerarse la formación 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 prácticas. Es decir, si bien todos estos elementos son importantes, es inexorable una formación médica con este enfoque conceptual para que estos elementos entren en juego. En efecto, coincidimos con Beliera (2016) en que «los ámbitos estatales de trabajo no pueden ser entendidos como espacios armónicos y uniformes, en donde el diseño de las políticas públicas se desenvuelva linealmente desde las altas capas de la burocracia hasta los trabajadores que las aplican, sino que deben ser analizados considerando las múltiples disputas existentes en su interior entre distintos grupos localmente situados» (Beliera, A. «Pensar al Estado como ámbito de trabajo», Op. Cit., pp. 180-1)

CAPÍTULO 5

ABORDAJE INTERCULTURAL EN SALUD DE LAS MUJERES MAPUCHE 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 atención de la salud de las mujeres mapuche, no podemos hacerlo sin considerar la importancia que le otorgan las comunidades indígenas a su vinculación con la naturaleza y a la armonía que se genera entre la salud y la vida. De ahí que, el abordaje de la salud de las mujeres y de los niños/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 también contribuyen en la dinámica de la comunidad. La comunidad mapuche, en particular, construye la palabra *Itrofil Moguen (Ixofij Mogen)*, que significa: "Todas las diversas formas de vida". Puesto que, entienden que la vida debe comprenderse en estrecha vinculación con el territorio, la gente, todos los elementos que dan diversidad y conocimiento: el viento, el agua, la lluvia, el sol, la tierra que pisamos (Huipilshn, 2017: 14).

Por ello, plantean que los principios rectores del sistema de vida *mapuche*; es decir, el *Kvme Felen* se asienta en tres pilares³⁵³ interdependientes: "Waj Mapu

³⁵³ Respecto al pilar "territorio" según Huipilshn (2012): "El conflicto Pulmar² simboliza esta defensa del pueblo mapuche por su tierra. El Srea andina de Pulmar² (departamento de Aluminó a 350 km. de la ciudad de Neuquén) ha sido territorio mapuche desde tiempo inmemorial. Tiene grandes posibilidades de desarrollo forestal, turístico y agropecuario y, por esa razón, fueron usurpados por el ejército argentino y fiscalizadas por el estado. Las reivindicaciones de los mapuche por recuperarlos llegaron hasta el Parlamento Europeo en 1996. Aquel, Huipilshn ejerció de portavoz. Tras su intervención, se consiguió una resolución de urgencia, que significó la recuperación de 34.000 hectáreas de este territorio usurpado. A partir del año 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 están avaladas por la política del Estado. Estas empresas han generado un grave conflicto territorial, transformando una cultura de relación armónica con el entorno y

(Territorio), el carácter de Pueblo Originario o preexistente (Identidad) y *Kizu Gvnewvn* (Autonomía)³⁵⁴. Y a su vez, en palabras del pueblo mapuche:

“Estos (tres) pilares nos conducen y remiten a la historia de nuestras luchas y resistencia como pueblo originario. (Estos) presentes en nuestras prácticas, cobran fuerza y se alzan en nuestras reivindicaciones, haciendo saber que nuestra identidad aún está viva”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 históricas, la Organización Panamericana de la Salud (2009) plantea la necesidad de reconocimiento y respeto a la cultura indígena. Del mismo modo, la OPS caracteriza la identidad de esta comunidad, afirmando que los pueblos indígenas:

“Consideran la armonía 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 lo frío y lo caliente o lo masculino y lo femenino y poseen un gran respeto por los ancestros, los antepasados y los espíritus” (p. 34).

Con respecto al caso particular de las mujeres pertenecientes a una comunidad indígena, en nuestro país, en el último Censo 2010³⁵⁶ se estimó que promediaban

causando una grave contaminación. Asimismo, según Huilipán, el pilar de identidad se centra en la defensa de sus instituciones tradicionales y de su lengua, el *mapudungun*. Por último, en cuanto al pilar de la autonomía, se han establecido procesos de diálogo con el Gobierno de la Provincia de Neuquén, desde el año 2008, y con el tiempo, van dando sus frutos.

³⁵⁴ Propuesta para un KVME FELEN MAPUCE, Equipo Interdisciplinar e Intercultural del Proyecto, Confederación Mapuce de Neuquén, 2010, Neuquén, Argentina, p. 49.

³⁵⁵ *Ibid.*

³⁵⁶ En el Censo 2010 se incluyó la variable de pertenencia a una población indígena u originario ya sea por adscripción y/o por descendencia, permitiéndonos contar a la fecha con datos más precisos sobre esta franja poblacional. No obstante, es importante señalar que, como otros relevamientos estadísticos del tipo, el censo está sujeto a problemas de representatividad, con lo cual no puede proporcionar información detallada de todas las variables, para todos los pueblos, sus regiones o área de residencia. [Según: Marco de Planificación para

las 480.000 personas. En los datos obtenidos, se registró 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 población de Argentina. De ellos, el 50,4% son varones y el 49,6% mujeres, porcentajes que se invierten en la población general³⁵⁷. Respecto a la distribución en las provincias, en el 2010, la mayor proporción de población originaria pertenece a las provincias: Chubut, Neuquén, Jujuy, Río Negro, Salta y Formosa, con porcentajes que van desde 8,7% a 6,1%.³⁵⁸

Según el Censo 2010 (INDEC), el 49,8% de la población auto-reconocida como perteneciente a pueblos originarios depende del Estado para satisfacer sus necesidades en salud.³⁵⁹ En el caso específico de las mujeres indígenas, según el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y el Consejo de Organizaciones Aborígenes de Jujuy (COAJ), los principales obstáculos para el acceso a la salud, que surgen espontáneamente de los relatos de estas mujeres, son materiales. Es decir, se inscriben en las barreras geográficas, en tiempo y distancia, empeoradas por falta de caminos accesibles y falta de transportes disponibles, como también en la falta de recursos económicos. Asimismo, se ha evidenciado históricamente, la desfavorabilidad de su situación en relación con las dificultades en el control sobre la reproducción y su incidencia en las tasas de fecundidad y mortalidad materno-infantil (Hopenhayn et. al., 2006).

De ahí que, cuando se plantea su situación concreta con respecto a la salud y a las políticas públicas que deben garantizarles el acceso a la misma, surgen al menos dos posibilidades con respecto a las formas de programación y ejecución estatal. Por un lado, tal como plantea Feltri et al., (2006), puede darse una concepción unilateral de planificación, según la cual, la gestión y la planificación queda del lado de los efectores (es decir, del propio Estado); o bien, puede

Pueblos Indígenas. *PROYECTO BIRF "Cobertura Universal Efectiva de Salud"* (P163345); Buenos Aires, 2017. <http://www.ufisalud.gov.ar/attachments/article/360/MPP1%20CUS-Sumar%20con%20consulta.pdf>, p. 9]

³⁵⁷ Op. Cit., Marco de Planificación para Pueblos Indígenas. *PROYECTO BIRFé*, p. 9.

³⁵⁸ Los pueblos Mapuche, Toba y Guaraní son los únicos que se ubican por encima del 10%; sumados, estos pueblos conforman el 45,9% de la población originaria argentina. Con valores entre 5% y 10% del total de población originaria se encuentran los pueblos Diaguita, Kolla, Quechua y Wichí, que en conjunto conforman el 25% del total de la población originaria [Informe "Mujeres indígenas en la provincia de Jujuy Hacia un abordaje integral sobre el acceso a los derechos" ELA y COAJ, Embajada de Noruega, Buenos Aires, 2016].

³⁵⁹ *Ibid*, p. 12

sobrevenir otra, basada en la incorporaci3n de la propia comunidad (o m3s considerablemente de los destinatarios de las pol3ticas) como parte estrat3gica en la planificaci3n y gesti3n de la atenci3n en salud.

De modo que, en la primera opci3n, puede surgir que el Estado les imponga a las comunidades abor3genes distintas pol3ticas p3blicas que pueden atentar contra su bienestar, su cultura y su concepci3n de mundo, a partir de tomar medidas tendientes a garantizar la promoci3n 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 limitaci3n de la concepci3n, sino puntualmente, con la falta de gesti3n 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 opci3n, se centra en la incorporaci3n protag3nica de los destinatarios de las pol3ticas. De ah3 que, el derecho a la salud es entendido en la complejidad y pluralidad que incluye, puesto que requiere una idea de igualdad que socialmente no inferiorice, ni homogeneice culturalmente, e incorpore la dimensi3n de justicia epist3mica [de Ortizar 2019: 15]. La importancia de esta postura se halla en que, tal como afirma Chirif (2015), la interculturalidad no se circunscribe a una definici3n 3nica y homog3nea,³⁶⁰ sino que es construida por cada pueblo ind3gena desde su realidad espec3fica actual, influida por una colonizaci3n de cinco siglos y que ha causado impactos diferentes (C3rdenas, et al. 2017).

De este modo, el abordaje de salud intercultural en esta segunda perspectiva³⁶¹, a la cual suscribimos, promueve la decisi3n libre de las mujeres en lo relativo a la concepci3n, a la vez que, hace part3cipe a toda la comunidad, para que, a la luz del reconocimiento de su historia, de su situaci3n pol3tica, social y de sus propias contradicciones internas, resuelvan y se auto-concedan las estrategias

³⁶⁰ El reconocimiento de los Pueblos Ind3genas tiene una larga historia y muchos debates. Por muchos a3os se ha rechazado la idea de que los Estados adopten una definici3n formal de Pueblos Ind3genas. Por ello, en el Convenio 169 se reafirma la importancia de la autoidentificaci3n 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 (C3rdoba y Mendoza), Aizenberg (2018) afirma que: *todav3a no se han generado aproximaciones en salud intercultural que hayan incorporado en profundidad una perspectiva de g3nero*.

más deseables para definir su salud sexual y reproductiva (Feltri, A. et al., 2006). Considerando este aspecto, resulta primordial generar una aproximación conceptual respecto a los propios parámetros sanitarios y culturales de la atención de partos desde la perspectiva de la comunidad indígena mapuche, más precisamente, desde la voz de las mismas mujeres que protagonizan estas prácticas.

5.1. ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL Y ADAPTACIÓN 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 indígenas: quienes, para atender su propia salud, a las consultas médicas acuden con las personas que de ellas dependen. Esta situación refleja una realidad que incluso trasciende a determinada pertenencia cultural.³⁶² Por ello, generalmente, no es considerada en la atención médica occidental.

Sumado a esto, es importante notar que, con respecto a los inconvenientes suscitados en la atención de la salud maternal de las mujeres indígenas, se producen situaciones análogas en las diversas regiones del territorio argentino, puesto que las provincias de Chaco, Formosa, Jujuy y Misiones presentan los peores indicadores en relación al acceso a servicios de salud. De allí que, según UNICEF (2012):

Si bien más 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 mínimo de controles que recomienda la Organización Mundial de la Salud (al menos cuatro). Estas cuatro provincias son además las que registran más partos domiciliarios sin personal calificado en el ámbito rural, donde las mujeres tienen más

³⁶² Informe "Mujeres indígenas en la provincia de Jujuy" Op. Cit., 2016.

dificultades para llegar a los puestos sanitarios (Aizenberg, 2013)³⁶³.

De este modo, resulta claro que la situación es aún más problemática en aquellas comunidades donde solo se habla la lengua indígena, como el *mbayá* guaraní en Misiones o el *wichí* en la provincia del Chaco, Formosa y Salta. De ahí que, estas circunstancias se ven intensificadas con las barreras geográficas y del sistema sanitario, como resultantes de la situación residencial de estas comunidades, que viven en zonas rurales alejadas de los centros de salud y con deficiente capacidad resolutive (UNICEF, 2010).

Por este motivo, las comunidades indígenas expresan la necesidad de contar con mayor cantidad de agentes sanitarios, que brinden atención médica en los establecimientos hospitalarios, desde un enfoque intercultural, fundamentalmente, en lo que atañe al: parto respetando la cosmovisión indígena, la sexualidad bilingüe, entre otros³⁶⁴. Estas exigencias son contempladas en la Ley N°25.929 sobre el Parto Humanizado³⁶⁵ puesto que plantea:

“Toda persona, en relación 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, religión, nivel socioeconómico, preferencias y/o elecciones de cualquier otra índole (Art. 2, Inc. B)”³⁶⁵.

Sin embargo, las prácticas médicas occidentales (hegemónicas) obstaculizan el acceso a la salud de las mujeres indígenas cuando no contemplan sus propios

³⁶³ Recordamos, tal como se planteó en el capítulo anterior, que el caso de las mujeres mapuche de Las Coloradas no es la excepción a este planteo. Debido a que, según la última información publicada en el año 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 último 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 ningún momento del embarazo.

³⁶⁴ *Ibid*, p. 12.

³⁶⁵ De conformidad con lo establecido en la Ley N°26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

saberes y conocimientos. Es decir, cuando ignoran: sus propias formas de sanarse, de hacer un tratamiento; su estrecho vínculo con el territorio y con la *Pachamama* para su sanación,³⁶⁶ entre otros conocimientos imprescindibles para una atención sanitaria respetada. Entre estos saberes, la biomedicina ignora la centralidad que las comunidades indígenas le otorgan a la dimensión espiritual. La comunidad mapuche, por su parte, considera que:

“Las personas tenemos cuatro dimensiones, una espiritual, una física-biológica, una afectiva y una mental; cuando hay un desequilibrio en alguno de estos planos te enfermas, cada persona tiene estas cuatro dimensiones que no están separadas, están interrelacionadas. (é) una persona te puede hacer mal por envidia o sin querer también te puede ojear, cuando nace un bebé nosotros creemos que durante el primer mes solo puede ver(lo) la familia directa, porque al ser tan chiquitos chupan la energía y necesitan un equilibrio, la falta como el exceso de amor es malo, le hace mal al bebé que tiene un *newen* débil, y necesita identificarse con una energía positiva, buena, por eso no lo puede ver todo el mundo (é)”³⁶⁷.

De lo dicho surge que, las prácticas médicas deben partir de la concepción cultural que la comunidad indígena 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:

“una realidad extraña al organismo y opuesta a la salud. La enfermedad surge según sus creencias por tres grandes bloques de causas: a) por la penetración mágica de un elemento maligno en

³⁶⁶ Informe “Mujeres indígenas en la provincia de Jujuy...” Op. Cit., 2016

³⁶⁷ Relato de mujer mapuche en: Estrella, P (2017), Op. Cit., p. 167.

el cuerpo de la víctima. b) por la pérdida o evasión del alma. [Es decir], (p)or el debilitamiento del espíritu. c) por la posesión por el diablo o los malos espíritus³⁶⁸.

Del mismo modo, el enfoque biomédico debe replantearse e interpelarse de manera profunda en lo que respecta a la construcción de una perspectiva intercultural, fundamentalmente cuando se trata del abordaje sanitario de partos de mujeres indígenas. Puesto que, la atención del parto no se reduce a un asunto médico, ni científico, sino más bien, debe entenderse como una cuestión cultural y política³⁶⁹.

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: "hay más rituales y prácticas culturales acerca de la maternidad que otros eventos de la vida" (Etowa, 2012, citado en Drake, 2014:5). Esto, evidentemente, conduce a que los sistemas de salud públicos deban cuestionar críticamente la hegemonía de la perspectiva biomédica que los convoca, para replantear prácticas médicas vinculadas al parto, entendiéndolas como un fenómeno con significado cultural³⁷⁰.

De este modo, según la cultura del pueblo mapuche, el parto y la maternidad tienen un significado que evoca a su intrínseca relación con la tierra. De ahí que, para su cosmovisión, la placenta simboliza el vehículo que ciñe 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:

"Las devoluciones y/o enterramientos de las placentas son rituales propios de la cultura. Son realizados alrededor de un ojo de agua, donde está 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 necesitarán 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 dimensión política, nos referimos puntualmente al rol que las mujeres ocupan históricamente en las sociedades patriarcales. Esta situación no es menor cuando debemos analizar la atención sanitaria de partos.

³⁷⁰ Véase Drake, E. (2014), "El Significado Cultural del Parto: é ", Op. Cit., p. 5.

vida reconectarse con el territorio donde se entregó la placenta cuando aparezcan episodios de padecimientos para reestablecer la salud. (é) se elige ese espacio porque desde que se nace, se empieza a morir³⁷¹.

De esta manera, en la cultura del Pueblo Mapuche, cada persona tiene un *Tuwün* (su origen territorial, su tierra) y un *Kelpalme* (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: hacia dónde se va, sino también, cuáles son los roles que a futuro podrá desempeñar el niño o niña fortaleciendo su salud y su bienestar. En efecto, para estas comunidades, la entrega de la placenta a la tierra permite que la madre y la familia que la recibe, puedan cerrar un importante ciclo abierto con la concepción y período prenatal, mediante el entierro y la realización de una ceremonia que dará protección y fortaleza al niño y la madre³⁷². Del mismo modo, esta ceremonia adquiere diversas variantes que se vinculan con el estado de salud y el sexo del recién nacido, así:

Si el recién nacido es *wentru* (hombre), la placenta debe enterrarse debajo del árbol o palenque donde se amarra el caballo. De esta manera se asegura que el niño será un gran jinete, también será un hombre ágil, fuerte y con raíces profundas. Si es *zomo* (mujer), la recién nacida, se debe enterrar su placenta en una planta medicinal del territorio, así asegurar su conexión con la sabiduría de las plantas. (é) es importante que esta planta esté cercana a la casa³⁷³.

De forma equivalente, tratándose del nacimiento de una mujer, primariamente, se solía enterrar la placenta debajo del fogón, debido a la relación de la hoguera, el

³⁷¹ Azpiroz Cleffan, "El racismo y la transgresión de la ética mapuche" Op. Cit.

³⁷² Kalfi Nawel, Kizil: 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 corazón de la familia. O bien, según Kalfi Nawel (2020), otro lugar clásico, que aún se emplea, resulta ser donde cae la gotera que escurre del techo de la *Ruka* (entrada de la casa), puesto que, allí se labra un destino fecundo y abundante en bienes para el hijo o hija. De allí que, enterrar la placenta del último hijo [o hija] a la entrada de la casa (o *Ruka*) es una forma mágica de anticoncepción, pues así se le evita a la madre futuros nacimientos³⁷⁴. No obstante, según la cosmovisión mapuche, en *Wallmapu*,³⁷⁵ si la placenta se arroja a un campo de cultivo, lo tornará estéril. Por ese motivo, debe ser enterrada profundamente³⁷⁶.

Sumado a lo anterior, en la cosmovisión mapuche, hay otra característica que resulta ser central en la atención de partos. Nos referimos específicamente a la persona encargada de mirar apropiadamente la placenta, para darla vuelta y decirle a la familia: cómo va a ser el niño y cómo será su carácter. Este rol es desempeñado por la *peñelche* (partera mapuche, matrona empírica)³⁷⁷. Además, tal como afirma Kalfi Nawel (2020), la partera es quien manifiesta que: «la placenta tiene pertenencia, ya que tiene el espíritu de la madre, el padre y el niño, por lo que debe tener una buena disposición final»³⁷⁸.

La labor de estas parteras mapuche, lejos de limitarse a la instancia del parto, se extiende a la provisión de medicación, 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 período del embarazo, parto y puerperio. Sumado a ello, la partera también se dedica al cuidado de la salud en la primera infancia de niños/as, y a diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres,

³⁷⁴ *Ibid.*

³⁷⁵ *Wallmapu* es el territorio que los mapuche históricamente han habitado de distintas maneras, en el Cono Sur de América. Es decir, el territorio que comprendía desde el río Limar por el norte, hasta el archipiélago de Chilo por el sur, y en la ribera sudoriental del océano Pacífico y desde la latitud sur de Buenos Aires hasta la Patagonia y en la ribera sudoccidental del océano Atlántico.

³⁷⁶ Kalfi Nawel, Kizil: 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 política se desarrolló principalmente en Argentina y en las áreas controladas por los pueblos indígenas de la región pampeana y de la Patagonia oriental) se le dio su placenta a un perro, y que éste hasta el final de su muerte lo habría defendido. Según afirma Kalfi Nawel (2020), en otras culturas la placenta al ser suministrada en una micro dosis sublingual postparto inmediato ayuda a la madre a recuperar energías. También que sus amnios, corion, cordón y cotileidones se preparan medicinas nutritivas para madre e hijo(a).

entre estos: los métodos anticonceptivos, la planificación familiar, la opción de abortar³⁷⁹.

Según afirma Salazar (2012:77), frente a ños indicios de pérdida o aborto espontáneo, reconocibles a partir de síntomas tales como: sangramiento acompañado de dolor intenso en el bajo vientre, u otras amenazas más de índole espiritual como malos sueños las embarazadas atemorizadas se acercaban a las *pachelche* para solicitarles tratamientos que evitaran el mal desenlace. En esos casos, estas parteras brindaban remedios para sujetar a la *guagua* al varero, logrando que se agarre y no acontezca la pérdida. De ahí que, según afirman:

Hay un remedio para sujetar la *guagua*, ese remedio yo sé cuál es, hay unos remedios, como se llama, igual que... igual que cuánto se llama, *ragpall*, ese es tierra colorada, y otro igual que *konkillo* pero no es *konkillo*, ese le da, lo hierva mi mami, lo hierva y toma, le da una botella para que tome toda la mañana, para que sujete la *guagua* (Celinda Quintriqueo, citada en Salazar, 2012:77).

De esta manera, queda claro que: el rol de las *pachelche* es fundamental en distintos momentos del ciclo vital de una mujer mapuche. De ahí que, además 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 cómoda en su trabajo de parto. Incluso, evitando la presencia de hombres durante este proceso³⁸⁰. Según relata Celinda Quintriqueo, mujer mapuche citada por Salazar (2012:88): «Para nacer la *guagua* no podía nacer porque estaba un varón ahí, tenía que retirarse el varón»³⁸¹. En este sentido, parece que los aspectos relativos al

³⁷⁹ Véase Salazar, A., (2012), El oficio de la *pachelche*: Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil, Tesis de Maestría en Estudios de Género y Cultura, mención Humanidades: Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Centro de Estudios de Género y Cultura en América Latina, Santiago, Chile, pp. 65-6.

³⁸⁰ *Ibid*, p. 88.

³⁸¹ El relato se corresponde, según Salazar (2012), con el análisis de Sadler cuando explica que hasta hoy, en la región de la Araucanía el embarazo es, definitivamente, un asunto de mujeres, una subcultura de género y de cuidado que se traspa a través de generaciones por vía matrilineal [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 específicamente en la experiencia concreta del parto, siguiendo las características del abordaje de este momento desde la cosmovisión de las mujeres de la comunidad mapuche: entenderemos la centralidad que se le otorga no solo a la partera, sino también al calor y a los masajes. Estos elementos, sin lugar a dudas, no son contemplados por el enfoque biomédico que ofrecen los Hospitales Occidentales. Así, tal como cita Salazar (2012) en su tesis:

Se enferma la mamá que va a dar a luz, entonces empiezan a hacerle masaje, empiezan a calentarle los pies, le traen unos laureles así, 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, ahí nadie lo está retando po' no como en el hospital, y lo hacen masaje y le arreglan la *guatita*, y ya entonceh ya si está sufriendo mucho entonces se da una hierbita calentita (é). Entonces ya luego después (é) como le viene el sueño, ya después luego viene la contracción otra vez y ya vuelven a hacer los masajes y le ponen ahí, entonces los pies le calientan bien y la cabecita le envuelven bien. Entonces ya después nace la *guagua* (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, según su cosmovisión, en el momento del parto, la mujer debe evitar exponerse a corrientes de aire frío. Consecuentemente, según Alarcón y Nahuelcheo (2008), el ambiente en donde se realice la atención del parto debe estar tibio y protegido de corrientes de aire. Respecto del corte y cuidado del cordón umbilical, las parteras relatan este procedimiento, afirmando: no

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 limpio³⁸².

Según asevera Salazar (2012), el objetivo de estos procedimientos llevados a cabo durante el parto se enfoca en que, mediante las friegas, los masajes, compresas y cataplasmas, se colabore en que la parturienta no sienta tanto las contracciones, no tenga frío y esté lo más relajada posible. Por este motivo, durante el momento de parto, la partera mapuche se ocupa de:

[apretarle] el estómago para que salga la placenta, le sobaba, si no salía la ayudaba con la mano. Le daba *lawen* (hierbas medicinales) en tomas calientes, para que suelte la sangre que queda apelonada, así soltaba restos de la placenta para que no le quede adentro³⁸³.

Sumado a lo dicho, es interesante notar que, el proceso de los partos indígenas se caracteriza por la función que cumple la ejecución de los masajes, puesto que, deben servir para acomodar al bebé, para que se encuentre en posición adecuada para nacer³⁸⁴. Al mismo tiempo, el cuidado que ofrece la *pichelche*, en el momento del parto, se dirige particularmente al correcto manejo de los fluidos corporales durante el parto. Así:

Si no hay cuidado y buen manejo de los fluidos corporales durante el parto, especialmente de la sangre y la placenta, estas pueden ser utilizadas por personas que le tienen envidia a la familia para producir daño y enfermedad a la mujer o al hijo³⁸⁵.

³⁸² Alarcón, A. M. y Nahuelcheo, Y., "Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas" Revista de Antropología Chilena, Chungara, Volumen 40, N°2, 2008, páginas 193-202, p. 198.

³⁸³ *Ibid*, p. 197.

³⁸⁴ Salazar, A., (2012), El oficio de la *pichelche*: Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche, Op. Cit., p. 92.

³⁸⁵ Alarcón, A. M. y Nahuelcheo, Y., "Creencias sobre el embarazo", Op. Cit., p. 197.

No obstante, más allá de lo descrito, y pese a la relevancia que tienen y han tenido las *palchelechefe*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 hegemonía del sistema de salud estatal³⁸⁷. Incluso, estas parteras, que han atendido históricamente los partos de las mujeres mapuche en sus domicilios, durante el último tiempo, han visto su rol disminuido y modificado, debido de la institucionalización del parto (Citarella, et. al. 2000; Sadler & Obach, 2006, citado en Drake, 2014:7). De allí que, en la actualidad, los partos tradicionales realizados en los domicilios son casi inexistentes (Sadler & Obach, 2006, citado en Drake, 2014:7).

Evidentemente, la institucionalización de los partos ha provocado una progresiva alteración respecto al proceso reproductivo en el interior de la cultura Mapuche, en la que persiste la resistencia sobre estas prácticas. Empero, muchas mujeres indígenas han tenido que ceder frente a los requerimientos del sistema de salud formal, en contra de su cosmovisión. Debido a que, la reproducción, para esta cultura, es un proceso integrado: con prácticas y percepciones culturales específicamente relacionadas con la salud física, psicológica, espiritual y social (Alarcón & Nahuelcheo, 2008; Sadler & Obach, 2006; Quidel & Pichinao, 2002, citados en Drake, 2014:8).

Consecuentemente, frente a las imposiciones culturales del sistema de salud hegemónico, las mujeres indígenas se posicionan y reafirman de manera enfática sobre su derecho a decidir acerca de: cómo debe ser la atención 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 Clejan (2020), una de las representantes mapuche:

³⁸⁶ Además de la *palcheleche*, los especialistas médicos mapuche han sido: los *ampives* (herboristeros empíricos sintomáticos); los *vileus* (trataban afecciones por insectos y parásitos); los *gutaves* o *gustaves* (cirujía y ortopedia -sangrías, heridas, abscesos, fracturas, esguinces, etc.-); los *cupaves* (destripadores, examen de cadáveres); los *colmelaches* (parteros, versiones, manteos, etc.); el/la *machi* (generalmente femenina, aunque no siempre. Autoridad médica, religiosa y política); los *ñmáicaò* (yuyeros, hueseros). Asimismo, los procedimientos empleados habitualmente se centran en: *Lahuentun*, *Machitun*, *Katatun* para expulsar el daño o *Kalkutun* [Arce, J. (Coord.) Jornadas Regionales de Interculturalidad para la equidad en la atención de la salud, Junín de los Andes, 30/4 al 03/5 de 2009, p. 42].

³⁸⁷ Véase Drake, Erin, "El Significado Cultural del Parto. Op. Cit., p. 7.

Las mujeres que pertenecemos a pueblos originarios tenemos derechos colectivos específicos: elegir la forma de casamiento según nuestras tradiciones: poligamia femenina o masculina o monogamia heterosexual, bisexual; poseer territorio comunitario; (é) acceder a la justicia ancestral para dirimir nuestros conflictos de género o intracomunitarios; celebrar nuestro ciclo vital según la tradición (*katan kawin*); ser atendida por *machi* (médicos ancestrales) y utilizar los recursos terapéuticos que existen en el territorio; planificar nuestra vida sexual y reproductiva según nuestra propia concepción del ciclo vital y del ciclo lunar; (é) realizar un parto, nacimiento y entierro de las placentas en territorios sagrado, entre otros³⁸⁸.

Efectivamente, en esta crítica pronunciada por Azpiroz Cleffan se manifiesta la importancia de la preeminencia de los derechos colectivos de los pueblos, lo que nos conduce a una reflexión 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 indígenas, en tanto: «propuestas hacia una concepción de la salud desde la autodeterminación y la autonomía deliberativa de los pueblos»³⁸⁹. Del mismo modo, no es menos cierto que, el planteo de Azpiroz Cleffan, además de buscar una crítica cultural al sistema sanitario hegemónico, se centra en marcar contundentemente las implicancias que tiene la falta de consideración de los derechos de las mujeres, dejando en evidencia la minorización a la que es sometida la mujer mapuche (aunque esto, no solamente es aplicable a la mapuche) en su calidad de decisora sobre: cómo planificar su vida sexual y reproductiva, cómo hacer honor a los ritos ancestrales, y finalmente, cómo parir. De ahí que, según Salazar (2012:69):

³⁸⁸ Las mujeres de palabra florida. Revista crítica, Op. Cit.

³⁸⁹ Véase Gómez y Sciortino, 2015:52. En este sentido, según las autoras, «el aborto se propone como un tema a debatir entre mujeres indígenas en relación a la recuperación de prácticas ancestrales y conocimientos que las madres y abuelas indígenas tienen sobre anticoncepción y control de la natalidad» (Gómez y Sciortino, 2015:52).

la 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 *pachelche* u otro/a agente de la salud, da cuenta de la autonomía que las mujeres mapuche pueden llegar a alcanzar en el camino hacia la recuperación de su completa dignidad como sujetos libres³⁹⁰.

De lo dicho surge que, tanto el sistema patriarcal, como el médico hegemónico conllevan a la negación de las singularidades y particularidades no solo de las mujeres originarias y rurales, sino también de las prácticas y rituales específicos, de los saberes y conocimientos médicos indígenas³⁹¹. De esta manera, resulta claro que, las comunidades indígenas se han visto avasalladas por prácticas occidentales en todos los ámbitos. Centrándonos en lo relativo a la salud materna, y al parto en particular, constituye una muestra de ello, la pérdida de: acompañamiento y apoyo de mujeres experimentadas durante el parto; la lectura y disposición de la placenta; el cuidado con los fluidos corporales y la alimentación tradicional para recuperar las fuerzas de la mujer³⁹².

En efecto, las mujeres indígenas han debido adaptarse a las imposiciones culturales del sistema político-sanitario hegemónico para poder acceder al derecho a la salud, como a otros tantos derechos: sociales, políticos, económicos, culturales y educativos. Por ende, resulta claro que no se trata solamente de una cuestión de derechos en términos de ciudadanía, sino también de la limitación de la libertad de ser³⁹³.

En síntesis, entendemos la relevancia que tiene la capacitación de los profesionales médicos, y fundamentalmente de aquellos especialistas y doctores que trabajan en las postas sanitarias. Puesto que, mayormente, es allí, en estas postas, a donde asisten las mujeres indígenas (mapuche, en nuestro caso), por

³⁹⁰ Salazar, 2012, Op. Cit., p. 69.

³⁹¹ Vase Cicchitti, A. *El lugar de las mujeres indígenas* Género y Diversidad Sexual - *Revista Soberanía sanitaria*, Revisado el 19/10/2020, Disponible en website: (<http://Revistasoberaniasanitaria.com.ar/category/genero-diversidad-sexual/>), p. 5.

³⁹² Alarcón, A. M. y Nahuelcheo, Y., *Creencias sobre el embarazo*, Op. Cit., p. 200.

³⁹³ Vase Cicchitti, A. *El lugar de las mujeres indígenas* Género y Diversidad Sexual, Op. Cit., p. 3.

encontrarse geográficamente más contiguas a la localización de sus viviendas, que son generalmente rurales. Esto conduce no solo a pensar en una mirada de atención sanitaria intercultural, sino también a la promoción del parto interculturalmente seguro, con la finalidad de reducir la mortalidad materno infantil. Evidentemente, esto fomenta la autonomía de la mujer indígena y su capacidad de decisión, respetando las formas de dar a luz y sus cuerpos-territorios. De esta manera, pensamos que generando un contacto directo, dialógico, que respete las costumbres de la comunidad atendida, se articula la medicina académica con la medicina tradicional³⁹⁴. 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 próximo apartado: cómo se manifiestan, en concreto, en el cuerpo de la mujer indígena, la interseccional opresión (género, clasista y étnica) que cae sobre ellas. Para ello, nos centraremos en diversas formas y experiencias de violencia, expresadas por sus propias protagonistas. Específicamente, haremos hincapié 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 situación 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 criminalización, el empobrecimiento material, la colonización y la discriminación³⁹⁵. A estos conflictos vivenciados por las

³⁹⁴ Sobre la aplicación de este abordaje de partos culturalmente seguro se han desarrollado experiencias en el Chaco Sudamericano, con las mujeres guaraníes. Han sido promovidas por la OMS y OPS, desde el año 2017 hasta la actualidad, en el territorio que comparten Argentina, Bolivia y Paraguay. Esta iniciativa subregional tiene como propósito reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil, con empoderamiento social, enfoque intercultural, género y derecho, priorizando 400 mil habitantes de esa región, 30% de ellos indígenas. Véase: *La salud de las mujeres y los niños primero en el Chaco Sudamericano Priorizando la salud de las mujeres y los niños. En el Chaco Sudamericano* Revisado el 19/10/2020, Disponible en website: <https://www.paho.org/es/historias/salud-mujeres-ninos-primero-chaco-sudamericano>.

³⁹⁵ Entrevista de Mendoza, Angélica a Huilipán, Verónica. *Desde el Ministerio de las mujeres, Verónica Huilipán enfrentará la violencia contra las hermanas originarias* *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 añade la violencia machista, al interior de las comunidades. Según Huilipán (2020), este último tipo de violencia se debe a los hábitos adquiridos por las diferentes formas de la colonización y de sometimiento. De ahí que, en el seno de las comunidades indígenas, esta problemática 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 indígenas de nuestro país, y que comienza a ser cada vez más preocupante, es la referida a la negación de la identidad y de la persona indígena. Según Huilipán (2020), en el Noroeste argentino, en Jujuy más precisamente, a las personas indígenas 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 son considerados como una amenaza por ser inmigrantes³⁹⁶.

De esta manera, es claro que la violencia es ejercida de múltiples maneras. De ahí que, cuando Azpiroz Clejan (2020) relata experiencias sobre estos aspectos que involucran sometimiento y violencia, se expresa de forma gráfica el conflicto cultural que surge cuando la cultura hegemónica ridiculiza y margina el desarrollo de otras creencias y costumbres, por considerarlas inferiores. Así, ejemplificando esta situación, esta mujer mapuche afirma que:

Las mujeres *chané, qom, pilagá* como también nosotras, las mapuche, festejamos y celebramos la menarca de nuestras hijas. Hacemos fiesta a la fertilidad. Sin embargo, en varios territorios indígenas estas celebraciones han sido penalizadas por denuncias realizadas por maestras 'con buena intención' que han querido intervenir en una práctica cultural. Han satanizado la práctica al entender que eso era violatorio del derecho a la educación, porque las niñas/mujeres faltan cuatro días 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 política y política de las mujeres todas³⁹⁷.

Evidentemente, para la resolución 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 nacionales³⁹⁸. En este sentido, Huilipñ (2020) afirma la importancia que tiene la autocapacitación y la formación política de las mujeres indígenas, para el fortalecimiento³⁹⁹ de las organizaciones, de las comunidades y de todas las personas indígenas. Claramente, nosotros coincidimos con este análisis, incluso, asumimos que estas problemáticas, que surgen de la interacción entre la diversidad étnico-cultural, el Estado y la salud (por tratarse de nuestro foco de análisis, aunque no se reduce únicamente a este ámbito), están surcadas por la incomunicación que se produce en el intercambio entre *saberes* y *conocimientos* epistémicamente tan distantes⁴⁰⁰. De ahí que, según afirma Portela Guarín (2015:164):

Las comunidades activan epistemes-otras a la manera de hilos invisibles que propenden por la cohesión de sus integrantes, mantienen estructurado el tejido social, y ofician como fuerzas entrópicas que dan mucha fortaleza intracomunitaria; 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 interacción entre sociedades⁴⁰¹.

³⁹⁷ *Las mujeres de palabra florida*. Revista crítica, Op. Cit.

³⁹⁸ Asimismo, según Huilipñ (2020), es fundamental la articulación con el INAI y los Ministerios: de Mujeres, Género y Diversidad; de Ambiente y de Educación [Entrevista de Mendoza, Angélica a Huilipñ, Verónica. Desde el Ministerio de las mujeres, Op. Cit.]

³⁹⁹ Huilipñ enfatiza en la importancia de utilizar el concepto de *fortalecimiento* por sobre el *término empoderamiento*. Esta elección se debe a que empoderamiento surge de la concepción positivista de EE.UU. construido para el abordaje de los procesos referidos al trabajo sobre Latinoamérica.

⁴⁰⁰ Véase Portela Guarín, H. (2015), Cap. 5: *Epistemes-otras: un desafío para la salud pública en Colombia*. En: *Salud indígena: políticas comparadas en América Latina*. Organizadoras, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso. i Florianópolis: Ed. da UFSC, p. 162.

⁴⁰¹ Portela Guarín, H. (2015), Cap. 5: *Epistemes-otras: un desafío para la salud pública en Colombia*. En: *Salud indígena: políticas comparadas en América Latina*. Organizadoras, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso. i Florianópolis: Ed. da UFSC, p. 164

No obstante, resulta claro que las distintas formas de violencias, a las que son sometidas las mujeres indígenas, se vinculan no solo con la intolerancia epistémica de la cultura hegemónica, sino más específicamente con la inacción política, que sostiene estos esquemas de violencia, consolidándolos y naturalizándolos. 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 Coloradas⁴⁰³, de los que participa, y afirma que: muchas de estas experiencias, que emergieron clandestinamente, se encuentran vinculadas específicamente a violaciones⁴⁰⁴. De ahí que, según la autora, estas situaciones ponen en evidencia las estrategias de conformación de una agenda política direccionada, que subsume ciertas demandas o problemáticas a una prioridad política predefinida e inamovible⁴⁰⁵.

De modo consecuente, Sciortino reconoce que no hay denuncias formales realizadas por estos actos por parte de las víctimas, y concluye que la dificultad de acceso a la justicia por parte de sectores vulnerables por su condición de género, etnia, clase; resulta ser otro gran condicionante que explica la ausencia de estas denuncias (Gómez y Sciortino, 2015:53). Por otra parte, respecto a esta problemática que involucra a las violaciones que sufren las mujeres de la comunidad mapuche, la autora se pregunta: ¿Por qué 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 trató el tema del aborto, como problemática concerniente a las mujeres originarias. Puesto que, la clandestinidad de esta práctica aumenta el riesgo de muerte de las mujeres que practican un aborto, y tal como las indígenas sostuvieron: «mata a las mujeres».

⁴⁰³ En Neuquén y Mendoza, según afirman Gómez y Sciortino (2015), la Iglesia católica se encuentra hace un par de años trabajando específicamente con mujeres indígenas en materia de derechos y emprendimientos productivos. (é) se reúnen en la localidad de Las Coloradas (é). Es allí donde se realizan encuentros locales de mujeres que a su vez se acompañan con trabajo de capacitaciones en las comunidades sobre derechos de las mujeres y emprendimientos productivos. Estas actividades se desarrollan en el marco de organización de la Fundación Hueche y la escuela rural fundada por maestros que llegaron a Las Coloradas alrededor de 1984 y se instalaron allí. Monseñor de Nevares fue su mentor y principal apoyo en la consolidación del proyecto (Sciortino, 2011; 2013). (Gómez y Sciortino, 2015, p. 58).

⁴⁰⁴ Según relata Sciortino (2015), varias mujeres, durante el ENM, refieren al tema de la violencia, específicamente a las violaciones, y reconocen haber sido violadas en las ciudades. Incluso, se preguntan cuántas de ellas, tal vez, sean el resultado de violaciones.

⁴⁰⁵ Gómez, M. y Sciortino, S. (2015) Mujeres indígenas, derechos colectivos y violencia de género: Intervenciones en un debate que inicia, Revista de la Carrera de Sociología. Entramados y Perspectivas N°5, Vol. 5: UBA, Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires, p. 53.

Sin embargo, la respuesta es que esto no sucede. Según Sciortino (2015), estas mujeres, lejos de centrarse en las desigualdades de género y la violencia contra las mujeres, enfatizan sus discursos hacia la defensa de una identidad indígena que posee sus prioridades definidas *a priori*, desplazando problemáticas que resaltan las fisuras internas del colectivo que se afirma (Gómez y Sciortino, 2015:54). Evidentemente, las políticas de identidad y reconocimiento cultural, que funcionan como el motor que unifica todas las reivindicaciones indígenas, pueden volverse renuentes frente a determinadas demandas que cuestionan las relaciones internas del grupo. Esto conduce, inevitablemente, a un proceso de congelamiento y reificación de la cultura (Gómez y Sciortino, 2015:57).

Otra interesante explicación, ante la falta de denuncias por las situaciones de violencia y avasallamiento físico y psicológico que sufren las mujeres del pueblo mapuche neuquino, la plantea García-Gualda (2017b), cuando afirma que:

“En 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 está asociado a la dominación. En esta recategorización de los esquemas patriarcales, el polo femenino queda ubicado en la idea de mujer dependiente, objeto de control y abuso sexual” (García, 2014: 3, citado en García-Gualda, 2017b:90)

Este análisis resulta ciertamente relevante para comprender la situación de las mujeres mapuche, y su tolerancia frente a la violencia machista sobre sus propios cuerpos. Incluso, según relata Federici (2010) no es casual que, en plena Conquista de América, los cuerpos de las *zomo* (las mujeres indígenas) hayan sido objetos preciados y útiles para el despliegue de las técnicas de poder y de las relaciones de poder capitalistas (citada en García-Gualda, 2017b). Dicho en otros términos: “La sexualidad vertida a través de la inseminación del cuerpo-territorio femenino fue una expresa manifestación de apropiación y dominio territorial, de esta forma el control

wigka fue inscripto en los cuerpos de las mujeres mapuche (Segato, 2004, citada en García 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 Indígenas de la Patagonia. Puesto que esta práctica extractiva supone una nueva embestida contra los territorios indígenas, y particularmente, contra las mujeres y sus cuerpos. Sobre este aspecto, García Gualda (2017b) afirma que:

 es absurdo ignorar que la *ruta del petróleo es la ruta de la trata con fines de explotación sexual* y que, a la par, el modelo extractivista supone la vigencia de cierta masculinidad hegemónica, es decir, refuerza los estereotipos propios de un orden de género patriarcal⁴⁰⁶.

Es claro que, respecto a las formas de violencia que atraviesan el cuerpo-territorio de la mujer indígena, el análisis reviste una complejidad y profundidad que excede la temática de la presente tesis. Sin embargo, es de notar que esta violencia sobre los cuerpos, se manifiesta también 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 trica⁴⁰⁷ que padecen estas mujeres a la hora de parir en nuestros hospitales públicos.

Estos vejámenes 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. Así, Sanz (1986) relata la experiencia de una mujer mapuche que tenía tres hijos y había quedado embarazada del cuarto, y por

⁴⁰⁶ García-Gualda, S. Kvme Felen y el retorno de la complementariedad: el f ut rico desafío mapuche frente a las políticas extractivistas y la violencia de género, V Encuentro Patagónico de Teoría Política, (En)clave Comahue, N  22, 2017b, pp. 83/100, p. 90.

⁴⁰⁷ Violencia obstétrica: 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 medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 [Observatorio de Igualdad de Género, Disponible en website: <http://genero.defensoria.org.ar/wp-content/uploads/sites/7/2018/06/Violencia-Obstétrica-2018.pdf>]

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

“Estando ya en la habitación con fuertes contracciones (tendríamos que pensar en cómo puede sentirse una mujer trasladada de una chabola o choza a la habitación de una clínica) la enfermera vio con sorpresa que había desaparecido de la habitación. Cundiéndose la alarma. Todos empezaron a buscarla. La encontraron en el cuarto de baño a oscuras y en cuclillas intentando parir a su hijo. Rápidamente la trasladaron al paritorio. Llena de luces, con las piernas en alto, el cuerpo al descubierto, la mujer dejó de manifestar ningún tipo de emoción (entró en una crisis) mirando fijamente un punto en el techo, sin manifestar ningún signo de dolor ni hacer ningún esfuerzo por parir a su hijo. Los médicos le probaron a su hijo. Solo una hora después del nacimiento pudo mirarlo y tomar contacto con él. Nadie se había preocupado por averiguar cómo viven las mujeres mapuches la relación 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 qué es lo que ocurría, y prefirió la crisis”⁴⁰⁸.

Indudablemente, esta experiencia pone en evidencia no solo la falta de consideración de los saberes y conocimientos propios de la mujer, centrados en su enfoque epistémico, sino también la falta de cuidado y protección de la mujer en tanto paciente que se encuentra dando a luz. Resulta claro que, la violencia obstétrica es también: violencia simbólica. Claramente, esto se debe a que: “esta se ejerce, sin mediación de la fuerza física, sobre un agente social con su complicidad, puesto que el agente dominado no es consciente de su estado de sumisión”⁴⁰⁹. De

⁴⁰⁸ Sanz, F. (1986) *Salud y mujer mapuche*, Op. Cit., pp. 39-40.

⁴⁰⁹ Casal-Moros, N. & Alemany-Anchel, MÚ J. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 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^ogico o çnaturalè de las cosas⁴¹⁰. En efecto, la violencia obstétrica resulta invisible, porque claramente, como afirma Michelle Sadler (2004: 15-66), ñse muestra por el discurso hegem^o nico como çnecesariaè para çayudarè a las personas: de ese modo, las mujeres se sienten obligadas a obedecer y a no cuestionar a los profesionales⁴¹¹.

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^o c^omo transcurri^o la espera de casi dos d²as, hasta haber sido trasladada hacia el Hospital de Zapala⁴¹², que atiende casos con mayor complejidad m^odica, que el Hospital local de Las Coloradas. De all² que, seg¹ñ lo narrado, la autora expresa que:

ñUna vez all² el m^odico decidi^o , sin consultarla, que deb²a practicar una maniobra manual para ñacomodar al beb^o el cual estaba en posici^o n pod²lica. As², ñcon la manoèel m^odico ñgir^o al ni^oñodentro del útero materno. Nada extra^oñlo si consideramos (é) que para el Estado (el m^odico es un agente estatal) se trata de cuerpos sacrificables, de segunda. ñM^odico é mierdaè le grit^o la mujer atiborrada de dolor. Y @, un var^o n no ind²gena s²mbolo de la ciencia y, por ende, de la civilizaci^o n occidental y del capitalismo, procedi^o

⁴¹⁰ *Ibid.* Evidentemente, este orden natural de las cosas, seg¹ñ Fern^ondez (2005), es transmitido a trav^os 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^o n en generaci^o n mediante la educaci^o n (citado en: Casal-Moros, N. & Alemany-Anchel, M. J. (2014). Violencia simb^olica en la atenci^o n al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu, Op. Cit., p. 62)

⁴¹¹ Garc²a, Eva M. (2018) *La violencia obstétrica como violencia de g^onero. Estudio etnogr^ofico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en Espa^oña y de la percepci^o n de usuarias y profesionales*. Tesis doctoral, Doctorado en Ciencias Humanas: Geograf²a, Antropolog²a y Estudios de África y Asia. L²nea de investigaci^o n: Antropolog²a de orientaci^o n p^ublica: Universidad Aut^o noma de Madrid, Espa^oña.

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 piñaco*⁴¹³.

Evidentemente, este último relato muestra algunas de formas de violencia que se inscriben en el cuerpo de la mujer indígena y que obstaculizan, en el plano concreto, todas las posibilidades de generar una atención médica intercultural, mediante una construcción dialéctica, que favorezca el derecho al acceso a la salud, centrado en un enfoque de justicia epistémico. De ahí que, resulta claro que, la mujer mapuche, enfocada en el fortalecimiento de su identidad y el ejercicio de su autoidentificación, ha sido (y es) vulnerada por las políticas sanitarias que no le han permitido el acceso al derecho a la salud, respetando su cosmovisión y la puesta en práctica de su conocimiento en el ámbito de la medicina⁴¹⁴.

Consecuentemente, partiendo de entender que, tal como afirma María Lugones (2008), las múltiples opresiones que afectan a las mujeres indígenas son producto, también, de las complicidades de los varones indígenas y no indígenas, por ser todos estos: *beneficiarios directos de los dividendos del patriarcado* (citada en García-Gualda, 2017b:96), resulta indefectible que, no se trata de formas de opresión y desigualdad que corren en paralelo, sino que son formas de violencia y sometimiento que se interceptan en la conformación de sujetos individuales y colectivos (Sciortino, 2009, citada en García-Gualda, 2013:54). De allí que, la resolución de estos conflictos latentes debe ser el punto de partida de todas las propuestas de políticas públicas sanitarias a aplicar en estas comunidades indígenas.

En síntesis, a partir de lo analizado en el capítulo, resulta claro que todas las prácticas 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 hegemónica. No obstante, sin descartar la importancia que esto reviste para la construcción de una relación sanitaria desde un

⁴¹³ García-Gualda, S. (2017a), *Tejedoras de futuro: La participación política de las mujeres mapuche en el conflicto territorial de Neuquén (1995-2015)*, Op. Cit., pp. 207-8.

⁴¹⁴ Véase Gómez, M. y Sciortino, S. (2015) *Mujeres indígenas, derechos colectivos y violencia de género: Intervenciones*, Op. Cit.

diálogo intercultural, resulta muy trascendente resaltar, tal como se desarrolló en el capítulo anterior, que las prácticas médicas actualmente están orientadas enfáticamente a la reducción de las tasas de mortalidad materna. Evidentemente, esta situación no resulta ser desaprobable en sí misma, empero trae aparejada la institucionalización de todas las prácticas sanitarias que, como hemos analizado en este último apartado, muchas veces se encuentran impregnadas de actitudes de destrato, promoviendo fuertes escenarios de violencia. En efecto, consideramos que esta institucionalización debe ser entendida a partir de deliberar sobre estos aspectos, y también sobre los precedentes que esta situación genera en la comunidad mapuche chilena. De ahí que, algunos estudios han analizado los efectos de la institucionalización y la medicalización del parto en Chile en la población Mapuche y se descubrió una falta de reconocimiento social y cultural relacionado a la atención de partos de las mujeres indígenas, que fueron controladas dentro del sistema de salud oficial⁴¹⁵. En fin, resulta prioritario que la inclusión de las mujeres originarias y rurales al sistema público no solo se centre en el respeto por sus tradiciones y saberes ancestrales, sino también que, efectivamente, les brinde información 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 también, la vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual, entre otras problemáticas⁴¹⁶.

⁴¹⁵ Evidentemente, esto conduce a que debamos interpelarnos acerca de la relevancia que tiene la institucionalización, en cuanto a sus efectos, puesto que, en las experiencias relatadas (en el apartado anterior), se han perdido muchas prácticas y costumbres tradicionales de la comunidad mapuche relacionadas con el parto (Sadler & Obach, 2006; Alarcón & Nahuelcheo, 2008; Quidel & Pichinao, 2002, citados en Drake, 2014: 5).

⁴¹⁶ Véase Cicchitti, A., "El lugar de las mujeres indígenas" Género y Diversidad Sexual, Op. Cit., p. 6.

CAPÍTULO 6

NECESIDAD DE GENERAR POLÍTICAS DE FORMULACIÓN DE MARCOS ADECUADOS PARA UN ABORDAJE INTERCULTURAL DE LA SALUD EN LAS PU MAPUCE ZOMO DE LAS COLORADAS

“No 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 gozadas por toda la comunidad⁴¹⁷.

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.

edificaci3n de una definici3n amplia de bien p3blico, que contemple la situaci3n de asimetr2as y vulnerabilidades hist3ricas presentes en las distintas comunidades de nuestro pa2s, especialmente en la ind2gena.

De esta manera, en concordancia con de Ort2zar (2019), consideramos que precisamente es la revalorizaci3n de conceptos propios como ñbuen vivir3 proveniente de la tradici3n ind2gena; lo que nos permite replantear la finalidad social de la justicia en salud. Precisamente, porque el ñbuen vivir3 para la comunidad mapuche, se refiere a la vinculaci3n equilibrada entre las personas y en armon2a con la naturaleza. Dicho de otro modo, el ñbuen vivir3 desde la identidad y cosmovisi3n 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 dem2s *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* m2s en el *Ixofij Mogen*, nunca superior a ninguno, solo con un rol diferente3419.

De all2 que, no basta con el acceso igualitario a los hospitales para atender la enfermedad, ni tampoco con la implementaci3n de mecanismos de coordinaci3n del financiamiento y prestaci3n 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 informaci3n como la historia cl2nica electr3nica; y comenzar a definir entre el ministerio nacional y las provincias cu2les son las cuestiones en las que no est2n dispuestos a tolerar disparidades sanitarias [Tuchin, F. Las grandes desigualdades3 Op. Cit., 2018].

⁴²¹ Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU 908/2016) En el a2o 2005 la Organizaci3n Mundial de Salud plantea la Cobertura Universal de Salud (CUS) para cada pa2s, especificando que tiene 3 ejes: Brindar prestaciones esenciales para toda la poblaci3n; que estas prestaciones tienen que ser de calidad; que estas prestaciones esenciales de calidad eviten que las familias caigan en una cat2strofe financiera, porque es una realidad mundial que anualmente millones de personas caen en cat2strofes financieras por pagar de su bolsillo sus necesidades de salud. Sin embargo, la OMS deja librado a cada pa2s definir cu2les son las prestaciones esenciales o b2sicas, y entonces depender2 en cada pa2s o en cada sector qu2 se est2 dispuesto a discutir como necesidades b2sicas o a qu2 prestaciones se tiene derecho y a cu2les no. V2ase <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 indígena⁴²².

De modo que, para pensar en el derecho al acceso a la salud, debemos hacerlo en el marco de las desigualdades sociales que repercuten en las desigualdades de salud, y cómo estas se profundizan a partir de la recesión y políticas de ajuste impuestas por el mismo Estado y los organismos internacionales (FMI) (de Ortizar, 2018). Según la OPS (2009), la relación entre las variables de pobreza y etnicidad se plantea siempre en proporción directa. Del mismo modo, las condiciones de pobreza y la posibilidad de superarla se agravan por los altos índices de analfabetismo.

En el caso de Neuquén, según afirma García-Gualda (2013: 56): «la carencia de políticas públicas, las prácticas clientelares llevadas a cabo por el Movimiento Popular Neuquino y la corrupción han conducido a que aproximadamente el 60% de la población mapuche se encuentre en situación de pobreza (ODHPI, 2008: 12)»

Esta situación debe contemplarse de manera prioritaria a la hora de proyectar la promoción e implementación de políticas públicas destinadas a la población mapuche. De la misma manera, debe considerarse de modo específico la situación concreta de las mujeres⁴²³ de esta población. Puesto que, sus posibilidades de acceso al empleo se ven obstaculizadas debido al alto índice de analfabetismo, la discriminación y la violencia laboral contra las mujeres (García Gualda, 2013:56). Pese a los impedimentos que ofrece este escenario, en el que confluyen la opresión a las mujeres y las políticas de ajuste, se han generado espacios de participación y lucha por parte de las mujeres mapuche. De allí que, Azpiroz Cleffan (2020), afirma que:

"Todos los procesos de opresión y vaciamiento de la palabra, de la participación política, del empobrecimiento que sufren las

⁴²² La ventaja de evaluar estos determinantes radica en reconocer la responsabilidad del Estado en salud (de Ortizar, 2018).

⁴²³ Según afirma García-Gualda (2013:56) «la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI), durante el período 2004-2005, (expone que) sobre un total de 30.445 mujeres mayores de 10 años, el 8% eran analfabetas. Por estas razones, la mayoría 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 esclavo»

poblaciones por la aplicación de las políticas de ajuste, de recesión, de acumulación de riqueza en manos de unos pocos, lo que hace es generar una reacción, y (es) una reacción que necesita ser escuchada y que necesita poner en la mesa de debate de la sociedad no indígena cuáles son las propuestas superadoras ante la crisis en términos de poder, pero que se traduce en crisis económicas, climáticas, ambientales".

Resulta importante partir de que, si bien las mujeres mapuche han sufrido históricamente estas situaciones de precariedad, a partir del proceso iniciado en los años 90 con el surgimiento de los movimientos sociales contrahegemónicos⁴²⁴, estas mujeres se han posicionado como protagonistas fundamentales de su lucha y reafirmación cultural y territorial. Incluso, tal como afirma García-Gualda (2013:56-7): "es a partir de asumirse políticamente como mujeres mapuche que comienza su nuevo rol dentro del conflicto socio-territorial en la provincia de Neuquén".

En síntesis, no quedan dudas de que, para pensar en la construcción de una sociedad más democrática, justa y equitativa, las propuestas estatales respecto a la atención sanitaria intercultural, deben atender y dar voz a las mujeres mapuche, como representantes políticas válidas, que se han levantado frente a un largo proceso de opresión y sujeción que las mantuvo invisibilizadas sistemáticamente (desde el plano académico occidental y desde el patriarcal) como agentes subalternos⁴²⁵. En efecto, se debe partir de este objetivo central en la construcción de políticas públicas sanitarias, para crear este espacio que busca diálogos de saberes entre el conocimiento científico y el conocimiento ancestral. Fundamentalmente, intentando que, en los espacios de los diseños de políticas

⁴²⁴ Los movimientos sociales contrahegemónicos surgen como respuesta a la globalización neoliberal suscitada durante la década de 1990. De hecho, en este contexto, se produjo la incorporación -forzada- de las mujeres al mercado laboral (producción), sin por ello librarlas de sus tareas relacionadas al ámbito de lo doméstico (reproducción). Esto condujo a la profundización del proceso de feminización de la pobreza, que no hace más que reproducir la subordinación social de las mujeres en el modelo patriarcal/ capitalista (Véase García Gualda, 2013:57-8).

⁴²⁵ Resulta claro que, el universalismo etnocéntrico occidental ha penetrado al conocimiento en todas sus esferas y, por ello, persiste una marcada tendencia al predominio y desarrollo de ciertos feminismos hegemónicos, dotados de un conocimiento insuficiente de las mujeres no-blancas, de las otras subalternas (Mohanty, 2008, citado en García Gualda, 2015:586).

públicas, la comunidad mapuche pueda manifestarse en una relación de simetría (Azpiroz Cleffan, 2020), que responda a los tres enfoques que resumen sus históricas reivindicaciones. A saber: derechos colectivos, derechos de las mujeres y derechos humanos.

En fin, resulta indiscutible que todas las propuestas de diseño de políticas públicas enfocadas hacia las poblaciones históricamente vulneradas, deben originarse a partir de las necesidades concretas que éstas enuncian. Para ello, es claro que se requiere un trabajo planificado, juicioso y estructural, que sienta sus bases en propuestas de carácter intercultural, interinstitucional e interdisciplinario, como se expresó en el capítulo anterior, y que se constituya a nivel de todas las jurisdicciones intervinientes: los territorios comunitarios, municipios, provincias y organismos nacionales⁴²⁶. Del mismo modo, no es menos importante que se contemplen y se diseñen los marcos reglamentarios que propicien, en materia jurídica, la aplicación fehaciente de las políticas públicas establecidas⁴²⁷. Prioritariamente, en el desarrollo de políticas destinadas a implementar infraestructura apropiada en postas sanitarias, y en aquellas que promueven una distribución equitativa de médicos con formación intercultural.

Ambos aspectos resultan primordiales, en el marco del diseño de políticas públicas destinadas al favorecimiento del derecho al acceso a la salud de las mujeres mapuche de Las Coloradas. Esto es así, debido a las barreras, obstáculos y dificultades concretas que afrontan diariamente estas mujeres para acceder al sistema sanitario público. Entre estas, podemos identificar tanto barreras materiales, como culturales⁴²⁸. De ahí que, en cuanto a las dificultades materiales, tal como afirma Cicchitti (2020) uno de los principales problemas es la distancia

⁴²⁶ Tal como plantea Verónica Huilipán (2020), en su rol de coordinadora de Abordaje de la Violencia por Razones de Género contra Integrantes de Pueblos Indígenas, perteneciente al Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad.

⁴²⁷ Un ejemplo de estas inconsistencias legales fue planteado con el caso del Centro de Salud Intercultural Ruca Choroí, en el cuarto capítulo.

⁴²⁸ Evidentemente, respecto al planteo de las barreras que obstaculizan el acceso a una vida digna (es decir, el acceso al trabajo, a la educación, a la salud, al medio ambiente) por parte de las mujeres mapuche, en este escrito, nos centraremos específicamente en las que tienen incidencia inmediata en la salud. Sin embargo, corresponde reconocer la vulneración, discriminación y violencia que vivencian estas mujeres, producto de barreras tales como: la colonización ejercida por las compañías de explotación petrolífera, minerales, forestales y de tierras; la falta de políticas públicas de desarrollo; y el consecuente empobrecimiento y marginación socio-cultural de las comunidades mapuches neuquinas, entre tantos otros factores condicionantes [Véase Instituto de Promoción de Estudios Sociales de Navarra -IPES Elkartea-].

geográfica, debido a que la mayoría de las comunidades originarias residen en zonas rurales, alejadas de los puestos de salud y hospitales. Claramente, esta situación 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 económicos necesarios para: traslados, atención médica de especialistas, trámites burocráticos, compra de medicamentos, costeo de tratamientos indicados, entre otros⁴²⁹. Es interesante subrayar, en consonancia con el planteo de Cicchitti (2020), que estos indicadores se intensifican y complejizan aún más cuando los extrapolamos a las mujeres indígenas, debido al acceso a la cobertura de salud privada, ya sea a través de sistemas de medicina prepaga u obras sociales. Resulta claro que, esta desigualdad en el plano material, se vincula con la imposibilidad que tienen las mujeres indígenas para insertarse en el mundo laboral (con todos los beneficios que esto trae aparejado, tratándose de un trabajo registrado).

En cuanto a las barreras culturales, claramente se puede mencionar: la falta de información y conocimiento necesarios, por parte de las mujeres indígenas, para defender sus derechos de acceso a la salud; las sistémicas situaciones de violencia estructural hacia estas mujeres, plasmadas en la discriminación por su identidad y pertenencia étnica; y la falta de consideración por parte de las políticas sanitarias, como hemos visto en el cuarto capítulo, de adecuaciones culturales (la barrera idiomática)⁴³⁰ o de enfoque de género⁴³¹.

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 edad⁴³² y la falta de acceso al sistema público de salud

⁴²⁹ Véase Cicchitti, A. *El lugar de las mujeres indígenas. Género y Diversidad Sexual*, Op. Cit., pp. 8-9.

⁴³⁰ Desde este planteo, debe analizarse la posibilidad de consentir a la paciente indígena a realizar un parto en su casa, y simultáneamente, se le debe ofrecer respeto por su alimentación y cuidado propio, conforme a las costumbres históricas de la cultura indígena. A la vez, que se le brinda la información adecuada y comprensible a su lengua [Informe *Mujeres indígenas en la provincia de Jujuy...* Op. Cit., 2016].

⁴³¹ Véase Cicchitti, A. *El lugar de las mujeres indígenas. Género y Diversidad Sexual*, Op. Cit., pp. 8-9. Según plantea Cicchitti (2020): *Las dificultades en el acceso a la información, como así también a las prestaciones de salud sexual y reproductiva, se traducen en que las mujeres indígenas presentan tasas de fecundidad más altas que las del resto de la población. El elevado número de hijos e hijas, sumado a que, una alta proporción de mujeres son madres antes de los 19 años de edad son la combinación perfecta para que estas jóvenes y mujeres originarias queden excluidas del sistema educativo y laboral formal*

⁴³² Sobre este aspecto, Cicchitti afirma que: *La falta de métodos anticonceptivos y pastillas de emergencia en los hospitales y puestos de salud es más que evidente tras el ajuste en el ámbito sanitario, (é) a nivel nacional,*

en el momento del parto. Por este motivo, es fundamental que las políticas públicas se centren en un enfoque que garantice un sistema de salud intercultural, feminista y de derechos humanos, que responda a las necesidades históricas reafirmadas y re-enunciadas por las mujeres indígenas mapuche.

En síntesis, consideramos prioritario promover propuestas de diseño de políticas públicas para el sistema sanitario, que reconozcan y disminuyan las consecuencias de la opresión interseccional que afecta a las mujeres mapuche en el acceso al derecho a la salud. Evidentemente, estas propuestas de políticas públicas de salud intercultural, deben centrarse en un enfoque integrado por las dimensiones: género, etnia y clase social, con la finalidad de que permita comprender y resolver las dificultades y los obstáculos que las mujeres mapuche deben soslayar para acceder a la atención médica intercultural de sus partos. No obstante, entendemos que este acceso al derecho a la salud no debe reducirse a una indefectible inserción a un mundo occidentalizado ajeno e indiferente de la herencia ancestral originaria⁴³³. Por ello, proponemos una política de salud intercultural relacionada con el parto de las mujeres mapuche, para establecer, de este modo, métodos que, dentro del sistema de salud público, les permitan realizar partos respetuosos, y que también, promuevan la autonomía de las mujeres mapuche para decidir sobre su propia salud⁴³⁴.

6.1. PROPUESTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS CENTRADAS EN UN ENFOQUE INTEGRADO POR LAS DIMENSIONES: GÉNERO, ETNIA Y CLASE SOCIAL

Todas las políticas públicas se entretajan en el marco de la complejidad que plantea el modelo sanitario argentino, caracterizado por su particular fragmentación, tal como fue desarrollado en el segundo capítulo. Recordemos que, la cobertura de la salud se encuentra distribuida entre el sector público, las obras sociales (OS) y el

con el cierre de programas relacionados con la salud sexual y reproductiva, y (también con) la reducción en las partidas presupuestarias para las áreas de género y mujer. Cicchitti, A. *El lugar de las mujeres indígenas*. Género y Diversidad Sexual, Op. Cit., pp. 8-9.

⁴³³ Cicchitti, A. *El lugar de las mujeres indígenas*. Género y Diversidad Sexual, Op. Cit.

⁴³⁴ Véase Drake E. *El Significado Cultural del Parto: Perspectivas de Mujeres Mapuche*, Op. Cit., p. 6.

sector privado, con una pobre articulaci3n entre subsectores, que ofrecen beneficios en salud muy heterog3neos (Bell3 M, Becerril-Montekio VM., 2011:107).

Por este motivo, plantear, dise1ar y desarrollar pol3ticas p1blicas para incrementar el acceso equitativo a los servicios integrales de salud resulta un verdadero desaf3o⁴³⁵. Por este motivo, estas pol3ticas deben implicar, adem3s, una reducci3n de los enormes costos asociados a la atomizaci3n financiera, bajo la figura de un Estado garante del bienestar de la poblaci3n⁴³⁶. 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 pol3ticas sanitarias deben centrarse en la federalizaci3n del sistema, para promover el acceso sanitario equitativo, de toda la poblaci3n del territorio argentino, mediante la fuerte provisi3n de recursos materiales y humanos a los CAP, como tambi3n mediante la disposici3n de las prestaciones de mayor nivel de complejidad. Evidentemente, cada provincia deber3 operar sobre su realidad particular, buscando identificar ejes comunes, para avanzar hacia una segunda instancia regional y nacional⁴³⁷. En este contexto, tal como afirman Bell3 M, Becerril-Montekio VM. (2011:107), 3se requiere que el Estado nacional cree las condiciones para que se debata la implantaci3n de sistemas provinciales integrados o esquemas de aseguramiento social en salud por jurisdicci3n3

A partir de lo desarrollado anteriormente, examinando la construcci3n de un abordaje sanitario integral y federal, surge la necesidad de plantear un abordaje intercultural centrado en tres criterios de an3lisis y aplicaci3n, que prioricen el derecho a la salud desde la pluralidad hist3rica, situados en la complejidad de nuestra sociedad. El primero de ellos: es el marco conceptual para la formulaci3n de pol3ticas, centrado en un enfoque interseccional, que articule las tres esferas que son un eje indispensable (etnia, g3nero y clase social) para el an3lisis. El segundo

⁴³⁵ Dentro de este desaf3o debe considerarse la capacitaci3n del personal, para que produzca un impacto positivo, puesto que esto deber3 incidir en cambios importantes en la prestaci3n de los servicios, mejorando la relaci3n m3dico-paciente y paciente-instituci3n de salud, es decir, brindar atenci3n con sensibilidad intercultural [Hasen Narv3sez, F. Interculturalidad en salud: 3 , Op, Cit., 2012, pp. 17-24].

⁴³⁶ V3ase Bell3 M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. *Salud Publica Mex* 2011; 53 supl. 2, p. 107.

⁴³⁷ V3ase Bell3 M, Becerril-Montekio VM (2011), *Ibid*.

criterio, orientado a la formación médica intercultural y en justicia epistémica; y el tercero, centrado en el diálogo intercultural con la medicina indígena.

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 adecuados⁴³⁸, para la formulación de políticas públicas. El primer criterio: involucra un enfoque integrado que considere la relación entre género y etnia, incorporando también la dimensión de clase social, lo que permite denunciar situaciones de discriminación, segregación y desigualdad de oportunidades (Rangel y Valenzuela, 2004). Es importante analizar de modo vinculante las tres esferas: género, etnia y clase social, porque son sistemas interconectados de relaciones y significados que oprimen de manera simultánea a los grupos sociales, desde distintos sistemas de dominación (Rangel y Valenzuela, 2004). De modo que, resulta necesario, para abordar interculturalmente la salud en las mujeres mapuche, plantear un enfoque interseccional en salud (género, etnia, clase social, edad, diversidad sexual), para lograr una evaluación integral de los impactos sociales esperados a nivel sanitario.

Paralelamente, como segundo criterio, deben replantearse las prácticas profesionales, fundamentalmente en lo concerniente a la incorporación de asignaturas referidas a la interculturalidad y a la justicia epistémica durante la formación, como también en cuanto a las temáticas interculturales prioritarias en los modelos de investigación médica, en las Universidades y Centros de Investigación (de Ortiz, 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 indígenas. Para ello, la ciencia y la medicina oficial deben interactuar y dialogar con la medicina indígena, mediante la incorporación de agentes sanitarios como facilitadores en las comunidades. De este modo, con la interacción y el diálogo intercultural, se podrá promover el acceso a infraestructuras hospitalarias integrales y a prácticas médicas interculturales (Atención Primaria de la Salud y partos respetados), evitando caer en la parcialización, y en la discriminación de las mujeres indígenas priorizando de esta manera que: el acceso

⁴³⁸ Según el sentido acuñado por Fraser, N., Honneth, Axel (2006).

a la salud ñsea desde la integralidad y armonía, y no se convierta en una violencia más hacia propias formas de vivirò(ELA y COA, 2016).

Ahora bien, sabemos que en muchos países de América Latina se han redefinido políticas y modelos de atención a la salud, sin conseguir mejorar las condiciones de salud de las poblaciones a quienes se dirigen⁴³⁹. 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 diseño, planificación, organización y administración de los servicios de saludòque se corresponden casi exclusivamente de una perspectiva epidemiológica convencional, sin contemplar la naturaleza histórica y sociocultural de los problemas de salud⁴⁴⁰.

En efecto, consideramos que nuestra propuesta es conducente a mejorar la atención 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 políticas públicas que promuevan mecanismos emancipatorios⁴⁴¹ y favorecedores del acceso a derechos humanos para estas comunidades vulneradas. Evidentemente, frente al contexto de creciente marginalidad y vulneración de derechos y oportunidades que promueve el Capitalismo, las propuestas de políticas públicas 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 ampliación de derechos, promoviendo la formulación de canales de deliberación

⁴³⁹ Remorini, C. y Palermo, M. L. (2015), Capítulo 9: ñSalud materno-infantil y políticas públicas para pueblos originarios: reflexiones a partir de una investigación etnográficaò En: *Salud indígena: políticas comparadas na América Latina*. Organizadoras, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso. i Florianópolis: Ed. da UFSC, p. 252.

⁴⁴⁰ *Ibid.*

⁴⁴¹ Esta propuesta dialoga con los interrogantes propuestos por Ameghino (2011), en relación a distintas ñneas de cuestionamiento esbozadas por Borón (2007:27), acerca de las posibilidades de democratizar la democracia, sin salir del Capitalismo. Estos interrogantes son: ñSerò posible potenciar las fisuras del sistema de dominación estatal para convertir estas políticas en mecanismos emancipatorios o se trata de un nuevo modo de construcción hegemónica en busca de gobernabilidad? ñPodròan estas novedosas experiencias estar dando cuenta de un comienzo de revalorización de la interculturalidad en las instituciones de gobierno y de profundización democrática, que sean el inicio de un futuro Estado intercultural? [Ameghino, N. ñInterculturalidad hegemónica o emancipatoria? Una aproximación a la gestión intercultural en Neuquén, Argentina. *Interculturalidad y crisis del Estado naciòn*, septiembre 2011, Año 6, nòm. 11, p. 85].

y construcción colectiva, desde un Estado vasto y democrático. De allí que, tal como afirma la autora:

“Un buen estado, lejos de ser un estado que impone su propia ley, será un estado restituidor de la jurisdicción propia y del fuero comunitario, garante de la deliberación interna, coartada por razones que se vinculan a la propia intervención y administración estatal”⁴⁴²

Por este motivo, consideramos fundamental para el desarrollo de políticas públicas referidas a la atención 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 (género, clase y etnia); (II) que desarrollen propuestas formativas interculturales, con enfoque de justicia epistémica, para los profesionales de la salud (en formación y activos) y, por último, (III) que se generen los espacios de construcción dialéctica 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 participación, de construcción y socialización de saberes.

⁴⁴² Segato, Rita, (2010) “Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial. Hacia un pensar interpelado y disponible” En: Quijano, A. y Mejía Navarrete, J. (eds.): *La Cuestión Descolonial*. Lima: Universidad Ricardo Palma - Cítedra América Latina y la Colonialidad del Poder, p. 8.

CONCLUSIONES

En esta tesis nos propusimos abordar la atenci3n intercultural de las mujeres mapuche en los servicios de salud de Las Coloradas, provincia de Neuqu3n. Para ello, nos planteamos como objetivo general analizar cr3ticamente si, en la situaci3n concreta de la atenci3n sanitaria de parto de las mujeres mapuche, prevalece el respeto por sus derechos culturales. A su vez, como objetivo espec3fico, buscamos elucidar las cuestiones relacionadas al marco normativo de la atenci3n de las mujeres mapuche en los servicios de salud neuquinos de Las Coloradas.

De esta forma, desde un marco filos3fico, estudiamos si la atenci3n de la salud materno-infantil de las mujeres mapuche, en esta localidad, era intercultural. Para ello, examinamos si exist3an pr3cticas de partos interculturales (g3nero, etnia y clase) y si participaban, y de qu3modo lo hac3an, las mujeres de esta comunidad ind3gena, en las pol3ticas de salud intercultural. Puesto que, finalmente, la propuesta busca justificar la implementaci3n de pol3ticas p3blicas para promover en Neuqu3n y en el resto de nuestro pa3s, el derecho a la salud desde la pluralidad hist3rica de la diversidad cultural y con perspectiva de g3nero.

De este modo, la hip3tesis de trabajo se centr3 precisamente en afirmar que la adopci3n de una concepci3n de justicia epist3mica, basada en el di3logo intercultural, posibilita la construcci3n de pol3ticas p3blicas de salud que respondan a los valores morales y culturales de la comunidad ind3gena Mapuche. De all3, que, para el abordaje de esta hip3tesis, partimos de conocer la situaci3n concreta de la atenci3n sanitaria de parto de mujeres mapuche en Las Coloradas, en el marco de la salud intercultural. Asimismo, para ello, primeramente, establecimos el marco te3rico de an3lisis de la problem3tica, centr3ndonos en un enfoque 3tico normativo, con perspectiva de g3nero. Examinamos, tambi3n, el marco pol3tico y jur3dico, que respalda a la salud intercultural en nuestro pa3s y en Neuqu3n, en particular.

As3, desde el marco 3tico 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 b3sicas y capacidades humanas, para sentar las bases respecto a las obligaciones de los Estados para con el desarrollo de estas capacidades

humanas (y necesidades básicas). De este modo, ofrecemos, desde este marco, las bases filosóficas para una explicación de los principios constitucionales básicos que deberían ser respetados e implementados por los gobiernos de todas las naciones, como mínimo indispensable para cumplir la exigencia de respeto hacia la dignidad humana (Nussbaum, 1998). De allí 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 ética de todos los agentes para su cumplimiento efectivo. Este marco teórico nos resulta fundamental, si anhelamos construir un enfoque intercultural en la atención médica, como forma de favorecer el acceso al derecho a la salud de los pueblos indígenas. Debido a que, evidentemente, este planteo requiere del compromiso ético y formativo de todos los agentes involucrados, en pos de lograr una construcción epistémica, dialéctica 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 políticas 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 obstáculos concretos a los que se enfrentan la mayoría de las mujeres en su vida. De esta manera, es prioritario que los gobiernos atiendan a una base mínima 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 situación injusta y trágica. Particularmente, esto se evidencia más enfáticamente en el caso de las mujeres.

Por este motivo, desarrollamos, como tercer enfoque teórico, un análisis desde la perspectiva feminista latinoamericana, que conseguimos confrontar con la mirada que ofrecen las mujeres mapuche, respecto a su rol y situación. De esta manera, constatamos que el abordaje de la mujer en Latinoamérica, y puntualmente, en Argentina, requiere de un análisis que amplíe sus horizontes no solo a la opresión patriarcal, sino a todos los tipos de opresión que han vejado

históricamente a la mujer. Entre éstas: la raciales, las coloniales, las de las metrópolis con sus periferias, entre otras. Esta perspectiva, nos permitió un acercamiento más situado respecto a las experiencias vivenciales que, las mujeres mapuche de Las Coloradas, relatan sobre sus formas de vida y sobre la atención sanitaria que reciben en esta localidad.

Por otra parte, para analizar la aplicación del enfoque intercultural en la atención sanitaria, nos resultó significativo contrastar lo plasmado en el marco teórico normativo y en los enfoques de género, con todo lo estipulado por el marco político y legal existente. Para ello, indagamos en las normas jurídicas y en las decisiones políticas que las promovieron y sustentaron, tanto en la provincia de Neuquén, en nuestro país, como en los diversos Tratados Internacionales que adoptamos constitucionalmente, respecto al marco de referencia y de acción respaldatorio sobre la atención sanitaria intercultural. Pudimos constatar la fuerte vinculación entre los marcos ético-normativos desarrollados en el primer capítulo y los principios fundamentales plasmados en estas normas jurídicas. Sin embargo, también, pudimos comprobar que estos marcos jurídicos encuentran modalidades de aplicación, en el plano situacional de la atención sanitaria intercultural concreta, que se caracterizan por ser homogeneizantes y paternalistas.

Por ello, orientamos el análisis hacia las nociones que surgen cuando intentamos precisar el concepto de salud intercultural, fundamentalmente en lo que respecta a la relación entre la salud y la mujer indígena. Indagamos, de esta manera, acerca de las características que sugiere el abordaje de la salud de mujeres indígenas, en comunión con su cosmovisión, atendiendo a la concepción de bienestar y a la dinámica de la comunidad.

De ahí que, desde este planteo, establecimos una breve caracterización de la salud intercultural y de la situación de partos de las mujeres mapuche de nuestro país, enfocada específicamente, en la localidad Las Coloradas de la provincia de Neuquén. Para ello, iniciamos el recorrido a partir de las características de organización del sistema de salud argentino (fragmentación, descentralización, superposición), y de las características de los Programas de Salud aplicados en la

Provincia de Neuquén desde el surgimiento del Sistema sanitario neuquino hasta la actualidad.

Esta situación nos permitió examinar la vulneración que sufren las mujeres mapuche, respecto a las condiciones materiales de atención médica, a partir del cotejo de las variables estadísticas publicadas por el Sistema de Salud Provincial, cent ndonos específicamente en el caso de Las Coloradas. Para comprobar esta información, analizamos desde las voces de las mujeres mapuche, no solo sus costumbres ancestrales respecto a la atención de partos, sino más precisamente, las barreras que soportan en el acceso a la salud al someterse a prácticas biomédicas 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 obstétrica vividos por mujeres mapuche de Las Coloradas.

A partir de all , circunscribiendo el análisis, subrayamos la relevancia que reviste la construcción de una justicia epistémica, para promover un modelo descentralizado y participativo   centrado en el diálogo intercultural- con gestión de profesionales de diversas disciplinas (de Ortiz, 2019). De ahí que, consideramos que, desde el enfoque de la justicia epistémica, 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 formulación de los marcos adecuados requeridos para promover políticas públicas en salud orientadas a un abordaje intercultural. En efecto, nuestra propuesta centra el análisis en la necesidad de promover un abordaje intercultural centrado en tres criterios analíticos y aplicativos, de articulación paralela. El primero de ellos: es el marco conceptual para la formulación de políticas, centrado en un enfoque interseccional, que articule tres esferas que son un eje inexcusable (etnia, género y clase social) para el análisis. El segundo criterio, orientado a la formación médica intercultural y en justicia epistémica; y el tercero, centrado en el diálogo intercultural con la medicina

indígena. Consecuentemente, estos criterios se plantean en la necesidad de priorizar el derecho a la salud intercultural de las mujeres mapuche desde la pluralidad histórica, situados en la complejidad de nuestra sociedad.

Sin más, esperamos que esta tesis genere aportes para la deliberación sobre las prácticas sanitarias interculturales en nuestro país, y abra, a su vez, posibles líneas de investigación que contribuyan al enriquecimiento de las planteadas en este escrito.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, D. y Lacsmama, A. (2004) "Introduction" en: Aguilar, D. y Lacsmama, A. (eds.). *Women and Globalization*, Humanity Books, New York.

Aizenberg, L., Hacia una aproximación en salud intercultural y de género. Reflexiones en torno a la migración de mujeres bolivianas en dos provincias de Argentina, Consejo Nacional de Investigaciones, Científicas y Técnicas, *RevIISE* | Vol. 11, Año 11 | abril 2018 - septiembre 2018 | Dossier Hacia un buen vivir feminista.

----- Salud indígena: una reflexión crítica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural, Consejo Nacional de Investigaciones, Científicas y Técnicas, *Astrolabio*, N°11, 2013.

Alarcón, A. M. y Nahuelcheo, Y., "Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas" *Revista de Antropología Chilena*, Chungara, Volumen 40, N°2, 2008, páginas 193-202.

Ameghino, N. "Interculturalidad hegemónica o emancipatoria? Una aproximación a la gestión intercultural en Neuquén, Argentina. *Interculturalidad y crisis del Estado naciente*, septiembre 2011, Año 6, N°m. 11, pp. 83-108.

Anderson, J. (2004). "Categorías de diferencia, trayectorias de desigualdad: superar la pobreza femenina diversa en América Latina" en Valenzuela, M. y Rangel, M. (edit.), *Desigualdades entrecruzadas: pobreza, género, etnia y raza en América Latina*. Santiago de Chile: OIT.

Arce, J. (Coord.) Jornadas Regionales de Interculturalidad para la equidad en la atención de la salud, Junín de los Andes, 30/4 al 03/5 de 2009.

Ballesteros, M. S. (2017). El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución 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/millcayac/article/view/886>.

Beliera, A. ¿Pensar al Estado como ámbito de trabajo. Reflexiones a partir de la experiencia de trabajadores de salud pública de Neuquén (2005-2013)? *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 política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo. *Cuadernos Médico-Sociales* N°14 - 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 teoría de las necesidades humanas de Doyal y Gough, *Comercio Exterior*, Vol. 53, N°m. 5, mayo de 2003.

Cárdenas, et al. Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana? *Anthropologica*/Año XXXV, N.º39, 2017, pp. 151-169:

<http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/18742/19638>

- Carrasco, M. (2002). Cap. 11: "Una perspectiva sobre los pueblos indígenas en Argentina". En: CELS (2002) *Derechos Humanos en la Argentina. Informe 2002*. Hechos 2001, Siglo Veintiuno, Argentina.
- Casal-Moros, N. & Alemany-Anchel, M. J. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 61-64. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013>
- Castellanos Llanos, G. Los discursos de la globalización, la industria de la belleza y el concepto de mujer y género, *Anuario de Hojas de Warmi* n.º16, 2011.
- Casullo, F. (2016), "Lo saludable de tener a mano un intelectual en el Estado: Antonio Del Vas y el Plan de Salud Neuquino". En: *Trayectorias de intelectuales en el Estado, actas de jornadas de discusión*/ Castro, M. ... [et al.]; compilado por Gomes, G.; Vicente, M. - 1a ed. - San Fernando, pp. 250-271.
- Chiara, M. (2018) *La salud gobernada: política sanitaria en la Argentina 2001-2011*, - 1a ed. - Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Cicchitti, A. "El lugar de las mujeres indígenas". Género y Diversidad Sexual - *Revista Soberanía sanitaria*, Revisado el 19/10/2020, Disponible en website: (<http://Revistasoberaniasanitaria.com.ar/category/genero-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 indígenas y sistemas de información en salud: La variable étnica en seis provincias argentinas, *Rev Argent Salud Pública*, 2011; 2(7):12-18.

Dieterlen, P. (2001), "Derechos, necesidades básicas y obligación institucional" En: *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Buenos Aires.

Di Liscia, M. S. (2009) "Reseña: *Silencio hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén*" 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., Presentación en: Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). *Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven* Crea de Salud Familiar y Comunitaria Crea de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud, 2008.

Estrella, P. V. (2017). *La salud pública en territorio mapuche: Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas y disputas en torno a las políticas de reconocimiento en la Comunidad Payla Menuko, San Martín de los Andes, Neuquén*. Tesis de doctorado. Editorial de la Facultad de Filosofía 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.

Femenías y Vidiella, ¿El derecho de las mujeres a la salud? *Perspectivas Bioéticas*, Año NÚ10, Número 18, primer semestre de 2005.

Femenías, M. L., ¿Feminismos latinoamericanos: una mirada panorámica? *La manzana de la discordia*, enero - junio, Año 2011, Vol. 6, No. 1: 53-59.

----- (2019), *Itinerarios de teoría feminista y de género. Algunas cuestiones histórico-conceptuales*, -1a ed. - Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Fiss, O. ¿Qué es el feminismo?, *Doxa* 14, año 1993, pp. 319-335.

Fraser, N., Honneth, Axel (2006) ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico. Madrid. Morata, pp. 43-3.

Fricke, Miranda (2017). *Injusticia epistémica* (Ricardo García Pérez, Trad.). Barcelona, CT: Herder.

García, Eva M. (2018) *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. Tesis doctoral, Doctorado en Ciencias Humanas: Geografía, Antropología y Estudios de África y Asia.

Línea de investigación: Antropología de orientación política: Universidad Autónoma de Madrid, España.

García-Gualda, S.M. Las otras actrices políticas de la Provincia de Neuquén: las Mapuche, *Identidades*, Dossier Primer Encuentro Patagónico de Teoría Política, 2013, pp. 54-59.

----- (2015). Cuerpos Femeninos / Territorios Feminizados: Las consecuencias de la Conquista en las Mujeres Mapuche en Neuquén. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 4(1), 586-611.

----- (2017a). *Tejedoras de futuro: La participación política de las mujeres mapuche en el conflicto territorial de Neuquén (1995-2015)*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales, UNCuyo, Mendoza, Argentina.

----- Kvme Felen y el retorno de la complementariedad: el nuevo desafío mapuche frente a las políticas extractivistas y la violencia de género, V Encuentro Patagónico de Teoría Política, *(En)clave Comahue*, N°22, 2017b, pp. 83/100.

Gollan, D. ¿Una desvalorización que comenzó en 2016? En: La destrucción del Estado y de la salud como derecho. Edición Especial I Año 2, Septiembre 2018, Revista de salud: *Soberanía sanitaria*. Disponible en: www.revistasoberaniasanitaria.com.ar, (Visitado el 23/7/2020).

Gómez, M. y Trentini, F. (2020), *Mujeres indígenas haciendo, investigando y reescribiendo lo político en América Latina* / Astrid Ulloa, editora. 1ª Primera edición. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Estudios de Género.

Gómez, M. y Sciortino, S. (2015) Mujeres indígenas, derechos colectivos y violencia de género: Intervenciones en un debate que inicia, *Revista de la Carrera de Sociología. Entramados y Perspectivas* N° 5, Vol. 5: UBA, Facultad de Ciencias Sociales, Buenos Aires.

Gough, I. "El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas" Trad. Nagore, L y Silva, S., *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, n° 100, CIP-Ecosocial/Icaria, invierno 2007/08.

Guichot-Reina, V., El "Enfoque de las capacidades" de Martha Nussbaum y sus consecuencias educativas: hacia una pedagogía socrática y pluralista, Ediciones Universidad de Salamanca, *Teor. educ.* 27, 2-2015, pp. 45-70.

Gutmann, A. Introducción en: Taylor, C. (2009), *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*, México, FCE.

Hasen Narváez, F. Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y Enfermería*. 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-biológico. Una aproximación ecológica al fenómeno de la salud-enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terapéuticos mapuches de salud [Internet]. *Mapuche Mapuforlaget Working Paper Series 11*; 2002 [citado 26 febrero 2012]. Disponible en: <http://www.mapuche.info/mapuint/sssmmap020911.pdf>. 91-89629-12-4

Kreplak, N. "Política sanitaria. Fundación Soberanía Sanitaria" Recuperado el 24/6/2020 de *Revista Soberanía Sanitaria*, website: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/politica-sanitaria/>

Martínez-Becerra, P., El enfoque de las capacidades de Martha Nussbaum frente al problema de la ética animal, Universidad de Playa Ancha (Chile), *VERITAS*, N°33 (septiembre 2015), 71-87.

Martos, M.V. E. P. y Fonseca, R.M.G.S. da Género y políticas de salud de la mujer en América Latina: caso Perú (Parte I). *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.1, p.44-57, abr. 1996.

Menéndez, E. L. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Cienc. salud colectiva* [online]. 2016, vol.21, n.1, pp.109-118.

Menéndez, E. L. Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. *CIESAS*, México, 1990.

Nussbaum, M. (1998) "Capacidades humanas y justicia social. En defensa del esencialismo aristotélico" en Riechmann, Jorge (comp.) *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad* (Madrid: Los Libros de la Catarata).

Nussbaum, M. (2007) *Las fronteras de la justicia*. Barcelona, Paidós.

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 México*, México, El Colegio de México.

Lorenzetti, M. (2009). *La construcción de la salud intercultural como campo de intervención*. VII Jornadas de Salud y Población del Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, 8-10 agosto.

----- "Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina" *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 2017, año 10, N°11.

Luna, Florencia y Salles, Arleen (2008) *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. España, Fondo Cultura Económica (FCE).

Ortiz, M. G. de (2017). El desplazamiento del poder en salud... Hacia un nuevo horizonte. *Astrolabio*. Revista internacional de filosofía (20), 47-63. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9471/pr.9471.pdf

----- (2018b), "Cobertura universal de salud vs. Derecho a la salud: Un análisis ético y político sobre lo universal en salud en tiempos de restauración conservadora" en *REVISe*, 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>.

-----; Méndez, A. (2019). *El "derecho a la salud" como derecho humano: Abordaje conceptual transdisciplinar*. En M. Cristeche y M. Lanfranco Vázquez (Coords.). Investigaciones sociojurídicas contemporáneas. La Plata: Malisia. p. 57-78.

----- (2019), *Teorías de Justicia y Salud*, Clase 1-12, Bernal: UNQ, Maestría en Filosofía.

----- "Desigualdad social y salud" VIII Jornadas de Investigación en Filosofía, 2011.

Oyarce, A. (2008) *La identificación étnica en los registros de salud: experiencias y percepciones en el pueblo Mapuche de Chile y Argentina*. Colección Documentos de Apoyo. CEPAL: Santiago de Chile.

Pateman, C, (1996) "Sexual contract" y Pateman, C, "Críticas feministas a la dicotomía público privado" En: *Perspectivas feministas en teoría política*, Barcelona: Paidós.

Paulo Maya A, Cruz Sánchez 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 Guarín, H. (2015), Cap. 5: "Epistemes-otras: un desafío para la salud pública en Colombia" En: *Salud indígena: políticas comparadas en América Latina*. Organizadoras, Esther Jean Langdon, Marina D. Cardoso. Florianópolis: Ed. da UFSC.

Rangel M. y Valenzuela, M. E., (2004) *Desigualdades entrecruzadas: pobreza, género, etnia y raza en América Latina. Proyecto Género, Pobreza y Empleo en América Latina*, Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe, Chile.

Remorini, C. y Palermo, M. L., Cap. 9: "Salud materno-infantil y políticas públicas para pueblos originarios" En: Langdon, E. J. y Cardoso, M (Organizadoras) (2015), *Políticas comparadas en salud indígena en América Latina*: Ed. da UFSC, Florianópolis.

Salazar, A., (2012), El oficio de la *pçñeñelchefe*: Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil, Tesis de Maestría en Estudios de Género y Cultura, mención Humanidades: Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Centro de Estudios de Género y Cultura en América Latina, Santiago, Chile,

Salgado, J. M. y Gomiz, M. M. (2010), Convenio 169 de la O.I.T. sobre Pueblos Indígenas: su aplicación en el derecho interno argentino; -2a ed.- Neuquén.

Salgado, J. M., Gomiz, M. y Huilipñ, V. (2008), Cap. 1: Introducción En: *Informe de situación de los Derechos Humanos del Pueblo Mapuche en la Provincia del Neuquén*, Observatorio de Derechos Humanos de Pueblos Indígenas: 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 (Neuquén): voces prácticas localizadas. Ponencia presentada en la VIII Reunión de Antropología del MERCOSUR.

----- (2011a). Saberes y prácticas situadas: la experiencia de las mujeres mapuches en los Encuentros de mujeres (Las Coloradas-Neuquén). En Femenas, L. M. y Soza Rossi, P. (Coords.). *Saberes situados/Teorías Trashumantes* (pp. 115-139). La Plata: Editorial Dunken.

Segato, R. (2016) *¿Patriarcado: Del borde al centro. Disciplinamiento, territorialidad y crueldad en la fase apocalíptica del capitalismo* En: *La guerra contra las mujeres*, Madrid: Traficantes de Sueños.

----- (2010) *¿Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial*. Hacia un pensar interpelado y

disponible En: Quijano, A. y Mejía Navarrete, J. (eds.): *La Cuestión Descolonial*. Lima: Universidad Ricardo Palma - Cátedra América Latina y la Colonialidad del Poder.

Sherwi, S. (coord.), *The politics of women's health*, Filadelfia, Temple University Press, 1998. Citada en: Sommer, S. Índice: Mujeres en América Latina: algunos desafíos éticos En: Luna, Florencia y Salles, Arleen (2008) *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. España, Fondo Cultura Económica (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). ¿Pueden hablar los subalternos? MACBA.

Stivanello, B. Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud. *Margen N°76* 1º marzo 2015.

Sy, A. y Remorini, C. (septiembre, 2008). *Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión* VI Jornadas Nacionales de Investigación social sobre la Infancia, la adolescencia, la Convención Internacional de Derechos del Niño y las Prácticas sociales "Oportunidades" Universidad del Sur, Bahía Blanca.

Tambini, G y de Fabio, J., Prólogo en: Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. *Componente comunitario de la estrategia de Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven Crea de Salud Familiar y Comunitaria*. Crea de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud, 2008.

Taylor, C. (2009), *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*, México, FCE.

Tobar, F. (2012), "Breve historia del sistema argentino de salud" En: Garay, O (Coordinador) "Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal" Buenos Aires.

Tuchin, F. Las grandes desigualdades del sistema sanitario en Argentina. La segmentación y la fragmentación son los grandes problemas de la salud pública: barreras geográficas y culturales dificultan el acceso, *El País*, Buenos Aires, 13 JUN 2018.

Documentos consultados:

Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Cobertura Universal de Salud, Decreto 908/2016; Fondo Solidario de Redistribución; Buenos Aires, 02/08/2016. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-64999/264047/norma.htm>

Constitución Nacional Argentina (1994), art. 42, art. 75, Inciso 22, y art. 75, Inciso 17.

Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Confederación Mapuche de Neuquén (2010), *Propuesta para un KVME FELEN MAPUCE*, Equipo Interdisciplinar e Intercultural del Proyecto, Neuquén, Argentina.

COVID-19 - Territorio Indígena *Amnistía Internacional Argentina*, Disponible en website: https://www.territorioindigena.com.ar/Casos?id_conflicto=353 (Revisado el 01/09/2020).

Declaración de UNESCO (2005), HUGO (2000) y ss, CIOMS.

Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005).

Declaración sobre la raza y los prejuicios raciales (1978).

Decreto 455/2000 - Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos. Bs. As., 8/6/2000.

El derecho a la salud. 200 años de Políticas Sanitarias en Argentina *Ministerio de Salud de la Nación*, 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 indígenas en Argentina y el derecho a la educación. Los niños, niñas y adolescentes indígenas de Argentina: diagnóstico 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. Conceptualización e implementación del modelo. Buenos Aires: UNICEF.

Informe de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008.

Informe "Parto respetado e interculturalidad" Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, Argentina, 28 de enero 2019.
<https://www.argentina.gob.ar/noticias/parto-respetado-e-interculturalidad>

Informe "Mujeres indígenas en la provincia de Jujuy Hacia un abordaje integral sobre el acceso a los derechos" ELA y COAJ, Embajada de Noruega, Buenos Aires, 2016.

Informe: "Violencia Obstétrica: Práctica invisible y sistemática" Observatorio de Igualdad de Género. Defensoría del Pueblo, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018.

Interculturalidad y salud. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención, Documento 179. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, S/F.

"La salud de las mujeres y los niños primero en el Chaco Sudamericano. Priorizando la salud de las mujeres y los niños en el Chaco Sudamericano" OPS/OMS, Revisado: 19/10/2020. Disponible en website: <https://www.paho.org/es/historias/salud-mujeres-ninos-primero-chaco-sudamericano>

Ley N°26.529. "Derechos del Paciente"

Ley N°25.929 "De Parto Humanizado"

Ley N°26.485 "Contra la violencia obstétrica"

Libro de indicadores, 2018. Información recabada por la Dirección de Estadística y Epidemiología, en base a datos de la Dirección Provincial de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Provincial y Desarrollo Social Neuquino.

Listado de comunidades indígenas con personería jurídica registrada y/o con relevamiento técnico, jurídico 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 gestión ambiental Proyecto BIRF "Cobertura Universal Efectiva de Salud" (P163345); Buenos Aires, 2017.
<http://www.ufisalud.gov.ar/attachments/article/368/MGA%20CUS-SUMAR%20FINAL.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén (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 Neuquén. *Organización sectorial. El sistema de Salud Provincial está compuesto por el sistema público de salud, el ámbito privado y el de obras sociales*. Recuperado el 24/06/2020 website: <https://www.saludneuquen.gob.ar/organizacion-sectorial/>

Módulo 5: Políticas de Salud. Curso en Salud social y comunitaria. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 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 promoción de la salud, eje de todas las acciones. Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén, mayo 2019

Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas, creado en el año 2016 a través de la Resolución 1036-E/2016.

Publicaciones de la Sociedad de Medicina Rural del Neuquén (1980-2006) en:
Sistema de Salud de Neuquén, Fondos de Centro de Documentación
"Pensar en Salud" (CeDoPS), Disponible en website: [www.isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentación-Pensar-en-Salud-\(CeDoPS\)/Sistema-de-Salud-de-Neuquén/Publicaciones](http://www.isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentación-Pensar-en-Salud-(CeDoPS)/Sistema-de-Salud-de-Neuquén/Publicaciones)é , (Revisado el 3/9/2020).

World Bank, Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina:
1994-2004. Versión electrónica disponible en:
<https://go.worldbank.org/TXWP6Y78N0>.

Websites consultadas:

Azpiroz Cleffan, "El racismo y la transgresión de la ética mapuche" El megafo,
Página 12, 08/03/2019. Disponible en website:
<http://www.pagina12.com.ar/179366-el-racismo-y-la-transgresion-de-la-etica-mapuche>

Azpiroz Cleffan, Organización Mapuche EPU Bafkeh, Argentina. I Foro Regional de
Recursos Humanos para la Salud y pueblos indígenas: el desafío de la
Interculturalidad, Paraná; 21 a 23 de noviembre de 2011 (Revisado
05/08/2020).

Bassi, P., "Verónica Huilipán, la dirigente indígena que llegó al Ministerio de las
Mujeres" *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., "El Plan de Salud de Neuquén en el recuerdo de un pediatra. Osvaldo Pell n rememora el inicio del plan que cambió a la provincia" *LMNEUQU N*, Neuquén, 16 de febrero de 2020, (Revisado el 4/09/2020).

"Comunidad Curruhuinca: en defensa de sus tierras ancestrales" *Radioteca*, Servicio Paz y Justicia (Argentina). Fecha de producción: 20 de marzo de 2019, Revisado el 15/09/2019.

"Con los hospitales al borde del colapso, proponen la centralización del sistema de salud de Neuquén" *La izquierda Diario Neuquén*, 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>.

Durán, A. (2019), "El hospital intercultural de Ruca Choroí todavía está paralizado" *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/>

"El hospital de Las Coloradas ya tiene sala de emergencias" *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>

"El movimiento indígena est  de pie" Entrevista a Verónica 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).

Entrega de carpetas de relevamiento territorial a comunidades de Neuquén
Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, Secretaría 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 Verónica Azpiroz Cleffan, "La necesidad de la presencia indígena en el
Censo 2020" *Radioteca*, Servicio Paz y Justicia, Fecha de producción: 11 de
septiembre de 2019. Recuperado el 02/11/2019.

Entrevista a Verónica Azpiroz Cleffan, "Proyecto de Interrupción Voluntaria del
Embarazo desde los pueblos originarios" *Radio Mestiza*. Universidad
Nacional Arturo Jauretche. (Revisado el 9/8/2020),
<http://radio.unaj.edu.ar/veronica-azpiroz-cleffan-mapuche-doctorada-en-salud-nos-cuenta-su-vision-del-proyecto-de-aborto-legal/>

Entrevista de Mendoza, Angélica a Huilipán, Verónica. "Desde el Ministerio de las
mujeres, Verónica Huilipán enfrentará la violencia contra las hermanas
originarias" *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=IwAR2pk01d9KGZcqVPIXISOdM23NAzpC9SLbmY7eK4h89Gf4hEypfpzIRNi0w>

Espinosa, C. "Adalberto Pagano, aquel gobernador del Territorio que dejó un
conjunto de obras de vigencia actual" *APP: Agencia Periodística Patagónica*,
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

ñGutiérrez participó de la sexta Jornada de Trabajo Territorial de Salud Neuquén Informa, Subsecretaría de Prensa, Ministerio Jefatura de Gabinete, Gobierno de la Provincia de Neuquén. 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 cómo las mujeres mapuches sintetizan la lucha política 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).

Kalfi Nawel, *Kizil: Placenta*, 13 de mayo de 2020. Revisado el: 29/09/2020. Disponible en: <https://www.facebook.com/photo?fbid=686145068864336&set=a.128795211265994>

ñLa política y la salud en la provincia del Neuquén durante la década de 1960 en: Sistema de Salud de Neuquén, Fondos de Centro de Documentación "Pensar en Salud" (CeDoPS). Disponible en website: [www.isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentación-Pensar-en-Salud-\(CeDoPS\)/Sistema-de-Salud-de-Neuquén/](http://www.isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentación-Pensar-en-Salud-(CeDoPS)/Sistema-de-Salud-de-Neuquén/) (Revisado el 3/9/2020).

ñLa comunidad Namuncurú y Las Coloradas celebran la concreción de la obra que abastecerá de agua al paraje Santa Rosa Publicado el: 24/04/2020. Recuperado el 16/6/2020, *Neuquén 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/>

“Las mujeres de palabra florida” *Revista crítica*, Revisado el 19/10/2020. Disponible en website: <http://www.revistacritica.com/-mujeres-de-palabra-florida.html>

Oliva, L. “Verónica Azpiroz Cleffan: ‘Crecés con el mandato de no decir que sos indígena’”, *La Nación*, 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. “Tienen que hacerse cargo de que la realidad somos nosotros también” (23/01/2017). Disponible en website: [\(HTTP://WWW.LAVANGUARDIADIGITAL.COM.AR/INDEX.PHP/AUTHOR/AMERICO-SCHVARTZMAN/\)](HTTP://WWW.LAVANGUARDIADIGITAL.COM.AR/INDEX.PHP/AUTHOR/AMERICO-SCHVARTZMAN/) (Visitado el 23/7/2020).

“Se presentó el Plan Provincial de Salud para los próximos cinco años” *Neuquén Informa*, Subsecretaría de Prensa, Ministerio Jefatura de Gabinete, Gobierno de la Provincia de Neuquén. 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/>

“Se realizó un encuentro sobre políticas de Salud 2020” Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén, 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. “La medicina intercultural, una parte de la enseñanza de la enfermería” *Río 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.

Disponibile en website: <http://www.proyectoallen.com.ar/3/?p=3919>

(Revisado el 07/09/2020)

ANEXOS

Capítulo 1: Marco ético normativo

Comparación 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, "El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum", Op. Cit., 2007-8, p. 192.

Capítulo 3: El derecho a la salud intercultural

La wenufoye (Bandera Mapuche)



Marchando, con la wenufoye en alto (foto de Marcela Aguirre).

Capítulo 3: El derecho a la salud intercultural

Imagen 2: Reconocimiento de ocupación territorial de familias mapuche de Las Coloradas



Las comunidades Mellao Morales, Antifir Pilquiñan y Huayquillñn de la zona norte, y las agrupaciones indígenas Paineo, Rams, Cayupan y Felipe de la zona centro de la provincia recibieron con mucha emoción las carpetas que reconocen la ocupación actual, tradicional y pública 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).

Capítulo 4: Programas de Salud interculturalé

Gráfico 2: Localización geográfica de Las Coloradas en la provincia de Neuquén.

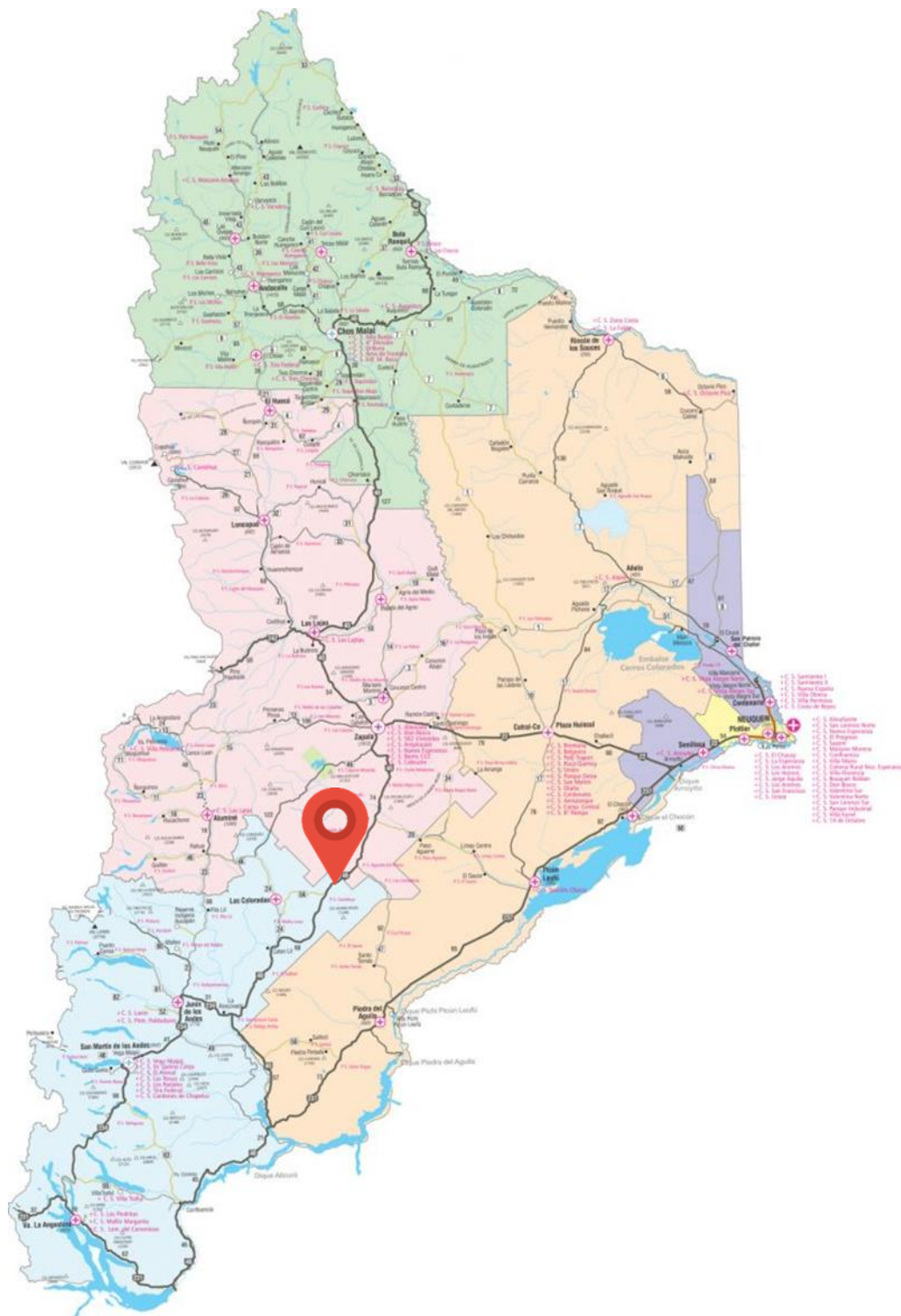
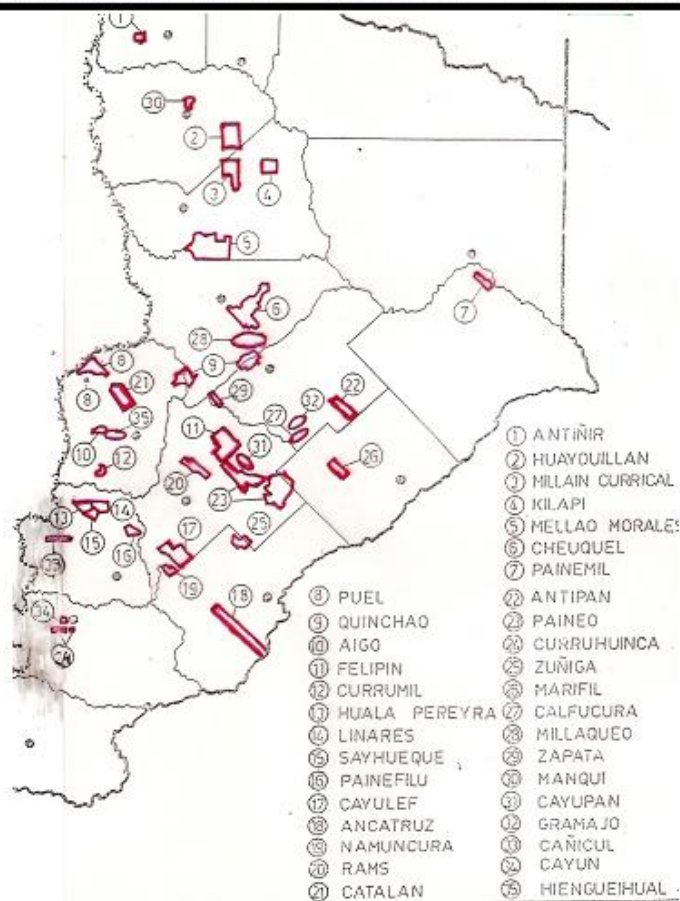


Gráfico 3: Comunidades Mapuche en Las Coloradas, provincia de Neuquén

Las Coloradas es el único municipio del Departamento de Catan Lil. En este Departamento, habitan cinco comunidades mapuche, estas son: Cayupán (31), Felipe (11), Paineo (23), Cayulef (17) y Rams (20).

COMUNIDADES MAPUCHES EN NEUQUÉN



Fuente: Arce, J. (Coord.) Jornadas Regionales de Interculturalidad para la equidad en la atención de la salud, Junín de los Andes, 30/4 al 03/5 de 2009.

Capítulo 5: Abordaje intercultural en salud de las *Pu Mapuce Zomo* (mujeres mapuche) de Las Coloradas

Violencia obstétrica

La Organización feminista *Las Casildas*, cuenta con un Observatorio de Violencia Obstétrica autogestivo. La Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2018), accedió a uno de los informes sobre las diferentes situaciones a las que son sometidas las mujeres al momento del parto. Los índices son alarmantes y preocupantes, incluso se realizan prácticas que están siendo cuestionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las mujeres que participaron de esta encuesta cuentan que todas sufrieron un alto índice de maltrato verbal, esta situación 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 bebés corrían peligro;
- 4 de cada 10, no sentirse contenidas, ni poder expresar sus miedos al momento del parto;
- 3 de cada 10, que les habían negado la posibilidad de estar acompañadas 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 episiotomía;
- 5 de cada 10, mujeres haber tenido partos inducidos;
- 3 de cada 10, haber tenido cesáreas;
- 7 de cada 10, no saber qué prácticas realizaron sobre 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.