



Dutto, Pablo Fernando

Rol del estado en la (re) configuración del campo de la salud en el sur de la provincia del Neuquén



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución - No Comercial 2.5
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/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:

Dutto, P. F. (2023). *Rol del estado en la (re) configuración del campo de la salud en el sur de la provincia del Neuquén. (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Argentina. Disponible en RIDAA-UNQ Repositorio Institucional Digital de Acceso Abierto de la Universidad Nacional de Quilmes*
<http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3986>

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

Rol del estado en la (re) configuración del campo de la salud en el sur de la provincia del Neuquén

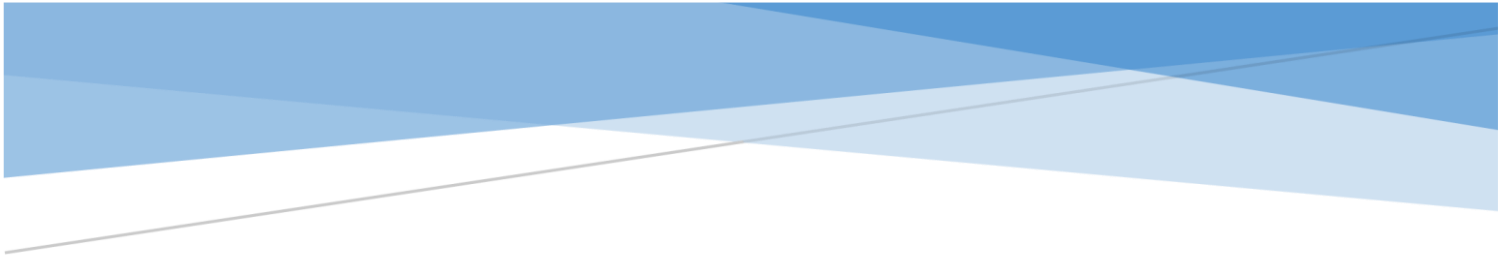
TESIS DE MAESTRÍA

Pablo Fernando Dutto

pafedu@hotmail.com

Resumen

Esta investigación se centra en el estudio de la intervención del Estado en la (re)configuración del campo de la salud en la región sur de la provincia del Neuquén, fundamentalmente a partir de su consolidación como Estado provincial en 1955. El recorte temporal, si bien extenso, nos permite dar cuenta de las acciones en territorio del Estado que van generando dicha reconfiguración. Considero que es muy importante resaltar los cambios, muchas veces lentos, que se fueron dando/imponiendo de la mano del crecimiento de la presencia del Estado en la región y no sólo centrar el análisis en el arribo de referentes de la medicina alopática. Para que la llegada de los mismos sea efectiva o se desarrolle con una mínima conflictividad fue necesaria la imposición de la medicina alopática y desplazar e invisibilizar las prácticas alternativas ancestrales.



ROL DEL ESTADO EN LA (RE)CONFIGURACIÓN DEL CAMPO DE LA SALUD EN EL SUR DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

Maestría de Ciencias Sociales y Humanidades
Mención Sociología
Universidad Virtual de Quilmes

Autor: Pablo Fernando Dutto
Director: Juan Manuel Cerdá

Agradecimientos

Finalizando este recorrido quisiera agradecer, en primer lugar, a quién me guio en el proceso de desarrollo de este trabajo, el director del mismo, Dr. Juan Manuel Cerdá. Siempre presente y acompañando mis necesidades en este recorrido, me ayudó a madurar un proceso de escritura que fue muy importante en el plano personal y académico. Sus planteos y sugerencias me permitieron reformular ideas propias, reafirmar muchas y profundizar en aspectos que, posiblemente debido a mis experiencias y formación, funcionaban como supuestos implícitos.

En segundo lugar, mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Quilmes por la posibilidad que me brindó de realizar la maestría. Mediante su modalidad virtual hizo posible que iniciara este recorrido desde Las Ovejas, un pueblo del norte de la provincia del Neuquén. A los docentes que acompañaron mi recorrido, por el apoyo brindado y la paciencia, sobre todo al comienzo, para facilitar que pudiera trascender las limitaciones que mi formación médica de base le imprimía a mi desenvolvimiento académico.

En tercer lugar, quisiera agradecer a mi hermano y hermanas, y sobre todo a mis padres. Gracias por acompañarme, apoyarme y guiarme a lo largo de mi vida. Son la base de mis logros y el refugio en mis dificultades.

Por último, un especial agradecimiento a mi esposa y mis hijas. Daniela, gracias por tu incondicional apoyo y por permitir expresar sistemáticamente mis dudas, mis sueños, mis deseos. Gracias por abrir el camino que permitió descubrir una realidad que mi mirada disciplinar no permitía ver, y fundamentalmente, gracias por recorrerlo conmigo. Sos mi pilar, mi todo. Gracias chicas, Camila y Delfina. Por mostrarme un mundo nuevo, y ayudarme a aprender mi rol en él. Gracias por la paciencia, pero sobre todo por la alegría y felicidad que imprimen en mi vida todos los días.

Gracias.

Prólogo

En el presente trabajo final de la maestría de Ciencias Sociales y Humanidades, mención sociología, abordo un tema que ha atravesado mi recorrido profesional luego de graduarme de médico. Mi visión sobre los temas abordados fue cambiando y complejizándose a fuerza de experiencias en terreno, y mi capacidad de analizarlos ha aumentado a medida que realicé el recorrido académico en la maestría.

La inquietud inicial de esta tesis surge de mi práctica cotidiana desde hace casi 20 años como médico. Durante mi formación como especialista en medicina general, realizada en la Provincia del Neuquén entre 2003 y 2007, tuve la oportunidad de recibir información de primera mano de quienes fueron parte del nacimiento del “Sistema de Salud” neuquino, que comenzó a principios de la década de 1970. Yo venía de Córdoba, y desconocía dicha historia. Durante los 4 años de mi formación recibí información oral del “Plan de Salud” que afirmaba que había sido un éxito reconocido internacionalmente y que no se había podido emular en ningún lado por más que lo hayan intentado. La curiosidad sobre las características que habían permitido su desarrollo planificado e irrepetible comenzaron desde el primer momento en que lo escuché. Infructuosos pedidos y búsquedas no me permitieron dar en ese momento con los documentos del “Plan” aunque mis interlocutores sostenían sistemáticamente que existían.

Lo expresado por la población en general y los colegas en particular sobre el “Plan de Salud” neuquino hacía referencia a la llegada masiva de profesionales, fundamentalmente médicos, a partir de 1970 a una provincia en la que “no había” una atención organizada. La planificación desarrollada al comienzo de la década de 1970, con políticos que “dejaban hacer”, le permitió a la medicina alopática revertir los deficientes indicadores básicos de salud, que se encontraban entre los peores del país, en un período muy corto de tiempo.

En este sentido, las representaciones de la población en general y de los médicos en particular es que el “Plan de Salud” consiguió un éxito inmediato. Sin embargo, me invadía la inquietud, **¿cómo se asistía la gente en la “nada” asistencial que referían los relatos?** Mi reciente egreso de la facultad de

medicina y mi formación marcadamente positivista y científicista no me permitía entender que el abordaje de la medicina alopática era uno entre tantos otros posibles. Por otro lado, los interrogantes se reproducían cada vez que revisaba los resultados de aquella política estatal. Si en 5 años de un plan estructurado fue posible disminuir la mortalidad infantil en casi un 40% (de 120 niños menores de un año fallecidos cada 1000 nacidos vivos a 75 cada 1000 nacidos vivos) con una inversión mínima como la que se mencionaba en la “epopeya de salud neuquina” **¿cómo fue posible que el modelo no se pudiera reproducir en otros lugares?, ¿qué peculiaridad tenía el territorio, su política y su sociedad que permitieron el desarrollo del “Plan de Salud” y la cosecha de su éxito?** Parte de las respuestas creí que estarían en lo agradecido de los pobladores a la llegada de los médicos y de la respuesta que ellos brindaban a sus necesidades de salud.

Terminé mi especialidad admirado por el logro de aquellos médicos que habían dejado sus comodidades y lograron revertir “malos resultados” de salud con sus intervenciones, aunque con todos mis interrogantes a cuesta.

Una vez terminada la residencia de Medicina General mi primera experiencia laboral fue en Venezuela. Con mi compañera, que es a su vez colega, emprendimos la búsqueda de respuestas a diversas inquietudes que surgieron mientras transitábamos la especialidad. Dichos interrogantes giraban la mayoría de las veces alrededor de la posibilidad de modificar la realidad de las comunidades con intervenciones simples y planificadas, tal como nos refirieron sistemáticamente durante nuestra especialización que se había hecho en el pasado.

En Venezuela tuvimos la oportunidad de desarrollar la tarea en un lugar llamado Palmarito Indio, una comunidad de la etnia pume o yaruro, ubicada en el Estado de Apure, en la frontera con Colombia. Éramos de los primeros médicos estables en la localidad y nos tocó la tarea de reacondicionar el centro de salud, que a su vez era nuestra vivienda. En dicha localidad, con mucho trabajo, pudimos lograr desarrollar varios proyectos, y de la mano de la permanencia y el esfuerzo fuimos logrando la confianza de la comunidad en nosotros y en nuestro trabajo. A medida que el tiempo pasaba y la tarea aumentaba, nos encontramos con situaciones que no habíamos contemplado. En situaciones complejas

empezamos a tener interacción marcada con el *chamán* de la localidad, con el que comenzamos a compartir la atención de pacientes. Si bien sabíamos que muchas de nuestras intervenciones paralelamente eran atendidas por el *chamán* y por rituales comunitarios, entendíamos dicho proceso como parte de los usos y costumbres de una comunidad de pueblos originarios sin contacto frecuente con nuestra medicina. Con la profundización de las relaciones interpersonales y la tarea en conjunto tuvimos la oportunidad de participar en dichos rituales, al mismo tiempo que limitaron nuestro accionar en determinadas áreas aduciendo que eran procesos que no podíamos entender, y ellos no estaban preparados para explicarnos.

La limitación en nuestro accionar era, en general, para situaciones muy complejas, con riesgo de vida para los pacientes que las atravesaban. Nos fuimos cargando de impotencia cuando las situaciones tenían malos desenlaces, pero a su vez nos sorprendía y nos llevó mucho tiempo interpretar esa otra forma de entender basada en otros “saberes”, que hacían que la comunidad actuase como un solo miembro en dichas situaciones y aceptara las decisiones tomadas amén de los resultados. Sin dudas fue un impacto muy importante en nuestras convicciones mucho de lo vivido.

Culminado el plazo acordado para nuestra estancia en Venezuela, nuestro viaje en búsqueda de respuestas nos llevó a retornar a la Argentina, y ya con inquietudes más puntuales en torno a la interculturalidad, desarrollamos nuestra tarea en Villa Río Bermejito, provincia del Chaco, localidad considerada la entrada al “impenetrable”. El desarrollo de la tarea también fue compleja, ya que sumado a las dificultades propias de nuestra actividad en áreas de marcada pobreza, exclusión y falta de infraestructura, se sumaba trabajar en una región intervenida por la Corte Suprema de Justicia de la Nación por una denuncia de genocidio étnico¹. Dicha situación generaba un malestar en los equipos de trabajo, con un ambiente laboral y las agendas de trabajo más pendientes de la potencial intervención judicial o de la prensa que de las necesidades de la población.

¹ En 2007 la Defensoría del Pueblo de la Nación realiza una presentación ante la Corte Suprema de la Nación por genocidio étnico (Mondino, 2007). Se instaura una medida cautelar que insta al gobierno provincial y nacional a garantizar la asistencia sanitaria, alimentaria y de agua potable, así como favorecer el acceso a la vivienda digna

Sin embargo, en lo personal desarrollamos la tarea ya con mayor aplomo y experiencia en las relaciones interculturales fruto de nuestro trabajo en Venezuela. Logramos una rápida adaptación a la tarea, y sin mayores dificultades, desarrollamos una constructiva relación con los equipos de salud intercultural que trabajaban en terreno desde hacía unos años y con los líderes y representantes de las comunidades. El hecho de que la población fuese mucho mayor que en la localidad de Palmarito Indio, al igual que las intervenciones históricas del Estado en la zona, dificultaron el logro de la confianza con los miembros de las comunidades que desarrollamos en nuestra experiencia en Venezuela, en donde éramos los únicos representantes institucionales del Estado en la historia de la localidad. Con el tiempo, la interacción y las limitaciones en el abordaje de situaciones puntuales volvieron a presentarse. Esta situación reforzó los interrogantes que habían surgido en Venezuela. Personas que escuchan y parecen entender las explicaciones que “el saber médico-científico” les brinda de los riesgos de determinadas situaciones, sin embargo, eligen una opción no alopática y rechazan al sistema médico del Estado. Detrás de su decisión existen argumentos coherentes para sus “entenderes”, y que yo, en contextos similares, había aprendido a escuchar. Lo vivido en la comunidad *Pumé* reforzaba mis convicciones sobre nuestro accionar por “sus malos resultados”, pero las experiencias en la comunidad Toba de Villa Río Bermejito sacudieron fuertemente esas convicciones. Las intervenciones desde la medicina alopática dejaron de ser imprescindibles ya que las intervenciones del *chamán* dejaron de ser para mí sólo “usos y costumbres” de quienes no podían acceder a nuestra medicina, sino que parecía tener otro sentido, y muchas veces buenos resultados. Por tanto, necesite confirmar en carne propia su eficacia para darles la posibilidad de existencia dentro de las opciones de abordaje del proceso salud/enfermedad/atención. Mi formación y mis percepciones antes juzgaban como producto de la ignorancia la selección de opciones no alopáticas.

Luego de dos años volvimos a Neuquén, con más interrogantes que certezas. Durante 5 años fui referente de **4 visitas rurales** a comunidades mapuches de San Martín de los Andes, en donde pude desarrollar un importante nivel de confianza y confianza con sus pobladores. Las experiencias vividas en la

comunidad de Palmarito Indio y en Villa Río Bermejito con respecto a la convivencia con prácticas de sanación ancestrales parecerían no haber existido en la región de la cordillera.

A partir de estas experiencias los interrogantes se ampliaron y comenzaron a cambiar con respecto a los que me había planteado casi una década antes sobre el Plan de Salud. ***¿Qué había ocurrido en la región para que la medicina tradicional mapuche haya desaparecido o se encuentre invisibilizada? ¿qué diferencia existe en estas comunidades para que la medicina alopática haya logrado “establecerse” como única opción de abordaje del proceso salud/enfermedad/atención? ¿Qué interacciones se crearon entre las prácticas comunitarias y los médicos llegados antes y durante el plan?***

Así comienzo un proceso de indagación que se mezcla con mi práctica médica. Los pacientes y colegas comienzan a ser mis informantes claves. Así comienzo a entender que no fue sólo el crecimiento de la oferta de la medicina alopática lo que permitió el desarrollo territorial de la misma, sino que hubo otros factores en el pasado que permiten explicar esta “aceptación” de la medicina alopática en la región en general y por parte de la comunidad mapuche en particular. Mi indagación comenzaba a entrar en tensión con los discursos exitistas del “Plan de Salud” neuquino y con mi experiencia en contextos de relación interétnica y de distintos entenderes en el proceso salud/enfermedad/atención. Esto me llevó a preguntarme qué había sucedido en el territorio del sur neuquino para que la realidad actual sea tan diferente a las experiencias personales que había vivido en otras comunidades con otros pueblos originarios de Sudamérica, o lo que conocemos por la bibliografía, o lo relatado por miembros de las comunidades, que sucede al respecto en Chile actualmente.

Por tanto, la presente investigación y su análisis procura dar respuesta a los mencionados interrogantes.

Índice

Agradecimientos	1
Prólogo	2
Índice	7
Introducción	10
Planteamiento del problema	10
Metodología	12
El territorio y sus identidades	16
Marco teórico	19
Estado de la cuestión	25
Organización de los capítulos	34
Capítulo 1: El desarrollo de la medicina alopática y su construcción discursiva en Neuquén	36
Introducción	36
La salud en la región del Neuquén, Territorio Nacional	37
La Constitución de la provincia	43
La salud desde la provincialización	46
La configuración del Sistema de Salud de la provincia del Neuquén	53
Los primeros años del sistema: los resultados recogidos en sus inicios	62
Conclusiones	64
Capítulo 2: La construcción estatal de la subalternización del sujeto indígena, bases para el desarrollo de la salud alopática en la región sur de Neuquén	67
Introducción	67

La invisibilización y subalternización del sujeto indígena	
durante la construcción del “ser” nacional	68
<i>Las instituciones y la institución de la subalternización</i>	71
El resultado del proceso de subalternización hacia fines de 1960	89
Conclusión	94
Capítulo 3: El Campo de la Salud en la Región Sur de la Provincia	
del Neuquén en 1968	97
Introducción	97
Evolución de la población y desarrollo económico	98
El Campo de la Salud en la Región Sur de Neuquén en 1968	104
<i>Definición del campo de la Salud a finales de los años 60 en</i>	
<i>la región sur de la Provincia del Neuquén</i>	106
<i>Funcionamiento del campo de la salud</i>	119
<i>Habitus del campo</i>	136
Conclusiones	138
Capítulo 4: Acciones del Estado más allá del sistema sanitario	140
Introducción	140
Un cambio de paradigma en la construcción de la salud: el informe	
Lalonde	142
Inversión del Estado en el medio ambiente, el estilo de vida y los	
servicios de salud durante las décadas de 1960 y 1970 en la	
Provincia del Neuquén	145
Aportes de capital social y económico a la medicina alopática	155
Conclusiones	160

Capítulo 5: El logro del dominio simbólico del <i>campo de la salud</i>	
por la medicina alopática	162
Introducción	162
El nacimiento de una nueva hegemonía: la corporación médica de Neuquén y su asociación con el poder político. El “Mito del Plan de Salud”	167
<i>El diseño e implementación del Plan de Salud</i>	176
La disputa por el capital social de la medicina mapuche: La praxis de la medicina alopática en territorio	188
Conclusiones	201
Conclusiones	202
Bibliografía	214

Introducción

Planteamiento del problema

Esta investigación se centra en el estudio de la intervención del Estado en la (re)configuración del campo de la salud en la región sur de la provincia del Neuquén, fundamentalmente a partir de su consolidación como Estado provincial en 1955. El recorte temporal, si bien extenso, nos permite dar cuenta de las acciones en territorio del Estado que van generando dicha reconfiguración. Considero que es muy importante resaltar los cambios, muchas veces lentos, que se fueron dando/imponiendo de la mano del crecimiento de la presencia del Estado en la región y no sólo centrar el análisis en el arribo de referentes de la medicina alopática. Para que la llegada de los mismos sea efectiva o se desarrolle con una mínima conflictividad fue necesaria la imposición de la medicina alopática y desplazar e invisibilizar las prácticas alternativas ancestrales.

La consolidación del Estado Nacional a finales del siglo XIX vino acompañada de la expansión de la frontera pampeana y la toma de posesión de los territorios ocupados por los pueblos originarios. En este marco, la llegada del Estado a la región sur de la actual provincia de Neuquén implicó primero la lucha por dicho espacio, el exterminio físico de gran parte de la población mapuche y, luego, la subordinación e invisibilización de su cultura para ser reemplazadas por las lógicas “modernas” a dichos pobladores. En este marco, el campo de la salud tuvo un papel central en dicho proceso, ya que la medicina alopática actuó como agente disciplinador del pueblo mapuche.

Esta tesis abarca un período amplio con límites temporales algo difusos ya que el proceso de configuración y reconfiguración de dicha parte del territorio argentino también estuvo marcado por momentos de avances y retrocesos. Es más bien un proceso, fundamentado principalmente en la subalternización del remanente indígena, y el desarrollo territorial de la medicina alopática. Este último, toma un gran impulso desde la llegada del Movimiento Popular Neuquino al gobierno provincial, pero materializa su llegada y desarrollo en la zona durante la década de 1970. Es en ese período -entre 1973 y 1978- en el que se puede

analizar el “Plan de Salud” desplegado en territorio, las acciones de la medicina alopática en la zona estudiada y, por lo tanto, el rol hegemónico que la misma asume dentro del Estado provincial.

En síntesis, esta tesis se interesa por analizar cómo el sistema de salud fue una herramienta más del aparato ideológico-hegemónico que permitió, al Estado Nacional primero y provincial después, subalternizar a la población originaria. En primera instancia el Estado se valió de dicho aparato (la medicina alopática/Plan de Salud) para lograr su expansión e imponer la presencia del Estado a partir de sus agentes, y luego constituirlo en una parte esencial su aparato ideológico-hegemónico en la relación con las comunidades remanentes.

Este objeto general ha obligado a realizar un rastreo sobre las formas de curar y entender el proceso salud/enfermedad/atención preexistente que tenían los habitantes originarios de dichos territorios, por un lado, y a investigar sobre el establecimiento y crecimiento de la oferta de la medicina alopática y la relación entre ambas hasta la consolidación hegemónica de la medicina alopática, por otro lado.

Es importante destacar que la región es un área periférica del territorio argentino que se encuentra ubicada en el suroeste de la provincia de Neuquén y que se asienta -y divide- sobre los territorios ocupados históricamente por la comunidad mapuche (Bandieri, 2009). En este sentido, también la presente tesis da cuenta de las tensiones que se produjeron entre ésta comunidad y la llegada de los nuevos pobladores desde finales de siglo XIX y la primera mitad del XX, en un período donde ésta región era parte de los territorios nacionales para luego convertirse en provincia.

Por tanto, en búsqueda de poner en evidencia el proceso por el cual se logra la hegemonía de la práctica alopática en la región es que se constituye el objetivo del presente trabajo, que es indagar el rol del Estado en la re-configuración del campo de la salud en la región sur de la provincia del Neuquén, desde la toma de posesión de los territorios patagónicos por el Estado nacional hasta finales de la década de 1970 cuando el “Plan de salud” logre su hegemonía en todo el territorio. Al mismo tiempo, esta tesis buscará visibilizar el papel que la medicina alopática cumplió como parte del aparato ideológico-hegemónico del Estado en

la subalternización de las comunidades mapuches de la región. Esta investigación procura aportar una mirada local al impacto de las políticas de salud y las acciones que las mismas propician en un espacio del territorio nacional fronterizo, resaltando la visión y procurando darles voz a las vivencias de los habitantes de la región.

Metodología

Durante el desarrollo de la investigación se recorre lo sucedido a nivel nacional y provincial, entendiendo que muchas de las decisiones o políticas de nivel central impactaron en la particularidad local con gran intensidad. La presente tesis se plantea estudiar, desde una perspectiva holística, las relaciones interculturales y el proceso de medicalización a escala local con el fin de interpretar las acciones del Estado en el marco del proceso de su consolidación un espacio marginal del territorio Argentino. Este proceso, en particular, será mirado a partir del cruce de los conceptos teóricos desarrollados por Bourdieu y Foucault y resumidos en el apartado del marco teórico de este capítulo.

Para recuperar estos procesos de largo plazo se ha recurrido a documentos del Estado, relatos escritos, entrevistas y fuentes orales, estas últimas, en gran medida orientadas a reconstruir las vivencias de los integrantes de la comunidad mapuche.

Esta investigación abordó un territorio escasamente estudiado en la provincia, por lo que fue necesario realizar un recorrido exploratorio y analítico a la vez de la documentación existente. Por tal motivo se realizó una investigación cuali-cuantitativa, que buscó reconstruir lo sucedido en una mirada de largo plazo que permita reconstruir la historia de dicha región. En este sentido, en primer lugar, se analizó el material existente de fuentes secundarias: la legislación, documentos de la Subsecretaría de Salud de la época, estudios históricos sobre el sistema de salud y la provincia y otras fuentes bibliográficas existentes (biografías, entrevistas, etc.), los presupuestos provinciales de salud y de infraestructura, así como los documentos técnicos del COPADE (Consejo para la Planificación, Acción y Desarrollo) asociada a la región. En segundo lugar, se estudiaron las estadísticas vitales, los datos demográficos y económicos

(censos nacionales y provinciales) para poder analizar las distintas características poblacionales y estructurales que pudiesen tener impacto sobre la población.

Como forma de cotejar y contrastar la información oficial se han realizado entrevistas semiestructuradas a los pobladores locales nacidos antes de la década de 1960 y a médicos que desarrollaron su profesión en las primeras etapas del sistema de salud provincial. Estas entrevistas también nos han permitido dar cuenta de las percepciones sobre el papel cumplido por el sistema de salud desarrollado desde el comienzo de la provincialización.

Con respecto a los relatos *mapuches*, se privilegiarán los relatos y experiencias locales, fundamentalmente las vivencias personales o familiares de los entrevistados en la región. Hay que tener en cuenta que la cultura mapuche es ágrafa y, por lo tanto, nos apoyaremos en los relatos de los “nuevos pobladores” así como de la memoria de los miembros actuales de la comunidad. Por ello, se tendrán en cuenta relatos y experiencias recogidas de encuentros en Chile o de *mapuches* que viven allí. Se toman en consideración en búsqueda de experiencias que no pueden ser encontradas en la región, como el relato de una sanadora *mapuche*, debido a la acción del Estado en la persecución de los referentes culturales *mapuches* en nuestro país en la primera mitad del siglo XX. La vivencia del territorio previa a la imposición de límites por los Estados Argentino y de Chile, y la continuidad cultural a ambos lados de la cordillera, hacen que esa experiencia pueda entenderse como un patrimonio de su cultura, y sirvan para entender procesos que posiblemente se desarrollaron en nuestra región, y a los que no tenemos acceso.

Para la selección de los pobladores se utilizó informantes claves con entrevistas densas, en donde se deconstruyó las singularidades de la cotidianeidad y las especificaciones de los procesos asistenciales de la época. En general, las mismas se realizaron con pobladores del área rural de las comunidades Mapuches, con autoridades espirituales de dichas comunidades y con pobladores urbanos de distintos extractos sociales.

La realización de las entrevistas fue compleja y tuve que prepararme para “abandonar” mi rol habitual de médico, y tener en cuenta lo que mi rol generaría en los entrevistados. Guber (2011) considera que para que

“el investigador pueda describir la vida social que estudia incorporando la perspectiva de sus miembros, es necesario someter a un continuo análisis- algunos dirían “vigilancia”- las tres dimensiones de la reflexividad que están permanentemente en juego en el trabajo de campo: la reflexividad del investigador en tanto miembro de una sociedad o cultura; la reflexividad del investigador en tanto investigador, con su perspectiva teórica, sus interlocutores académicos, sus *habitus* disciplinarios y su epistemocentrismo; y las reflexividades de la población que estudia” (Guber, 2011: 46)

Considerando que la población a la que entrevistaba conocía mi rol (como médico) y algunos habían recibido asistencia de mi parte, debía considerar la reflexividad en tanto perteneciente a otra cultura, a mi interés en cuanto a la investigación, mi *habitus* disciplinar y la reflexividad de la población estudiada, en donde mi rol como prestador de servicios médicos alopáticos podía condicionar fuertemente sus respuestas y descripciones. Por dichas limitaciones las entrevistas se programaron para que fueran extensas, y si bien eran semiestructuradas, se procuraba dar libertad de expresión para no condicionar los resultados. Realicé 15 entrevistas con estas características. También se realizaron 42 encuestas semiestructuradas anónimas en la misma población, pero con mayor número de participantes. A partir de las entrevistas y las encuestas se reconstruyó la configuración del campo de la salud previo al desarrollo del sistema de salud en la provincia y permitieron analizar la percepción de estos habitantes (los destinatarios) del papel que cumplió el sistema de salud y sus efectores en la pervivencia (o no) de la medicina ancestral.

En las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud, se tienen en cuenta experiencias locales, pero considero central para los objetivos de la presente tesis poner en consideración el pensamiento profesional reinante en la época de estudio en la provincia y la evidencia de su continuidad, construyendo con los relatos un pensamiento o posición común de la “corporación médica” frente a la alteridad y no tanto como una experiencia individual del efector en particular.

En ese sentido, el pensamiento de los *policy makers* y los considerados ideólogos del sistema toman un sentido especial, ya que fueron los encargados de transmitir las ideas que se aplicaban en terreno. Al evidenciar continuidad y los aspectos en común de dicho pensamiento (que en general demuestran invisibilización de la alteridad) se constituye lo que podríamos considerar un pensamiento y acción corporativa, que nos ayuda a entender el desarrollo e impacto local del sistema, ahora sí, en la región estudiada. Por esta razón, a lo largo de la tesis, se expondrán testimonios de personas que si bien no desarrollaron sus actividades en la región tienen un alto valor hermenéutico que permiten entender los lazos entre los procesos locales con los provinciales y nacionales.

Para tal fin, se realizaron 8 entrevistas semiestructuradas a profesionales médicos que se desempeñaron en dicha época en la región o que tuvieron a su cargo las decisiones en la implementación de las políticas (cargos provinciales de conducción) sanitarias. Estas entrevistas tuvieron como finalidad indagar sobre: los inicios del sistema, sus objetivos, sus logros, la percepción sobre la interculturalidad, “alteridad”, medicinas “tradicionales” que había en dicho plan. Los entrevistados arribaron a la provincia entre 1969 y 1983, y durante las entrevistas se hizo foco en los comienzos del plan, pero a su vez se indagó sobre la continuidad de las formas de abordaje territorial y, puntualmente, si existieron desde el comienzo del sistema de salud en la década de 1970 hasta finales de siglo cambios en los conceptos o abordajes de la interculturalidad en la provincia. El abordaje de la continuidad en la visión de las conducciones de salud de la alteridad es trascendente, más allá de que se extiende en la temporalidad abordada por la presente tesis, ya que pone en evidencia una impronta con la que la medicina alopática suele desarrollarse-imponerse de la mano del Estado, y es la inexistencia/invisibilización de opciones asistenciales. La persistencia del desconocimiento/invisibilización de una realidad cultural diferente en las conducciones político-técnicas de salud, cuando su reconocimiento tiene rango constitucional, sirve para visibilizar la postura de la corporación médica hacia otras opciones o saberes.

Por último, se realizaron 21 encuestas a egresados de la residencia de medicina general de la localidad del Neuquén, desde 1989, por considerarse que los

mismos fueron formados por los médicos que estuvieron en el desarrollo territorial del sistema. La misma indagó la sensibilidad con la alteridad y las medicinas tradicionales durante la formación de la especialidad. Estos parámetros buscaron poner en evidencia las características tradicionalmente descritas en el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988), y demostrar las características positivistas y deterministas de la implementación del sistema, ya no en los ideólogos, sino también en los que lo instrumentaban. Las encuestas toman relevancia para poner en evidencia que la falta de sensibilidad a la alteridad no es una decisión política aislada de los conductores de salud de la provincia, sino parte del *habitus* disciplinar. Los residentes encuestados fueron formados en distintas universidades públicas y privadas del país, con diferentes años de egreso tanto de la universidad como de la residencia, y luego de tres o cuatro años² de formación en medicina general en la Provincia del Neuquén. Las respuestas a las encuestas pondrán en evidencia no las decisiones o visiones de la conducción de salud de la provincia, sino el lugar al que la alteridad y la medicina ancestral tienen en el corpus disciplinar representado por la formación teórica en las universidades y la formación práctica en las residencias, resaltando en esta última que fueron formados en una provincia que se presume de respetar sus orígenes mapuches y efectores que se han desempeñado en contextos interculturales (más allá de que no los hayan reconocido como tales).

El territorio y sus identidades

La región en donde se desarrolló la investigación de la presente tesis es la región sur de la provincia del Neuquén. Este territorio fue de los últimos reductos del país en donde se estableció el ejército, y el lugar en donde se dio por terminada la última etapa de la “conquista del desierto” y la “seguridad de frontera” a finales del siglo XIX. Por otro lado, el Sur Oeste de Neuquén es también una de las zonas con mayor presencia de comunidades originarias de la provincia aún en la actualidad. En esta región particularmente, algunos de los asentamientos definitivos son tardíos, muchos de ellos “empujados” por la desterritorialización

² La residencia de medicina general en la provincia del Neuquén duró (y actualmente lo hace) tres años, salvo un período entre 2003 y 2013 en el que duró 4 años.

producida en los márgenes del Río Negro al comienzo de la conquista o la persecución final al país de las Manzanas de Sayhueque³.

No obstante, posee la peculiaridad de que las comunidades mapuches viven y tiene sus descendientes viviendo en el territorio. Esto ha permitido recuperar sus percepciones sobre cómo las relaciones se fueron construyendo/imponiendo entre los “llegados” de la mano del Estado Nacional y los pobladores originarios de la región, y que cargaban el peso de la derrota en la contienda armada de finales del siglo XIX.

Para simplificar la identificación para el lector, la región a la cual nos referiremos a lo largo de la tesis incluye los actuales departamentos de Huiliches, Lacar y Los Lagos, ubicados sobre la cordillera de los Andes (figura 1). Entiendo que esta división es artificialmente construida desde el Estado, y que para los temas que nos ocupan las fronteras políticas (departamentales y nacionales) no se constituyen con las formas en que la sociedad vive el territorio.

Figura 1: Mapa de la Provincia del Neuquén con división departamental actual



Fuente: Elaboración propia. Mapa extraído del INDEC

³ Valentín Sayhueque fue durante muchos años el referente de la región para las comunidades mapuches. Si bien respondió en numerosas oportunidades al llamado de Calfulcurá en la lucha con el Estado Argentino, se caracterizó por su cercana relación con los criollos y las autoridades nacionales. Para mayor información ver: Vezub, J. E. (2006). El Gobernador indígena de Las Manzanas: Don Valentín Sayhueque. Nueva Dimensión

Esto no sólo sirve para las comunidades de los pueblos originarios, sino también para el resto de la sociedad. Sin embargo, este elemento es una limitación para esta tesis ya que es constitutivo de la información estadística y un limitante para entender y analizar los procesos territoriales a escala local. También, es la forma a partir de la cual el Estado (nacional y provincial) dio lugar a las políticas sociales en general y las sanitarias en particular. No obstante, es importante resaltar que como describe Bandieri (2009), durante una gran parte del período estudiado en la presente tesis, las comunidades mapuches no reconocían dichas fronteras y los intercambios sociales, culturales y económicos eran fluidos con Chile. Esta situación también podría extenderse al ámbito de la salud ya que según los relatos eran frecuentes los viajes de miembros de la comunidad enfermos hacia Chile en búsqueda de sanadores o el viaje de dichos sanadores a las comunidades era habitual.

Esta región creció y se desarrolló desde finales del siglo XIX de la mano del Estado como objetivo estratégico para la protección de la frontera. Sus comienzos son mediados por la instalación de fortines militares, con la particularidad de que en la región se constituye la primera y la última localidad fundadas a lo largo de la denominada “campana del desierto”. Con el *Fuerte y Comandancia de Junín* (fundado en febrero de 1883), que daría posteriormente lugar a Junín de los Andes, se funda la primera población del Neuquén; y que con la reocupación del Fuerte Maipú y la generación de un poblado alrededor del mismo (ordenada por el coronel Rodhe) se funda en 1898 San Martín de los Andes, dando por finalizado con dicho acto la fundación de pueblos dependiente de la “campana del desierto” (Comisión del Centenario y Fundación San Martín de los Andes, 1998).

Las características de las localidades eran disimiles en cuanto a sus orígenes y posterior desarrollo. En los comienzos de Junín de los Andes (Huiliches) se destaca la presencia de la congregación Salesiana, quienes llevan sus escuelas albergue con el objetivo de cristianizar y educar a las comunidades originarias remanentes en la zona. Por el contrario, San Martín de los Andes (Lacar) tenía una importante presencia militar y la comunidad *Curruhuinca* acompañó no sólo la construcción del Fuerte Maipú, sino que permaneció afincada alrededor del mismo el primer tiempo, con aproximadamente 40 familias, y luego participó

activamente en la fundación del pueblo. Por su parte, el paraje conocido como Villa La Angostura (Los Lagos) se constituyó más tardíamente y fue fundada en 1928 sobre una colonia pastoril de principios de siglo fomentada por el Estado Nacional para asegurar poblados en áreas limítrofes. Lugar compartido por familias mapuches radicadas en la zona, inmigrantes chilenos y colonos europeos, favorecidos por las condiciones de radicación ofrecidas por el gobierno, dieron lugar a lo que lentamente fue constituyendo el poblado actual de Villa la Angostura.

Amén de las marcadas diferencias entre las tres localidades, las mismas compartían la cercanía geográfica (150 km separa Junín de los Andes de Villa La Angostura), lejanía con la capital provincial (entre 400 y 500 km) y algunas características relacionadas con la interacción entre pobladores recién llegados de distintos lugares (del país y del extranjero) que compartían ciertas características culturales (noción de Estado y funcionamiento del mismo) y las comunidades originarias. Estas comunidades compartían ciertas costumbres, un bagaje cultural propio, un pasado de erradicación étnica como resultado de la contienda bélica y el avance e imposición del Estado y sus estructuras tecnoburocráticas.

Marco teórico

En esta tesis se plantea un abordaje holístico en torno a la construcción de la salud pública, y el consiguiente desarrollo territorial de la medicina alopática en la provincia de Neuquén, en general, y en su región sur, en particular. Una hipótesis que se sostiene a lo largo de la tesis es que el Estado tuvo como objetivo la imposición de la medicina alopática. Al igual que en otros espacios y tiempos históricos de desarrollo, impuso a los habitantes una forma de curar basada en el cientificismo positivista. En este sentido, la intervención del Estado a través de la medicina fue también una forma de control social de la población que había sobrevivido al genocidio de los pobladores originarios. Para lograrlo, el Estado propició e intervino directamente en la construcción de un campo disciplinar que contribuyó a la consolidación de dichas políticas y su desarrollo en el territorio. La escasa presencia de médicos en la región obligó al Estado a

fomentar el proceso de construcción hegemónica de una medicina occidental que desplazó a las formas de curar tradicionales.

En este sentido, esta tesis se apoyará en los conceptos de *campo* desarrollado por Pierre Bourdieu (1997) y el concepto de *biopoder* desarrollado por Foucault (2007). El primero permite poner en evidencia las tensiones existentes entre los actores en el período estudiado y las formas de intervención del Estado en el desarrollo del mismo. Mientras que el segundo permite entender las necesidades de intervención de un Estado en búsqueda de la “normalización” de la población para incorporarse a un andamiaje productivo. Al analizar las acciones del Estado desde el fin de la contienda bélica con las comunidades mapuches, se evidencia sistemáticamente el rol de lo que Foucault describe como tecnologías del saber-poder para la imposición de una forma de ver el mundo y de insertarse subalternizadamente en el rol social que el Estado había definido para el remanente indígena.

Pierre Bourdieu es un autor que no ha dedicado espacio en su obra, al menos en sus desarrollos centrales, para el estudio de la salud en general, sus sistemas o peculiaridades. Lo que motiva la selección del autor es que la investigación se centra en el rol del Estado como agente promotor y su relación con el campo (que debería ser autónomo) de la salud pero, también, como partícipe central de la resolución hegemónica de la tensión legítima del campo de la salud. Así el Estado se convierte en un agente determinante en la (re)configuración de la salud en la provincia, desde que ocupa los territorios hasta la consolidación de la medicina alopática en la provincia a mediados de 1970.

Cuando Bourdieu (1998) desarrolla el concepto de campo social, está pensando en la conformación de espacio de poder, de construcción de comunidad y de interrelación *intra* como *inter* institucional de las sociedades europeas. Lo hace con el objeto de dar cuenta de las tensiones internas y la (re)producción de los *campos* por parte de los grupos de individuos con un fin determinado. De esta forma desentraña las condiciones que “naturalizan las situaciones” como si fuesen destinadas a ser de la forma en que se presentan. Lo que cada período histórico en cada sociedad ve como normal, natural o no discutible, Bourdieu los desgrana y desnaturaliza demostrando la presencia de fuerzas en pugna, que ponen en juego distintos capitales para lograr el dominio simbólico del campo.

Según este autor, una vez logrado el dominio simbólico del campo, tiende a naturalizarse su existencia.

Bourdieu analiza estos aspectos para sociedades occidentales relativamente homogéneas, pero el *campo* resulta relevante ya que puede ser utilizado para analizar los conflictos dentro del *campo del "arte de curar"* en sociedad multiétnicas como es la región estudiada en la presente tesis. En estos casos, el campo de la salud se convierte de manera evidente en un espacio en disputa entre "las sociedades originarias" y las "civilizatorias". En el caso de la región en estudio existían (y existen) contrastes significativos en la forma de entender e interpretar la "realidad", así como en los usos y costumbres si comparamos entre los pertenecientes a la cultura occidental (en su mayoría de origen europeo) y los pueblos nativos de estas tierras. Como es ampliamente conocido la salud junto a la educación y la religión fueron las herramientas de "penetración" cultural más eficaces del Estado moderno cuando el mismo disminuyó el uso de la fuerza e impuso de "manera civilizatoria" sus condiciones a través de dichas instituciones. En estos tres dispositivos referidos, la naturalización de los procesos y los conceptos sostenidos por la cultura occidental son tan fuertes que es difícil dar lugar a interpretaciones diferentes sino se los analiza desde estas perspectivas analíticas.

Citando a Durkheim, Bourdieu (1997) sostiene que en las sociedades "arcaicas" o precapitalistas los campos (o universos) que en nuestras sociedades están diferenciados (religión, arte, ciencia) en ellas son indiferenciados, observándose una polisemia y una multifuncionalidad en las conductas humanas que pueden llegar a interpretarse como económicas, religiosas, estéticas, etc. Este autor considera que el crecimiento y complejización de las sociedades tiende a hacer aparecer campos (o universos) con leyes propias. De esta forma se constituyen campos sociales regidos por una ley fundamental, un *nomos* independiente de los demás campos, que son auto-nomos, que valoran lo que en ellos se hace, así como lo que en ellos hay en juego, según unos criterios y principios propios e irreductibles a otros universos. Bourdieu sostiene que la constitución del Estado se produce en un proceso de unificación de estos diferentes campos

"la génesis del Estado es inseparable de un proceso de unificación de los diferentes campos sociales, económico, cultural (o escolar), político, etc., que va parejo a la constitución progresiva de un monopolio estatal de la violencia física y simbólica

legítima. Debido a que concentra un conjunto de recursos materiales y simbólicos, el Estado está en condiciones de regular el funcionamiento de los diferentes campos, o bien a través de las intervenciones financieras (como en el campo económico, las ayudas públicas a la inversión o, en el campo cultural, las ayudas a tal o cual forma de enseñanza), o bien a través de las intervenciones jurídicas (como las diferentes normativas del funcionamiento de las organizaciones o del comportamiento de los agentes individuales)” (Bourdieu, 1997: pág. 50).

Por otro lado, es a través del concepto *de campo de la salud* en donde es posible visibilizar los distintos capitales con los que la medicina alopática y la medicina de tradición mapuche cuentan y como éstos se modifican con el correr del tiempo.

Al mismo tiempo se evidencia cómo el Estado intervino directamente en la conformación del campo, favoreciendo o dificultando (en el caso de los saberes ancestrales) el uso y la obtención de diferentes capitales a lo largo del período por los que disputan el dominio del mismo. Asimismo, podremos observar cómo alguno de los procesos que están naturalizados en nuestras comunidades (como, por ejemplo, el proceso de medicalización) existieron tensiones y conflictos entre ambas cosmovisiones y fue el Estado el que terminó inclinando la balanza hacia uno de los lados. Este utilizó todas sus herramientas (los distintos capitales: jurídico, económico, social, cultural) y de su *metacapital* para imponer su ideología al conjunto de la sociedad. De esta forma el Estado homogenizó la sociedad y terminó dominando el territorio.

Por otro lado, mediante el concepto de *habitus* de Bourdieu (1997) podemos explicar parte del proceso que llevó a los efectores finales de instituciones de salud (o de educación) a ser representantes directos del aparato ideológico-hegemónico del Estado. El *habitus* propio de la disciplina médica científica, cuyos efectores se consideran portadores de una verdad absoluta, restringe las opciones de interacción entre ambas culturas. Al mismo tiempo es acompañado con el convencimiento de una entrega desinteresada y en beneficio de quienes la reciben, aunque a veces se desarrolle a pesar de ellos. Este componente “civilizatorio” del *habitus* disciplinar médico fue imprescindible para el desarrollo territorial de la medicina alopática y del cumplimiento de los objetivos del Estado.

Por su parte, el Estado, acompañó y reforzó este *habitus* disciplinar al permitirle la “*skholè*”⁴ y que se dedique enteramente al juego.

Por su parte, Foucault considera que a lo largo del desarrollo de los Estados modernos y del capitalismo se fue constituyendo una maquinaria que opera sobre los individuos normalizándolos y volviéndolos dóciles. Sostiene Foucault

“Ese bio-poder fue, a no dudarlo, un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; éste no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos. Pero exigió más; necesitó el crecimiento de unos y otros, su reforzamiento al mismo tiempo que su utilizabilidad y docilidad; requirió métodos de poder capaces de aumentar las fuerzas, las aptitudes y la vida en general, sin por ello tornarlas más difíciles de dominar; si el desarrollo de los grandes aparatos de Estado, como instituciones de poder, aseguraron el mantenimiento de las relaciones de producción, los rudimentos de anatomo y biopolítica, inventados en el siglo XVIII como técnicas de poder presentes en todos los niveles del cuerpo social y utilizadas por instituciones muy diversas (la familia, el ejército, la escuela, la policía, la medicina individual o la administración de colectividades), actuaron en el terreno de los procesos económicos, de su desarrollo, de las fuerzas involucradas en ellos y que los sostienen; operaron también como factores de segregación y jerarquización sociales, incidiendo en las fuerzas respectivas de unos y otros, garantizando relaciones de dominación y efectos de hegemonía; el ajuste entre la acumulación de los hombres y la del capital, la articulación entre el crecimiento de los grupos humanos y la expansión de las fuerzas productivas y la repartición diferencial de la ganancia, en parte fueron posibles gracias al ejercicio del bio-poder en sus formas y procedimientos múltiples. La invasión del cuerpo viviente, su valorización y la gestión distributiva de sus fuerzas fueron en ese momento indispensables” (Foucault, 2007 pág. 170-171).

Foucault encuentra en la medicina de los Estados modernos una herramienta de normalización de los cuerpos, ya sea en su carácter individual (anatomo-política) como en su carácter colectivo (bio-política). Encuentra en su enraizamiento en las burocracias estatales una disciplina de control social, que sirve para la subjetivación de la población, sin realizar un análisis específico de su desarrollo particular. Ejemplifica como es útil a las necesidades de regulación y normalización poblacional, al explicar cómo la tecnología de la sexualidad despliega cuatro estrategias que conllevan a la subjetivación del individuo, todas ellas dependientes en gran medida de la medicina alopática o científicista. Para Foucault, la medicina es parte de los dispositivos de saber-poder que entiende como una noción que se aplica a “*discursos, instituciones, disposiciones arquitectónicas, reglas, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, la moralidad, la filantropía, etc.*” (Dreyfus y Rabinow,

⁴ Bourdieu sostiene que alguien está en condiciones de dedicarse enteramente a los intereses propios de su disciplina porque su estado (o más precisamente el Estado) le brindan los medios necesarios para hacerlo al liberarlo de las urgencias de la vida (entendidas como necesidades básicas) (Bourdieu, 1997).

2001). Estos dispositivos disciplinarios operan sobre los cuerpos para volverlos dóciles, como máquinas de un poder que se ejerce siendo ella misma invisible, el bio-poder. Los dispositivos del bio-poder -el disciplinario, de la sexualidad, de la seguridad y de la gubernamentalidad, en sentido estricto-, no gozan de una racionalidad subyacente o propia. No se trata de unidades compactas, herméticas y definidas en sí mismas. Sólo si evitamos contemplar su historicidad y el proceso de su constitución, y evaluamos su accionar en un momento dado, podemos considerar que poseen una razón de ser planificada y consolidada. Desde este punto de vista, se podría considerar que son partes de racionalidades específicas que se condensan en una razón última denominada bio-poder.

El autor hace referencia a la institucionalización en el Estado de esa norma diciendo

“Pero un poder que tiene como tarea tomar la vida a su cargo necesita mecanismos continuos, reguladores y correctivos. Ya no se trata de hacer jugar la muerte en el campo de la soberanía, sino de distribuir lo viviente en un dominio de valor y de utilidad. Un poder semejante debe calificar, medir, apreciar y jerarquizar, más que manifestarse en su brillo asesino; no tiene que trazar la línea que separa a los súbditos obedientes de los enemigos del soberano; realiza distribuciones en torno a la norma. No quiero decir que la ley se borre ni que las instituciones de justicia tiendan a desaparecer; sino que la ley funciona siempre más como una norma, y que la institución judicial se integra cada vez más en un continuum de aparatos (médicos, administrativos, etc.) cuyas funciones son sobre todo reguladoras“ (Foucault, 2007 pág. 174).

No existiría una racionalidad general orientadora enmarcada en el bio-poder, ni existiría esa lógica en forma autónoma en cada uno de los dispositivos. Estos dispositivos, si bien son formas de bio-poder, no son manifestaciones de esta gran tecnología. El bio-poder nos es una esencia escondida detrás de ellos. Antes que ser un atributo de la realidad, una sustancia, una fuerza o ser identificado con una institución, el bio-poder es un ejercicio de poder, una estrategia, un cambio en la economía de un poder que se orienta hacia la macrofísica de la población y la microfísica del sujeto. (Toscano López, 2008). Es a través de las instituciones que forman parte de este dispositivo (la familia, la escuela, la fábrica, el hospital, etc.) y sus normas, principio de visibilidad de la máquina disciplinaria, que se subjetiva a los individuos. La disciplina se vuelca sobre el cuerpo no como si éste fuera una sustancia *a priori* sino que en el momento de su adiestramiento, la disciplina fabrica al individuo.

Esta falta de racionalidad o final último de cada uno de los elementos o de las instituciones que conforman el dispositivo disciplinario, naturalizan acciones

cuyo fin último clasificatorio, regulatorio, formador de subjetividades, etc., sus efectores desconocen. La escuela, la fábrica, la familia, las instituciones de salud, etc., desarrollan sus actividades con un margen de libertad que en principio parecería absoluto. No obstante, la evaluación de sus sistemas de clasificación y los resultados de sus acciones son en todo coherentes con la normalización de las poblaciones y las regulaciones propias de los regímenes liberales occidentales. El seguimiento de la norma, de lo disciplinarmente sostenido, es una característica que en la medicina alopática resalta en comparación con otras disciplinas.

A lo largo del desarrollo de las instituciones estatales en la región en estudio podremos observar los distintos medios por los cuales se subalternizaron (y subalternizan) al componente indígena remanente, al tiempo que lo asimilan laboralmente al lugar que el Estado consideró debían ocupar. Sin una racionalidad específica, actúan incesantemente para desestructurar usos y costumbres, al mismo tiempo que medios de subsistencia para forzar la asimilación subordinada.

Por tanto, analizar el accionar del Estado en el período estudiado acorde a los conceptos de Bio-poder y anatomopolítica nos permite comprender la manera unívoca del accionar de las instituciones estatales y la constante subalternización en base a la “norma”, ya no sólo escolar, judicial, burocrática (registro civil) sino también, médica.

A continuación, y a partir de éste marco teórico se realizó una selección de los textos que han permitido comprender la historia del proceso de medicalización en América Latina en general y en la Argentina en particular. La selección de textos seguramente es incompleta ya que es un campo de estudio pleno en crecimiento, pero la selección realizada se ajusta a los lineamientos de esta tesis desde una perspectiva teórica.

Estado de la cuestión

En América Latina los procesos de medicalización han sido abordados desde diversas perspectivas, ya sea tomándolo como un fenómeno global, o analizando

las particularidades geográficas propios de una región, un país, una provincia o en las relaciones interétnicas.

En una perspectiva de análisis de la medicalización como un fenómeno global se destacan autores como Menéndez e Illich. Menéndez (2003, 1992, 1988) centra su análisis en la cotidianeidad de la atención médica y toma como base de sus desarrollos la caracterización de la medicina alopática como medicina oficial de los estados occidentales modernos y la constitución de una corporación médico farmacéutica que denomina Modelo Médico Hegemónico (MMH). Por otro lado, retoma los conceptos de Foucault y coincide con Illich (*Némesis Médica*, 1975) en la falta de racionalidad final del modelo y en el desconocimiento (o cierta indiferencia) de los efectores finales del rol que ocupan y de su condición de instrumentos del sistema. Según estos autores, el modelo de medicalización se sustenta en un efector convencido de su lógica y su misión como agente “modernizador”. Sin embargo, la corporación como el efector final (los médicos) tienen intereses particulares (económicos, de poder, etc.), aunque refieren posicionar por delante de estos intereses (que no desconocen públicamente) al bien común y el deseo de beneficiar a los usuarios del sistema. Menéndez considera a la biomedicina como una institución y a su vez un proceso social que se caracteriza por su constante, aunque intermitente, modificación y cambio. Por otro lado, Menéndez entiende que este es una parte de un proceso y, como tal, tiene modificación constante no sólo producto de los cambios técnicos y del avance en el conocimiento científico sino también asociados a los cambios en sus formas dominantes de organizarse e intervenir tanto técnica como económica, social y profesionalmente.

Este autor considera que el rasgo estructural dominante de la medicina es este biologismo, por lo menos a nivel ideológico/técnico, dado que es el factor que no sólo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituyen el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. Es este biologismo inherente a la ideología médica el que se convierte en uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto de la dinámica salud/enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales, y en consecuencia excluidas o por lo menos

subalternizadas. Son estas tendencias las que operan en las relaciones de la biomedicina con los conjuntos sociales y con los otros saberes médicos; siendo especialmente la medicina alopática la que ha impuesto en los últimos dos siglos las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes.

Como se mencionó con anterioridad, Illich (1975) coincide con Menéndez en la falta de racionalidad del modelo y en las características de sus efectores. Este autor centraliza su análisis en la corporación médico-farmacéutica cuyo objetivo es el crecimiento ilimitado de su injerencia, impulsado solo por un fin económico. Sostiene que el complejo médico-farmacéutico logró en un momento de la historia autocontrolarse, por lo que inscribe sus propias reglas y se impone como sistema a nivel global. Así, considera la medicalización de la población como una sobreproducción de servicios médicos y que la corporación médico-farmacéutica ha tomado en sus manos el desarrollo de los sistemas de salud. En este marco, entiende a la medicina alopática como una industria que no cesa de producir “servicios” (no necesariamente salud) y desarrollar tecnología para utilizarla sobre una población que se encuentra indefensa. Al igual que las demás industrias, considera que genera sus propios consumidores, pero a diferencia de cualquier otra industria, oculta las características de sus productos y es poseedora del privilegio de configurar un discurso oficial presuntamente desinteresado. Por tanto, Illich resalta que la producción de remedios y de servicios se ha convertido en el objetivo fundamental del sistema médico en los últimos ciento cincuenta años.

Este proceso descrito para los países desarrollados fue impuesto en todo occidente. Así lo demuestran los trabajos más recientes como el de Biernat (2016) quien ha estudiado el papel que cumplió la Organización Panamericana de Salud (OPS) en la región. Esta autora, describe el cambio a lo largo del tiempo de sus actividades y propósitos y cómo, a través de la financiación dirigida, comienza a tener injerencia en las políticas sanitarias de los países de la región, al mismo tiempo que refuerza su presencia y prestigio como órgano de salud pública internacional. La autora sostiene que la OPS es parte de una serie de intentos de Estados Unidos para propiciar su política expansionista, fundamentalmente en el dominio económico, en la región. Nace y se consolida

la OPS como un organismo de colaboración y de regulación supraestatal, con financiamiento directo y exclusivo del gobierno de Estados Unidos. Su inicio se relaciona directamente con la actividad portuaria y su saneamiento, y funciona, acorde a lo referido por la autora, como una estrategia de regulación del comercio marítimo. Uno de los fines de regulación de las normativas portuarias, tienden a favorecer el comercio internacional, y no poseen su eje en el beneficio sanitario de las localidades (más allá de que algunas políticas concretas si lo tengan). Con el paso del tiempo, en las sucesivas conferencias, la OPS empieza a abordar los problemas que el desarrollo del capitalismo trae aparejado. Comienza a expandir sus horizontes, y a abordar distintos temas o concepciones de salud de las poblaciones. Empieza a regular la formación de especialistas en Salud Pública, definiendo lo necesario para su especialización. Desarrolla un proceso de acompañamiento para la centralización administrativa de lo concerniente a la salud en los distintos Estados, favoreciendo la implementación de políticas homogéneas y centralizadas en todos los Estados panamericanos. Desde un comienzo las políticas emanadas de la organización traían aparejadas situaciones beneficiosas para los Estados que las implementaban, no sólo por el apoyo técnico y operativo brindado, sino con distintos aportes económicos que fueron vehiculizados a través del Departamento de Estado Norteamericano o en su defecto en forma paralela por la Fundación Rockefeller (Ramaciotti, 2007), que posteriormente se transforma en uno de los mecanismos de financiación de la misma OPS. Esta situación pone en evidencia la relación del mencionado organismo con los intereses de Estados Unidos, pero fundamentalmente con el interés del desarrollo del capitalismo y de la homogeneización de las poblaciones, con el fomento de políticas públicas sanitarias y la formación de los recursos humanos que las desarrollan con una visión con estricta relación al MMH. Por otro lado, será una usina de ideas para los planes de salud en la América en general y en la Argentina en particular. En este sentido, como veremos más adelante, el Plan de Salud de la provincia de Neuquén fue diseñado a partir de las recomendaciones de este organismo internacional.

Algunos de los trabajos pioneros para entender el proceso de medicalización en la Argentina son los desarrollados por Susana Belmartino desde finales de la

década de 1980. Especialmente los trabajos de Belmartino *et al* (1988), Belmartino y Boch (1994) y Belmartino (2005, 2009), que se centraron en la “corporación médica”, su disputa con el poder político y el desarrollo de la institucionalidad médica y las políticas sanitarias en Argentina. A lo largo de los mencionados trabajos se pone en evidencia la defensa de los intereses “corporativos” de la medicina (Belmartino *et al*, 1988), que favorecen su expansión e institucionalización (Belmartino, 2005), al mismo tiempo que presionan por la regulación de la práctica según su conveniencia (Belmartino 2005, 2009). La corporación médica se constituye, en la visión de esta autora, en un actor estatal que imprime su construcción discursiva basada en el cientificismo decimonónico al conjunto de la sociedad. En el trabajo realizado en conjunto con Boch (Belmartino y Boch, 1994) utiliza el concepto de campo de salud en términos de Bourdieu, analizando las tensiones dentro del mismo por el dominio del capital simbólico protagonizadas entre los efectores (representados por la corporación médica), los tomadores de decisión (organismos del Estado), instituciones de salud y financiadores. No contempla dentro del campo de la salud opciones no alopáticas del proceso de sanación, reduciendo las opciones a los términos que les son funcionales a la corporación médica estudiada.

Por otro lado, hay un conjunto muy amplio de trabajos que han tratado el proceso de medicalización a escala subnacional siguiendo los lineamientos planteados por Belmartino. En este marco me gustaría resaltar algunos trabajos que se aproximan en alguna medida a los intereses de esta tesis.

Carbonetti (2007) y Suarez (Suarez y Carbonetti, 2012), a través del estudio de las epidemias de cólera de fines del siglo XIX en la Provincia de Córdoba, destaca cómo el proceso de medicalización se desarrolla de la mano de un enraizamiento de la medicina alopática en los órganos decisores del Estado y cómo, a su vez, dicho proceso genera a nivel poblacional un reforzamiento negativo de las clases sociales. En la misma línea, Di Liscia (2005) ya había propuesto en un trabajo previo la diferenciación clasista que genera la medicalización de la mano del higienismo y el papel que ocupan las mujeres (de clase media y alta) y las maestras en la divulgación e imposición de dichas normas.

Por su parte, Allevi *et al* (2018) realiza un análisis de la medicalización en la Provincia de Santa Fe a través del análisis de archivos oficiales, en donde da cuenta de las tensiones existentes entre los profesionales del arte de curar, reconocidos oficialmente, y la legitimidad social de los sanadores populares. El análisis documental da cuenta de las dificultades que tuvo la medicina diplomada para lograr imponerse, y la falta de legitimidad social que poseía principalmente en el área rural. En el período analizado se observa como a través de la puesta en marcha del Departamento de Higiene y sus reglamentaciones, la corporación médica, no sin dificultades y resistencias, comienza a enraizarse en el Estado y logra institucionalizar sus intereses. En la misma línea, Sedran *et al* (2018), analizan a través de un caso en particular, de un “espiritista”, como la corporación médica persigue las opciones de sanación que no se inscriben en sus prácticas y que considera le pueden disputar sentido. Consideran que, en la etapa de la medicalización en Argentina a finales del siglo XIX, la efectividad de la práctica médica no era mayor que la de las otras opciones de sanación. Por ello es que la corporación médica, aprovechando contingencias como las epidemias y de la mano de la creación de organismos estatales como el Departamento de Higiene, toma posiciones dentro del Estado e intenta que las instituciones limiten el accionar de los que ponen en riesgo sus intereses.

Por su parte Cerdá (2015) analizó la construcción del campo disciplinar de la medicina en la década de 1930 en la Provincia de Mendoza desde una perspectiva *bourdiana*. En el análisis de este autor sobre la construcción del campo disciplinar en los años 30, al igual que Belmartino y Boch (1994), se dejó de lados otros saberes u opciones de abordaje a las problemáticas de salud existentes en dicha provincia. A pesar de esa reducción del campo de la salud, el autor concluye que la medicina necesitó de la intervención del Estado para la imposición de su visión de salud y enfermedad, reconociendo de hecho la existencia de alternativas no tenidas en cuenta en el análisis del campo que, en cierta medida veremos que se replica en nuestro caso de estudio. Cerdá sostiene que la medicina alopática ha alcanzado el estándar de ciencia, pero, al mismo tiempo, necesitó del Estado y su fuerza de control-coerción para imponer su conocimiento al resto de la sociedad. Esta relación entre la corporación y la burocracia del Estado será un eje central de mi investigación.

Más próximo a mi espacio de estudio (la provincia del Neuquén), el proceso de medicalización fue abordado por Demetrio Taranda *et al* (2008) desde una perspectiva del desarrollo de la medicina alopática desde el comienzo de los Territorios Nacionales. Realiza un análisis del crecimiento de la oferta de la medicina alopática en la provincia, así como de su despliegue territorial hasta finales de la década de 1960. Posteriormente, si bien analiza las tensiones que se generaron con la atención sanitaria fuera del sistema público, se centra en la constitución del Sistema de Salud de la Provincia del Neuquén y su crecimiento. Analizan, en las distintas circunstancias históricas, las relaciones con el poder político y las dificultades territoriales en el desarrollo de la medicina alopática, no profundizando en las implicancias que trajo aparejado sobre los procesos de atención ancestrales o la medicina popular. Resaltan las tensiones que se sucedieron dentro de la corporación médica cuando se desarrolla el Sistema público de Salud, marcando el comienzo de los dos subsistemas (público y privado) de medicina en la provincia. En la misma línea, Mases *et al* (2014) realizan un recorrido sobre la historia del Hospital Castro Rendón, el principal centro asistencial de la Provincia del Neuquén. A diferencia de estos autores, la presente tesis se centrará en la relación necesaria, entre los actores políticos y los médicos, para el desarrollo y la imposición de la medicina alopática. Para dicho análisis, a diferencia de Taranda *et al* (2008) y Mases *et al* (2014) que centran su análisis en la capital provincial, focalizaré el análisis en el impacto que generó la imposición de la medicina alopática en un territorio marginal de la provincia para la época y en donde persistían comunidades que habían atravesado el proceso de toma de posesión de los territorios patagónicos sin sufrir una reubicación territorial. Esta mirada posibilita analizar las conductas y procesos desarrollados en la capital provincial, en una realidad social-económica-política muy diferente a la que se vivía en la región seleccionada para nuestro análisis, y su impacto preferentemente en las comunidades remanentes. Evaluar la vivencia local, y desde distintas ópticas (criollas, mapuches, profesionales), permite entender los procesos desde una forma no lineal, y procura desnaturalizar el desarrollo de la medicina alopática como una instancia más del natural proceso “civilizatorio” o modernizador.

El otro eje que estructura la problemática de esta tesis está relacionado con las relaciones interculturales en salud; y más específicamente, con las comunidades mapuches puntualmente. En esta línea, Boccara (2007) realiza un análisis del abordaje de la salud intercultural en Chile, que sirve para ejemplificar las prácticas y concepciones descriptas para la salud pública en América Latina, y para resaltar el rol de los organismos supranacionales en la política de salud local. Describe cómo a través de la financiación de organismos internacionales dirigidos hacia determinadas políticas en las comunidades nativas de ese país, se intenta la normatización de las mismas y la división dentro y entre las comunidades. En este sentido también se aproxima al texto de Biernat reseñado más arriba. Boccara refiere que a través del programa *ORIGENES*, financiado con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), se ha producido un nuevo avance del Estado chileno sobre las comunidades nativas del país. Boccara desarrolla el concepto de *etnogubernamentalidad* a partir del cual describe las políticas que buscan la transculturalización de las comunidades y que, entre otras cosas, fomentan la comercialización de sus culturas en el mercado del turismo. Según lo expuesto por el autor, uno de los máximos objetivos del programa es el desarrollo de la salud intercultural en dicho país. El autor describe como dicho programa se centra en la intención de normalizar las poblaciones, sistematizar los abordajes y desnaturalizar los saberes y prácticas ancestrales; utilizando categorías de aborígen bueno/aborígen malo, según la asimilación de los postulados centralistas de cada comunidad (con fondos dirigidos acorde a la caracterización). La salud intercultural, desde la óptica del poder central (acorde a lo postulado por el autor), tiende a la burocratización de las prácticas, su estandarización, objetivación y desterritorialización, con una creciente fiscalización y categorización por parte de estado chileno.

En nuestro país, la relación entre la medicina alopática y las comunidades de la Patagonia ha sido también abordada ampliamente por Di Liscia (2008, 2017, 2011). La autora desarrolla una mirada desde el crecimiento y la imposición estatal, las dificultades encontradas en el desarrollo institucional y en la territorialización de la medicina alopática. Desde fuentes documentales describe las realidades encontradas en territorio, así como las dificultades en el desarrollo de políticas públicas como la vacunación. Su análisis está centrado en las

dificultades del Estado para imponer sus condiciones, lo que permite la pervivencia de prácticas ancestrales ante la falta de instituciones estatales. Esto nos ha permitido ver cómo ciertas persistencias de prácticas asociadas con la sanación han pervivido hasta el presente, más allá de las prohibiciones y persecuciones realizadas a las comunidades.

En este sentido, esta tesis retoma algunas de estas prácticas en un territorio donde no solo se da la pervivencia de las comunidades sino los lazos de conexión entre uno y otro lado de la cordillera.

Esta tesis también es heredera del trabajo reciente de Montero (2018) donde realiza un análisis de lo que denomina “distintos modelos médicos” en la región del Nahuel Huapi en las primeras 4 décadas del siglo XX. Allí se describe la convivencia del modelo de medicina mapuche, la tradicional referida a los colonos, y el modelo médico hegemónico de la mano de la medicina diplomada (alopática). Esta autora considera que existió entre las primeras dos una convivencia marcada por la falta de oferta de servicios asistenciales oficiales de medicina alopática en las primeras etapas de la conformación del Estado Nacional. Resalta la asimetría entre el colono y el poblador mapuche. El primero sostenido y fomentado por el Estado, en cuanto que las comunidades mapuches habían sido producto de la reubicación de remanentes indígenas posteriores a la conquista. Esta asimetría, sostiene la autora, no favorecía el intercambio simétrico de conocimientos en un área sin servicios médicos, siendo los colonos reacios al conocimiento mapuche en sintonía con el desprecio que el Estado mostraba por ellos.

En esta línea de pervivencia del arte de curar de las comunidades el trabajo de Lara (2016) describe cómo la Comunidad Mapuche realizó una resistencia cultural a través del sostenimiento de prácticas curativas en el Territorio Nacional del Neuquén. Mediante el análisis de archivos judiciales, la prensa escrita y publicaciones referidas a la primera mitad de siglo XX, la autora resalta la continuidad de las prácticas curativas mapuches fundamentalmente en el sur de la provincia. El análisis destaca que la supervivencia de dichas prácticas dependió más de la incapacidad del Estado en hacer efectivas sus disposiciones, y del higienismo en hacerse presente en territorio, que de las comunidades en forma particular.

Por su parte Estrella (2017) focaliza sus estudios en el impacto de la interacción entre las políticas públicas de salud en territorio, ya a finales del siglo XX. Realiza su análisis a través de las experiencias de los agentes sanitarios del Sistema de Salud del Neuquén, y los habitantes de una comunidad mapuche en la que se realizaban las intervenciones en los alrededores de San Martín de los Andes. Para su análisis entiende el campo de la Salud Pública en términos bourdianos, pero sin desarrollar sus conceptos ni profundizar en sus componentes e interacciones. La autora, en clave antropológica, evidencia el rol de los agentes sanitarios como agentes de penetración del sistema en las comunidades. Destaca que su rol como elementos de interacción intercultural se ve limitado por el valor que le es otorgado por los médicos del sistema, que no suelen tener en cuenta la información que ellos brindan.

En síntesis, en esta línea de las relaciones interculturales, esta tesis intentará mostrar que la pervivencia de prácticas de medicina ancestral mapuche no eran producto de la falta de desarrollo de la medicina alopática, sino propias del entendimiento del proceso salud/enfermedad/atención por los pueblos originarios de la región. A diferencia de la bibliografía citada, considero que no fue la sola presencia de efectores médicos alopáticos la que produjo la medicalización, sino que previamente a la misma hubo acciones del Estado que propiciaron la desaparición/invisibilización de la medicina ancestral mapuche. El rol del Estado en la preparación adecuada del territorio fue clave para el rápido desarrollo territorial de la medicina alopática en la región estudiada una vez que se decidió su arribo desde los organismos estatales.

Organización de los capítulos

Luego de esta introducción, en el capítulo 1 se realiza un recorrido histórico sobre el desarrollo de la medicina alopática en la región del Neuquén, desde la conquista bélica y la creación de los territorios nacionales hasta mediados de 1970. El capítulo se centra en la problematización que hacen los referentes políticos sobre la ausencia de la medicina alopática en la región, y en su posterior desarrollo territorial. Se profundiza en lo que fue la construcción del discurso político en salud desde que el Movimiento Popular Neuquino, a través de Felipe

Sapag, llega al poder y comienza la expansión de la medicina alopática por el territorio, hasta el comienzo del denominado “Plan de Salud” en la década de 1970. El énfasis en la falta de desarrollo de la medicina alopática en el discurso político es parte de la continua invisibilización de otras formas o entenderes en el abordaje del proceso salud/enfermedad/atención que eran característicos de la época estudiada.

En el segundo capítulo se aborda el proceso de subalternización ejercida por el Estado argentino sobre las comunidades de pueblos originarios en la Patagonia en general y en la región del actual sur neuquino en particular. Dicho recorrido permitirá entender, lo que en primera instancia parecería ser una aceptación pasiva, el proceso de imposición de la medicina alopática en la región que se sucede posteriormente.

En el tercer capítulo se analiza la conformación del “campo de la salud” en la región sur de la Provincia del Neuquén, y al proceso de (re)configuración que sufrió desde el comienzo del siglo XX hasta mediados de la década de 1960. A partir de esta última fecha podríamos sostener que el mismo se constituyó como hegemónico y comienza un proceso de expansión basado en el Sistema de Salud del Neuquén⁵.

El cuarto capítulo analiza el capital económico, político, social y jurídico que el Estado puso a disposición de la territorialización de la medicina alopática, así como su metacapital en pos de asegurar el dominio simbólico del campo de la salud para la medicina alopática.

El capítulo cinco analiza los medios por los que la medicina alopática, de la mano del Estado, logró imponerse y diezmar el capital social de la medicina tradicional mapuche, para lograr el dominio del último capital en disputa en el campo de la salud de la región y pone en evidencia la tarea de la medicina alopática como parte del aparato ideológico-hegemónico del Estado tendiente a subalternizar a la población originaria de la región.

Por último, el capítulo final expone las conclusiones de la presente tesis.

⁵ En este sentido, entendemos por sistema a un conjunto de normas, instituciones y prácticas que fueron organizadas desde el Estado para la provisión de la salud en el territorio neuquino

Capítulo 1

El desarrollo de la medicina alopática y su construcción discursiva en Neuquén

Introducción

La provincia de Neuquén se constituye como una unidad administrativa independiente del Estado Nacional en 1955. Esta la convierte en una de las últimas provincias creadas y su desarrollo institucional no fue ajeno a los avatares políticos de la época. Por esto, entre otras cosas, no es posible entender las características del sistema de salud de la provincia del Neuquén sin conocer su desarrollo histórico previo, así como el contexto de las políticas desarrolladas en la provincia. Fueron muchos los cambios ocurridos desde los años previos a su constitución como provincia, dejando atrás su dependencia del Estado Nacional como lo era en la época que este espacio formaba parte de los Territorios Nacionales.⁶

El período *territoriano* se caracterizó por un escaso desarrollo institucional en el sur de Neuquén, priorizándose las políticas de seguridad de la frontera y la formación de asentamientos –principalmente colonos extranjeros- que trajeran el “desarrollo” europeo a este espacio periférico del territorio argentino. Con poca capacidad de poner en agenda del gobierno nacional la problemática local, el desarrollo de las instituciones sanitarias debió esperar hasta las políticas del primer peronismo para empezar un desarrollo institucional sostenido.

Una vez constituida como provincia, el desarrollo institucional toma otra dinámica. Según una amplia bibliografía, la impronta de la política nacional e internacional de mediados del siglo pasado, así como las preocupaciones existentes en la región alrededor de los magros indicadores socio sanitarios y de desarrollo, sentaron las bases de un gobierno provincial que tomó el concepto del desarrollismo en un sentido amplio y lo aplicó en diversas áreas de su gestión. El resultado fue una fuerte presencia del Estado como regulador y

⁶ Por territorial entiéndase el período 1895-1955 en el cual la actual provincia de Neuquén era parte de territorios Nacionales, y, por lo tanto, dependiente del Estado Nacional.

generador de bienes y servicios y con el bienestar de su población como el eje organizador de las políticas públicas (Favaro, 1999; Taranda *et al*, 2008).

Es así como desde su constitución nace una provincia que comienza a diferenciarse del resto, asumiendo desde el Estado la responsabilidad de favorecer el desarrollo, con un discurso centrado en la equidad social y de fuerte compromiso con el bienestar de su población. Si bien la provincia no fue ajena a los avatares políticos que signaron las décadas de 1960 y 1970, el proyecto institucional de salud propiciado por el Movimiento Popular Neuquino muestra ciertas continuidades a lo largo de este período convulsionado. Esta continuidad en la política sanitaria favoreció a un discurso de carácter desarrollista que parecería estar inscripto en el inconsciente político de la provincia (Bandieri *et al*, 1993).

La hipótesis que guía este capítulo, es que el sistema de salud de la provincia del Neuquén es el fruto de un proceso que nace en las décadas previas a la concreción del Estado provincial, que se insinúa en las discusiones de la Asamblea Constituyente y se incluye en la Constitución provincial de 1957. Estos antecedentes son la base fundacional de los desarrollos posteriores más allá de la reconfiguración discursiva que se realizará en los años 70 en torno al Plan de Salud, aspecto que analizaré con detalle en el 5° capítulo.

Para dar sustento a esa idea se recorrerá, en una mirada de largo plazo, la incorporación de la medicina alopática en la región del Neuquén desde su incorporación a la nación como Territorio Nacional hasta comienzos de la década de 1970. A lo largo del capítulo se acompañará la descripción de la evolución de la medicina alopática en la región del Neuquén con el discurso político y el modo en el que el discurso político problematizaba el proceso salud/enfermedad/atención.

La salud en la región del Neuquén, Territorio Nacional

Para entender la historia de la provincia del Neuquén y sus políticas públicas se debe partir del entramado institucional que le dio origen. Los territorios de Rio Negro y Neuquén fueron incorporados definitivamente a la Nación recién en

octubre de 1884 mediante la sanción de la ley N° 1532, luego de la finalización de la campaña militar en 1879, denominada “Campaña del desierto”.

La incorporación tardía de estos territorios a la Nación, en comparación a la mayoría de las provincias, y la dependencia plena del Estado Nacional (por su característica de Territorio Nacional) trajo aparejadas ciertas particularidades en el desarrollo de la región del Neuquén. Sujeta a intereses nacionales, primó el interés de la Nación en la defensa de la frontera y en seguridad, ejes centrales en el gasto del escaso presupuesto destinado a los Territorios Nacionales. Al mismo tiempo no existía la posibilidad de desarrollar marcos normativos autónomos para el territorio, lo que dejaba al mismo bajo reglamentación nacional sin tener en cuenta particularidades locales y la escasa presencia del Estado en estos espacios periféricos. Durante el período de Territorios Nacionales hubo un escaso desarrollo en infraestructura y en servicios, a lo que se sumaba la imposibilidad del ejercicio pleno de ciudadanía en los que vivían en dichos territorios. Las personas que habitaban los Territorios Nacionales, por su imposibilidad de ejercicio democrático, revestían más las características de un habitante que de un ciudadano (Bohoslavsky y Di Liscia, 2008; Di Liscia, 2017).

Desde la visión de los representantes del Estado, la historia local de los pueblos originarios no era tomada en cuenta, así como tampoco su presencia y sus costumbres relevantes. Para estos sectores este era un territorio escasamente poblado, con la mayoría de su población viviendo en el ámbito rural, y con algunos pocos núcleos urbanos que contaban a lo sumo con una comisaría, juzgado de paz, oficina de correos, telégrafo y alguna escuela primaria (Bandieri, 1993).

Un relevamiento realizado en 1895 en el Territorio Nacional del Neuquén por las autoridades nacionales del territorio, da cuenta de la falta de profesionales de la salud, al mismo tiempo que muestra la falta de empatía con las poblaciones originarias en general y sus prácticas populares y/o ancestrales de curar en particular. Según Mases et al (2014, pág.15) este relevamiento se puede observar la presencia de un farmacéutico, un médico y un profesional más (que podría ser un flebotomo, un químico o un veterinario), al mismo tiempo que resalta la falta de enfermeras/os, dentistas y curanderos. También el informe

hace referencia a la falta de parteras -parteras reconocidas o con formación dentro de la concepción occidental-, lo que pone en evidencia el proceso de la invisibilización de las parteras tradicionales de las comunidades, como también sucede en el resto del país. Lo mismo ocurre con la ausencia de curanderos en las estadísticas, lo que muestra el grado de penetración que tenía el relevamiento de las estadísticas con el modelo científicista occidental en el Estado Argentino (Otero, 2006; Daniel y Gonzales Bollo, 2016), aún en espacios tan marginales como eran los Territorios Nacionales. Por otro lado, las estadísticas, una herramienta del Estado para la invisibilización, dejan ver la escasa interacción que existían con las comunidades de los pueblos originarios y los conceptos científicistas emanados por los representantes del Estado en la recopilación de datos. Esta postura generalizada en los informes de la época permite dar cuenta del grado de injerencia que estaba teniendo la concepción de la medicina alopática sobre el resto de las formas de curar. Esto llama más la atención en un espacio donde las comunidades originarias tenían aún una presencia activa y donde el Estado estaba relativamente más distante.

Este escenario sanitario descrito no difiere sustancialmente del que mostraban otros territorios nacionales para la misma época. Mases (2014), citando a Di Liscia, sostiene que los Territorios Nacionales representaban los extremos más remotos del ideal higiénico reinante en el litoral y centro del país, plagados de dificultades en su infraestructura higiénica, con escasos de profesionales e instituciones hospitalarias adecuadas y hasta la incapacidad de registro estadístico de las variables demográfico-médicas (Mases et al., 2014). Sobre el desarrollo de la salud por parte del Estado en los Territorios Nacionales Bohoslavsky y Di Liscia sostienen

“En efecto, si alguna tendencia de largo plazo se puede descubrir en lo que se refiere a las políticas públicas de salud implementadas por el Estado nacional en el sur argentino, esa tendencia es el desinterés. Inversiones que no llegan, falta de presupuesto, ausencia de personal especializado, uso de docentes para que cumplan misiones médicas” (Bohoslavsky y Di Liscia, 2008, pág. 205).

Si bien el escenario sanitario descrito por Bohoslavsky y Di Liscia (2008) era similar en toda la Patagonia (caracterizado por la ausencia de servicios), la impresión que generaba el Territorio Nacional del Neuquén no lo era. En las

crónicas de las campañas de vacunación de los primeros años del siglo XX, el médico Eugenio Ramírez, funcionario del Departamento Nacional de Higiene, resaltaba la necesidad de *“valor y resistencia (para) salir de un medio civilizado y confortable para llegar, desenvolverse en el medio casi salvaje por la asperidad de los caminos, del suelo y de la naturaleza”* (Mases et al, 2014). En el informe se describía la geografía del territorio, su clima e hidrología, la población asentada, sus hábitos alimentarios y los aspectos educativos, particularmente la infraestructura escolar. En cuanto a la información sanitaria Ramírez describía *“No hay enfermedades propias en esa región, si es que el adelanto actual de la ciencia no puede considerar enfermedad el atraso intelectual, el abandono de las comodidades de la vida, la miseria económica de los pobladores (de la áspera e ingrata región del Neuquén”*. La crónica del Dr. Ramírez nos brinda una visión sobre la región desde la óptica de un funcionario del Estado Nacional que no vivía en dicho espacio. Por otro lado, pone en evidencia cómo el Estado exploró las posibilidades de un territorio que comenzaba a ser incorporado a la Argentina (Mases et al, 2014). En esta misma línea Josefina Vaca y Horacio Cao caracterizan (citado en Suarez, 2014 pág.86) la región como un espacio con:

“baja densidad poblacional fruto del tardío proceso de ocupación y desplazamiento de la población aborígen. Como consecuencia de esta situación, su desenvolvimiento económico-social se encuentra cardinalmente influido por políticas de poblamiento como fueron las de fijación de grandes contingentes de personal de las Fuerzas Armadas, por regímenes preferenciales de producción y una inversión pública en infraestructura”.

En estas miradas, el Estado Nacional, por medio de sus agentes, invisibilizaba a las comunidades originarias y sólo eran tenidas en cuenta al referirse a ellas como un obstáculo para el desarrollo y el progreso socioeconómico de la región. Esta visión que dominó a los agentes del Estado hasta finales del siglo XX es relevante en nuestro problema ya que, como veremos, serán los médicos como agentes del Estado -formados bajo la concepción positivista y cientificista del siglo XIX-, los que llevarán adelante la implementación del modelo alopático que analizamos a lo largo de toda esta tesis.

Por su parte, la precariedad de la asistencia sanitaria del Territorio Nacional del Neuquén sería una constante a lo largo de todo el período territorial. Según un

informe de 1934 elaborado por el entonces gobernador Coronel Enrique Pilotto, *“en lo que se refiere a la salud del Territorio es pobre y deficiente. Sólo se cuenta con dos médicos del Departamento Nacional de Higiene en la Capital y un médico delegado en San Martín de los Andes con escasos elementos de curación y prevención”* (Mases, 2014). Continuaba su informe resaltando que en todo el territorio de Neuquén se contaba sólo con *“Salas de Primeros Auxilios en Zapala (sostenida por el Municipio) y las de Aluminé y Chos Malal por sus respectivas Comisiones de Fomento y que carecen de lo más elemental para desenvolverse precariamente”* (Mases, 2014). En el informe, el gobernador resaltaba las dificultades de radicación de los profesionales, lo que consideraba su ingrata tarea y las dificultades para lograr accesibilidad a los servicios sanitarios de los pacientes que requieren de mayor complejidad de atención, debiendo llegar al hospital de Allen, a 450 km de distancia aproximadamente (Mases, 2014). El informe es una muestra tangible de las carencias sanitarias que presentaba el Estado Nacional en el territorio, en la que el propio gobernador de la época manifestaba que no existía en todo el territorio un solo establecimiento hospitalario. Pilotto consideraba el andar de los pacientes como un trajinar incesante hacia la muerte ya que *“enfermos de Neuquén peregrinan de un punto a otro buscando asistencia médica y hospitalización y generalmente mueren sin haber alcanzado ni lo uno ni lo otro”*.

Solo como ejemplo de la pervivencia de este proceso, en 1943, los registros nacionales de estadísticas vitales consideraban una mortalidad infantil del orden de 366 fallecidos cada 1000 nacidos vivos, la más alta del país (Taranda et al, 2009). Una publicación periodística del año 1945 (Periódico Neuquén, año XXIII, Tercera Época, N° 142, 1945 pág.1 citada en Taranda et al, 2009 pág. 30) da cuenta de una realidad signada por la falta de recursos y de accesibilidad a los servicios de salud estatal, sobre todo en el interior de la provincia:

“Hablar de Salud Pública y de asistencia social en el interior del territorio, sería exhibir una página en blanco; tal es el panorama a que este respecto se presenta. Un territorio que cuenta con más de 80000 habitantes, no tiene un solo establecimiento sanitario que pueda llamarse siquiera pequeño hospital. En ninguna parte del interior existe un establecimiento sanitario que tenga la necesaria importancia que requiere la asistencia médica de los vecindarios. Hagamos la exclusión del servicio médico que prestan los distintos regimientos (...) que no

alcanzan a suplir con lo exigido. Es éste, pues, un problema de fondo que rebalsa las márgenes de la salud pública para convertirse en uno de justicia social de rigurosa actualidad en estos momentos en nuestro país”.

Sin embargo, hablar de la provincia como un todo hegemónico sería exagerado. Para la década de 1940 en la ciudad de Neuquén, comienza el desarrollo de instituciones sanitarias. En ese año, se logra la inauguración de un Centro Materno Infantil, en un edificio cedido al Departamento Nacional de Higiene por la primera filial de la Cruz Roja Argentina, edificio que se incendia en 1945. El mismo año de la puesta en funcionamiento del Centro de Higiene Materno Infantil, se inaugura la Asistencia Pública en la esquina de las calles Talero y Buenos Aires, que sería la base del hospital Castro Rendón (posteriormente denominado Hospital Provincial Neuquén), el de mayor complejidad de la provincia desde su creación hasta la actualidad. Dicha asistencia pública se comenzó a construir en 1938 junto con una en la localidad de Zapala, y se inauguraron el mismo año⁷.

En el marco del plan sanitario desarrollado por el Dr. Ramón Carrillo, comienzan a vislumbrarse aires de cambio para la sanidad del territorio nacional. A partir de 1947 a este centro asistencial se le sumaron las “estaciones sanitarias” en diferentes puntos del territorio, como por ejemplo Chos Malal y Villa La Angostura, en ambos extremos del interior del territorio. También, el Estado se hizo presente a través de campañas de vacunación, giras médicas y rápida asistencia en caso de brotes epidémicos. En 1948 la antigua asistencia Pública de la ciudad de Neuquén recibe el nombre de Hospital Local de Neuquén, dando al hospital autonomía con respecto al Hospital Regional de Allen (450 km) (Mases et al, 2014).

En síntesis, este período amplio de tiempo -que abarca desde la incorporación de Neuquén como territorio nacional a la nación Argentina hasta su constitución como Estado provincial- está marcado por la postergación, pero al mismo tiempo, por un avance del Estado con centros de salud en la futura capital provincial. Por otro lado, a partir de los años 30 estos territorios comenzarán a ser valorizados por sus recursos naturales con la constitución de Parques Nacionales y el

⁷ Historia del Hospital Provincia Neuquén, extraído web institucional. www.hospitalneuquen.org.ar

desarrollo de YPF asociado al descubrimiento del petróleo. Sin embargo, su lejanía de Buenos Aires y la construcción de un discurso institucional asociado al “desierto” favoreció el retraso en promoción del bienestar de la población local por parte del Estado Nacional. Las demandas de los nuevos pobladores locales (colonos) y de los propios agentes del Estado Nacional que llegaban al territorio –principalmente militares-, parecen no haber provocado el interés de los sucesivos gobiernos, proceso que comenzará a cambiar a partir de la provincialización del territorio en 1955.

La Constitución de la provincia

El Congreso Nacional crea en 1955 (Ley 14.408) la provincia de Neuquén junto a otras cuatro provincias⁸. Esto se concreta con el llamado a la Convención Constituyente provincial de 1957, que redacta la carta magna provincial. Este proceso duró tres años, en el marco de una coyuntura política marcada por los años del gobierno de la autodenominada “Revolución libertadora” que derrocó al gobierno peronista y el ascenso del gobierno desarrollista de Arturo Frondizi. La Constitución provincial fue el primer hecho político de envergadura en donde el pueblo, fundamentalmente colonos y migrantes, podía elegir a sus representantes y se encontraban ante la posibilidad de definir sus autoridades. Así se propició una movilización de la sociedad civil que comenzará a demandar derechos y desarrollar el marco regulatorio que la región necesitara, a diferencia de lo acontecido hasta el momento que respondía a gestiones del nivel central ubicados en Buenos Aires.

La constitución de la provincia siguió en términos de la salud, las prácticas de la medicina desarrolladas desde finales del siglo XIX en occidente, basada en el modelo médico hegemónico y el cientificismo decimonónico.

La sanción de la constitución del Neuquén se dará en un clima de ideas que profundizó esta perspectiva, como fue el desarrollismo en nuestro país, así como las recomendaciones emanadas de los organismos internacionales como Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud

⁸ El resto de las provincias que se crean junto a Neuquén son: Río Negro, Chubut, Formosa y Santa Cruz.

(Biernat, 2016). En este marco, Taranda et al (2008) consideran que la provincialización del territorio del Neuquén fue un laboratorio ideal para probar el recetario desarrollista. Estos autores sostienen que en la Constitución se trazaron las líneas más gruesas de un régimen económico que redimensionaba el accionar del Estado. Los constitucionalistas defendían así una idea de Estado activo que se imaginaba a sí mismo como factor de desarrollo.

Esta base económica de los lineamientos constitucionales de la provincia se reproduce, de igual forma, en el régimen de salud y en el social. La constitución provincial de 1957 sostiene una norma caracterizada por el constitucionalismo social, en donde se incluyó la declaración de los derechos sociales y económicos que abarcaron el ámbito de la educación, la familia, el trabajo, la propiedad y la economía como puntos centrales. La vocación de construir una realidad diferente a la histórica queda de manifiesto en las palabras de quien fuera el presidente de la convención, el señor Ángel Edelman, posteriormente elegido primer gobernador constitucional de Neuquén (Suarez, 2014). En su discurso inaugural refirió:

“Sres. Convencionales; no es sino con gran emoción, que asumo este sitial, aunque sea transitoriamente. Por muchos años he soñado con participar en la construcción institucional de la Provincia del Neuquén, porque muchos años nos hemos debatido en procura de la autonomía, para salir del triste papel de coloniaje rural que desempeñábamos antes”. (Suarez, 2014 pág. 205)

Las ideas formuladas en relación a la salud en dicha constitución, pueden interpretarse como la base de la formulación posterior del sistema de salud de la provincia. Los puntos cruciales con respecto a salud son, en general, abordados en el Capítulo II de la Constitución referido a la “Asistencia Social”, con 8 artículos. Los artículos abarcan puntualmente aspectos de la responsabilidad social en salud acordes a los lineamientos del sanitarismo, y en consonancia con los postulados del *Estado de Bienestar* de la época.

Alguno de los artículos más importantes, y que fundan las bases de las políticas desarrolladas por los gobiernos sucesivos son: el art. 287, el art. 288, art. 289, art. 291 y el art. 294. En el primer artículo referido a salud (art. 287), se enuncia *“Es obligación ineludible de la Provincia velar por la salud y la higiene públicas, especialmente en lo que se refiere a la prevención de enfermedades, poniendo*

a disposición de sus habitantes servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud, por lo que ésta significa como capital social". Mientras que en el art. 288, se considera que para el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población se debe tener como premisas la creación de fuentes laborales en todo el territorio provincia, la medicina preventiva, la medicina asistencial adecuada, efectivos servicios de asistencia social, condiciones de salubridad en el trabajo y la implantación de un amplio régimen de amparo social. Por su parte, el artículo 289 enuncia la coordinación, en grado especial con los municipios, de todos los servicios asistenciales de profilaxis preventiva y curativa, tendientes a asegurar la salud, de la familia y de la comunidad. En este artículo también se insinúa otro elemento de la época que es la descentralización de las políticas sanitarias involucrando a los municipios y a sus respectivas comunidades como responsables del desarrollo de la salud pública (Cerdá y Ramaciotti, 2018).

En síntesis, la Constitución sienta la base del Estado provincial en un contexto muy particular. Por un lado, de conflicto político luego del golpe de 1955 pero, al mismo tiempo, dando cuenta de la asimilación de la configuración de "nuevos derechos" que comienzan a ser garantizados por el Estado. Por otro lado, y si bien excede los objetivos de esta tesis, la influencia de las recomendaciones de los organismos internacionales parece insinuarse en la constitución.

En este escenario la salud de la población es tomada como una política de Estado. No solamente ofreciendo servicios gratuitos, sino que toma la responsabilidad de desarrollar las condiciones para que la población pueda alcanzar el mejor estado de salud posible, proponiéndose "asegurar" la salud individual, de la familia y de la comunidad. Al respecto, la fundamentación de la convencional de la Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI) María Dolores Goy⁹ en la asamblea, se basó en este nuevo paradigma donde la salud es una responsabilidad del Estado, y la importancia que tienen la atención y el estado de salud general como capital social, aunque desde una perspectiva reduccionista y sólo en clave alopática

⁹ Representante en la constituyen por San Martín de los Andes, convirtiéndose, de ese modo, en la primera persona representante del pueblo electa por voto popular y en la única mujer dentro de la constituyente. Un año después fue electa diputada provincial y ejerció el cargo hasta fines de marzo de 1962, momento en el que estalla el golpe de Estado que derroca al presidente Arturo Frondizi. Fue secretaria del bloque del Frejuli y 25 años empleada provincial en el Tribunal de Cuentas.
<https://www.lmneuquen.com/activa-participante-la-sancion-la-constitucion-provincial-n197368>

“Creemos necesario destacar que la inclusión de este capítulo en nuestra Constitución Provincial es fundamental en cuanto a su avance social. La importancia enorme que representa el cuidado, el estado de salubridad de los habitantes, debe ser la máxima e inmediata atención ya que la salud, por humanidad primero y como capital social después, es la mejor reserva que podamos anhelar para nuestros semejantes” (Suarez, 2014 pág. 206)

La constitución no sólo resaltaba la importancia de la salud para la población, sino que dejó sentados los lineamientos y las herramientas para su potencial imposición en el artículo 291 que sostiene

“El Consejo Provincial de Sanidad dará preferente atención a los lugares alejados carentes de recursos, y a la prevención y profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas, la represión del alcoholismo, las toxicomanías, las endemias y epidemias periódicas de origen animal, la desnutrición, falta de higiene, promiscuidad y enfermedades venéreas. Para el cumplimiento de tales fines podrá solicitar las órdenes de allanamiento necesarias”

y en su artículo 294

“La Provincia asegurará por medio de una legislación orgánica la defensa y protección de la maternidad y la niñez, mediante la asistencia de la madre antes, durante y después del parto y del niño en su vida y salud en los períodos de primera infancia preescolar, escolar y adolescencia, y la creación de establecimientos adecuados a tal fin”.

La Constitución de 1957 no sólo sentaba los hilos conductores de lo que posteriormente sería el plan provincial de salud, sino que obligaba la extensión del plan a todo el territorio provincial, dotándolo de recursos y herramientas explícitas.

La salud desde la provincialización

En este marco, el primer gobierno constitucional de la Provincia del Neuquén, electo en febrero de 1958, estuvo a cargo de la fórmula Edelman-Asnar, del partido Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI). El gobernador electo, Angel Edelman, había sido presidente de la convención constituyente. Durante su período de gobierno se consolidó la estructura legal y burocrática de la provincia. Estos años estuvieron signados por la enfermedad del gobernador, así como la

inestabilidad política derivada de los golpes militares contra Frondizi, que llevaron a la intervención de la provincia.

Felipe Sapag fue una figura clave en la arena política neuquina, fue el fundador del Movimiento Popular Neuquino (MPN)¹⁰ y asumió por primera vez la gobernación el 12 de octubre de 1963. Éste, toma al sector de la salud como un pilar fundamental de su programa de gobierno y, en cierta medida, “el plan de salud” le servirá para erigirse en “caudillo provincial” y transformarse en el conductor del MPN.

En el discurso de posesión del cargo hace un balance de la realidad sanitaria de la provincia y la coloca como eje central a modificar, si se pretendía lograr progreso en la misma. Dentro de la alocución, el gobernador electo repasa parte de la historia reciente nacional y la postergación sistemática de la provincia por los gobiernos centrales. Resalta el federalismo y la obligatoriedad de parte de la conducción política de ser el ejemplo, con responsabilidad y austeridad en el cumplimiento de sus funciones y en su vida en general (Sapag, 1994). A continuación, expuso una serie de factores que consideraba negativos y causantes de las dificultades en el progreso provincial. Enumeró 22 factores que explicaban lo que acontecía en Neuquén, que “*vive una triste realidad de miseria, ignorancia, enfermedad y hambre*”. Este balance le sirve a Sapag también como una agenda de trabajo para su gestión. Centrados en el interés de la tesis, resaltan cuatro puntos de la presentación. El primero (que corresponde al 2° punto de la proclama) hacía referencia a “*la abrumadora deficiencia alimenticia de los pobladores cordilleranos, en cantidad y calidad*”, en segundo lugar, marca “*Por la carencia casi absoluta de protección sanitaria en la zona rural y por la desorganización de los centros asistenciales urbanos*”, y “*Por la magnitud de las enfermedades. El hambre y el frío hacen estragos en la población rural. Neuquén tiene uno de los más altos porcentajes del país de mortalidad infantil y tuberculosis*”. Por último “*Por el elevado porcentaje del alcoholismo, que constituye un gran problema social*”. En el mismo discurso, el gobernador plantea

¹⁰ El partido provincial se funda en 1961, para las elecciones provinciales de 1962, en las que Felipe Sapag compite por primera vez para la gobernación provincial. Gana las elecciones ampliamente, pero no puede asumir el cargo por el derrocamiento de Frondizi. Recién en 1963, luego de nuevas elecciones, en las cuales amplía la diferencia con sus competidores, puede asumir el cargo de la gobernación.

los lineamientos fundamentales que debería abordar su gestión para comenzar a resolver las situaciones diagnosticadas, refiriendo para salud

“la protección sanitaria debe llegar hasta el último rincón de la provincia, hasta el más humilde rancho perdido en la cordillera. Solicito todos los esfuerzos para dotar a los centros asistenciales fijos y para crear una asistencia ambulatoria que proteja la población y en especial la niñez. No podemos seguir avergonzándonos de tener el más alto porcentaje de mortalidad infantil y de tuberculosis” (Sapag, 1994 pág. 24)

Del análisis del discurso podemos afirmar que este se enmarca en las ideas del Estado desarrollista al mismo tiempo que refuerza, en términos del sistema de salud, la lógica cientifista imperante en la época. Sapag construye un discurso que justificaba mucha de la triste realidad descrita en la carencia de servicios médicos alopáticos e invisibilizando las alternativas en la manera de curar y pensar el proceso salud/enfermedad/atención de las comunidades. Por otro lado, en una visión positivista, evalúa el escaso desarrollo social y sanitario de la población como freno al progreso y no como consecuencias históricas del sometimiento y la postergación. A pesar de este diagnóstico y pese a un gran esfuerzo e inversión que se hicieron durante los 2 años y 8 meses de la primera gobernación de Sapag no se pudo modificar la mala situación descrita.¹¹

El informe brindado por el Gobernador Felipe Sapag sobre los avances del programa de salud en la reunión de gabinete de marzo de 1966 así lo demuestra:

“Neuquén tiene los más altos porcentajes del país en mortalidad infantil, desnutrición, tuberculosis, hidatidosis, por la carencia de protección sanitaria en la zona rural y falta de infraestructura hospitalaria en los centros urbanos.

Toda la zona norte, cuando Neuquén dejó de ser territorio nacional, tenía un solo médico, con asiento en Chos Malal. El hambre y el frío hacen estragos en la población rural, especialmente en las agrupaciones indígenas con índices entre 165 a 125 niños muertos por cada mil nacidos, menores de dos años.

La infraestructura sanitaria de la provincia sólo disponía de un hospital en Neuquén (capital), otro en Zapala y centros sanitarios con un médico en San Martín de los Andes, en Junín de los Andes, en Cutral Co y Chos Malal. Médicos del ejército en las guarniciones y en gendarmería completaban la dotación sanitaria. En Plaza

¹¹ Este primer gobierno de Sapag fue interrumpida por el golpe de estado que pondría en el poder a Onganía, en 1966.

Huincul, YPF, para su personal, instaló un buen hospital con excelente nivel, pero cerrado a los pobladores ajenos al yacimiento.

El primer gobierno provincial constitucional mejoró la dotación de médicos, enfermeros, equipamientos y servicios sanitarios en diversos lugares de la provincia, destacándose muy especialmente la acción abnegada del doctor Antonio Gorni en la zona norte del Neuquén, por lo que merecidamente el hospital de Andacollo lleva su nombre.

Continuando esa acción inicial, estamos poniendo todos los esfuerzos y recursos para revertir esta pavorosa carencia de protección sanitaria. Hemos construido y puesto en funcionamiento los siguientes centros sanitarios: Senillosa, Las Ovejas, Buta Ranquil, Las Coloradas, Piedra del Aguila.

También los siguientes centros materno-infantiles: Cutral Có, Zapala, Junín de los Andes, Chos Malal, San Martín de los Andes

Y las obras hospitalarias que a continuación se detallan: Hospital Neuquén, ampliación de 2 salas con 82 camas; Hospital Andacollo, 16 camas; Hospital Zapala, ampliación; Hospital Cutral Có, ampliación; Hospital Bouquet Roldan, en construcción con 100 camas.

Además, se programaron visitas médicas a las agrupaciones indígenas de: Cajón del Manzano, Huilqui menuco, Chiquilihuín, Curruhuinca, Colipilli, Aucapán, Los Alazanes

Se han designado 48 médicos, 10 bioquímicos, 12 obstetras, 32 enfermeras diplomadas y personal auxiliar.

Se está efectuando un nuevo catastro sanitario en las distintas zonas, para tener una visión real del problema de la tuberculosis, para encarar en el presente año el tratamiento de los enfermos, recurriendo al tratamiento domiciliario especialmente en las agrupaciones indígenas.

En los centros maternos, se está proveyendo leche a las madres embarazadas y a los niños de hasta dos años, que asisten a controlarse. Se provee medicamentos sin cargo, en todos los servicios sanitarios.

En colaboración con la Dirección de Zoonosis de la nación se está efectuando una campaña de desparasitación de perros y educación sanitaria, tendiente a reducir la hidatidosis que en Neuquén tiene índices pavorosos.

Este empeño en las acciones para la salud de la población es de tal magnitud, que para cubrir las necesidades de la población podemos decir que estamos en el inicio de un largo camino. Falta infraestructura, carecemos de profesionales y enfermeras, no tenemos organización, faltan datos estadísticos.

Solicito al señor Ministro de Bienestar Social que, con las autoridades sanitarias y el Consejo de Planificación, proyecten, estudien y comparen con otras jurisdicciones las medidas que permitan acelerar esta urgente necesidad de proteger la salud de la comunidad en general. Aprovechemos también, la experiencia de otras provincias.

Antes de mediados de año, necesitamos definiciones concretas. Con esta recomendación se da fin a la reunión de gabinete”. (Sapag, 1994 pág. 94-95)

Como es reconocido por el propio Sapag, los objetivos autoimpuestos por el gobernador no llegaron a cumplirse debido al golpe militar de 1966 que interrumpe el sistema democrático en todo el país e interviene la provincia. Sin embargo, también sostenemos aquí que, si bien el Golpe militar de 1966 destituye al gobernador, existió una continuidad en las políticas de salud y de planificación que se encontraban en desarrollo.

Durante la primera etapa de intervención de la provincia del Neuquén por el gobierno de facto, el Ingeniero Rosauer fue el encargado de gobernar la provincia. Durante la asunción al cargo -con Sapag presente-, Rosauer resaltó los avances de la provincia en materia económica, social y sanitaria marcando cierta continuidad institucional y del proyecto político local en crecimiento, siendo la salud un instrumento clave en la pedagogía eficientista de la “Revolución Argentina”. Por tanto, como muestran Mases et al (2014) hubo continuidad de ideas, acciones y cuadros técnicos en todo el gobierno provincial y, en especial, en el sector salud durante estos años.

Durante los primeros tres años y medio del gobierno de Rosauer los indicadores económicos de la provincia mejoran constantemente. Esto se vio acompañado de un flujo migratorio atraído en gran medida por el desarrollo del sector de hidrocarburos. Sin embargo, alejados de los centros urbanos, la población rural continuaba con la situación socio sanitaria ya conocida e incluso empeorando su situación por la constante migración hacia las ciudades. Es en ese contexto en donde el malestar de la población se encuentra en constante aumento.

El obispo Jaime De Nevares, luego de una gira por el interior, efectúa una fuerte crítica sobre la situación de las comarcas recorridas. Destacaba como se menciona en Mases et al (2014) *“la despoblación por la emigración hacia las ciudades”*, que llevaban adelante los pobladores y sus familias que tenían

“diezmados los animales, reducida la cría, perdidas sus cosechas, perdidos su capital y medios de subsistencia y alimentación”. El obispo depositaba en funcionarios la responsabilidad de, no sólo no resolver los problemas sociales de la provincia, sino en profundizar algunos aspectos de ellos por restringir el acceso a la tierra que históricamente utilizaban. También se preguntaba cuál era el rol final de la intervención militar en Neuquén, y reflexionaba que la inacción de las autoridades es lo que *“prepara el ánimo al comunismo estatista, que aparece así, como una solución salvadora y tranquilizadora. Se trabaja mejor así que los guerrilleros”*. Esta situación, junto a otros conflictos producidos en la provincia –especialmente el conflicto con los trabajadores de la represa “El Chocón”¹²-, fue erosionando el poder del interventor provincial, que terminó renunciando en enero de 1970.

En un contexto de aguda conflictividad social a nivel nacional y un rechazo creciente por la intervención militar en la provincia, el 19 de enero de 1970 se realiza una reunión entre el presidente de facto Onganía y Felipe Sapag en el Mesidor (la residencia de la gobernación de la provincia del Neuquén en Villa La Angostura). Taranda et al (2008) y Mases et al (2014) refieren que, durante la reunión, los interlocutores comparten el diagnóstico de la provincia, y el fin de la misma termina con el ofrecimiento por parte de Onganía a Sapag para que se transforme en interventor en la provincia. La aceptación del cargo estaba asociado al compromiso por parte del conductor de la “Revolución Argentina” de apoyar las políticas sociales y tratar de resolver los conflictos reinantes en la provincia.

¹² Conocido como “Choconazo”, es uno de las movilizaciones obreras populares de la época como las producidas en Córdoba (Cordobazo), Santa Fe, Tucumán y Mendoza. Comenzó en diciembre de 1969, empujado por la muerte de 8 obreros, el atraso salarial, las malas condiciones laborales, de seguridad y de vivienda, sumado a la falta de representación legítima por parte de la burocracia sindical. Durante tres meses el conflicto escala sin encontrar solución, y culmina con 20 días de huelga entre fines de febrero de 1970 y el 14 de marzo que es cuando finaliza. La huelga, declarada ilegal por la dictadura, fue reprimida en diversas ocasiones por la policía. Durante el conflicto fue creciendo el apoyo de la sociedad civil, el ala más combativa del movimiento obrero y la participación destacada del Obispo Jaime de Nevaes. Para más información consultar en <https://rebellion.org/antonio-alac-el-choconazo-y-las-enseñanzas-del-clasismo/>, <https://www.cronista.com/clase/dixit/Que-fue-el-choconazo-la-revuelta-popular-que-hoy-cumple-medio-siglo-20200314-0001.html>, <https://almargen.org.ar/2020/03/20/el-choconazo-cincuenta-anos-despues/>, <https://www.elextremosur.com/nota/23325-50-anos-del-choconazo-una-huelga-historica-en-la-patagonia/>

Ni bien asume la gobernación como interventor, el 5 de marzo de 1970, retoma la agenda suspendida por los primeros tres años previos de la “Revolución Argentina”. El Ministro de Bienestar Social, Alberto Del Vas, fue el encargado de empezar a construir y proyectar una realidad alternativa en salud, que permitiera a la provincia salir de la acuciante realidad socio sanitaria descrita con anterioridad. El 15 de septiembre de 1970 el Ministro da un informe del conjunto de actividades desarrolladas por el sector salud en la provincia del Neuquén durante el año 1970 y esbozar los lineamientos de acción del programa para 1971 (Sapag, 1994), que popularmente más adelante se comenzó a llamar “Plan de Salud” (Mases et al, 2014).

“En marzo de este año fue designado como Director General de Salud, el doctor Néstor Perrone y en la Dirección Materno infantil a la doctora Elsa Moreno, con el compromiso de presentar en noventa días un plan de salud para la provincia del Neuquén, que logre revertir la actual problemática sanitaria que nos da el triste privilegio de encabezar negativamente los más altos porcentajes de enfermedades como la hidatidosis, la brucelosis, desnutrición, bocio y tuberculosis, especialmente en las agrupaciones indígenas. Altísimos índices de mortalidad infantil y otros padecimientos que provoca la pobreza, especialmente en el interior provincial” (Sapag, 1994 pág. 130)

El informe continuo con la presentación de los lineamientos del programa de acción que a partir de ese año se desarrollaría en la provincia (Mases et al, 2014), el comienzo oficial del Sistema de Salud de la provincia del Neuquén, que analizaremos de forma detallada a continuación. Cabe recordar que lo solicitado por el gobernador en su última reunión de gabinete, antes de ser depuesto por la “Revolución Argentina”, fue tener en cuenta lo elaborado y aplicado en otros distritos para instrumentar de forma prioritaria y en carácter de urgente, reformas que brinden una solución en el corto plazo a la acuciante realidad socio sanitaria.

En este punto es necesario llamar la atención sobre las continuidades que tuvo la política sanitaria en la provincia, más allá de las interrupciones institucionales del sistema democrático. Sapag tejió redes con los diferentes gobiernos nacionales y, en cierta medida, la proscripción del peronismo y su personalismo parecen haber cooperado para darle una mayor autonomía y, por lo tanto, un margen de negociación menos condicionado por las estructuras partidarias clásicas.

La configuración del Sistema de Salud de la provincia del Neuquén

El sistema de salud provincial se basó en las ideas del sanitarismo argentino desarrolladas por el Dr. Ramón Carrillo durante el peronismo y continuadas por los sectores tecno-burocráticos del Ministerio de Bienestar Social de la Nación encabezados por Ezequiel Holmberg y Alberto Mondet durante el gobierno militar de Onganía (Belmartino, 2005; Taranda et al, 2008; Mases et al, 2014). En este marco el programa presentado por el Dr. Del Vas utilizó los documentos nacionales elaborados por el ministerio homónimo nacional (Taranda et al, 2008), y las experiencias existentes en otros sistemas públicos de salud. Los principales documentos utilizados en el “Plan de Salud” de la Provincia del Neuquén son el “Modelo nacional de programación de actividades para establecimientos de atención médica (1968)” y la “Guía para la clasificación de los servicios de atención médica (1969)”, ambos elaborados desde la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Es así como las bases fundamentales del plan, la regionalización sanitaria y la atención por niveles crecientes de complejidad fueron continuidades de los planes del sanitarismo Argentino (Mases et al, 2014), que ya se venían desarrollando en la provincia de la mano de la programación conjunta del COPADE y de la subsecretaría de salud desde 1968¹³.

Es importante mencionar que previo a la asunción de Felipe Sapag como interventor en 1970, se creó el Instituto de Seguridad Social del Neuquén (ISSN) (30/01/1970), que se constituiría en el principal financiador del desarrollo de la medicina privada en la provincia. Según Taranda et al (2008) durante estos años la oferta privada de servicios de salud sufre una expansión significativa en cantidad de profesionales, en la cantidad de camas de internación ofrecida, capacidad diagnóstica y de intervención, inclusive mayor que la del sistema público oficial de la provincia.

Por su parte, las bases del plan de salud fueron: a) la regionalización sanitaria, b) un sistema integral de atención médica estratificado por niveles de complejidad creciente, c) la contratación de profesionales con régimen laboral de

¹³ En un trabajo técnico conjunto entre el COPADE y la Subsecretaría de salud se dispuso la regionalización sanitaria (1967), la planificación centralizada y la descentralización operativa, así como la atención por niveles de complejidad creciente y la cercanía a la atención en el ámbito rural, a través del “operativo THIM” (1968) y el “Programa de Salud Rural de la zona Sanitaria III” (1969). Estos puntos serán analizados en profundidad en otros capítulos, y son la base del llamado “Plan de Salud”, que como se desarrollará en dichos capítulos fue una profundización de dichas políticas y no un desarrollo nuevo.

dedicación exclusiva y la capacitación continua, y d) todo englobado en una dinámica de centralización normativa y descentralización ejecutiva (Mases et al, 2014).

El diseño estuvo enmarcado en la búsqueda de soluciones a lo que era el diagnóstico de la situación de salud realizada en los primeros meses de la nueva gestión. Se fijaron prioridades acordes a la realidad socio sanitaria y a la capacidad operativa que poseía la provincia en ese momento. Acorde al informe presentado por el Dr. Del Vas en la reunión de gabinete del 15 de septiembre de 1970 (Sapag, 1994), en donde presenta los lineamientos del plan de acción para 1971 (primer documento del futuro Sistema de Salud), se fijaron las siguientes prioridades:

1. Atención de la demanda espontánea, a fin de satisfacer el requerimiento de la población en lo que respecta a consultas e internaciones.
2. Control de embarazo y puerperio y atención del parto en establecimientos.
3. Control del niño menor de dos años. Las prioridades 2 y 3 encuentran plena justificación en el alto número de defunciones de menores de un año, así como en el peso que las mismas tienen sobre el total de fallecidos de todas las edades. Se les provee de leche a las madres embarazadas y niños hasta dos años, que se presentan a efectuar el control correspondiente.
4. Vacunaciones, dadas las importantes cifras de morbilidad y mortalidad por afecciones evitables mediante inmunizaciones.
5. Asistencia alimentaria a los grupos bajo control: embarazadas, menores de 2 años y desnutridos.
6. Control de la tuberculosis.
7. Atención odontológica a escolares.
8. Educación para la salud, a fin de que la comunidad tome conciencia y se organice para participar del proceso de salud pública.

En la finalización de dicho tramo del informe, Del Vas refería

“Al fijar estas prioridades, se señala la necesidad de transformar la clásica atención médica reparadora en Atención Médica Integrada, donde no sólo se cure enfermos sino también se promueva la salud, se prevengan enfermedades, se proteja y eduque, se rehabilite y, si fuere factible, se reubique socialmente”. (Sapag, 1994 pág. 131)

En primera instancia, para organizar los recursos se estructuró el sector salud en tres niveles, central, zonal y local (Sapag, 1994; Mases et al, 2014) de una manera muy similar a lo que había planteado Carrillo en su momento para el nivel nacional (Ramaciotti, 2001). A nivel “central” se crearon cuatro direcciones con funciones esencialmente normativas (atención médica, saneamiento ambiental, servicios técnicos generales y administración). La función del nivel central era de planificación, administración y propiciar la normatización de las prácticas, correspondiendo la responsabilidad de la ejecución a la Dirección General.

El nivel “zonal”, correspondía específicamente a la regionalización sanitaria. Cada zona, cuatro en un principio, tendría un Jefe de Zona, y tendrían como rol fundamental propiciar la descentralización administrativa. La Zona Sanitaria se erigiría en una repetidora técnica del nivel central, adecuando y supervisando las normas a la realidad local. El Jefe de Zona participaría en las definiciones de recursos físicos y humanos para su área de influencia y en las mesas técnicas del nivel central. Por último, el nivel local (hospital, puesto sanitario, centro de salud, etc.), será el encargado operativo del sistema, siendo la parte asistencial su eje cardinal de desarrollo.

La zonificación¹⁴ se estructuró acorde a las realidades poblacionales de la época, estableciéndose la I en los alrededores de Neuquén, la II en la zona centro con Zapala como cabecera, la III en zona norte con epicentro en Chos Malal, y la IV en la zona sur con cabecera zonal en San Martín de los Andes. Cada una de las zonas tenía la responsabilidad sobre su área de influencia, que correspondía a distintos puestos sanitarios y nosocomios con distintos niveles de complejidad, y poseían un hospital cabecera zonal, que era el encargado final de las prestaciones asistenciales de la zona (y el que poseía el mayor nivel de

¹⁴ Decreto Provincial N° 1238/67, tres años antes del primer Plan de Actividades de la nueva administración

complejidad). A la Zona le competía la supervisión y adecuación de las normas técnicas de atención, de organización de recursos, registros médicos y administrativos, así como la consolidación de los programas en los puestos asistenciales locales (Mases et al, 2014).

Taranda (2008) sostiene que para la zonificación y en los niveles de complejidad se siguieron los lineamientos establecidos en la “Guía para la calificación de los establecimientos de Atención médica por Niveles de complejidad” elaborada en 1969, por la Secretaría de Estado de Salud pública de la Nación. Este fue el documento central utilizado para definir los niveles de complejidad de los hospitales y puestos sanitarios de la provincia, y las bases de la red de interacción de los mismos. La guía definía el nivel de los establecimientos asistenciales de acuerdo a dos parámetros: la diversificación en cuanto a las actividades que realizaban y el grado de profundización que lograban en su implementación. Se establecían nueve niveles de complejidad que tenían claramente definido los objetivos, actividades finales, actividades intermedias, actividades generales, personal, relaciones con los otros niveles, estructura administrativa y normas de funcionamiento. Estos lineamientos fueron de gran importancia en el momento de proyectar un sistema de salud desde la capacidad operativa que se encontraba vigente y definir lo que se necesitaría para modificarla. El paso inicial una vez reconocida la capacidad vigente del sistema, fue la organización de dichos servicios y el emplazamiento de nuevos nosocomios, y los lineamientos de la guía fueron la base que se usó para la asignación de recursos y el desarrollo de los servicios.

De los nueve niveles de complejidad definidos en la guía, en la provincia se utilizaron cinco para el diseño inicial del sistema. El Nivel de Complejidad I fue adoptado para los Puestos Sanitarios rurales, que tenían a cargo sólo a un Agente Sanitario con visitas médicas periódicas. El Agente Sanitario estaba a cargo de un área, generalmente enmarcada en un paraje en particular, y respondía administrativamente al hospital de referencia. El II se establecía para los Centros de Salud ambulatorios, con atención médica diaria. En primera instancia, estos Centros de Salud sólo se encontraban en las ciudades, pero posteriormente se desarrollaron en parajes rurales que por sus características y densidad poblacional poseían médico permanente, pero sin posibilidades de

internación o atención de un parto. El nivel III contaba con internación general y estaba autorizado para la atención de partos; contaba con un plantel de enfermería y otros servicios auxiliares, contaba con servicios generales y poseía un director, que era médico general, y era el responsable del Área programa del establecimiento. El plantel médico era de médicos sin especialidad o con la especialidad de medicina general. El nivel IV brindaba atención ambulatoria e internación por especialidades básicas, clínica médica, cirugía, tocoginecología y pediatría, además de contar con su propia Área Programa.

El hospital era la cabecera zonal, siendo el de referencia para todos los hospitales de la Zona Sanitaria. Disponía de quirófano, laboratorio y radiología básicos. El último nivel de complejidad de la provincia era su hospital central, el Hospital Neuquén, que tenía nivel de complejidad VIII. Contaba con internación por especialidades básicas y atención para las mismas como muchas de las especialidades denominadas críticas, aquellas que por su escasa disponibilidad de oferta resultaban de difícil cobertura: neurología, traumatología, neurocirugía, oftalmología, etc. Las instalaciones del hospital contaban, así mismo, con los servicios más complejos de imágenes y laboratorio. Atendía su propia Área programa, a la vez que era el establecimiento de referencia para la Zona Sanitaria I y para el resto de los hospitales de referencia de cada zona sanitaria.

Sin embargo, uno de los elementos fundamentales de la nueva planificación sanitaria provincial fue el cambio de régimen de contratación de profesionales, instalando el régimen de contratación profesional de dedicación exclusiva¹⁵. El régimen profesional de dedicación exclusiva conlleva la retención de título de los profesionales contratados por el sistema. Esto imposibilita el ejercicio de la profesión en otro ámbito que no sea el público e impidiendo ejercer la profesión de forma privada¹⁶.

En la literatura están descriptos fundamentalmente dos objetivos dentro de la implementación de este régimen de contratación para los sistemas públicos de

¹⁵ Históricamente rechazado por la corporación médica, fue una de las bases del cambio de paradigma asistencial. Para ampliar información sobre el rechazo histórico de la corporación médica al mencionado régimen se recomienda referirse a "CORPORACIÓN MÉDICA Y PODER EN SALUD, Argentina, 1920-1945", de Susana Belmartino y col., Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, 1988

¹⁶ La implementación del régimen laboral de dedicación exclusiva no estuvo exenta de conflictos hacia el interior de la corporación médica y fue uno de los grandes escollos que tuvo que atravesar la administración sanitaria. Dicha conflictividad se abordará en el capítulo 5

salud. El primero es que la dedicación exclusiva de los profesionales de la salud pública facilita que los médicos dispongan de más tiempo para su actualización profesional (Vázquez Vizoso y Cons Pintos, 2008) y estén más concentrados en los objetivos de su atención, generando un plus de valor ya que es el único lugar de desarrollo profesional. Y, en segundo lugar, evitar los “comportamientos oportunistas potenciales de la práctica médica” (García Prado et al, 2006). Estos últimos son el ausentismo y la “evitación” de la tarea; el desvío de pacientes al sector privado; la demanda inducida y la selección de pacientes o la apropiación de recursos públicos para fines privados. Estas acciones realizadas por los prestados de servicio de salud no sólo perjudican los sistemas públicos, sino que son consideradas prácticas desleales ya que posicionan a los profesionales en desigualdad de competencia con respecto a los que sólo ejercen su función en la parte privada.

El ingreso de profesionales formados en los principales centros de Buenos Aires y Córdoba, con el régimen de dedicación exclusiva, es uno de los puntos excluyentes que permitieron el aumento de la eficacia en las prestaciones y el crecimiento vertiginoso que el hospital de mayor complejidad de la provincia vivió en pocos años. Este crecimiento en oferta de servicios fue sistemáticamente acompañado con nuevos equipamientos y modificaciones edilicias que lo acompañaron (Mases et al, 2014).

En síntesis, la decisión política de la implementación del sistema requería un cambio de paradigma en el hospital, que se favoreció con la implementación del nuevo régimen laboral y el mencionado ingreso masivo de nuevos profesionales de distintas especialidades, que permitió la ampliación de los servicios. Sin embargo, un punto a destacar en el ingreso de estos nuevos profesionales era el nivel de formación y práctica que poseían, requisito que se imponía para el ingreso al Hospital Castro Rendón, no así en otros destinos del interior de la provincia. Al respecto el Dr. Daniel Vincent, médico general de la segunda camada de la residencia provincial inaugurada en 1974, y posteriormente Ministro de Salud de la Provincia, refería

“La provincia necesitaba médicos para la implementación del nuevo sistema. Necesitaba traerlos de afuera, para que vengan con otra cabeza. Buscaron de lo mejor, el nivel era igual al de Buenos Aires, y ¿cómo hicieron?, plata. Ofrecieron

sueldos muy buenos, con ejercicio sólo en la parte pública, si eras soltero o divorciado te daban casa y comida. Te traían el equipamiento que pedías, todo nuevo, de primer nivel. No podías no estar entusiasmado.” (entrevista realizada en octubre de 2019).

Pero no solo se ofrecía mejor bienestar económico a los recién llegados, sino que fueron atraídos con otros bienes no tangibles que reforzaban los lazos de solidaridad dentro del ámbito social. Por ejemplo, el Dr. Adolfo Mantilaro, médico pediatra que inició la Neonatología en la provincia y fue jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Neuquén, hacía mención al respecto *“Ni bien llegamos nos esperaban en la terminal las autoridades. Como si nos conociéramos de toda la vida, Néstor Perrone y Elsa Moreno nos explicaban lo que querían hacer, las dificultades y desafíos, los incipientes logros. Te alojaban, te hacían sentir parte. Estaba todo por hacer.”* (entrevistado en agosto de 2019).

Esta sensación de pertenencia, presente en gran parte de las historias del sistema, fue tomando tal fuerza en el quehacer cotidiano que, paulatinamente, se fue transformando en lo que posteriormente llamarían la “mística” del sistema. Personal con dedicación exclusiva, comprometidos con la tarea, que no tenía planteos cuando debía abandonar la comodidad hospitalaria para cubrir áreas que el sistema necesitara, algunas veces, trasladándose a cientos de kilómetros de su hogar para brindar asistencia en un hospital que coyunturalmente lo necesitara.

También se fomentaba la capacitación continua del personal, y el apoyo a quién desearan profundizar en aspectos técnicos de la profesión fue otra de las políticas que favorecieron el crecimiento del sistema, ya sea en aspectos asistenciales como de gestión. Durante los primeros años de la implementación del plan de actividades, no sólo se invirtió en la venida de profesionales formados en renombrados lugares de Buenos Aires, se consideró a la capacitación continua un eje por el cual canalizar las inquietudes de los profesionales de dedicación exclusiva y reforzar su pertenencia al sistema. Se generaron tres instancias formales de capacitación, desarrolladas en forma conjunta y paralela, cada una con sus propios objetivos y metodologías.

En esta línea se planteó un acuerdo con algunas cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) (Taranda et al, 2008; Mases et al, 2014). El rol fundamental era la cooperación técnica y la capacitación en los hospitales, fundamentalmente en el Hospital Neuquén, del personal del sistema. Las carencias de formación y profesionales en varias especialidades eran de tal magnitud que, en algunos casos, el único recurso con el que se podía contar era con el compromiso individual de los profesionales (Mases et al, 2014). Era imperioso dar formación continua a un conjunto de profesionales en un sistema de salud que empezaba a aumentar en forma exponencial su oferta de servicios y su presencia en todo el territorio provincial, al mismo tiempo que crecía la tecnología relacionada con la detección de enfermedades y tratamientos técnicos. La capacitación teórica que se desarrollaba en Neuquén, muchas veces se completaba con pasantías con los mismos docentes en los servicios de Buenos Aires ya que ésta seguía siendo el centro del conocimiento de las innovaciones en la Argentina. Este fue el paso inicial para convertir el Hospital Neuquén en un hospital escuela.

Una necesidad tanto sentida como proyectiva en los inicios del sistema era el número de médicos generales que se iban a necesitar para lograr la presencia territorial programada para cumplir las metas del plan de actividades. No existiendo un gran número de hospitales que formaran médicos generales en el país, desde la Subsecretaría de Salud de la provincia consideraron necesario avanzar en la formación de sus propios especialistas. En 1974 se inauguró la residencia de medicina general, con sus primeros egresados en 1976. En un comienzo tenía una duración estipulada de 2 años, con formación en las cuatro especialidades básicas (clínica médica, pediatría, tocoginecología y cirugía), medicina comunitaria y administración hospitalaria, lo que demuestra la visión sanitarista de la formación. La capacitación y el acompañamiento brindados por la UBA fueron fundamentales para comenzar con la formación pos básica en el Hospital Neuquén, y que lentamente se fuese transformando en el productor de los recursos humanos necesarios para solventar el sistema.

La última estrategia implementada para la capacitación, fue el fomento del perfeccionamiento de quienes ya se encontraban trabajando en el sistema con

régimen de dedicación exclusiva. En un diálogo entre la Dra. Moreno y el Dr. Bulgarelli (pediatra llegado en 1972) y se planteaba

Dra. Moreno: *“Acá un problema que tenemos es la especialidad de neonatología y necesitamos gente que se forme en eso ¿no se iría un año a Córdoba, especializarse y luego vuelve y forma gente acá?”*

Bulgarelli preguntó: *“¿y qué pasa si yo decido quedarme en Córdoba, y no volver?”,*
y

Moreno respondió: *“bueno doctor, no se preocupe, algún chico en otro lugar va a ser bien atendido.”* (testimonio recuperado en Mases 2014: pág. 104).

Está lógica de potenciar la formación y despreocupación en la oferta de beneficios a los profesionales del sistema parecería haber fomentado la sensación de pertenencia y compromiso con el mismo, generando la mencionada “mística del sistema”. En el ejemplo, no sólo se muestra cómo el proyecto invertía en la especialización de los profesionales sino, también, como éste luego sería docente y formador de futuros especialistas en la provincia. Daniel Vincent resume este proceso:

“esta provincia invirtió muchísimo en mí. Me formo cómo médico general, luego de dos años en un hospital del interior realicé una capacitación en anestesia, luego recibí una capacitación en anestesia pediátrica en Buenos Aires. No me pedían nada a cambio, si quería me enviaban. Por último, me capacitaron en clínica médica, especialidad que desarrollé hasta mi jubilación” (entrevista octubre de 2019)

De esta forma, el retorno a la inversión realizada por la provincia era significativa. El Dr. Vincent estuvo dos años en un Hospital Nivel III, luego de la capacitación en anestesiología realizó su trabajo en el hospital de Chos Malal (en donde las anestесias eran realizadas por un idóneo), y fue él quien realizó la primera anestesia en niños del Hospital de San Martín de los Andes.

La posibilidad del Plan de Salud de lograr la cobertura de las áreas en cuestión por profesionales formados con especialidad reconocida era una quimera. El progreso en los niveles de complejidad era habitual en los comienzos del sistema para quienes ejercían la medicina. A los dos años de estancia en el interior provincial, se podía elegir entre continuar con la misma especialidad en la ciudad, o realizar un año de formación en alguna de las especialidades lineales (clínica médica, pediatría, tocoginecología, traumatología) y continuar ejerciendo dicha especialidad en el Sistema de Salud de la Provincia.

Desde el nivel central, y bajo el mando de la Dirección Provincial de Salud en primera instancia (luego desde la Subsecretaría), se realizaba la programación de actividades en mesas técnicas que contaban con la participación de los Jefes de Zona Sanitaria y los Directores de los Hospitales Zonales. Según relatan los médicos que participaron en dichos años en las mencionadas mesas técnicas se trabajaba la mediación entre el diagnóstico provincial, las sugerencias técnicas y las posibilidades locales. Ya sea los directores y los Jefes de Zona planteaban sus necesidades y requerimientos, y se acordaban lineamientos a seguir en toda la provincia. De esta forma se construyó una centralización normativa, que permitía a los niveles locales (jefaturas zonales) realizar una supervisión de la tarea acorde a los lineamientos definidos en las mesas técnicas. El área ejecutiva se encontraba en los hospitales cabecera zonal y su área de influencia, quienes debían responder a los objetivos planteados en las mesas técnicas en sus actividades programáticas y en el logro de resultados. Esto permitió unificar la autoridad y la responsabilidad sobre los diferentes “programas verticales” que quedaron integrados en un programa operativo único a nivel establecimiento. Todas las actividades de atención médica comenzaron entonces a canalizarse a través de los servicios que fueron identificados como efectores únicos de las mismas en el área geográfica asignada, en la cual debían operar según las modalidades de internación, consulta y visita domiciliaria en identificar los problemas, programar y ejecutar las actividades sobre una población definida, con normas unificadas adaptadas a las realidades locales (Mases et al, 2014).

Los primeros años del sistema: los resultados recogidos en sus inicios

Con los lineamientos descritos, y con la vocación política de revertir la situación socio sanitaria de la Provincia, se puso en marcha el plan de actividades desarrollado por el equipo técnico del Dr. Del Vas. Según el discurso del gobernador, en poco tiempo se empezaron a observar resultados positivos, de tal magnitud que en el discurso de asunción de su nueva gestión en 1973 Sapag manifestó:

“La política de salud ha sido revertida. Servicios hospitalarios, asistencia a la madre y al niño, preocupación constante por terminar con las enfermedades endémicas y

prevención de la salud del pueblo, configuran otras tantas etapas de una labor cumplida en todas las poblaciones, sin excepción” (Sapag, 1994 pág. 197)

Precozmente se fue poniendo en valor los logros que salud tomaba para sí. Osvaldo Pellín (Taranda et al, 2008) manifestaba

“En ese diálogo Felipe entendía y ¿por qué entendía? Porque a los pocos meses que él está en el poder, fuimos y le llevamos datos recientes: ‘Mire, don Felipe, con buenos registros la mortalidad bajó de 120 a 70 por mil’. Y eso lo habíamos logrado con la vacunación antisarampionosa que se pudo hacer masivamente. Cuando Felipe ve eso y como tenía esa buena comunicación, empezó a hablar que podía mostrar que la salud que él estaba auspiciando era un buen logro para su gobierno. Le empezó a dar sogas y empezaron a venir las reformas de los establecimientos, las plantas físicas, la incorporación de personal especializado, tanto en el nivel técnico como en el de los servicios”

La capacidad del sector salud de asumir la responsabilidad por la mejora de las estadísticas poblacionales fue inmediata, directa y autoreferenciada. En esos años se habían producido un sinnúmero de hechos que mejoraron las condiciones socio sanitarias. En este marco, el sector salud tuvo la capacidad de tomar como propios dicho resultado y usarlo en su beneficio. Pero, al mismo tiempo, esto permitió el uso político de estos resultados. Así, el gobierno provincial redobló la apuesta en el fortalecimiento del subsistema público de salud y potenció el papel asignado a los especialistas en materia sanitaria.

La Dirección Provincial de Salud pasó al rango de Subsecretaría (1971), y a manejar sus propios programas y presupuestos. Como menciona Mases et al (2014) este proceso fue acompañado con la creación de un área de arquitectura hospitalaria para poder acompañar los pedidos locales con mayor rapidez y capacidad de ejecución, emulando lo realizado a nivel nacional en el Plan Sanitario llevado adelante por el Dr. Carrillo a partir de 1946 (Ramaciotti, 2001, 2011). En tan sólo cuatro años de iniciado el plan, para 1974, se llevaban construidos 40 establecimientos asistenciales (Sapag, 1994), con sus respectivos equipamientos, profesionales y auxiliares acorde a su Nivel de Complejidad. Desde el área técnica se propiciaba una mirada llena de optimismo y éxito sobre el plan en marcha, siendo lo que ocupaba la atención el perfeccionamiento de una maquinaria que brindaba resultados positivos desde

el primer momento. En marzo de 1974, el entonces Subsecretario de Salud, Dr. Ernesto Castillo refería

“Se ha convertido al hospital público en una institución de jerarquía, cubriendo con médicos capacitados y tiempo pleno las áreas hospitalarias del interior y de la capital y ampliando los horarios de atención a los pacientes. En las áreas rurales, se ha extendido las visitas médicas domiciliarias programadas desde los hospitales cabeceras para la atención primaria, capacitando y designando agentes sanitarios del lugar para dar continuidad a la relación del médico con el paciente. (...) Ha comenzado a funcionar el sistema de residencia médica en el hospital de Neuquén con el apoyo de la UBA. Se transforma así en hospital escuela, para brindar a los médicos recién egresados la oportunidad de capacitarse en medicina rural, especializarse en clínica médica, partos, pediatría y cirugía y estar preparados para asumir las direcciones hospitalarias del interior provincial, volcando su vocación al servicio de las comunidades de la frontera cordillerana” (Taranda et al, 2008 pág. 63)

En estos años el sector salud tomó a su cargo las tareas asistenciales de salud, como así también hizo suyas las herramientas que le permitían control sobre una parte de los recursos económicos disponibles para ayuda social. Es así como para el control de las embarazadas, niños y niñas menores de 2 años, se otorgaba un kg de leche por mes. Este se duplicaba en situaciones de riesgo nutricional o desnutrición. Con el mismo mecanismo, salud era la encargada de definir los beneficiarios de bolsones de alimentos o distintos elementos de ayuda social que pertenecían al Ministerio de Bienestar Social, que canalizaba la ayuda a través del sector salud.

Conclusiones

A lo largo del capítulo se ha puesto en evidencia el crecimiento sostenido de la medicina alopática y la conformación de un sistema de salud a escala provincial. El discurso político que acompañó dicho crecimiento sistemáticamente se justificó sobre la base de las carencias de estructura y servicios médicos existentes desde el período territorial y esto aparece remarcado en el discurso de asunción como gobernador en el segundo período democrático de Sapag, dando un lugar primordial a la salud en el marco de un fuerte proceso de

intervención estatal. En dicho discurso el gobernador habla de una *“labor cumplida”* en el área de la salud (Sapag, 1994, pág. 197). En ese sentido, también el gobernador hacía una crítica al Estado Nacional y lo responsabiliza de la falta de desarrollo de la medicina alopática/oficial/institucional en el pasado. Estos hechos fueron resaltados por la política local desde su constitución como provincia, que abogó por el despliegue territorial y el crecimiento de la oferta de servicios de la medicina alopática en contraposición a cualquier otra opción de abordaje del proceso salud/enfermedad/atención. En gran medida, esta política del Estado (nacional y provincial) llevó a la invisibilización primero y a la persecución después de las prácticas ancestrales desarrolladas por los pueblos originarios en la región, siguiendo el paradigma cientificista.

En este marco general, las enfermedades provocadas por la pobreza y la marginación (como la tuberculosis, la hidatidosis, la desnutrición, caries y hasta la mortalidad infantil), eran interpretadas desde el discurso público y político como producidas por falta de servicios sanitarios adecuados en las décadas previas a la provincialización. La selección de la problematización de los resultados de la pobreza y exclusión en términos de salud favoreció el desarrollo y la imposición, como se verá en próximos capítulos, de una forma de ver y abordar el proceso salud/enfermedad/atención que se precia de ser la única oficial y valedera.

Es notable que el poder político, encarnado en Sapag, no era ajeno a los problemas de pobreza y exclusión. En su asunción como gobernador de facto en 1970, refería *“Medicina eficaz para los males que origina el atraso, la ignorancia, la enfermedad y la miseria es crear condiciones dignas de vida”* (Sapag, 1994). No obstante, si bien se realizó una inversión notable en infraestructura y servicios públicos que será abordada en el capítulo 4, los resultados se recolectaban en métricas sanitarias y en el marco de la expansión del sistema de salud.

Por ende, éste fue parte de los logros de una época en que la inversión en infraestructura (salud, educación, soluciones habitacionales, rutas, etc.), comunicaciones, distribución de tierras, empresas, etc. no tiene punto de comparación con otras provincias o su propia historia. La consolidación de Neuquén como una provincia pujante, con riquezas y un desarrollo programado que se produce desde la creación del COPADE (Consejo de planificación y

Acción para el Desarrollo) en 1964 fue acompañado por un sistema de salud que se adjudica, como se analizará en el capítulo 5, la responsabilidad absoluta por los logros sanitarios que se produjeron en la provincia desde 1965 a 1980 y se consolida en el discurso como la única opción de abordaje del proceso salud/enfermedad/atención.

Capítulo 2

La construcción Estatal de la subalternización del sujeto indígena, bases para el desarrollo de la salud alopática en la región sur de Neuquén

Introducción

Para que durante la década de 1970 se pudiese desarrollar la implementación del sistema de salud en la provincia con la velocidad y territorialización mencionadas en el capítulo anterior, particularmente en su región sur (que será desarrollado en el 5° capítulo), debieron darse ciertas condiciones básicas que fueron sucediéndose mucho antes que el mismo fuera planificado. El sistema de salud llegó para cubrir el “vacío asistencial” que desde el discurso político se creaba y sostenía. La oferta asistencial no sólo se brindó a los inmigrantes europeos o los criollos que vinieron con el ejército, sino también en las comunidades originarias de la región.

La construcción de la idea del “vacío asistencial” era producto, por un lado, de la persecución cultural ejercida por las fuerzas represivas del Estado a las comunidades originarias en general y las formas de curar “tradicionales” en particular, y, por el otro, por la penetración del cientifismo médico que impregno la necesidad de asistencia médica alopática que traían junto con la cultura occidental desde finales del siglo XIX como fue ampliamente estudiado.

Sin embargo, la llegada tardía de este proceso a estos territorios se debió, en parte, a una pobre capacidad estatal de poblar este territorio durante la primera mitad del siglo XX. El Estado Nacional no pudo desarrollar el proyecto higienista en los Territorios Nacionales como sí lo hizo en la región centro del país y que, rápidamente, se esparció por todas las provincias (Biernat, 2015; Biernat y Ramacciotti 2013 y 2014). En general, los Territorios Nacionales sufrieron la postergación sistemática de los planes de la nación para el resto del país y adolecieron de posibilidades institucionales autónomas como el resto de las provincias. En gran medida el presupuesto era destinado a sostener a las fuerzas de seguridad, y a dar lugar a un mínimo de organismos burocráticos estatales. Sin embargo, Bohoslavsky y Di Liscia (2008) consideran que esta postergación

sistemática de los Territorios Nacionales es lo que permitió, parcialmente, la supervivencia de las prácticas populares de sanación frente al avance de las instituciones y agentes de la medicina científica desarrolladas en el resto de las provincias. Siguiendo esta línea de interpretación entiendo que luego de la “campaña del desierto” y a lo largo de todo este período se produce la subalternización de las comunidades originarias e invisibilización de las prácticas curativas que llevaban adelante. Estas prácticas no desaparecieron por completo, sino que quedaron ocultas en el discurso oficial y en la idea de una tierra arrasada. Para ello volveremos sobre nuestros pasos y analizaremos diferentes fuentes que dan cuenta que este proceso no fue tan lineal y que no existía un “vacío” sanitario en lo que posteriormente sería la provincia del Neuquén y en su región suroeste en particular.

La invisibilización y subalternización del sujeto indígena durante la construcción del “ser nacional”

Los pueblos originarios desplazados por la fuerza eran considerados un sujeto activo y presente en un territorio que en nada se asemejaba al concepto de “desierto”, utilizado sistemáticamente junto con la calificación de “bárbaros”¹⁷ para justificar la solución armada (Contreras Painemal, 2011; de Jong, 2009; Foerster y Vezub, 2011; Pérez, 2007; Marino, 2009; Alioto, 2011; Giordano, 2019; Lenton, 2010).

El éxito militar logrado en la campaña no finalizaba el proyecto de la generación del ´80. Enrique Mases (2010), rescatando una publicación del diario La Prensa del 1 de marzo de 1878, nos permite acercarnos a cómo la elite de entonces pensaba el problema, encarnados en las expresiones de Julio Argentino Roca quién sostiene:

¹⁷ Desde el “Parlamento de Quilín” en 1641, considerado el único acuerdo de validez internacional celebrado por la Corona Española y un pueblo americano, atravesando toda la historia del “trato pacífico con los indios”, cuyo máximo referente en las comunidades originarias fue Calfucurá. Con intercambio fluido de correspondencia con los líderes políticos, tratados de paz refrendados por el congreso, pactos de apoyo ante invasiones extranjeras, presupuesto aprobado en el congreso nacional para las raciones e innumerables evidencias de una fluida relación y reconocimiento jurídico a su existencia, física, política y jurídica. Para ampliar el tema se sugiere la lectura de los autores citados.

“Estamos como nación empeñados en una contienda de razas en la que el indígena lleva sobre sí el tremendo anatema de su desaparición, escrito en nombre de la civilización. Destruyamos, pues, moralmente esa raza, aniquilemos sus resortes y organización política, desaparezca su orden de tribus y si es necesario divídase la familia. Esta raza así quebrada y dispersa, acabará por abrazar la causa de la civilización. Las colonias centrales, la Marina, las provincias del litoral sirven de teatro para realizar este propósito...” (Mases, 2010. Pág. 61).

Lo sostenido por Roca es llevado adelante de distintas maneras, dependiendo del momento y de las características coyunturales. En primera instancia, durante la campaña militar propiamente dicha, el sistema de “distribución”, como se llamó en aquella época, fue la principal herramienta que se utilizó para los indígenas apresados, ya sea en combate o los que se entregaron.

Los derrotados en la contienda bélica fueron generalmente reclusos en la isla Martín García, si sobrevivían a la viruela y al traslado propiamente dichos como fuera estudiado en profundidad por Di Liscia (2002). Las condiciones a las que eran sometidos los cautivos y la solución que el Estado le daba al problema comenzó a generar una respuesta contraria a la misma en parte de la opinión pública y la prensa¹⁸.

El presidente consideraba que esta política de *desterritorialización* y de desmembramiento familiar y comunitario favorecía la pérdida del idioma y las costumbres, resaltando las bondades del proceso de “civilización coercitiva” para la Nación. No obstante, era consciente de que dicha política no podía ser permanente. El recurso de la distribución era limitado por su propia naturaleza, por lo que en vistas a su pronto agotamiento se habían decretado la formación de colonias en Rio Negro y en Gran Chaco. Al mismo tiempo informó que ingenieros del ejército recorrían los territorios adyacentes al Rio Negro para que de ahora en adelante las tribus que se sometieran al igual que aquellos que se

¹⁸ El diario La Nación publicaba en junio de 1883 “El martes por la mañana, minutos después de fondear en el Riachuelo el vapor Villarino, el muelle de la Boca convirtiéndose en algo como uno de los mercados de esclavos que aún existen en África. El Villarino traía desde Patagones más de 150 indios grandes y chicos, que para ser entregados a la vida civilizada debían ser distribuidos entre las personas que los solicitaran. Desde temprano, las personas que contaban con cartas de recomendación para el defensor de menores se encontraban estacionadas en el muelle. Llegó el vapor y los indios fueron bajados a tierra, empezando acto continuo el reparto. Este se hizo a elegir, tal sucede en las estancias cuando se compra hacienda al corte (...). En cambio de esas infelices criaturas, no se daba como en el centro de África pólvora de caza, collares de vidrio o pañuelos de colores abigarrados, sino simples cartas de recomendación (...). Muchos otros casos, al cual más indigno de una sociedad culta, podríamos citar para demostrar la forma irregular en que la distribución de los indios continúa haciéndose” (Duran, 1997: 43)

aprisionen se establecerán en espacios reducidos y bajo el estricto control de las tropas dentro de la gobernación de la Patagonia (Mases, 2010).

Este último proceso es el llevado adelante en el área de estudio, siendo una de las últimas áreas de la Patagonia a “reducir”. Sin una acción militar en el campo de batalla, sin desterritorialización ni desmembramiento familiar y comunitario o toma de prisioneros cabe preguntarse **¿pudieron continuar las comunidades locales con la capacidad de resistencia, negociación y convivencia que lograron en la época de Calfucurá? ¿La supervivencia de sus jefes y su formato de comunitario, alcanzó para la resistencia?**

¿Cómo llegó a naturalizarse la subalternización en términos étnicos o de raza de las comunidades mapuches en su mismo territorio? y ¿cuál fue el mecanismo por el cual los inmigrantes naturalizaban dicha situación?

En el discurso político que dio lugar a la opción militar no sólo estaba caracterizado por una mirada despectiva sobre los “indios”, aduciendo su inexistencia al llevar una campaña militar al “desierto”, o utilizando términos como “salvajes”, se recostaba básicamente sobre un problema de “razas”. El camino inexorable hacia el “progreso” y la “civilización” se basaba en conceptos bien arraigados de darwinismo social de la época. La raza blanca, conceptualizada como la europea, era superior y debía tomar su responsabilidad ante el progreso y la civilización, sometiendo al bárbaro y al salvaje. La llegada de las fuerzas militares no sólo estuvo respaldada por la eficacia de los fusiles Remington, sino por una construcción académica que respaldaba su accionar y formaba a la opinión pública. Científicos, naturalistas, religiosos, académicos, etc., se desplegaron sobre el territorio ofreciendo un nuevo punto de vista sobre el mismo y la posibilidad de una nueva sistematicidad discursiva sobre sus propiedades (Zaidenweg, 2013). En este discurso no se encuentran contempladas las comunidades expulsadas del territorio o relocalizadas. Los agentes “civilizadores” portadores de la “modernidad” fueron una pieza fundamental para el desarrollo del Estado en los nuevos territorios ocupados (Bandieri, 2009).

Las instituciones y la institución de la subalternización:

a. avance e imposición estatal

Philips Abrams (citado por Zaindenweg, 2013) sostiene que los poderes reales del Estado salen de su ocultamiento sólo cuando se logra romper con la asociación imaginaria en la que son percibidos como poderes estatales abstractos, y existe la necesidad en que se manifiesten como singularidades concretas en la forma de ejércitos represores o liberadores. El autor sostiene que el Estado nunca aparece como tal, salvo cuando debe reclamar su derecho a dominar (Zaindenweg citando a Abrams, 2013). Para poder observar esta realidad de imposición del Estado en una situación concreta, es menester poder abandonar el estudio o la observación del mismo desde una lógica de objeto material, ya sea concreto o abstracto, y poder focalizarse en el conjunto de instituciones que lo sustentan, como el gobierno, los funcionarios, el ejército, las escuelas, etc. (Zaindenweg, 2013).

En este marco general debemos remarcar algunos aspectos -políticos, institucionales, económicos, educativos, religiosos-, que serán relevantes en la construcción de una asimilación subalternizada del sujeto indígena, por su pervivencia a lo largo del tiempo y que llegan hasta el presente.

En el plano político, influenciados por la generación del '37, se favorecieron políticas inmigratorias bajo la lógica alberdiana de "gobernar es poblar", en donde Alberdi no hace referencia a la migración interna o de países limítrofes¹⁹. Siguiendo a Lenton (2010), debemos interpretar que la premisa alberdiana de "Gobernar es poblar" hace referencia a un mandato que no implica necesariamente aumentar la población preexistente, menospreciada por los intelectuales de la época, sino que se dirige al establecimiento en los extensos territorios considerados "desiertos" de una clase de habitantes más cercana al paradigma liberal de ciudadano aceptable.

¹⁹ Alberdi considera la inmigración "necesaria" como europea, Considera que "*Haced pasar el roto, el gaucho, el cholo, unidad elemental de nuestras masas populares, por todas las transformaciones del mejor sistema de instrucción; en cien años no haréis de él un obrero inglés, que trabaja, consume, vive digna y confortablemente*" (Alberdi, 2017).

Desde la lógica de las elites gobernantes era imperioso lograr la incorporación no sólo de manos aptas para el trabajo, sino de nuevos “ciudadanos” que bajo el amparo de las leyes reconozcan y aumenten la legitimidad de un Estado ávido por la misma. La incorporación de “ciudadanos” europeos requiere de un proceso de “argentinización”, pero no requiere la construcción de legitimidad por parte del Estado, generando en contraposición con la “alteridad” aborígen remanente en territorio una inequidad de oportunidades. Ya sea los inmigrantes europeos como los indígenas poseían una barrera por la falta de uso del idioma, pero existía una brecha insalvable en cuanto al conocimiento de las reglas de juego del sistema. Desde la toma de posesión de los territorios patagónicos por el estado nacional la inmigración estimulada por el gobierno nacional aumentó.

La inmigración, favorecida ampliamente desde la constitución de 1853, se convertía en necesidad y política de Estado al mismo tiempo. En cuanto al impacto de estas políticas para los “nuevos territorios”, deben ser interpretadas desde la lógica programada desde la conquista bélica, en donde Roca sostenía *“sometidos al trabajo que regenera y a la vida y ejemplos cotidianos de otras costumbres que modificarán sensiblemente los propios, despojándoles hasta el lenguaje nativo como instrumento inútil, se obtendría su transformación rápida y perpetua en elemento civilizado y fuerza productiva”* (Mases, 2010). En este pensamiento podemos observar no sólo una subalternización cultural desde donde les sería difícil salir, sino la explicitación de su rol en el potencial mercado laboral.

En dicho contexto, desde la primera gobernación de los Territorios Nacionales patagónicos dieron por finalizado el sistema de raciones y equipararon las condiciones que se les ofrecían a los indígenas a las de los inmigrantes europeos. Una parcela de campo en territorio que disponga el Estado, elementos de trabajo y sostén económico por un año. Para ello debían radicarse en el área determinada por los funcionarios, dejando costumbres, hábitos y su vida en comunidad, amén de someterse a un sistema legal, comercial e idiomático que no manejaban. Un Estado en plena consolidación no tuvo en cuenta pasados comunes, ningún tipo de reivindicación de los pueblos dominados ni posibilidad de desarrollo que no surgiera de la asimilación absoluta y desaparición de su condición étnica (Bandieri, 2009; Zaindenweg, 2013; Estrella, 2017).

Con el correr de los años y el fortalecimiento de las políticas agroexportadoras y de inmigración, no mejoraron los conceptos políticos sobre las comunidades originarias, por el contrario, se fortalecieron²⁰. La única opción dejada para los pueblos originarios era la obediencia absoluta, la invisibilización de sus patrones culturales y la sumisión al lugar de semiesclavitud que el sistema les otorgaba. El desconocimiento del pasado agricultor del pueblo mapuche, más allá de no haber sido prioritario, sigue siendo parte de la construcción de una alteridad “salvaje”. La comparación con las comunidades del Chaco sometidas en las reducciones no es menor, ya que el sistema de sometimiento y semiesclavitud terminó en la masacre de Napalpí (Musante, Papazian y Pérez en Lanata, 2014). El mensaje sistemático de la dirigencia política tendía a la invisibilización, subalternización e inclusive la desaparición conceptual de los pueblos originarios de la Patagonia hacia la construcción del ideario de una nación blanca y venida de Europa (Zaindenweg, 2013; Lenton, 2010; Mases, 2010).

En la constitución de las poblaciones en la región en estudio tuvo un impacto muy importante esta política, siendo prohibida por el general Rudecindo Roca (hermano de Julio A. Roca y fundador de la localidad de San Martín de los Andes) la adjudicación de tierras a los indígenas. Las mismas debían ser adquiridas por inmigrantes europeos, preferentemente nórdicos o habitantes de las Islas Malvinas, y relegando a los aborígenes a permanecer en tierras fiscales sin título de propiedad o derecho alguno (Comisión del Centenario y Fundación San Martín de los Andes, 1998).

El discurso político posicionaba sistemáticamente al inmigrante europeo por encima del nativo, favoreciendo su desarrollo económico y social y relegando a la miseria y la pobreza al conjunto de las comunidades originarias. La

²⁰ Ramos Mexía, autor de la ley de Fomento de Territorios Nacionales, justificaba la exclusión legal de los indígenas como beneficiarios de la tierra fiscal del siguiente modo “(...) *Los indios patagónicos, que sólo viven a caballo, no son susceptibles de asimilar los beneficios de la civilización, sino a condición de diseminarlos, distribuyéndolos por familias en las estancias, donde podrían prestar servicios de puesteros o de peones mezclados con los cristianos. De un carácter nómada transmitido por larga herencia, absolutamente ineptos para las labores agrícolas, vagabundos y poco respetuosos del derecho a la propiedad, que no conciben ni en los otros ni en ellos mismos, la tribu los mantiene en el antiguo régimen del salvajismo sin la más remota posibilidad de un progreso fundamentalmente reñido con tal organización social. No están en el caso de los indios chaqueños, buenos trabajadores a pie, utilizados en la zafra por millares, capaces de labrar la tierra esperando la cosecha, de trabajar los telares y alfarerías ganando su subsistencia*” (Zaindenweg, 2013, pág. 111)

invisibilización del “indio” siguió formando parte del discurso oficial, e inclusive se profundizó²¹. La concepción del exterminio, real o incipiente, de las comunidades originarias del país, junto con la clara descripción del ciudadano europeo como deseado explican cómo a lo largo de los próximos 50 años se instala sistemáticamente un sistema opresivo, que, desde un acompañamiento de la opinión pública, subalterniza a las comunidades originarias marginándolas y no permitiéndoles participar desde un lugar propio en la construcción de ciudadanía que respetara no sólo sus valores y cosmovisión, sino al menos sus tiempos para una asimilación menos traumática.

Dentro del proceso de construcción de una alteridad subalternizada por el Estado (Estrella, 2017) era necesario lograr en la ciudadanía una postura hacia el “indio” negativa, que avale de hecho no sólo la campaña militar, sino el proceso de inminente desaparición de la aboriginalidad como tal (Zaindenweg, 2013). En dicho proceso actuaron sistemáticamente los diarios de la época, destacando los costos de las raciones y la violencia de los malones; para posteriormente situar a los aborígenes como despreocupados, flojos para el trabajo y el cultivo, condenados a la pobreza, adeptos al alcohol y amantes de lo ajeno (Mases, 2014). La construcción social de una alteridad indígena única y negativa se vio fortalecida por publicaciones de la época que tuvieron amplia aceptación, y marcaron una tendencia narrativa y poblacional hacia esa construcción y que reducía la aboriginalidad a un estereotipo acorde a las necesidades de la elite gobernante. Desde los libros de Estanislao Zeballos, de amplio reconocimiento político y académico en la época, hasta la popular prosa de José Hernández en el Martín Fierro, favorecieron la construcción social de un “indio” en términos negativos y como escollo al progreso y civilización²².

²¹ Ejemplo de ello un trabajo de Juan Alsina, de 1910, mientras se desempeñaba como Director de Migraciones en el que definía cómo debía ser la inmigración que ingrese a la Argentina “(...) *De los indígenas americanos, los nuestros, poco numerosos, se han extinguido, otros se van mezclando y así desaparecerá la raza; los del Perú, Bolivia y Brasil, no podrán venir a nuestro suelo; los africanos o de origen africano, es decir los negros, no serán admitidos como masa inmigratoria, aunque haya habido exploración de intensiones; ni tampoco se podrá consentir entrar a los asiáticos, como inmigrantes numerosos, porque alterarán la homogeneidad, claramente prescripta, para nuestra población, que conviene sea únicamente de origen europeo*” (Zaindenweg, 2013: 67)

²² Zeballos construye una alteridad que “está hecha” para la guerra, salvaje, traicionera, propensa al alcohol y las malas costumbres; y no deja pasar oportunidad para resaltar el origen “chileno” de los mapuches. Esta “alteridad” llena de características negativas, se constituye en un obstáculo para la civilización y el progreso, y su condición de “traicioneros” hace imposible una opción no bélica y definitiva. José Hernández, a través del Martín Fierro describe a los aborígenes como un ser bárbaro,

Como subraya Bandieri (2009) una vez creados los Territorios Nacionales, una estructura administrativa fuertemente centralizada acentuó la dependencia política y la intervención jurídica sobre sus habitantes. Definido el lugar social, ya sea por exterminio o asimilación con desaparición cultural, se instrumentaron las reglamentaciones y leyes para poder exigir la incorporación al lugar que se les habían definido en el mundo del trabajo²³.

Para dicha transición no alcanzaba con la negativa al otorgamiento de tierras de la Ley de Fomento de Territorios Nacionales. Se formularon una serie de leyes y reglamentaciones, algunas de alcance nacional y otras de índole local, que procuran acelerar el proceso de homogeneización cultural y la incorporación de los pueblos originarios como mano de obra acorde a las necesidades del desarrollo del sistema capitalista en la región que llegó de la mano de los nuevos propietarios de la tierra.

Al dejar fuera a los pueblos originarios de la posibilidad de acceder a los títulos de propiedad de sus tierras y declarados como irregulares sus derechos de posesión y pastoreo en tierra fiscales, los miembros de las comunidades pasaron a perder todo derecho sobre las mismas. Más allá de la eventual incapacidad de realizar un reclamo jurídico, la falta de derecho de posesión los ubicaba en inferioridad de condiciones con relación a los migrantes criollos o europeos con derecho a la misma y con mayores recursos económicos, sociales y culturales para desenvolverse en la nueva realidad del territorio. La propiedad privada de la tierra, situación con la que no se habían enfrentado en ese lado de la "frontera", limitaba sus posibilidades de continuar con una de sus mayores medios de subsistencia, como la caza y la pesca. Posiblemente la situación de incompreensión en materia jurídica los haya expuesto en más de una ocasión a

haragán y violento que no es capaz de reprimir sus más básicos instintos. Resalta su incapacidad de ver el trabajo honrado como vehículo del progreso, y que junto con su holgazanería "natural" y la inclinación al robo y la depredación son las características que demuestran su incapacidad de "civilización".

²³ Al analizar esta transición Mases sostiene "Así esta integración se entiende como sinónimo de asimilación, es decir, se propició una integración desigual en tanto la misma implicó, para los pueblos originarios, anular su anterior organización comunitaria, borrar sus prácticas y costumbre, escolarizar a sus hijos, readecuar la familia a los lineamientos de la justicia civil y convertirse en mano de obra productiva. Como sostiene Dolores Juliano, "*el desconocimiento, desvalorización y alejamiento de las comunidades indígenas son utilizados para negar en la práctica el derecho de estos grupos a sobrevivir como tales*" (Mases, 2010: 4)

la acusación de abigeato y su posterior incursión en el sistema judicial y la privación de libertad (Mases, 2010; Argeri, 2005).

Si bien, la restricción de circulación y la falta de espacio de pertenencia dificultaban la subsistencia, no definían del todo el abandono de las prácticas de su sistema económico, por lo que no se volcaban necesariamente al mercado del trabajo. Poco tiempo después de creados los Territorios Nacionales, en los códigos rurales se restringe el derecho a caza, fundamentalmente las guanaqueadas y las boleadas, limitando así las posibilidades de continuar con su economía de subsistencia, obligando a gran parte de la población indígena a buscar trabajo conchabándose o migrando a los centros urbanos (Mases en Lanata, 2014).

La falta de adecuación al sistema de trabajo, y el exceso de mano de obra a disposición, hicieron que comenzara a catalogarse de “vago” a los “indios” por circular en el territorio “sin destino alguno”. Se instrumentan reglamentaciones en donde se marca por parte de las autoridades la condición de “sometido” y no ciudadano de los aborígenes remanentes, en contra a lo que expresaba la constitución en todos los nacidos en el país, y obligando a todo aquel indígena que no tuviese bienes suficientes, de los que los habían despojado, a conchabarse contra su propia voluntad²⁴ (Mases, 2014 pág.57).

Las intervenciones fuera del ámbito territorial y laboral fueron de la misma magnitud. Obligados a casarse por ley nacional, permanecían habitualmente fuera de la misma no formalizando sus uniones ante la ley. Los hijos/as producto de estas uniones no formalizadas, muchas veces eran sustraídos y colocados en conventos, colegios religiosos o casa de “familias decentes”, donde eran obligados a trabajar en un régimen de servidumbre, no exentos de malos tratos y violencia sexual (Argeri, 2005).

²⁴ A modo de ejemplo, la gobernación del territorio de Rio Negro dispuso según rescata Mases “...a fin de evitar la vagancia, tan perjudicial a los valiosos intereses que se encuentran hoy esparcidos en los departamentos” y teniendo en cuenta por otra parte “el licenciamiento de las tribus indígenas sometidas al gobierno interino del territorio” decidió como una forma de eliminar este “flagelo” dictar un decreto en el que se establecía la obligación de conchabarse a “...todo individuo mayor de 17 años que no posea bienes suficientes” (Art. 1°). El castigo en el servicio de trabajos públicos para quienes no cumplieran el requerimiento (Art. 3°) y la formación por parte de la institución policial de registro de los individuos conchabados en cada departamento (Art. 8°). Además el decreto a través de su artículo N°6 otorgaba un poder discrecional al empleador..” (Mases, 2014 pág.57)

El rol de las fuerzas de seguridad fue fundamental tanto en la conquista bélica propiamente dicha como posteriormente en la legitimación coercitiva de las prácticas y disposiciones emanadas por el Estado. Mases (2014), siguiendo a Lenton, sostiene que luego de la campaña bélica la guerra contra el “indio” cambia de escenario, ya no es el combate de la frontera entre dos parcialidades, sino que se convierte en una persecución a los individuos aislados en búsqueda de su disciplinamiento. Una vez que el Estado se apropió del espacio patagónico hizo sentir su presencia en el accionar de “agentes civilizadores” portadores de modernidad, y las fuerzas de seguridad serían su apoyo incondicional (Bandieri, 2009). El sistema policial y carcelario, al igual que el educativo, utilizarían un discurso positivista de la peligrosidad y la anormalidad para gestar marcas diferenciadoras entre la población que implicaron una subordinación de etnia, de género, de nacionalidad y de clase (Bohoslavsky et al., 2008). El rol que cumplieron las fuerzas de seguridad fue en varios frentes concurrentes. Servían de apoyo permanente para los distintos representantes del Estado, mantenían el orden público con su fuerza coercitiva y por otro lado mantenían un ejercicio repetitivo de persecución, trato despectivo y violento y connivencia con prácticas ilegales sostenidas por los capataces de estancias.

De apoyo para las instituciones en su tarea en particular, sirvieron como medio coercitivo y para facilitar el “cumplimiento” de las imposiciones estatales ya sea en educación como en salud. En educación participaron en la comunicación con los padres de los chicos que no concurrían al establecimiento acorde lo disponía la ley, donde se destacaba la buena relación entre docentes y la comisaría, siempre dispuesta a acompañar a los mismos al domicilio de los alumnos (Zaindenweg, 2013).

Situación similar era utilizada para las campañas de vacunación en territorio, única prestación de salud alopática por mucho tiempo en el mismo, que si era necesario se hacía cumplir por la fuerza. Ejemplo de dicha situación son los relatos sobre la campaña de vacunación en el Territorio Nacional de Rio Negro en 1905. Amén de un crudo relato de las difíciles condiciones que tuvo que sobrellevar la comisión vacunadora y la pobreza que encontraban, resaltaban que salvo los médicos oficiales no se encontraban otros facultativos o centros de atención, aunque si había cárceles, iglesias y escuelas en las pequeñas

urbanizaciones, en donde eran reunidos niños y adultos para la vacunación. Destacaban la renuencia de la población en permitir dicha acción higiénica, que debía solucionarse con el ejercicio del poder de policía del Estado nacional (Di Liscia, 2017). El relato deja claro la vocación de cumplir las reglamentaciones en la comisión de vacunación, inclusive por encima de la población, sometiendo a la misma a las regulaciones del Estado. En lugares en donde el entendimiento del proceso salud/enfermedad/atención no contemplaba a la medicina alopática, por elección o por falta de la misma en la zona, la imposición del Estado se hacía cuerpo en un grupo de funcionarios representantes de salud que volvían a demostrar que los cuerpos se sometían al Estado cuando este lo dispusiese. La inexistencia de servicios médicos en toda la región en esa época hace presuponer que las necesidades sanitarias sentidas no pasaban precisamente por la vacunación, que gran parte de la población desconocía en principios y objetivos. No obstante, la falta de construcción de participación social en la divulgación del saber sanitario, el Estado demostraba de la mano de las fuerzas de seguridad que lo que importaba era lo que definiera el saber médico, y que el mismo se encontraba por encima de las determinaciones individuales, comunitarias o del sistema de creencias.

Pero claramente, fueron las fuerzas de seguridad las encargadas de mantener el “orden público” quienes, además eran agentes de ese Estado “moderno”. Por tanto, partía de la construcción social que se había hecho del “indio”, como poseedor de una particular idiosincrasia marcada por su entrega *“al vicio, a la indolencia y a su instinto al robo”* (Mases, 2014)²⁵.

²⁵ Mases considera que en donde más se hacía presente esta situación era en el abigeato. Sostiene que es allí donde estos prejuicios resultan claramente ilustrados en los procesos judiciales que se desarrollan luego de las denuncias realizadas por abigeato por estancieros y hacendados. Se hace presente en las mismas un fuerte determinismo racial que impregna tanto la declaración de las víctimas como la actuación de los funcionarios. Resalta que dicha situación queda en evidencia al observar que prácticamente en todos los casos pesaba sobre los “indios” acusados la presunción de culpabilidad. Mases da ejemplos de cómo se culpabiliza a los indígenas de los faltantes de ganado ya sea en Territorio Nacional de Río Negro o la Pampa en forma sistemática, aún sin pruebas. Sólo basta con ser señalado para ser trasladado a las dependencias policiales y permanecer en el calabozo. Como ejemplo de la percepción policial podemos observar a través de informes emitidos por el destacamento policial que, aceptando no encontrar indicios de delito alguno de un aborigen denominado Reniqueo, es detenido y llevado a la cárcel local porque, según consta en el sumario, “el referido Reniqueo no es la primera vez que carnea animales yeguarizos y que según la opinión pública este tiene fama de carneador de animales ajenos” (Mases, 2014). Más allá de que en el proceso judicial posterior se liberara a Reniqueo,

b. el proceso mirado desde el interior de las comunidades

La utilización indiscriminada de la privación ilegítima de la libertad fue utilizada sistemáticamente por las fuerzas represivas del Estado en el proceso de adoctrinamiento y subalternización étnica de las comunidades originarias. Esta fue sistemática, continua a lo largo de todo el siglo XX y percibida de una forma muy violenta por parte de las comunidades como lo dejan ver aún hoy en sus relatos. Durante una entrevista Albina (68 años), nacida en la comunidad de Aucapán, siendo hija de *Lonco*²⁶, refería

“la policía venía siempre con el ejército y se llevaba al Lonco y a los werkén sin explicación previa. Los tenían unos días en la comisaría y los soltaban, así porque sí. A las machís las mataron o las expulsaron a Chile, y si se enteraban que había alguna o porque sí a alguna yuyera, se la llevaban acusándola de brujería. En la comisaría la trataban mal, el cura también los acusaba...” (entrevista comunidad Cayún, septiembre 2019)

En la misma línea del relato de Albina, Florentino (78 años), *lonco* espiritual de la comunidad Cayún, sostiene sobre la desaparición de las machis

“durante la militarización del territorio se las persiguió mucho, se las mató, se las encarceló. Generaron miedo en la gente, y empezaron a migrar de las comunidades a los pueblos y se perdió el interés en continuar con los preceptos y las costumbres de la cultura mapuche” (entrevista comunidad Cayún, septiembre 2019).

Con tristeza continua su relato describiendo las privaciones sufridas y resaltando la violencia permanente del hombre blanco. Primero el ejército, luego la policía y finalmente Parques Nacionales; si bien cambiaba sistemáticamente la institución con la que el Estado se hacía presente en territorio, el punto en común entre ellas era la violencia permanentemente ejercida sobre las comunidades y particularmente sus líderes. Algunas veces se enviaban aborígenes a controlar aborígenes, generalmente de otra etnia, pero con el mismo mandato, aumentando el impacto negativo en las comunidades. Florentino destaca que toda esa violencia giraba en torno a la

podía pasar semanas detenido sin mediar prueba alguna de su delito, sólo por la presunción de culpabilidad que existía tanto en el personal policial como en la “opinión pública”.

²⁶ *Lonco* es el término utilizado en lengua mapuche para referirse al jefe de la comunidad (cacique)

desterritorialización²⁷, a que sintiesen vergüenza por su origen étnico, a que se peleen entre los miembros de la comunidad y a la aculturación. El objetivo que percibía Florentino era que el Estado, por medio de sus agentes, quería que abandonaran sus tierras y se sometieran como fuerza laboral en el pueblo o las estancias. En esta percepción se puede apreciar cómo el discurso del Estado había penetrado hasta en las mismas comunidades. Ellos mismo comienzan a percibirse como “extranjeros” en su propio territorio.

Yolanda, miembro de la comunidad Curruhuinca con sus 80 años, sostiene que a Abel Curruhuinca²⁸ la policía le prohibió enseñar el idioma “*y que si enseñaban el idioma le iban a cortar la lengua a todos los que lo hablaran*”, por eso refiere que su generación y la siguiente no hablan mapuzugun. Sostiene que, en la época de conflictos con Parque Nacionales²⁹, donde fueron desplazados por última vez a nivel poblacional para liberar las tierras privilegiadas del paraje Quila Quina y ser forzados a ir a la ladera de la montaña

“al lonco y a los werkenes los buscaban en la comunidad junto con la policía y el ejército, los arrodillaban delante de todos y luego se los llevaban a la comisaría donde los presionaban para que firmen que habían vendido las tierras. Se lo pasaba mal entonces.....” (Entrevista comunidad Curruhuinca, paraje Quila Quina, noviembre de 2019).

La descripción nos recuerda que, en el nacimiento de la Dirección de Parques Nacionales, amén de su autarquía administrativa, tenían como finalidad la protección de frontera y el cuidado del territorio asignado, siendo por dicha razón el nacimiento, a través de los guardaparques, de una nueva fuerza de seguridad armada más. Desde ese momento en el área que les concierne, serán un elemento más en la represión y persecución de los indígenas en la zona. Las

²⁷ En la cultura mapuche la relación con el territorio es muy importante y base de su sistema de creencias. La relación con su lugar de nacimiento y la recolección de plantas medicinales, así como la presencia de espíritus ancestrales y de energía (*newen*), son elementos presentes en el territorio y no son trasladables ante la pérdida del mismo, como será descrito en el próximo capítulo.

²⁸ Abel Curruhuinca fue *lonco* de la Comunidad Curruhuinca durante la etapa final de la toma de posesión de los territorios pampeano patagónicos por parte del Estado argentino y participó activamente de la fundación de San Martín de los Andes. Fue el responsable de lograr la construcción y funcionamiento de la primera escuela en una comunidad mapuche de la zona, en el Paraje Quila Quina.

²⁹ En 1934 se crea la Dirección de Parques Nacionales y ese mismo año se crean el Parque Nacional Nahuel Huapi y el Parque Iguazú. En 1937 se crea la Reserva Nacional Lanín, devenida en Parque Nacional en 1945. Desde su creación conceptual tras la primera donación de tierras para tal fin en la Patagonia, a través de Francisco P. Moreno, poseían un fin geoestratégico de protección de frontera y uno conservacionista de flora y fauna. Moreno instaba a la concreción de obras sólo para estar preparados para el visitante culto, y la conservación del hábitat no incluía a sus habitantes humanos. Esto trajo aparejado el desplazamiento de los que habitaban dichas extensiones territoriales, o una mayor precarización de su condición mediante permisos precarios de ocupación y pastaje. “*No te hablo de un discurso, hablo de que en todo el país Parques le puso una nieve en la cabeza a la gente y la sacó, la desalojó*” (relato de ex guardaparque, San Martín de los Andes 2012 en Puentes, 2015)

descripciones de la *realidad* vivida tras la intervención de la Parques en territorio son elocuentes

“Cuando se instala Parque Nacionales, había mucha gente en lo que fue después denominada el área protegida. A mucha de esa gente las corrieron, concretamente las desalojaron. Las sacaban a través del uso de los caballos, enlazaban los palos de las rucas y las tiraban abajo, las quemaban y los desalojaban, los expulsaban de ese lugar. Eso fue desde 1937 hasta 1999 cuando seguían llegando las órdenes de desalojo para la gente” (relato de Victoria, werken mapuche, San Martín de los Andes 2012 en Puentes, 2015)

A los que no lograban desalojar se les otorgaba el mencionado permiso precario de ocupación y pastaje, que no sólo no daba derecho a la tierra, sino que pagaban un canon anual y el permiso era personal e intransferible. Relata el *lonko* filosófico de la comunidad Curruhuinca

“Hemos vivido la opresión, la hemos sufrido en carne propia, la hemos sufrido cuando Parques no te dejaba levantar un mísero ranchito. Aunque se te estuviera por caer la casa, tenías que ponerle puntales por uno y por otro lado, porque no podías hacer una vivienda nueva, porque la política de Parques era: Yo familia, tengo cinco hijos y nos teníamos que morir. O sea, muerto el padre. Porque al único que se reconocía como poblador en ese momento era al padre y a la madre. Muerto el padre, los hijos afuera” (Puentes, 2015)

Se puede observar cómo nuevamente el Estado se hace presente de una nueva forma, cuyo objetivo se repite: desterritorialización y migración a las localidades para asimilar su rol en la sociedad y la división del trabajo. *Parques* no sólo utiliza la coacción para desalojar, sino obliga a pagar un canon por el permiso precario de ocupación y pastaje.

Fuera de los territorios de Parques Nacionales dicha tarea era llevada adelante por las estancias en connivencia con la policía local. Refería don Silverio, con sus más de 80 años de vida en el Salitral, *“En esa época no había ley, los estancieros hacían lo que querían”*. Siempre con una sonrisa relata que su familia era de Choele Choel, y que llegaron a la zona, en donde él nació, corridos por la conquista. Recuerda que sus dos abuelos eran guerreros, mientras su padre ofreció servicio en el ejército por año y medio. Relata don Silverio

“...el terreno de la comunidad era acordado con las autoridades militares, pero había que estar controlando permanentemente los límites. Los estancieros querían tener todo y corrernos, y era frecuente que cambiaran los límites y nos sacaran partes de nuestro territorio. Nos quejábamos en la policía, pero nada, ellos estaban con ellos. Si cuando el capataz necesitaba, se venía al paraje junto con la policía y nos obligaban a prestar servicio; nos pagaban, pero lo que ellos querían...”

(entrevista en El Salitral, noviembre 2019)

Los estancieros, en connivencia con las autoridades policiales, fueron en ocasiones, los que llevaron la opresión y la violencia al límite. No sólo por las condiciones laborales, muchas veces cercanas a la esclavitud, favorecidas por la coacción constante de las fuerzas de seguridad hacia los indígenas, sino por la violencia física ejercida a comienzos del siglo XX.³⁰

Como ya sabemos, la escuela, como la salud y la iglesia, fue una de las herramientas, más allá de ser obligatoria, de penetración ideológica y homogeneización cultural. Si bien la ley 1420 hacía obligatoria la educación inicial, con el tiempo fue transformándose en un reclamo su presencia por parte de las comunidades, que paulatinamente fueron incorporando y reproduciendo en concepto del “huinca” de la escuela como medio de progreso.

La escolarización temprana de los niños de las comunidades operaba fundamentalmente en tres aspectos, la desestructuración de la educación de la comunidad, la exposición de los niños a un sistema social en donde ocupaban un rol de inferioridad y discriminación y al proceso de argentinización que conllevaba la pérdida de su “aboriginalidad” para convertirse en ciudadano argentino.

La escuela fue el instrumento con el que las elites, al instaurar un sistema de educación formalizada, pudieron extender el dominio del Estado nacional y moldear a los ciudadanos argentinos ampliando la frontera de la “civilización” y su matriz identitaria a toda la comunidad. Por este medio, se tenía como objetivo

³⁰ El relato del padre salesiano Alberto Agostini con respecto a la injerencia de los estancieros en la realidad de las comunidades sirve como ejemplo *“El principal agente de la rápida extinción fue la persecución despiadada y sin tregua que les hicieron los estancieros, por medio de peones ovejeros quienes, estimulados y pagados por los patrones, los cazaban sin misericordia a tiros de winchester o los envenenaban con estricnina, para que sus mandantes se quedaran con los campos primeramente ocupados por los aborígenes. Se llegó a pagar una libra esterlina por par de oreja de indios. Al aparecer con vida algunos desorejados, se cambió la oferta: Una libra por par de testículo”* (Pigna, 2005 pág. 398)

terminar con los vestigios de la cultura colonial e indígena, brindar un marco de referencia homogénea a los hijos de los inmigrantes, legitimizar los estamentos de poder existentes y sentar las bases de un nuevo tipo de sociedad capitalista (Zaindenweg, 2013).

Como dificultad extra, las comunidades mapuches eran ágrafas, por lo que la resistencia a este proceso de avance institucional por parte del Estado debía sostenerse en una cultura cuya base era la transmisión oral, cuyo sustento era el respeto y el tiempo compartido con los “guardianes de la memoria”, representada en los ancianos de la tribu que, a través de mitos, fábulas e historizaciones, mantenían viva la memoria de su pueblo. Sostenía Avendaño en sus memorias de cuando permaneció cautivo de Calfucurá

“... y lo oí de aquellos indios que eran encargados de transmitir a los de la época los sucesos tal como se han desarrollado. Allí no había nada dudoso, a pesar de no tener los indios escritura por la que pudieran conservar perpetuamente la historia del pasado, de la antigüedad. Estos eran los ancianos, archivos vivos, que tienen la responsabilidad ante Dios y los hombres de transmitir a su posteridad todo cuanto han oído de sus abuelos y de sus progenitores, tanto lo referente a sus glorias, como a sus desgracias....” (Giordano extraído de Pena, 219 pág.61)

La desestructuración de las formas de educar de la comunidad fue un impacto temprano y duradero en las comunidades. La educación formal otorgada por el Estado dificulta la principal herramienta de educación de las comunidades originarias al retirar a los niños del seno familiar en donde recibían dicho proceso formativo en primer lugar y, en segundo lugar, porque forma un grupo “de pares” (niños) con un contenido de información y una forma de divulgación del conocimiento que ubicaba a su entorno familiar y anteriormente formativo en un plano de ignorancia y desconocimiento.

Las tradiciones comunitarias, atravesadas por la derrota bélica y el sistemático sometimiento descrito anteriormente, no pudieron hacer frente al dispositivo de saber-poder encarnado por la escuela en el seno de sus anteriores territorios (Zaindenweg, 2013). No sólo no evitando activamente su implementación, sino por el contrario haciéndola propia y solicitando el funcionamiento de las escuelas en sus comunidades, pensando tal vez (como se mencionará más adelante), que a través de dicha educación se recibiría un trato igualitario en el futuro.

La llegada de la institucionalidad educativa a la región no significaba que la misma llegara con la calidad y objetivos que poseía en las grandes ciudades del país, y más lejos se encontraba de ser un mecanismo pensado como de ascenso social. El objetivo del Consejo Nacional de Educación (CNE) estaba más enfocado en la imposición de un tipo de ciudadanía³¹ definido que en la emancipación de sus usuarios.

Un ejemplo del desinterés en la calidad educativa y el lugar que los aborígenes ocupaban en la visión del CNE es la realidad de la escuela de Quila Quina en el año de su inauguración y en la década posterior. Reclamada por Abel Curruhuinca, la escuela es considerada un logro de la comunidad y un triunfo ante el “huinca”. Poco tiempo después de su inauguración en 1918, viajó a la localidad el Dr. Ángel Gallardo en calidad de presidente del Consejo Nacional de Educación inspeccionando las escuelas. En el acto protocolar realizado en la comunidad, Quiroga, su primer maestro, refería delante del auditorio compuesto por el Ministro, las autoridades de San Martín de los Andes, las autoridades de la comunidad y los miembros de la misma

“Estimadas damas y caballeros: ¿Qué he de decirles? Es seguro que vuestros ojos sagaces ya se han percatado de la situación imperante y comprenderán por qué creo con tanta convicción que ya me he ganado un lugar privilegiado en el cielo. El destino quiso que conviva con estas criaturas. El que sabe lo sucios y descuidados que son no se sorprenderá que no haya en ellos el menor respeto por la tarea sacrificada del maestro. (...) Las pequeñas semillas que la escuela siembra en la mente infantil son destruidas antes de germinar por acción del mal ejemplo de los mayores. En vano se esfuerza el maestro por inculcar a los jóvenes hábitos de decencia, pues ni aun delante de estos jóvenes refrenan su desvergonzado comportamiento” (Koessler-Ilg, 2003 pág. 157)

El relato se producía luego de convivir durante unos escasos meses en la comunidad, pero es claro el nivel de prejuicio, posiblemente reforzado por el higienismo en cuyo desarrollo en la región la escuela tuvo un lugar privilegiado,

³¹ Para mayor información sobre el proceso de argentinización y los objetivos del mismo consultar “La “argentinización” de los Territorios Nacionales a través de la educación formal e informal. Estudio de caso Río Negro (1908-1930)” Cielo Zaindenweg, 2013. Para profundizar en la mirada de CNE a través de sus agentes en territorio referirse a “Raúl B. Díaz: el inspector de Territorios Nacionales. Miradas, recorridos y reclamos de un funcionario viajero (1890-1916)” Flavia Fiorucci, 2016.

y trato despectivo hacia el “indio”. Proseguía su relato, ahora tratando de resaltar un hecho que consideraba positivo

“Ahora bien, mi sentido de justicia me obliga a decir algo positivo acerca del gordinflón éste, del cacique. Fue él quien rechazó el aporte metálico que le ofreció el Señor Ministro y la famosa escritora de temas etnológicos Ada Elflein, prematuramente fallecida. ¡Me resisto a creer que lo hiciera por considerar el donativo de 10 pesos demasiado exiguo! En lugar de ello, pidió que se construyera una escuela para los aborígenes, y es lo único que puedo decir a su favor. Como maestro no debo ni quiero desesperar. Más bien, seguiré alimentando la esperanza de educar a los descendientes de estos seres para hacer de ellos personas mejores”
(Koessler-Ilg, 2003, pág. 158)

En esta cita se evidencia el menosprecio por lo aborígen y la libertad de expresión que sentía el maestro al ser blanco y representante del Estado. Resalta cómo se expresa abiertamente en forma despectiva hacia el *lonco* delante de autoridades locales y nacionales que no conocía y frente a los miembros de la comunidad en la que vivía desde hace sólo dos meses. Sistemáticamente hablando de “estos seres”, despojándolos de su humanidad, y teniendo la esperanza de que pueda lograr que sus descendientes sean “mejores”. Inclusive para resaltar un hecho positivo y extraño para la época, que es rechazar una donación a cambio de una escuela, el docente realiza la introducción al hecho refiriéndose al *lonco* como el “gordinflón”. Se evidencia la presencia de una construcción discursiva de subalternización del componente indígena en educación, encarnada en su representante local, en la impunidad de insultar al referente comunitario en su territorio, en frente de su comunidad y delante de autoridades locales y nacionales en un discurso oficial. Un discurso cargado de odio y de tintes raciales por un representante de la institución educativa podría entenderse, no así ser justificado, en la situación particular de un docente que no está a gusto con la tarea y el lugar de desempeño. Dicha opción queda en segundo plano luego de la alocución realizada por el presidente del CNE, cuando finalizaron las palabras del maestro, demostrando cómo lo manifestado por el docente se encuentra en la subjetividad de la institución educativa misma

“¡Habéis pedido que construyan una escuela! ¿qué confusión reinaba en vuestro espíritu al hacerlo? Antes, cuando no conocíais la escuela, erais seres libres,

respetados y temidos. Con vuestro lazo y vuestras boleadoras erais los hijos de estas salvajes tierras. ¿Pero qué sois hoy? Habéis cambiado el espíritu de libertad por estas 28 letras que no os dan nada, sino que os quitan vuestra libertad. Antes teníais como hombres un lugar bajo el sol, pero ahora vivís como parásitos. Este alfabeto, que tanto ansiáis, no es para vosotros más que una maldición que trajo consigo la civilización. ¿Por qué? Porque pensáis que el abecedario os eximirá del trabajo” (Koessler-Ilg, 2003, pág. 158)

Lo que en principio era un evento festivo, rápidamente se convirtió en un acto de toma de posición, en donde se dejaba en claro que el Estado a través de sus representantes tenía el poder de imponer su mandato y condiciones.

Iduvina, con sus actuales 95 años, contaba que se escolarizó desde los 7 años en esa escuela de Quila Quina. Su maestro era de Tucumán, y que algo “habrá hecho”, porque vino castigado para la escuela (sucesor de Quiroga). Según recuerda, perdiendo su sonrisa, el maestro era “malo”. Los trataba de burros, no les enseñaba porque decía que él no podía perder tiempo con gente que no puede aprender, y constantemente les pegaba con una regla de madera de un metro de largo. Refiere que tenía mala relación con toda la comunidad, a la que trataba despectivamente. A diferencia de él, su señora Haydee era muy querida por la comunidad. Haydee lo ayudaba en las tareas de la escuela, y cuando el maestro fallece, a pedido de la comunidad, Haydee es nombrada directora, cargo que ejerce hasta mediados de la década de 1950 y vive en la comunidad hasta que fallece y es enterrada en la misma. Iduvina, sonriendo, cuenta que *“mucho no aprendíamos, porque ella no era maestra, y sólo nos ayudaba un poco con la tarea hasta 4 grado, pero era buena con nosotros y no nos maltrataba”* (entrevista noviembre 2019 paraje El Pastoso). Esta situación pone de manifiesto la poca preocupación del CNE por la calidad educativa, y por otro lado como la comunidad termina abrazando el buen trato a lo que en primer momento consideraban una educación necesaria, ya que al decir de Abel Curruhuinca *“quiero, quiero que mi gente sepa leer y escribir para que pueda adelantar y no ser engañada”*.

Si las fuerzas de seguridad fueron la imposición coercitiva del Estado en ese punto, sin lugar a dudas la hegemonía se instaló de la mano de la educación, más allá de que la calidad de la misma no fuese ni siquiera aceptable en términos académicos. La naturalización de usos, costumbre y de la interpretación de la

historia a través de la institución educativa penetró no sólo en los niños y niñas que asistían a la misma, sino que se hizo extensiva a sus familias. El lugar que la institución le asignaba a la cultura de las comunidades estaba signada por el atraso, la pobreza y su culpa como escollo a la civilización.

En entrevistas individuales realizadas en la región, Héctor, Carlos, Florentino, Albina y Yolanda mencionaron específicamente, aunque no era el tema particular de la entrevista, que en la escuela les prohibían hablar *mapuzugun* y que sistemáticamente se abordaba su condición de “indio” de la mano de la humillación y el menosprecio. Concuerdan en la pobreza en que vivían les obligaba a esconder su calzado por las condiciones del mismo, y que era más frecuente que fueran revisados y mandados a su casa por piojos. Recuerdan, como si fuesen parte del mismo relato, que sabían de antemano la discriminación de la que iban a ser parte, ya que fueron “puestos en aviso” por sus madres. Algunos recuerdan sufrir vergüenza de niños y adolescentes por su condición de “indio”, y que les costó mucho salir de dicha situación y entender que no existe ningún problema en las diferencias étnicas. Fueron años de recorrido para llegar a la condición de aceptación actual y sentimiento de pertenencia a un colectivo definido étnicamente. Sintieron que durante su educación fueron subalternizados con respecto a sus compañeros, que se sentían mejor que ellos por el sólo hecho de no ser indígenas³². Si entendemos que la comunidad educativa era compartida por todos los miembros de una generación en el mismo establecimiento, la estructuración de relaciones asimétricas generaba a futuro inequidades laborales y sociales difíciles de evitar.

En este mismo sentido la iglesia comparte el hecho de poseer en sus efectores finales personas convencidas del beneficio de su práctica para con terceros, sin una gran autocrítica del lugar que ocupan con sus prácticas en la sociedad. Tienden a avalar de hecho las inequidades del sistema, y servir en las áreas limítrofes del mismo para la penetración cultural por el altruismo de sus efectores finales en el campo. Su “vocación” de servicio, y habitualmente el trato afable y

³² Para profundizar en aspectos relacionados al proceso de subalternización producido por la educación referirse a Mases, 2010; Zaindenweg, 2013; Fiorucci, 2016; Estrella, 2017 y Armus, 2002.

directo con otras formas culturales, sin violencia ni maldad evidente, son la puerta de entrada de nuestra cultura en muchos lugares.

Con la voluntad de servir como mediador, para disminuir la violencia contra las comunidades originarias, la iglesia se (auto)instituyó como un intermediario frecuente para la liberación de prisioneros, los acuerdos de paz, las misiones, las reducciones y los cuidados de los presos enfermos durante la conquista (Di Liscia, 2011; Di Liscia en Armus 2002; Pastrone, 2018). En todos los roles que cumplió, más allá de la prestancia y compromiso para participar de situaciones complejas, habitualmente favorecía el avance de nuestra cultura por sobre las otras. Entrelazados con el Estado al compartir intereses, el asunto del “indio” era una cuestión de formas y no de fondo, donde no se cuestionaba el avance sobre la frontera y su dominación, se discutía si la misma debía ser violenta o de sumisión pacífica³³.

Una vez establecidos en territorio, generalmente en escuelas albergue, la iglesia comenzó un desarrollo territorial con visitas frecuentes a las distintas comunidades cercanas a la cordillera. Florentino (*lonco* filosófico comunidad Cayún) y Albina (comunidad Aucapán) no dudan del rol de los misioneros en la desestructuración de los roles de la comunidad y del fin de las/los *machis*. Refería Florentino

“El ingreso de los misioneros con el Dios bueno, que todo lo perdona y el diablo confundió todo. Mezclaron al diablo con las brujerías, y ahí estaba la machi como bruja. Se sembró duda y miedo en los miembros de la comunidad que no se recuperaba de todo lo que le había pasado. Se empezaron a generar problemas dentro de la comunidad, también venía la policía y el ejército y se las llevaba. Se rompió la confianza y la fe en los roles históricos de la comunidad...” (entrevista septiembre 2019, comunidad Cayún)

Albina refería que en Aucapán ese proceso se dio antes que en el resto, porque es el lugar que eligieron en la zona los misioneros para visitar y convertirlo en el foco de su intervención (entrevista septiembre 2019, comunidad Cayún).

³³ Para profundizar en el rol de la iglesia en la invisibilización del sujeto indígena en la Patagonia durante los años posteriores a la ocupación de los territorios referirse a Duran, 1997; Mases, 2014; Di Liscia, 2002; Zaindenweg, 2013. Como ejemplo de la transformación que la iglesia propone en los aborígenes se encuentra la historia de Ceferino Namuncurá, en Nicoletti, 2007.

Por otro lado, como vemos la escuela, la iglesia y la salud se cruzan en sus objetivos. Produciendo así un proceso de retroalimentación donde la construcción del “ciudadano” es producto de una acción multisectorial y plural de diferentes campos de acción. Así, en este proceso histórico, es muy difícil diferenciar los campos, especialmente cuando para las comunidades de los pueblos originarios estos están interrelacionados. La machi, no es solo una “prestadora de salud” o el lonco un “educador”, son la base de la comunidad y de su reproducción. Por eso, y más allá de las descritas instituciones (política, justicia, fuerzas de seguridad, instituciones educativas, iglesia), fueron múltiples las estructuras estatales y para-estatales que promovieron –consciente o inconscientemente- la subalternización y sometimiento de las comunidades originarias. Estos procesos fueron de muy largo aliento y se extendieron a lo largo de todo el siglo XX, con mayor o menor magnitud, atravesando el período específico de estudio de esta tesis. Como vimos en el capítulo previo, las comunidades originarias quedaron invisibilizadas en el discurso político y ello se explica por este continuo avance del Estado “moderno” sobre el territorio. En el próximo apartado veremos esta consolidación, a mediados del siglo pasado, que servirá como marco general para el estudio del desarrollo y territorialización de la medicina alopática como parte del mismo.

El resultado del proceso de subalternización hacia fines de 1960

El transitar de la región durante los más de 50 años que separaron la toma de posesión de los territorios patagónicos por las armas y la década de 1960, se vivieron bajo la imposición de la maquinaria estatal mencionada, una verdadera ingeniería social tendiente a subalternizar, invisibilizar y someter lo que consideraban el remanente indígena de la región. Para poder visibilizar la magnitud del proceso es importante poder dar cuenta de la realidad que en la región vivían las comunidades originarias y lo que podría considerarse su lugar en la sociedad en dicho período.

Para dar cierta luz sobre este proceso voy a basarme en dos obras literarias escritas por autores locales alrededor de 1960 y que destacan, a través de sus relatos, la cotidianeidad de la relación interétnica y dejan entrever las

desigualdades existentes en la subjetividad de quienes escriben. En cierta medida estas obras también son autobiográficas y recrean de forma directa la relación entre las personas de las comunidades con los inmigrantes extranjeros. A pesar de que no podemos saber con exactitud cuánto de estas narrativas están ficcionadas entendemos que estos relatos nos permiten ver la interacción entre ambos grupos humanos.

La primera autor es Bertha Koessler-Ilg, esposa del primer médico civil de la historia de San Martín de los Andes. Nacida en Baviera (Alemania), fue formada como enfermera en la Cruz Roja en dicho país y acompañó el trabajo de su marido durante más de 40 años en la localidad. Recopiladora de historias orales, con antecedentes de publicaciones sobre leyendas y culturas en Malta, publicó dos libros sobre leyendas y mitos mapuches: *Cuentan los Araucanos* y *Tradiciones Araucanas*. Pudo llevar adelante dichas publicaciones por el nivel de interacción que logró con los mismos, al igual que la profundidad de la relación y la confianza, que hizo que en las comunidades llegaran a llamarla la “Araucana Blanca”. En su tercer libro “*El Machi del Lanín, un médico alemán en la cordillera patagónica*”, podemos acceder a relatos de distintas situaciones acontecidas a lo largo de 40 años de atención médica en un pequeño paraje de la cordillera de los andes. En este se resalta el altruismo con el que su marido desempeñó la tarea, convirtiendo su casa en numerosas oportunidades en un pequeño hospital por semanas, a cambio muchas veces del agradecimiento verbal de los pacientes y sus familiares. En sus relatos se resalta la pobreza en que viven las comunidades, el sistemático y naturalizado consumo de alcohol por los hombres de las comunidades, el despectivo trato a las concepciones y pareceres de las tribus al igual que la subalternización en el mundo del trabajo y en su relación con las autoridades. Las descripciones, muchas de ellas en tono despectivo, sirven para interiorizarse en lo que era la percepción de una extranjera que, por otra parte, demostraba cierta empatía con los mapuches. Como ejemplo va una descripción de las tantas que realiza la autora en su libro

“A mi juicio, el prototipo del indio enigmático lo representaba el tehuelche Marinienco, el más auténtico representante de su raza con que el doctor haya tenido que ver. (...) Marinienco detesta el trabajo pesado; descuida los pocos caballos que tiene, que a menudo son robados; se alimenta de los animales propios y los que

han dejado a su cuidado; es dado a la bebida cuando se presenta la ocasión y no se cansa de hablar de la tierra que pertenece a su gente y que esta volverá a poseer. Mariniaco sigue el ejemplo de su padre...” (Koessler-Ilg, 2003: 103)

Por su parte Wily A. Hassler, autor del libro *Nguillatunes*³⁴ *del Neuquén*, realizó la investigación que luego publicó mientras se desempeñaba como empleado de comercio. Resalta su amor y particular interés de conocer el mundo mapuche, logrando, por su cercanía con la población mapuche, ser invitado a varios Nguillatunes de la región. Luego de participar en el primero, se dedica a aprender el idioma y a investigar de primera mano, mediante entrevistas informales, la máxima ceremonia ritual mapuche. Sin formación académica, Hassler realiza un trabajo de terreno envidiable en el campo de la antropología. Al igual que en el anteriormente descrito, se resalta la pobreza en la que viven las comunidades y su lugar subalterno en la sociedad. Los relatos en los que va descubriendo el lenguaje mapuche y sus tradiciones se desarrollan mayoritariamente en los parajes, compartiendo largas horas de mates, almuerzos y demás en el seno de las comunidades. Llama la atención en sus escritos el siguiente pasaje

“Un sábado por la tarde vino a visitarme don Lucas Lefiñir (zorro ligero). Es un hombre solo que trabaja en Quechu quina, donde Parques Nacionales tiene un establecimiento de campo, a cuyo frente está don Arturo Parada, hombre criollo y de ley.

No hay duda que el lector se asombrará de que haya compartido mi mesa familiar con un indio, pero así fue y no me disgustó” (Hassler, 1979: 41)

Sorprende la naturalidad de una persona que comparte sistemáticamente la casa y las comidas con miembros de la comunidad mapuche para resaltar la extrañeza de compartir la “mesa familiar”, en donde debemos entender la propia, ya que comparte habitualmente la de “ellos”. Demuestra no sólo que no se contemplaba como una posibilidad de la época compartir la mesa de la familia con “indios”, sino el impacto que a él mismo le provoca, llevándolo a asegurar no sólo que no le disgustó, sino a publicarlo en forma presumiblemente reivindicativa.

Para poder dar un marco de como la realidad descrita y las acciones de las instituciones del Estado penetran en las comunidades, transforman su

³⁴ Ritual anual mapuche también conocido, en español, como rogativa.

idiosincrasia y corroen su cultura, voy a utilizar un ejemplo de vivencias ocurridas en Chile. Hay que resaltar que en dicho país la expansión del Estado fue diferente, y si bien excede los objetivos de esta tesis, podemos afirmar que el pueblo mapuche logro sostener su cultura y prácticas de una manera más perdurable que de este lado de la Cordillera. Por otro lado, y como fuera estudiado por varios autores la frontera estatal no fue (ni es actualmente) un impedimento para esta comunidad. Por lo cual, los relatos de los mapuches de uno y otro lado pueden ser entendido como las voces de la comunidad, seguramente con grados de independencia y estatización diferentes en cada uno de ellos.

Por tanto, y partiendo de esta idea, a partir de las historias orales es posible reconstruir alguna de las características de la “otra mirada” - de algunos miembros de la comunidad- de este proceso. En este sentido, entiendo que algunas veces las reconstrucciones biográficas permiten observar el impacto de estas situaciones intangibles, para ver como son corporizadas en el sufrimiento y postergación que generan en un caso en particular.

Voy a realizar un pequeño resumen biográfico de la *machi* Rosa Barbosa Canullan a partir de un relato que ella misma compartió en un encuentro comunitario. La *machi* Rosita, como habitualmente se la conoce, está trayendo su *kimun* (conocimiento) y su *newen* (fuerza) desde el *ngulumapu* (tierra del oeste) a la comunidad Curruhuinca, en el *puelmapu* (tierra del este)³⁵, en el área rural de San Martín de los Andes. En un proceso de revitalización étnica, no sólo trae sus *lawen* (preparados con plantas medicinales), sino que ayudó a restaurar el *rewe* (espacio ceremonial) y acompaña en el redescubrimiento de los *pu lonko* (guías espirituales de los ancestros). Si bien su historia se desarrolló en Chile, las experiencias vividas reproducen los mecanismos mencionados, que en nuestro país son difícilmente reproducidos en las *machis*, debido al exterminio físico de las mismas por persecución a través de las fuerzas de seguridad en las primeras décadas del siglo XX. La historia de la *machi* Rosita demuestra la presión social que existía en desmedro de las creencias ancestrales y cómo esta

³⁵En esta forma de definición del espacio geográfico podemos ver cómo es apropiado el territorio por parte de la comunidad. En este sentido, ambos lados de la cordillera conforman un solo territorio y ésta no es resulta un límite sino parte de él.

se instrumentaba en el seno familiar con resultados tangibles en el moldeado de la vida de las personas involucradas.

El relato que resumiré, fue realizado en primera persona por la *machi* Rosa Barbosa Canullan en un *nüxtan* (conversación colectiva) convocado por ella misma en el Salón Municipal de San Martín de los Andes, el 14 de febrero de 2020, al que no concurrió autoridad alguna municipal, de gobernación, del poder legislativo ni las conducciones de salud de la localidad, especialmente invitadas.

En una reunión de más de dos horas, ante un salón colmado en su capacidad, expuso su historia de opresión sobre su pueblo y creencias. Inició su relato resaltando que no se elige ser *machi*, que el kimun y el newen lo “buscan a uno”, y que si lo rechaza vive enfermo. Cuenta que es la menor de ocho hermanos de un hogar en el que se hablaba *mapuzugun*, y que antes de saber hablar, realizaba sistemáticamente círculos en la tierra en los que posteriormente trazaba una cruz en su interior. Dicha representación se encuentra en el *kultrún* (pequeño tambor ceremonial), y representa los *Meli wixan mapu* (cuatro puntos cardinales). Refiere, riendo, que por más que sus padres trataban de que se estimule y dibuje otras cosas, ella sistemáticamente realizaba el mismo dibujo. A medida que fue creciendo en *peumas* (sueños) se le anticipaba su destino, lo que aumentaba el conflicto con su padre, ya que la postura paterna era irreductible “*en nuestra casa no va a haber una bruja*”. En esta parte del relato hay que destacar la convicción del padre en negar la posibilidad a su hija de recibir el “llamado”, resaltando el término “bruja” propio de la imposición de concepciones de la iglesia católica en territorio americano. En un contexto de ruralidad cerca de 1950, en donde el habla cotidiana es en *mapuzugun* y se sostienen gran parte de las costumbres rituales del pueblo, se observa la fuerza de la penetración cultural que vimos en el apartado anterior.

La *machi* Rosita continua su relato refiriendo cómo es ingresada en un colegio internado para monjas alejado de su comunidad, con el objetivo familiar de “erradicar esas ideas” de su cabeza. En el internado le prohíben hablar en su idioma, por lo que lentamente va abandonando la práctica. Se inicia en el conocimiento de la fe cristiana, lentamente se aleja de sus creencias y la abandonaron los *peumas*. Al terminar la enseñanza básica se fue lejos del *lof* (comunidad), en donde se encontraba el *rewe*. Con el afán de alejarse de sus

sentimientos, puso kilómetros de distancia, lo negó concienzudamente y se casó con un *huinca* (blanco). Vivía enferma, y si bien su marido la reconoció como “india”, sufrió sistemáticamente la discriminación por parte de la familia de él. Enferma al punto de morir, luego de largas internaciones, entendió que su proceso era por negarse a aceptar su mandato ancestral. Habló con su marido, quién comprendió la situación y se comprometió a acompañarla en el proceso de redescubrimiento. Hoy hace 14 años que la *machi* Rosita se desempeña en su *ruca* en la comunidad de Fin Fin Boroa, en la localidad de Nueva Imperial (Chile) y se ha transformado en una referente en la construcción de las relaciones interétnicas, llevando su historia como expresión de las vivencias de su gente, y su presente como una señal de esperanza hacia los oprimidos.

El relato nos muestra el impacto en diferentes dimensiones de la penetración cultural, inclusive en comunidades en donde la base cultural parecería sostenerse, la intervención de los distintos dispositivos generaron tensiones, disputas y sufrimiento en el seno de las familias y la comunidad, así como también resistencia.

Conclusión

En términos de Foucault (2007) podemos afirmar que, luego de la conquista armada, se despliega sobre el territorio un dispositivo de saber-poder que, con el paso del tiempo, toma control de los cuerpos en pos de regularlos, normatizarlos y favorecer su despliegue como una nueva fuente laboral al servicio del “progreso” de una nación que parecía no contemplarlos como miembros. Mediante la utilización del discurso político, la instrumentación de dicho discurso, la medicina, la educación, la religión, las fuerzas de seguridad, la justicia, etc.; las estructuras político administrativas del Estado tuvieron como función la imposición del mismo y de la búsqueda concreta y sistemática de legitimidad.

Esto se inscribe en lo que Zaidenweg ha definido como *régimen de verdad* (citando a Foucault, 2013). Definiría la verdad de quién es argentino, qué es ser argentino, cómo es ser argentino y cómo se puede llegar a serlo, al igual que definir los contrarios. Establecer la argentinidad como un régimen de verdad

significa una forma particular de enunciación y visibilidad propio de dicho concepto, una lógica de la argentinidad que define el modo en que funciona el hacer-ser argentino. Para dicha argentinización se requirió la reconfiguración de dispositivos de saber-poder preexistentes como la escuela, la salud pública, la política inmigratoria, el hospital, la literatura y la aparición de nuevos dispositivos como el servicio militar obligatorio, la higiene pública, la penitenciaría y el hospital psiquiátrico, configurando una red argentinizadora que debía producir un crisol de razas, cuyo resultado sería el “argentino deseado” (Zaindenweg, 2013).

A lo largo de las décadas siguientes a la toma de posesión de los territorios pampeano-patagónicos, se observa en la región objeto de estudio un Estado que mientras generaba su desarrollo territorial se encargaba de imponer condiciones que aseguraran su legitimidad. Los distintos “dispositivos” de saber-poder en términos foucaultianos se utilizaron para intentar homogenizar una población, borrar sus particularidades, su historia, y lograr su incorporación al andamiaje productivo de la sociedad.

Si lo evaluamos siguiendo a Bourdieu, el Estado utilizó los distintos capitales a su disposición para favorecer ciertas condiciones en los distintos campos que aseguraran el dominio simbólico de los valores y concepciones occidentales en desmedro de las prácticas y saberes de los pueblos originarios. Religión, educación, salud, etc., fueron intervenidos sistemáticamente por el Estado, ya sea a través de sus capitales como de su dominio coercitivo. Las prácticas y la filosofía de los pueblos originarios no reconocen al Estado moderno, sus concepciones y sus prácticas, por lo que la persistencia de campos dominados por dicho pensamiento le quitaría legitimidad a un Estado que, en plena consolidación, no podía permitirlo. Por tanto, por medio de la penetración ideológica, la discrecionalidad en los recursos, las fuerzas de seguridad, etc., se subalternizó a una población que en el comienzo de la interacción forzada no manejaba el idioma, los usos y costumbres, las reglamentaciones, el sistema de justicia ni la propiedad privada o el sistema de trabajo. Reforzando la construcción en el ideario popular que se había realizado del “indio”, al ser sometido a prácticas, idioma y reglas que no compartía, fue perseguido y acusado por no tener las mismas “capacidades” que sus pares blancos, abonando el lugar de miseria y relegación que el Estado había definido.

Sin embargo, estas comunidades han mantenido en su historia oral una interpretación de los hechos diferente. Las historias relatadas por los miembros de las comunidades, no sólo de lo que podría considerarse memoria histórica sino de sus propias vivencias sobre la marginación y la violencia institucional, permiten entender un proceso histórico que conllevó un sistemático comportamiento del Estado a través de sus representantes e instituciones tendientes a la invisibilización de las comunidades remanentes y a su asimilación subalternizada.

Capítulo 3

El Campo de la Salud en la Región Sur de la Provincia del Neuquén en 1968

Introducción

En el capítulo 1 recorrimos la historia de la medicina alopática en la Provincia del Neuquén, desde la constitución de los Territorios Nacionales hasta el comienzo del Sistema de Salud Provincial, y, en el capítulo 2, describimos, desde una perspectiva de larga duración, el proceso de construcción de subalternidad de las comunidades originarias en la zona de estudio. En ambos capítulos se han descrito y analizado el proceso de construcción de una situación de subordinación de base étnica que poseen tintes particulares en la región estudiada. Estas particularidades son el contexto necesario para poder comprender la complejidad del “campo” de la salud y entender cuáles fueron las condiciones existentes a partir del cual se cimentó el desarrollo del sistema sanitario desde la provincialización de Neuquén.

Por tanto, el objetivo de este capítulo es describir, por un lado, las condiciones iniciales de la población neuquina en la región y, por otro lado, analizar el campo de la salud en la región sur de la Provincia del Neuquén tomando el concepto de campo disciplinar de Bourdieu. Este concepto nos permite entender la complejidad del proceso de subordinación, resignificación del concepto de salud y su imposición a toda una comunidad que, si bien tenía déficits asistenciales, también tenía otras formas de curar.

Para lograr dicho objetivo, se realiza en este capítulo una descripción de las condiciones iniciales de las características demográficas de la región y su evolución, así como de las condiciones económicas de los nuevos asentamientos, que nos permitirá comprender las características de la sociedad a escala local. Posteriormente, y materia central del capítulo, se analizará el campo de la salud en la región sur de la Provincia del Neuquén, haciendo foco en su configuración final en 1968, pero teniendo en cuenta su devenir desde la toma de posesión de los territorios por el Estado Argentino a finales del siglo XIX.

Para ello, previo al análisis del campo propiamente dicho, se aborda el concepto de salud, con su polisemia y su complejidad en relaciones interculturales, como marco para entender la construcción de un campo teórico en donde la interpretación de la salud no es compartida

Evolución de la población y desarrollo económico

El crecimiento poblacional del Territorio Nacional del Neuquén fue sostenido, con tasas de crecimiento anual medio intercensal entre las más altas del país, salvo entre los censos de 1947 y 1960 (tabla 1). En el período 1960-1970 tuvo el segundo mayor crecimiento anual promedio, sólo superada a nivel provincial por Santa Cruz.

Tabla 1: Comparación tasa media anual de crecimiento intercensal entre Neuquén y el total del país

Período intercensal	Tasa media anual de crecimiento (por mil)	
	Total país	Provincia del Neuquén
1895-1914	35,7	36,7
1914-1947	21,4	33,9
1947-1960	17,4	17,7
1960-1970	15,6	34,7
1970-1980	18,1	46,6
1980-1991	14,7	45,2

Fuente: Extraído de Perrén J. (2008) "Una transición demográfica en el fin del mundo", J. Perrén, 2008 citado de INDEC 1998

Datos del INDEC indican que en el Censo de 1914 el 46% de la población de Neuquén era no nativa, comparada con un 30% a nivel nacional. Dicho porcentaje lentamente se va equiparando al resto del país llegando a 1970 a poseer un porcentaje similar de no nativos con el resto del país del orden del 9% (INDEC, 1980). La evolución de la tasa de crecimiento poblacional anual y la disminución de los no nativos en territorio a partir de 1947 (13,6%) demuestran que gran parte de los nuevos pobladores de la zona se radicaron, siendo ellos y

la generación que les siguió los que marcaron la provincialización del territorio y parte importante de su bagaje cultural.

En la región en donde se centra el análisis de la presente tesis el comportamiento no fue homogéneo. En la zona de Junín de los Andes (departamento Huiliches) primó el desarrollo militar, los establecimientos Salesianos y las grandes extensiones de tierra utilizados para ganadería, que desarrollarán de la mano de grandes estancias, un pujante mercado ganadero. Las comunidades mapuches quedaron distribuidas en donde ya se encontraban, dispersas en el territorio y relativamente fuera del circuito económico local, salvo que se emplearan en las estancias. La región de San Martín de los Andes (departamento Lacar) se desarrolló en tierras que habitualmente utilizaban para siembra y pastoreo las comunidades, que fueron replegadas hacia la montaña, con tenencia precaria de los terrenos y la posibilidad, que se ejecutó a través de Parques, de ser removidos según disposición gubernamental. En Villa La Angostura (departamento Los Lagos) el pueblo se desarrolló sobre una colonia silvopastoril en la que convivían inmigrantes europeos, chilenos y miembros de comunidades originarias.

En toda esta región, al igual que en casi todo el país, se les negó la posibilidad a los miembros de las comunidades originarias al acceso a la tierra en forma individual. Por el contrario, el acceso era en tierras de mala calidad para el cultivo, y en tenencia precaria y colectiva. La inmigración de esta primera etapa, principalmente de origen europeo, fue más intensa que en el mismo período para toda la provincia, llegando en el departamento Lacar a ser la tasa de crecimiento anual intercensal cercana al 50% entre 1920 y 1947, comparada en el mismo período en Neuquén que ostentaba el 30% (tabla 2).

La alta inmigración, fundamentalmente de europeos nórdicos, producida entre 1920 y 1947 es la que define las bases poblacionales de los nuevos asentamientos y configura las nuevas sociedades, ya sea arquitectónicamente como en usos y costumbres. Las comunidades originarias locales, sin acceso a los beneficios otorgados por el Estado, fueron marginadas de la construcción de esta nueva socialización, manteniéndose en un lugar de subalternización dispuesto por el Estado.

Tabla 2: Población total, variación porcentual y tasa media anual de crecimiento según censo. Departamento Lacar. Provincia del Neuquén. Años 1920-2010

Censo	Población total	Variación porcentual %	Tasa media anual de crecimiento %o
1920	1.562 ⁽¹⁾	///	///
1947	5.875	276,1	50,3
1960	7.273	23,8	16,6
1965	7.842	7,8	15,2
1970	8.073	2,9	5,8
1980	14.193	75,8	57,7
1991	17.085	20,4	17,7
2001	24.670	44,4	35,0
2010	29.748	20,6	20,9

Fuente: elaboración propia en base a datos de: (1) la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, en base a datos del Censo General de los Territorios Nacionales 1920; IV Censo General de la Nación 1947; Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970; Censos Nacionales de Población 1960, 1980, 1991, 2001 y 2010; y Censo Provincial de Población 1965.

Desde el inicio de los nuevos asentamientos, y atravesados por la lógica con la que se intervino desde el Estado, se configuró una sociedad que giró en torno a los noveles poblados, con múltiples beneficios, ya sea económicos o de servicios. Por el contrario, el sector rural compuesto mayoritariamente por las comunidades originarias, disperso, sin beneficios ni reconocimiento estatal y hostigado permanentemente por el desarrollo institucional del mismo, o de las iniciativas privadas que favorecía (estancias, aserraderos, etc.).

La población asentada en los pueblos encontraba estímulos permanentes para el arraigo y su desarrollo económico como poseedores de la “necesaria” civilización de la cual eran considerados portadores. Mientras que sus pares rurales, vieron desestructurado su sistema social y económico, y fueron sometidos a una nueva realidad que le imponía normas que no conocían usando para ello toda la fuerza de la ley, mientras los condenaba a una subalternidad económica y social.

El último censo realizado por las autoridades del Territorio Nacional de Neuquén, en 1920, informaba que aproximadamente la mitad de la población del sudoeste de Neuquén eran indígenas, casi un tercio chilenos y los escasos “argentinos” eran mayoritariamente del ejército y los que acompañaban las campañas (Bandieri, 2009). Escasos “argentinos” en una población mayoritariamente indígena, no hace más que resaltar el lugar que ocupaban para las autoridades las poblaciones originarias, para las que, casi 30 años después de finalizada la campaña, los miembros de las comunidades originarias no eran consideradas argentinos.

A los procesos de invisibilización surgidos desde el Estado Nacional que analizamos en el capítulo 2, vemos que en el ámbito local se sumó la construcción de un discurso “mítico” en torno a los “primeros pobladores”. Como parte de la invisibilización y de la subalternización del componente indígena en la región, sistemáticamente comenzó a construirse un discurso que otorgó (y que continúa hasta el presente) un lugar privilegiado a “los primeros pobladores” asociando estos a la población inmigrante de blancos y europeos. Por un lado, se niega el pasado indígena y, por el otro, se continúa con el concepto de “desierto” y se reivindica constantemente la difícil vida y obra de los primeros “colonos” que ayudaron con su establecimiento a desarrollar las comunidades, al estilo del Oeste Americano. Estos discursos tienen aún un lugar privilegiado en los días festivos, reconocidos con su nombre en calles o establecimientos públicos (al igual que los mandos militares) y creadores de museos (instrumento de (re)producción de estas ideas) que en la actualidad los continúan ubicando por encima de sus predecesores, los miembros de las comunidades originarias.

Luego del censo de 1947, en donde las localidades ya se encontraban consolidadas, se observa una emigración de la población del departamento Huiliches y del departamento Los Lagos con tasas de crecimiento negativas (que llegan al -24,3% en Huiliches), que recuperan entre 1960 y 1970. Durante dicho período San Martín de los Andes continúa con tasas de crecimiento similares a las provinciales (mayores al 15%) y se constituye en el centro del desarrollo económico y comercial de la región, con el consiguiente desarrollo preferencial de las instituciones del Estado en la localidad. La etapa referida se encuentra marcada por el crecimiento de la industria del petróleo en otras regiones de la

provincia, que comienza en la década de 1930, y que requería de mano de obra ofreciendo buena remuneración, y de la construcción de la obra de la hidroeléctrica del Chocón, con similares características, ya a fines del período mencionado.

Por otro lado, la creación de Parques Nacionales, como resalté en el capítulo anterior, también impactó en la desterritorialización de las comunidades originarias. En el departamento Lacar, la presión para el abandono de la tierra o las tenencias precarias de las misma favoreció un abandono de la ruralidad y desestructuración de las comunidades. Muchos varones emigraron para emplearse en instituciones públicas (entre las que Vialidad resalta sobre el resto), se incorporaron al ejército, se sumaron a la obra del Chocón o a la industria petrolera, esto ya en la década de 1960 (entrevistas en comunidad Cayún y Curruhuinca, Agosto-Noviembre 2019). Otros, junto con sus familias, se trasladaron a estancias o al pueblo a someterse al sistema laboral vigente, donde les esperaba un rol de subalternidad y desposesión económica.

La magnitud de este proceso se puede observar al comparar las poblaciones entre 1947 y 1970. Con una tasa de urbanización del 40,3 en 1947 en el departamento Lacar, casi dos tercios de la población se encontraba en el área rural. En 1970, con una ganancia comparada con 1947 de 37% de población total, el área urbana aumentó su población en un 147%, mientras en el área rural decreció en un 37%, con una tasa de urbanización en 1970 del 72,6 (tabla 3).

La condición descripta generó la construcción de un sector de la sociedad favorecida por el desarrollo económico, por las instituciones del Estado y, otra, desplazada de sus territorios con una subalternización creciente, dependencia económica y sometida a las instituciones estatales. Estos dos grupos sociales convivían en desigualdad de condiciones en una misma región, no vieron favorecido el intercambio y la convivencia como pares. Por el contrario, los inmigrantes europeos encontraron en el discurso oficial de los representantes del Estado y sus instituciones la negación del pasado indígena como construcción de ese presente, la discriminación y una participación subalternizada en las pujantes localidades para con los pueblos originarios remanentes en territorio, que tomaron como propias durante el desarrollo de la región.

Tabla 3: Población total, urbana, rural y tasa de urbanización según censo. Departamento Lacar. Provincia del Neuquén. Años 1947-2010

Censo	Población Total	Urbana	Rural	Tasa de urbanización
1947	5.875	2.366	3.509	40,3
1960	7.273	4.567	2.706	62,8
1965	4.359	3.972	387	50,7
1970	8.073	5.858	2.215	72,6
1980	14.193	12.239	1.954	86,2
1991	17.085	15.137	1.948	88,6
2001	24.670	22.432	2.238	90,9
2010	29.748	27.956	1.792	94,0

Nota: A fin de homogeneizar la información de todos los censos, se considera población urbana a la población en asentamientos de más de 2.000 habitantes y población rural a la población en asentamientos de menos de 2.000 habitantes.

Fuente: Elaborado por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de la Provincia del Neuquén, en base a datos del IV Censo General de la Nación 1947. Censo Nacional de Población, Familias y Viviendas 1970. Censos Nacionales de Población 1960, 1980, 1991, y 2010. Censo Provincial de Población 1965.

El crecimiento económico de la zona tuvo distintas características, favoreciéndose en el departamento Huiliches (Junín de los Andes) un desarrollo ganadero con grandes extensiones de terreno en pocas manos a través de estancias; mientras que en el departamento Lacar (San Martín de los Andes) la actividad principal fue por muchos años la actividad maderera, con grandes asentamientos (pequeñas colonias en los aserraderos) en los márgenes del lago dependientes de la industria maderera. Por último, en el departamento Los Lagos (Villa La Angostura), fue una tardía combinación de agroganadería a baja escala y aserraderos.

Por otro lado, la creación del Parque Nacionales (1934) complejiza el desarrollo económico de la región (Puentes, 2015). Este, con su perfil conservacionista, regula y limita la explotación maderera, al mismo tiempo que da los primeros pasos en cuanto a la preparación para el turismo, cumpliendo con el mandato de Perito Moreno cuando donó sus tierras para la constitución de la primera área

protegida del país, al hacer “obras que faciliten las comodidades para la vida del *visitante culto*” (Puentes, 2015).

Alrededor de 1960 comienza una nueva etapa, en donde el desarrollo turístico cambia nuevamente la fisonomía de la región. Como parte de una estrategia provincial, el Estado acompaña económicamente el desarrollo de las pistas de esquí del cerro Chapelco, en lo que sería el primer paso para que la región que, en algunos ámbitos se refería como la Suiza Argentina, desarrollara una industria turística de elite que requería grandes inversiones para hacer usufructo de la misma, razón por la cual las comunidades originarias fueron nuevamente desplazadas y postergadas en los planes del Estado en la región. El turismo de esquí en el mencionado cerro, la caza mayor y la pesca en el departamento Huiliches y Los Lagos, configuraron una nueva realidad de un turismo excluyente en donde las comunidades originarias nuevamente ocupaban un rol marginal.

No es difícil comprender como, a través de los hechos mencionados, se encontraban en 1960 prácticamente dos grupos sociales con escasa interacción en lo cultural, una dominante y otra sometida. La primera haciendo usufructo de la institucionalidad y beneficios del Estado, al mismo tiempo que reclamando por los servicios que se ofrecían en las grandes urbes del país; la segunda, recluida en la resiliencia y la resistencia cultural, rechazando en parte las intervenciones institucionales y resguardándose, mientras pudo, en la ruralidad.

En este contexto de la producción y desarrollo de la región, un aspecto escasamente estudiado es el de la salud.

El Campo de la Salud en la Región Sur de Neuquén en 1968

Poder definir o enmarcar la utilización de “salud” como concepto es difícil por lo que abarca el termino y lo que puede llegar a significar según el uso que se dé del mismo, máxime en un contexto de relaciones interculturales atravesadas por el conflicto. Reducirlo a un concepto y que contemple todas las variables que debería incluir es una tarea que ha sido llevada adelante por largo término sin mucho éxito, y se puede considerar que el término es polisémico. Un reconocido salubrista español, Gregorio Piédrola Gil, refería que “*La salud es algo que todo*

el mundo sabe lo que es, hasta el momento en que la pierde, o cuando intenta definirla”.

El concepto y definición de salud utilizado actualmente, por más complejo y holístico que procure ser, es etnocéntrico y positivista. Ya sea a través de un enfoque presuntamente holístico como el de la OMS, que tuvo como resultado una masificación de la medicalización en pos de la prevención, o de las más actuales; todas poseen connotaciones positivistas y científicistas (Suarez, 2014). En la Cumbre de Rio de Janeiro de 1992 (Cumbre para la Tierra) llegaban a la conclusión que la salud era un hecho social, ya que depende en último término de la capacidad de controlar la interacción entre el medio físico, el espiritual, el biológico y el económico social. Consideran que la salud como fenómeno social sólo puede ser explicada si se tiene en cuenta que se trata de una estructura con alto grado de complejidad, como son los hechos humanos, en donde entran en acción una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas (Alcántara Moreno, 2008). Las implicancias de esta conceptualización novedosa se desarticulan en los lineamientos del documento conocido como Agenda 21 (documento final de la cumbre), en donde las soluciones emanan de la expansión de los sistemas sanitarios y en su desarrollo territorial para brindar mayor accesibilidad a la medicina alopática.

En ninguna definición oficial³⁶ se contempla la espiritualidad o las energías, por considerarse aspectos metafísicos, que acorde a las sociedades altamente diferenciadas, corresponde a otro campo (el de la religión). Las sociedades hierocéntricas, al igual que las populares, sostienen muchas de las explicaciones de sus padeceres a variables energéticas, que con o sin voluntad, alteran al sujeto que las sufre. El mal de ojo de la medicina popular, al igual que la energía *wekufü* en la medicina tradicional Mapuche, no poseen traducción a las concepciones de salud-enfermedad de la medicina occidental, al igual que su abordaje. La marcada diferencia en su concepción y en lo que abarca potencialmente el concepto, hace que, como expresé anteriormente, el reduccionismo terminológico con el que habitualmente se relaciona al término

³⁶ Si bien existen abordajes e intentos abarcativos para definir el término “salud”, los intentos han sido teóricos, muchos de ellos descriptivos y no se ha impuesto o consensuado una definición que pueda realizar contrapeso a las definiciones “oficiales” de salud, por lo que carecen de implicancias instrumentales

salud, sea etnocéntrico y eurocéntrico. La medicina alopática se posiciona de esta forma dejando nominaciones con connotaciones despectivas en la sociedad dominante a los procesos de atención que se alejen en su entendimiento y abordaje de los problemas de salud positivistas, denominándolos como curanderismo o esoterismo. De esta forma, la medicina alopática, se posiciona en el campo de la salud en términos que les son funcionales.

En la región en estudio, como mencioné con anterioridad, son prácticamente dos grupos sociales que convivían con sistemas de creencias y concepciones sobre salud muy diferentes en su abordaje y entendimiento. Durante el proceso de estudio de la presente tesis se ven reflejadas las tensiones e interacciones y los procesos tendientes a la asimilación subordinada con base étnica.

Si bien las fronteras eran muy permeables en cuanto a la utilización de los circuitos asistenciales, no es posible reducir el concepto de salud a términos alopáticos sin otorgarle al sistema oficial el dominio simbólico del campo de antemano. Por ello voy a referirme a salud entendiéndola como parte central de la dinámica de salud/enfermedad/atención, sin trabajar puntualmente en el concepto, como cualquier padecimiento que lleve a un individuo o su referente a ingresar en dicha dinámica asistencial. Se entenderá que cada individuo o grupo de individuos hacía uso del sistema que considerara cuando lo creyera necesario, indagando que circuito utilizaban en cada circunstancia y no sus considerandos sobre la definición de salud.

Definición del campo de la Salud a finales de los años 60 en la región sur de la Provincia del Neuquén

Para poder avanzar en la descripción del campo de salud en dicho período, es imprescindible poder definirlo. Definir tanto lo que está en juego en dicho campo como los intereses específicos del campo. Como referí anteriormente, al ser una situación enmarcada por una interacción entre dos culturas, con visiones y percepciones diferentes del mundo y su relación con él, en donde el proceso de asimilación subordinada del remanente indígena al Estado y su sociedad se encontraba en pleno proceso de institución, las relaciones entre los agentes y

los capitales en juego y su tasa de cambio poseen particularidades que no se daban en el mismo período en otras regiones del país.

Lo que estaba en juego o en tensión en dicho momento, como en la mayoría de los campos, era el dominio simbólico. La posibilidad de instaurar, imponer una visión y percepción de la salud occidental y naturalizar una vía de abordaje como la única posible se enfrentaba con la cosmovisión de los pueblos originarios que habitaban en dichas tierras desde tiempos inmemoriales. En la región, en el período estudiado, no hay recién llegados, ni agentes ortodoxos y heterodoxos, más bien hay una interacción forzada entre lo que se podría considerar, en dicho momento histórico, dos grupos sociales bien marcados. Cada uno de ellos convivía, más allá de la subalternización construida desde el siglo XIX del componente indígena (como vimos en el capítulo anterior), manteniendo los sistemas de creencias y utilizando los recursos disponibles acorde a sus convicciones. Los pueblos originarios pudieron mantener su cosmovisión y abordaje de los problemas de salud y los llegados desde la conquista hacían lo propio, más allá de “fronteras grises” de intercambio. Por otro lado, la medicina alopática existía en la región y llegó de la mano de la “ciencia positivista” y el higienismo, que fue desarrollándose en la región a medida que los inmigrantes europeos o de otras regiones llegaban a la zona.

Con visiones y percepciones muy diferentes y, en algunos casos, contradictorias del proceso salud/enfermedad/atención, la medicina alopática y la medicina tradicional mapuche disputaban una forma de entender nuestra relación con el mundo social y natural. Una se basada en el positivismo determinista que limita en gran medida la salud al individuo, la otra holística y comunitaria, centrada en las energías y en la interacción social y ecológica. Posiciones irreductibles en el abordaje del proceso salud/enfermedad/atención, el discurso universalista de ambas posturas posee pocos puntos en común, y continúa produciéndose en la actualidad.

Los intereses específicos del campo que unen a los agentes en la lucha por el dominio del mismo es la salud de las poblaciones a su cargo, y paralelamente el reconocimiento social y económico que brinda la práctica, que es el medio de supervivencia de quienes son referentes en salud en ambas percepciones, ya que no suelen realizar otro tipo de tareas en la comunidad. Esto último tiene

menor peso relativo para el proceso salud/enfermedad/atención de las comunidades, ya que en la medicina tradicional mapuche sólo vive de su práctica la/el *machi*, que podría considerarse la única práctica diferenciada de dicha sociedad. En la época objeto de estudio no había en la región por la persecución y aniquilación descritas en el capítulo 2, provenían de Chile, por lo que su presencia estaba reducida a algunas ocasiones puntuales y requerían un esfuerzo económico mayor para quién la/lo solicitase.

En la región y época en estudio el campo tenía como límite jurídico la prohibición de ejercer el arte de curar sin titulación médica, aunque hasta unos años después del momento elegido para la descripción dicha frontera no se utilizaba siquiera como amenaza. Por esa razón los límites del campo no respondían al límite jurídico, sino que estaban enmarcados por “barreras de acceso” acorde a la percepción y decisión de los usuarios.

Los límites del campo, dada las concepciones y percepciones diferenciales en cuanto a la salud, lo refiero a toda consulta o práctica, incluido los solicitantes y los consultados o practicantes, enmarcado en algún padecer relacionado por el individuo con sus concepciones de salud a un efector que se considere apto para resolverlo en un proceso de salud/enfermedad/atención. Teniendo en cuenta estos límites, podemos incorporar distintas interpretaciones de salud, al no centrarnos en la “enfermedad” sino en el padecimiento, y a su vez se pueden contemplar concepciones energéticas y prácticas metafísicas como las llevadas adelante por la/el *machi*, dejando fuera las intervenciones realizadas por la iglesia al no considerarse dentro del proceso salud/enfermedad/atención ni aptos para ejercer intervenciones en el mismo.

En el campo de la salud, al ser un tema que atraviesa la sociedad en su conjunto y en sus percepciones y creencias, son muchos los capitales que entran en juego³⁷. El capital jurídico, el capital coercitivo, tienen un lugar destacado dentro

³⁷ La estructura del campo es definida por la relación de fuerzas entre los agentes que se encuentran disputándolo, esto es la distribución de capital específico que posee cada uno en particular y su peso relativo o tasa de cambio hacia el interior del mismo, y por intereses fundamentales comunes a todas las personas comprometidas en un campo, existiendo una complejidad objetiva que subyace en todos los antagonismos. Bourdieu sostiene que

“Se olvida que la lucha presupone un acuerdo entre los antagonistas sobre aquello por lo cual merece la pena luchar y que queda reprimido en lo ordinario, en un estado de doxa, es decir, todo lo que forma el campo mismo, el juego, las apuestas, todos los presupuestos que se aceptan tácitamente, aun sin saberlo, por el mero hecho de jugar, de entrar en el juego, al contribuir, de manera más o menos completa según los campos, a producir la creencia en el valor de lo que está en juego” (Bourdieu, 1990 pág. 137)

de las posibilidades de implementación por parte del Estado del uso legítimo de la violencia para la imposición de condiciones, pero en este período poseían un rol marginal. El capital cultural y económico poseían un peso relativo o tasa de cambio relativamente bajos, por tener, en el momento de descripción del campo, concepciones muy diferentes de la construcción de ambos capitales en las dos sociedades que interaccionaban. El capital cuya tasa de cambio definía el dominio del campo era el capital social, muy relacionado con el *habitus* de los agentes, y que era el único en el que las consideraciones y el valor relativo para cada una de las sociedades en interacción era similar.

Ya en 1906 se incorporaba en el Proyecto del Código Penal, que igualmente se encuentra sin cambios en el Código Penal de 1921 (ley 11179), la penalidad por ejercicio ilegal de la medicina. En su artículo 208, inciso 1°, enuncia que

“Será reprimido con prisión de quince días a un año el que, sin título ni autorización para el ejercicio de un arte de curar o excediendo los límites de su autorización, anunciare, prescribiere, administrare o aplicare habitualmente medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas, aún a título gratuito”

La justificación otorgada por los representantes de la comisión legislativa giraba alrededor del presupuesto de que el curanderismo era uno de los mayores enemigos de la salud, responsable directamente de innumerables muertes por los procedimientos y medicamentos a los que someten a sus atendidos, como por retardar la consulta del mismo a la medicina alopática. Por otro lado, resaltaban la estafa que significaba la práctica, aprovechando el sufrimiento y la desesperación del enfermo y su familia para hacerse pagar *“generosamente su engaño y su mala fe”*, entrando en contradicción con el artículo que pena las prácticas, aunque las mismas sean realizadas a título gratuito, finalizando la justificación aduciendo que no podían ser *“sordos”* a los reclamos de los *“hombres cultos”* y las sociedades científicas más autorizadas (Riccardini, 2013).

Además de la restricción jurídica de la asistencia de las personas de sus padeceres a través de la medicina tradicional, el proceso burocrático de definición de muerte por el Estado dependía de la constatación y de la definición de causalidad por parte de un médico matriculado oficial. Esta situación generaba la necesidad de relacionarse en el proceso de

salud/enfermedad/atención con la medicina alopática, por el riesgo que el familiar o responsable del fallecido/a sea acusado de abandono de persona o responsabilidad en el deceso³⁸. Si bien no era una práctica habitual, la vulnerabilidad y dificultades para esgrimir una defensa válida en una sociedad subalternizada, la convertía en un punto trascendental en la toma de decisiones en las enfermedades graves (Koessler-Ilg, 2003).

El capital jurídico, forma objetivada y codificada del capital simbólico del Estado, deja establecida la posibilidad de restricción coercitiva de las prácticas de la medicina tradicional mapuche, que sólo requiere la denuncia de su práctica para que sea intervenida desde la justicia, al mismo tiempo que instituye en las prácticas de salud de una sola forma válida de capital cultural, el institucionalizado.

El monopolio de la violencia física legítima por parte del Estado se constituye a través de sus fuerzas coercitivas. Ya sean militares o civiles, ambas tuvieron un rol preponderante en la estabilización y subalternización del remanente indígena en la región. Es por ello que en capítulos anteriores hemos descrito en extenso el comportamiento y las relaciones de las fuerzas de seguridad con los pueblos originarios una vez finalizada la contienda.

Con un marco jurídico establecido según deseos de la corporación médico-farmacéutica (Riccardini, 2013), las fuerzas coercitivas funcionaban muchas veces como disuasorias de prácticas, ya sea a través de amenazas, sugerencias restrictivas o encarcelamiento de los que practicaban medicina tradicional, específicamente el o la machi en los primeros años pos conquista.

El capital cultural, si bien muy importante en ambas sociedades, no compartía puntos en común, por lo que su tasa de cambio era baja. El capital cultural objetivado no tenía referencia en una sociedad con una economía de subsistencia remanente y que se estaba incorporando subalternamente a la monetarización económica y a la lógica de la acumulación. El capital cultural institucionalizado, más allá de ser central en las restricciones jurídicas y variable de imposición de prácticas por parte del Estado, era muy importante en la sociedad occidental de la región, pero respetada sólo como parte de una

³⁸ Ver capítulo 2 sobre rol registro civil en la imposición de las instituciones del Estado

imposición jurídica estatal por los miembros de las comunidades, que consideraban, dentro de su sistema de creencias, que para poder ejercer la función de curador se debía tener el *don*, y recién en esa instancia recibir la capacitación adecuada. Al entender de las comunidades, “*cualquiera que estudie un poco puede ejercer la medicina huinca, para la mapuche sólo los elegidos*” (Carlos Curruhuinca, lonco filósofo comunidad Curruhuinca, entrevista noviembre 2019).

En el capital cultural incorporado pasaba lo contrario. Una sociedad occidental en plena constitución, con inmigrantes de diferentes lugares y prácticas llegados a labrar la tierra y a trabajar en estancias y aserraderos, y con un activo proceso de argentinización y homogeneización cultural, dicho capital no tenía la trascendencia que suele tener en una sociedad occidental establecida. Por el contrario, capital cultural trascendente en las comunidades originarias, en donde no existe una lógica de acumulación que le otorgue valor al capital cultural objetivado, ni institucionalización de la enseñanza que permita capital cultural institucionalizado. El capital cultural incorporado en las comunidades originarias era la base que sustentaba su sistema social, económico y de creencias. De tradición oral, sin desarrollo de la escritura, la historia y el futuro del ser comunitario se encontraba en dicho capital. Depositado en las autoridades y los ancianos de la tribu, era transmitido sistemáticamente, e incorporado subjetivamente a través de las prácticas y sus significaciones (*habitus*) como vimos en el capítulo anterior. El *don* en primera instancia, y el cultivo del capital cultural incorporado era lo que permitía ejercer las prácticas curativas en las comunidades, formación que se comenzaba a muy temprana edad en quienes tenían las características mencionadas, “*para impartir la salud mapuche uno nace, no se hace como la del huinca*” según resaltaba Carlos Curruhuinca, lonco filósofo comunidad Curruhuinca (entrevista comunidad Curruhuinca, noviembre 2019) y como se repite en el discurso de la *machi* Rosita en el capítulo 2.

El capital cultural, en sus tres variantes, poseía un peso importante en cada una de las sociedades con sus particularismos, pero al no compartir las características ni la importancia relativa en cada una de ellas, su tasa de cambio

en el campo de la salud en general en la etapa analizada en particular, tenía poco peso específico.

En las comunidades originarias todavía persistía una lógica económica de subsistencia, con un desarrollo incipiente de una economía monetarizada subalternizada, sin una lógica de acumulación. La economía se medía por las posibilidades de sostener una vida en el ámbito rural sin privaciones alimentarias y de ropa, como por el terreno de que se disponía y los animales criados en él. Sin aportes monetarios estatales, y en general con pocos ingresos, las prácticas sociales se guiaban por la solidaridad y el intercambio o trueque. Esta forma de vida llevaba, en la mirada de los colonos, a la estigmatización como hombres vagos o no deseosos de trabajar como queda claro en el relato de Bertha Koessler-Ilg.

Por el contrario, la “sociedad huinca” se desarrollaba de la mano de las estructuras de una sociedad diferenciada, donde la lógica de la acumulación y del monetarismo colocaban al capital económico como uno de los organizadores de la estructura social. El Estado hacía aportes sistemáticos de capital económico a la medicina alopática, ya sea a través de campañas de vacunación, aportes para la institución del higienismo de la mano de las escuelas, aportes para la construcción de estructuras asistenciales y aporte económico básico para favorecer el arraigamiento de los profesionales de la salud. Si bien en el marco del desarrollo del higienismo en el país los aportes del Estado en la región fueron pobres, tal cual lo expresado a lo largo del capítulo 1, eran direccionados en su totalidad a la práctica alopática.

Al igual que el capital cultural, el contraste entre las lógicas de ambas sociedades en este capital específico, le otorgaba una tasa de cambio desfavorable en la arena de disputa por el dominio del campo.

El más relevante en la región en la época de estudio en la disputa del campo de la salud fue el capital social, ya que el mismo toma gran relevancia en la utilización de circuitos asistenciales por parte de quién lo necesite. La posibilidad de hacer uso de uno u otro sistema asistencial, en una época en donde no existían prácticas coercitivas para imponer una u otra elección, dependían de las

creencias de la gente y de la consideración de que el padecimiento fuese a tener solución a través del sistema asistencial elegido.

Fronteras grises de profundo intercambio entre ambos sistemas de atención caracterizaron la región, cada uno desde una visión y concepción del mundo irreductible a la otra. Con una presencia muy arraigada y amplia base social de la autoatención como primer abordaje en el cuidado de la salud, la selección del sistema asistencial dependía básicamente, con pocas excepciones, de las creencias de quién sufría los padeceres y su familia y no tanto de la accesibilidad o cercanía. Las diferentes interpretaciones del proceso salud/enfermedad/atención hacían que las consultas al sistema con el que no compartían las creencias fuese residual o ante el fracaso de las prácticas en el proceso asistencial seleccionado inicialmente. Una realidad compartida de inaccesibilidad plena a la oferta de salud, ya sea por la dificultad en el acceso del máximo estandarte de la intervención en salud mapuche encarnado en la/el *machi* como en la ausencia de prácticas de complejidad de la medicina alopática, llevaban a que el intercambio de saberes y prácticas fuese más frecuente que en otras circunstancias.

El capital social de la/el *machi* en las comunidades originarias era el máximo otorgado por la comunidad, e históricamente acompañado de cuidado y miedo por su capacidad de manejar energías negativas (energía *wekufü*), que eran fuente de graves enfermedades y objetivo de sanación de la práctica del *machitún*. Por considerarse que todos los sanadores tradicionales, en cualquiera de sus versiones, poseían un don de nacimiento, en las comunidades eran muy respetados y considerados guardianes, no necesariamente con intensión, de un patrimonio cultural que sistemáticamente se encontraba atacado y maltratado por las instituciones *huincas*. Los sanadores son referidos en las entrevistas y las encuestas como personas que eran muy sencillas, abnegadas, muy respetadas y que ponían su conocimiento al servicio de la gente que lo solicitara, ya sea mapuche o *huinca*.

La medicina “científica” era respetada en las comunidades como parte del proceso de institucionalización y de prácticas y servicios de la nueva realidad imperante en la zona, que se expandía de la mano del Estado y sus representantes. Con el higienismo como práctica arraigada en las escuelas, que

como se desarrolló anteriormente tuvo en las mismas su máxima expresión en la zona, la penetración de nuevas prácticas y conceptos de la medicina alopática en las comunidades fue constante. Al igual que la escuela, la iglesia realizó un proceso de “sensibilización” hacia las prácticas de la medicina occidental, no sólo por propiciar la consulta al sistema alopático, sino fundamentalmente por diezmar su sistema de creencias y demonizar sus prácticas de sanación. “*Si es del huinca* (haciendo referencia a la medicina alopática) *y él* (por el huinca) *la elige, nosotros la queremos*”, refiere Carlos Curruhuinca (lonco espiritual de la comunidad Curruhuinca) resumiendo como fue penetrando lentamente el concepto y el uso de la medicina científica (entrevistas comunidad Curruhuinca, noviembre 2019). Despojados de sus medios de curación para casos graves, la/el *machi*, muchas veces se utilizaba la medicina científica como paliativo hasta tener acceso a un viaje a Chile o que viniera a la región algún/a *machi*. Consideraban que la medicina occidental erraba en sus conceptos de abordaje de las enfermedades, arraigados en su sistema de creencias, pero no negaban el éxito en el abordaje de ciertas patologías como la tos convulsa, referida en las entrevistas, junto al sarampión, como causa importante de mortalidad de menores de 5 años en la época. Siguiendo a Belmartino (1998) podemos afirmar que es el reconocimiento social de la eficacia de su intervención, junto con su pericia técnica, la que le permitió a la medicina alopática imponer su visión y exigir al Estado el reconocimiento formal de un derecho de ejercicio exclusivo. El comienzo de este reconocimiento en las comunidades sería la puerta de entrada posterior del sistema.

En las entrevistas realizadas a miembros de la comunidad siempre se destacó la predisposición y el buen trato que les prodigaron los médicos de San Martín, sea el Dr. Koessler, el Dr. Nuñez o el Dr. Romanos. Referían que eran atendidos cuando solicitaran, a la hora que sea, y que, fundamentalmente el Dr. Koessler y el Dr. Nuñez, no tenían drama de ir a caballo a cualquier lado, con tal de ver a los paisanos a su cargo. La solicitud de atención habitualmente era en situaciones de extrema gravedad o cuando las intervenciones accesibles en la comunidad no tenían efecto. Al respecto Florentino Cayún, lonco espiritual de la comunidad Cayún, refería que sólo había ido al médico una vez de niño. Pudieron llegar a San Martín por la noche, ya que no había caminos y estaba

todo nevado, después de 20 días de tos y malestar, que no se resolvían con las intervenciones realizadas en la comunidad. Con diagnóstico de tos convulsa y el tratamiento, volvió junto a su padre con un buen recuerdo de la atención que le brindaron. “*Para eso eran buenos*” refiere, resaltando un concepto que sistemáticamente se presentaba en las entrevistas, y era el reconocimiento, con un carácter eminentemente utilitarista, de algunas prácticas y concepciones de la medicina científica (entrevista comunidad Cayún, septiembre de 2019).

En el casco urbano la realidad era distinta. Portadores del máximo estándar de capital cultural y uno de los poseedores de mayor capital económico de la endeble estructura social local, los médicos poseían un capital social difícil de igualar por otras disciplinas o miembros de la sociedad de aquella época. Con una profesión esquiva³⁹ para la provincia, los profesionales poseían un alto rango en la sociedad de dicho período.

Por el contrario, la percepción general de las comunidades originarias en la ciudad era desde el menosprecio y la subalternidad, por lo que la posibilidad de movilización de capital social en la comunidad *huinca* por parte de la medicina mapuche era insignificante. Utilizada en los circuitos asistenciales por las clases medias bajas y bajas, con presencia de miembros de las comunidades urbanizados y mestizaje, la medicina tradicional era parte residual del sistema asistencial, fuera del sistema de autoatención, ya como recomendación individual de habilidades y capacidades y no como un abordaje específico y filosófico. Ibañes, Doña Juana, Doña Cecilia son distintos nombres personalizados que resaltan cualidades individuales no referenciadas a cercanía geográfica ni a sistemas de creencias, sino a las capacidades curativas más cercanas a los conceptos de la actualidad en la medicina popular que a un sistema de creencias. La referencia genérica es ir a la “*meica*”, mencionada habitualmente en las entrevistas y encuestas cuando hacían referencia a la concurrencia, en las comunidades o cercana a ellas, a alguien con el *don* de curar y la capacidad de utilizar las plantas medicinales. De igual forma, la referencia sistemática de ir a “la salita” o el hospital, cuando se hace referencia

³⁹ Como se abordó en el capítulo 2, las autoridades de Neuquén, ya sea en su etapa territorialiana o como provincia, consideraban que la falta de servicios y de desarrollo de las poblaciones atentaban contra la venida y arraigamiento de profesionales. Esta situación se comienza a resolver a mediados de la década de 1960, con el despegue económico y la migración producida hacia Neuquén de las principales urbes del país.

al sistema asistencial occidental evita la personalización y destaca la estructura por sobre la persona. El proceso de personalización de los efectores de la medicina tradicional en la región urbana, acompañado por la pérdida del proceso de autoatención familiar/comunitaria con plantas medicinales, puede ser interpretado como una manifestación incipiente de la subalternización de dicha práctica, contraponiendo como respaldo la eficacia individual del curador y no la fe o creencia en la medicina tradicional en general (respaldo que la institución sanitaria le brinda a sus efectores).

Para finales de la década de 1960, con la penetración del Estado y el desarrollo del capitalismo en la región, la relación de fuerzas de los agentes del campo (medicina alopática/medicina tradicional mapuche) no era equilibrada. Según se refieren en las entrevistas había un dominio pleno del capital económico, jurídico, coercitivo y cultural institucionalizado por parte de la medicina científica, con una tasa de cambio baja, al no ser considerados de igual manera por ambas sociedades. Indiscutible en la sociedad occidental, dichos capitales poseían escaso valor para las comunidades.

El capital social, acorde se refirió anteriormente, era el que mayor tasa de intercambio poseía en dicha época en la región. Al igual que en la mayoría de los ámbitos descritos, la sociedad se dividía en dos concepciones diferentes, con una frontera gris de intercambios y flujos diversos, y otorgando el capital social a quienes representaran mayoritariamente sus percepciones del proceso salud/enfermedad/atención. En esta circunstancia, era todavía más marcado el contraste entre los hábitos urbanos y los rurales, estos últimos cada vez con menores recursos físicos, económicos y humanos por las intervenciones de las instituciones del Estado.

En las *comunidades mapuches* el capital social era propiedad de la medicina tradicional, que comenzaba con prácticas de autoatención y podía finalizar con consultas a *machi* que venían de Chile o viajar para verlas. La utilización de la medicina alopática se consideraba en general paliativa, salvo para situaciones específicas como la vacunación (obligatoria) y enfermedades ya reconocidas como con tratamiento efectivo por las intervenciones científicas, como la mencionada tos convulsa. Se consideraba que, si bien servía muchas veces para aliviar los padeceres, no resolvía el problema ya que requería habitualmente de

un tipo de intervención que el “*huinca* no entiende”. “*Llegando uno, antes de presentarse, la buena médica* (haciendo referencia a curadoras tradicionales) *ya sabe lo que tiene; le ve la orina a uno y ni una cosa más necesita*” es un relato que se escucha sistemáticamente cuando los entrevistados comparan ambos procesos.

No obstante, como se mencionó anteriormente, a través de la iglesia, la escolarización y diversas instituciones se iban imponiendo prácticas y concepciones que favorecían las consultas con la medicina occidental de los miembros de las comunidades, máxime cuando las privaciones económicas comenzaron a pesar en las familias de la comunidad a la hora de viajar para ver o costear el viaje de un/a *machi* a la región para atender algún padecer de complejo abordaje. En el ámbito rural, en el seno de las comunidades, el capital social le correspondía mayoritariamente a las prácticas ancestrales. Sin embargo, muchas veces, diezmadas en la oferta de servicios necesarios por las razones ya esgrimidas, cedía cada vez más ante el lento avance de la medicina occidental.

En el ámbito urbano el capital social era patrimonio de la medicina alopática, y marginalmente, se sostenía en las clases populares un capital social ya de carácter más individual y no necesariamente comunitario o filosófico. Este peso es todavía mayor si consideramos el anteriormente mencionado proceso de urbanización entre 1920 y 1970, con un crecimiento cercano al 150% en el área urbana y un decrecimiento del 40% del área rural.

En síntesis, en la región de los lagos hasta fines de la década del 70 podemos observar cómo operó el proceso de acumulación de los distintos capitales por parte de la medicina alopática, representante institucionalizado de un Estado que quería/necesitaba imponerla, en contraste con la medicina tradicional mapuche, que hacia fines del período no había podido acumular otro tipo de capital que no fuera los referidos a concepciones particulares y particularizantes de la etnia, el capital cultural incorporado y el capital social de su propio subgrupo.

Con la suma del capital jurídico, cultural institucionalizado, económico, coercitivo y gran parte del capital social, prácticamente pleno en el área urbana y parcial en la rural, la medicina occidental poseía un claro dominio del campo de la salud.

No obstante, este dominio del campo de la salud, por lograr no solamente una mayor acumulación de los distintos capitales sino asimismo una tasa de cambio más favorable, no permitía un dominio simbólico del mismo, debido al profundo significado del sistema de creencias que daban base y sustento a la medicina tradicional mapuche, que cambiaría en la década siguiente.

La disputa en este contexto es sobre una concepción del proceso salud/enfermedad/atención, sobre lo que se entiende como el proceso de interacción social/biológico/místico que genera las enfermedades o padeceres. La frontera entre ambas concepciones, atravesada por el utilitarismo de quienes aprovechan o maximizan sus oportunidades eligiendo uno o el otro sistema según consideren, es tan marcada y contradictoria que no es factible de amalgamar o asimilar por uno u otro de los sistemas. A su vez, la aceptación de conceptos o prácticas de la alteridad, esto es la aceptación por los médicos occidentales de la medicina mapuche, y a su vez de los sanadores mapuches de la medicina occidental, atenta no sólo con el sistema de creencias y la forma de ver e interactuar con el mundo, sino también con el estatus económico y social que le otorga su rol en la sociedad.

El juego de tensiones propio de la disputa de un campo está estrechamente relacionado con el *habitus* propio de los que atienden padeceres o pacientes. La fuerza principal de los encargados de dicha atención, en cada una de sus sociedades, representan un ideal de entenderes, concepciones y proyección comunitaria, lo que explica el capital social que posee cada una en su medio. Una enarbolando la bandera del progreso, el positivismo y la ciencia como estandarte de civilización, haciendo uso del máximo capital cultural institucionalizado, un capital cultural incorporado y un capital económico que lo sitúa en relación al campo de poder de cualquier estructura social. La otra, que en su máxima expresión, la/el *machi*, posee su grado máximo de diferenciación social y respeto. Los encargados de brindar atención en las comunidades originarias se consideran portadores de un *don* no elegible ni reemplazable, el que habilita a que posteriormente sumen una formación particular y diferente al resto, lo que les otorga un gran capital cultural incorporado.

Funcionamiento del campo de la salud

El funcionamiento de un campo depende fundamentalmente de tres aspectos que no son estáticos y cuyo potencial dinamismo explica las posibilidades de variación de un mismo campo a lo largo del tiempo. Según Bourdieu (1990) “*Para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté dotada de los hábitos que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes inmanentes del juego, de los que está en juego, etc.*”. Los agentes que disputaban el campo podían dividirse en dos: por un lado, la medicina occidental, alopática o científicista u “oficial/estatal” y, por otro lado, la medicina tradicional mapuche. Para poder analizarlos, se describirá la oferta de estructura y servicios de la medicina alopática y los referentes de salud tradicional mapuches y su realidad en la región.

a. Desarrollo de estructura y servicios de la medicina alopática en la región

Hasta el desarrollo del Sistema Provincial de Salud en la década del ´70 la atención de salud por la medicina científica dependía, en gran medida, de la voluntad de los efectores de radicarse en pueblos de la cordillera sin atención médica. Dicha posibilidad era limitada también por las condiciones materiales que podía ofrecer la comunidad local, en general nucleados en las comisiones de fomento. Hasta la década de 1960 la atención en la región se caracterizó por las carencias en estructuras sanitarias en general y de escaso o nulo acceso a la tecnología y complejidad disciplinar que ya se habían desarrollado en otras regiones del país y de la provincia.

En el caso de San Martín de los Andes y a partir de los primeros años luego de su fundación (cuando los mandos militares regían la organización y el desarrollo del pueblo), el ejército ofrecía el servicio médico disponible a los pobladores en forma permanente. Una vez que la sociedad civil se fue consolidando y tomó la responsabilidad de conducir el pueblo (1910), esta prestación se vuelve intermitente. Sin apoyo de las autoridades nacionales y con poca relevancia para la gobernación del territorio, la región permanece cerca de 10 años sin atención médica estable, que siguió dependiendo de la presencia o no del médico militar (Comisión del Centenario y Fundación de San Martín, 1998; Mena, 2011).

En 1920 llega a la localidad el que sería el primer médico de la región, el Dr. Rodolfo Koessler junto con su señora, Bertha Koessler-Ilg, quién tenía formación de enfermera recibida en la Escuela de Enfermería de Frankfurt. Brindaban atención en un consultorio en su domicilio, que era transformado muchas veces en un pequeño hospital, con cuidados continuos de pacientes que por algún motivo requerían internación. El Dr. Koessler se recibió en Alemania, con diploma de honor como médico cirujano en la Universidad de Heidelberg⁴⁰, y cuando se radicó en la Argentina trabajó durante 7 años en el Hospital Alemán de Buenos Aires. Se trasladó a la región por sugerencia de conocidos de su país, por el parecido de esta zona con la región de Babiera en Alemania (Koessler-Ilg, 2003). Desarrolló en el consultorio de su domicilio la profesión, junto con un desarrollo en territorio de atención según era necesario, muchas veces ausentándose días si algún “paisano” o en alguna estancia lo necesitaban. Con aportes económicos en forma de apoyo a la radicación de la Comisión de Fomento y luego del Departamento Nacional de Higiene permaneció en la localidad, cesando su labor médica cerca de los 80 años a mediados de la década del '60.

En 1932 arriba a la localidad quién fuese el primer médico civil argentino nativo, el Dr. Ernesto Luis Nuñez, dos años después de haber egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Responsable principal del desarrollo de la salud pública en la región, logró instalar en 1933 la primera sala de Primeros Auxilios de la localidad, en una habitación de madera cedida por la comisaría con medios y recursos monetarios aportados por la población (Comisión del Centenario y Fundación de San Martín, 1998). En 1934 el Dr. Nuñez con el apoyo de la comunidad logra que el Departamento Nacional de Higiene del Ministerio del Interior designe a la sala de Primeros Auxilios como Delegación Sanitaria de dicho Departamento. Este hecho le permite convertirse en el director de la misma y obtuvo un salario y un ingreso corriente para el sostenimiento de la sala.⁴¹ A partir de la creación de la Asistencia Pública el

⁴⁰ Nota publicada en el diario Río Negro el 16 de febrero de 2020

⁴¹ La misma funcionó hasta 1942 en una casa de madera frente a la plaza Sarmiento de la localidad (actual área céntrica) y luego trasladada con la denominación oficial de Asistencia Pública, en un edificio construido por la Administración General de Parques Nacionales y Turismo, dependiendo desde ese momento de la Secretaría de Salud Pública de la Nación. Este edificio contaría con dos áreas de internación con cuatro camas cada una, un consultorio, una cocina y dos baños. En la planta superior del edificio se ubicaba la residencia del director de la misma, el Dr. Nuñez.

Dr. Nuñez deja de ocuparse sólo de todas las tareas, y comienza con auxiliares, que se encargaban de la limpieza, cocina y de la conducción del vehículo. En una primera instancia multifuncionales, es el puntapié inicial de lo que comienza a transformarse lentamente en una institución sanitaria.

La Asistencia Pública comenzaba a brindar una atención diferente a la que se podía otorgar en la región hasta el momento. Dichas instalaciones permitían la atención de pacientes ambulatorios, con servicios auxiliares mínimos y la internación para observación de urgencias, no realizándose internaciones obstétricas. En 1954 el Dr. Nuñez se retira del cargo de dirección, para jubilarse, continuando con la práctica de la medicina privada en un consultorio hasta 1968, año de su muerte. En su reemplazo asume la dirección de la Asistencia Pública el Dr. Rubén N. Romanos, permaneciendo al frente de la institución y siendo el primer Director del Hospital de San Martín a partir de 1972. A fines de la década de 1960 en San Martín de los Andes, los prestadores de servicios médicos eran algo reducido: los doctores Nuñez y Romanos ya referidos, dos médicos provenientes de gendarmería (Burgos y Sánchez), y el Dr. Encina. Por otro parte, Sánchez y Encina fueron los fundadores de las dos primeras clínicas de la región a mediados de 1960 (Comisión del Centenario y Fundación de San Martín, 1998).

En el caso de Junín de los Andes la instalación de servicios de la medicina Estatal fue más compleja, con muchas más dificultades para arraigar profesionales y para lograr el apoyo del Estado Nacional. Con atención intermitente por médicos del ejército, los pobladores urbanos debían acudir a idóneos con algún conocimiento, como la Sra. Michael Larminat, que solía atender a pacientes ante la ausencia de médicos (Quezada Luna, 2010). A partir de 1929 la Comisión de Fomento de Junín de los Andes intentó rubricar un acuerdo con el Dr. Koessler para que concurra dos veces por semana para atender en la localidad, sin embargo, esto nunca llega a instrumentarse (Quezada Luna, 2010). Recién en 1933 llega a la localidad el primer médico diplomado a Junín. El Dr. José Esteban Novoa -médico recibido en Compostela España, pero con ciudadanía argentina y título revalidado-, se desempeñó dos años en la localidad, atendiendo mayoritariamente gratis por la incapacidad de pago de la mayoría de los pobladores. Quizás estas condiciones lo llevaron a

trasladarse más al sur, a la pujante localidad de San Carlos de Bariloche en la provincia de Río Negro (Quezada Luna, 2010). Esto demuestra que la falta de respuesta oficial al pedido de cargo municipal y el escaso capital económico de la Comisión de Fomento hacían que no se pudiera sostener la presencia de un médico en la localidad.

Recién en 1939, luego de innumerables gestiones de la Comisión de Fomento, la Iglesia Salesiana y la comunidad, se inaugura la primera sala de Primeros Auxilios de la localidad a cargo del Dr. Mario Eisler. En 1946 se inaugura un nuevo edificio para la sala de Primeros Auxilios, ya con capacidad para 4 internados. Junto con el Dr. Pratola se encargan de la atención en la localidad, con la intermitencia de las prestaciones sanitarias del ejército. En 1962 se inaugura el nuevo hospital, el más grande de la región para la época, que contaba con dos médicos, un radiólogo y un plantel de enfermería y auxiliares que ofrecían un cuidado continuo inexistente hasta la época. Fue el primer servicio de internación de la región, más allá de las camas existentes para observación de guardia en San Martín de los Andes y en dependencias del ejército.

Por último, Villa la Angostura fue donde se desarrolló de forma más tardía la oferta de salud alopática. Esto quizás tenga que ver con la menor población y la inexistencia de un destacamento militar. Recién en 1945 llega a la localidad su primer médico, el Dr. Carlos Gustavo Behnisch, por voluntad propia buscando un pueblo de la cordillera que necesitara servicios profesionales. Llegó junto a su esposa, Harriet Schrades, con conocimientos de enfermería formales adquiridos en Buenos Aires⁴². Con muchas dificultades en un principio, como le ocurrió a la mayoría de los que probaban suerte en la región, comenzó a atender en una habitación rudimentaria que alquiló para tal fin. En 1947, y previa a la movilización de la comunidad, presenta un proyecto para la confección de una sala de Primeros Auxilios. Contemplaba la estructura y el lugar geográfico, donde con el tiempo se emplazaría el hospital local. Poco tiempo después de presentado el proyecto, la Administración General de Parques Nacionales y Turismo le ofrece un espacio para instalar la sala de Primeros Auxilios. Se instala

⁴² Nota publicada en laangosturadigital.com.ar el 2 de Julio de 2015

así la primera institución sanitaria de la localidad, siendo contratado por la Secretaría de Salud Pública nacional para atenderla, aunque no puede acceder a la remuneración hasta un año después por ser alemán de origen, país al que Argentina le había declarado la guerra a finales de 1945, condición que bloqueaba la remuneración. El contrato se extendió por 5 años, entre 1948 y 1953.

Como se puede notar el desarrollo de la medicina estatal en la región sur de la provincia fue dispar. Sin una programación central, la “oferta de salud alopática” dependía de la movilización de la propia comunidad -encabezada muchas veces por las comisiones de fomento- y de la disponibilidad y capacidad de los efectores locales. Esta heterogeneidad y dispersión de efectores era una realidad en toda la provincia, como lo dejó demostrado el estudio realizado por el COPADE junto con el Ministerio de Asuntos Sociales y la Dirección General de Salud Pública en 1968 (Salvatori, 1968).

Desde el punto de vista estructural se puede observar que a partir de la provincialización de Neuquén hubo un cambio rotundo en la capacidad instalada, ofreciendo un aumento en la disponibilidad de camas en la provincia de 2,2 a 5,3 por cada 1000 habitantes entre 1960 y 1966, mientras que el promedio nacional en el sector público de 4,66 camas/1000 hab.

Los nuevos hospitales construidos a partir de la creación de provincia permitieron expandir los servicios de salud, aumentando la disponibilidad estructural, hecho que afectó también a la región objeto de estudio. Para el año 1963, si se suman las camas que se ofrecen en el ejército (sólo con atención permanente de enfermería y derivación a Zapala de requerir atención médica), el Dto. Huiliches, con el nuevo Hospital de Junín de los Andes, ostentaba el record provincial de disponibilidad de camas: 8,5 camas/1000 hab. Por el contrario, en el departamento de Los lagos este indicador apenas llegaba a 3,3 camas/1000 hab. y, por último, en el departamento Lacar, -el más desarrollado y poblado de la región-, se disponían tan solo de 1,8 camas/1000 hab. (Salvatori, 1968).

Teniendo en cuenta la cantidad de profesionales en ejercicio, se podría considerar que la mejora estructural que se encaminaba a promediar la disponibilidad de camas general del país, aunque muy lejos de los países

considerados desarrollados, no fue acompañada de la misma forma con el número de profesionales. En 1964 en Argentina había en promedio 1 médico cada 632 habitantes, en 1962 Neuquén tenía un promedio de 1 médico cada 1667 habitantes y para 1966 el promedio era de 1 cada 1111. En la región foco de estudio el promedio era similar, encontrándose entre 1965 y 1967 cuatro médicos y tres odontólogos en Dto. Huiliches (1 médico cada 1190 hab.), siete médicos, tres odontólogos y una obstétrica en Dto. Lacar (1 médico cada 1124 hab.) y un médico en Dto. Los Lagos (1 médico cada 1724 hab.) (Salvatori, 1968).

Es difícil comprender las características de programación, o la falta de la misma, que llevaron a que se considerase la construcción de un nuevo hospital en Junín de los Andes en un momento en que continuamente disminuía su población, llevando a disponer de 41 camas, pero con sólo dos médicos para su atención. La bibliografía obtenida no brinda datos que permitan comprender la decisión mencionada, ni las potenciales presiones o tensiones que facilitaron la misma. Posiblemente fuera saldar una deuda histórica, de presión social y llevada adelante por las instituciones de la localidad (Comisión de Fomento y congregación Salesiana). Es posible que la radicación de profesionales y el desarrollo de instituciones sanitarias requiriera la intervención del Estado, hecho que en la vecina ciudad de San Martín de los Andes no parecía necesario.

A diferencia de Junín de los Andes, San Martín de los Andes con un crecimiento poblacional y económico sostenido, con apertura de dos policlínicas ambulatorias, poseía sólo 8 camas para internación. A pesar de dicha situación, los servicios prestados fueron ampliándose, y poco a poco la oferta de servicios como la institucionalización de los partos fue llegando a cada una de las localidades, aunque con distinta calidad de prestaciones.

La utilización de la infraestructura y de los servicios era dispar, al igual posiblemente que los criterios para su uso, que hacían por ejemplo que Junín tuviese un porcentaje de ocupación de camas del 48% con 41 camas disponibles, y San Martín con 8 camas disponibles un porcentaje de ocupación del 66%, similar al promedio provincial, pero con una oferta de camas cada 1000 habitantes de casi un tercio. Durante el año 1966 en el Dto. Huiliches (que como se mencionó poseía la mayor capacidad estructural), el 52,2% de los fallecidos

no recibieron asistencia médica, mientras que en el departamento Lacar este indicador era del 23,5%, siendo el promedio provincial en torno al 30% (Salvatori, 1968). Estos indicadores muestran que había una gran subutilización de servicios de salud alopática por un lado (bajo indicador de utilización de camas), que podría deberse a falta de accesibilidad o a la negativa de utilización de los servicios por parte de las comunidades (que según los relatos y encuestas recabadas no parecería ser de magnitud en esa época) y por el otro, en el caso de Junín de los Andes, que al mismo tiempo muchos fallecían sin atención médica.

Los indicadores anteriores siembran un marco de dudas sobre la existencia de una planificación del sistema por parte del Estado o, si la misma existió, que no encuentra consideración en la realidad demográfica, el desarrollo económico e, inclusive, sanitaria.

La población, como fue descrito al principio de este capítulo, fue decreciente en el Dto. Huiliches y en el Dto. Los Lagos, y logró mantenerse en el Dto. Lacar con un crecimiento similar al provincial. Solo para tener un punto de partida, podemos decir que durante los primeros diez años después de la creación de la provincia el crecimiento de los prestadores permitió mitigar el déficit que había en la región partiendo de valores muy bajos. Sin embargo, el salto más notable parece haber sido en la infraestructura hospitalaria, que paso de 0,9 camas/1.000 hab. en 1947 a más de 4 camas/1000. habitantes en 1967.

b. Referentes de salud mapuche y su realidad en la región

Para poder analizar los efectores mapuches dentro del campo de la salud, debemos considerar las particularidades propias de su sistema de atención. Para poder desarrollar dicha tarea, debemos tener cierta base en el conocimiento de las características generales de la misma, para poder entender su realidad contextual y sus condiciones de disputa en el campo de la salud.

La información aquí brindada es un acercamiento a la medicina ancestral mapuche, y está lejos de ser información acabada sobre la misma ya que excede los límites de esta tesis. Este ha sido un tema poco estudiado y que requiere de

una investigación más profunda, encontrándose numerosas contradicciones en la bibliografía y en las entrevistas. En cierta medida, las limitaciones para el estudio de la medicina mapuche se centran en su tradición oral (como ya fue mencionada en el capítulo anterior), pasada de generación en generación y que rechazó la escritura por mucho tiempo, prefiriendo una profusa simbología como resguardo de la información ancestral, y la comunicación directa de sus referentes espirituales con las fuerzas que organizan y equilibran su universo (Aukanaw, 2011; Contreras Painemal, 2002).

La información, como se mencionó, pasaba de generación en generación, pero básicamente era resguardada y manifestada como conducta y sugerencia por sus referentes espirituales, fundamentalmente la/el *machi*. El conocimiento se sostenía (y sostiene) a través de construcciones discursivas de mitos, fábulas y cuentos que eran revelados a través de *peumas* (sueños) a las/los *machi*.

La llegada de la conquista, con la violencia ejercida hacia ellos, posiblemente haya sido la responsable del surgimiento de los *nguelpín*, guardianes de las tradiciones y saberes ancestrales que desde dicho momento se transformaron en la base de la supervivencia de su cultura (Aukanaw, 2011). La falta de una tradición escrita y de registros no permite un cuerpo condensado de información que nos permita una mirada única como estamos acostumbrados en las sociedades occidentales. Las características de vida en pequeñas comunidades dispersas sin un ente o referente organizativo que condensara o centralizara el saber, han generado múltiples interpretaciones, realidades, entenderes y hasta formas de escribir, que dificultan abordar como pensamiento único muchas de las nociones básicas que nos permiten entender o intentar un acercamiento a la realidad histórica de su sistema de pensamiento, creencias y prácticas medicinales. Por dicha razón, los contenidos encontrados en este apartado responden a una selección y construcción entre muchas, no debiendo ser consideradas como realidad en sí mismas.

Para intentar entender el sistema de creencias y la cosmovisión, así como su forma de abordaje de los problemas de salud del pueblo mapuche, debemos despojarnos de nuestros conceptos y visión etnocéntrica, para sumergirnos en un mundo de entenderes diversos y holísticos, en donde la “realidad” se esconde mucho más allá de nuestras percepciones. El “maestro” Aukanaw, haciendo

referencia a dicha situación manifestaba “¿Cómo haremos para que un ciego de nacimiento comprenda y acepte la existencia de los colores?, más fácil le será negarlos, o si tiene buena voluntad, explicarlos con alguna teoría coherente a la obscuridad de su ceguera” (Aukanaw, 2011). En los pueblos hierocéntricos, la cultura es una proyección concreta de la cosmovisión, siendo esta última a su vez de la tradición espiritual, cuyo aspecto exterior y visible son los ritos y su religión. A través de la misma se explica todo lo que acontece, y dentro de ello el proceso salud/enfermedad/atención. Lo hierológico es algo dinámico como todo lo viviente, el querer fragmentarlo analíticamente equivale a destruir esa “vida” que lo anima y que sobrepasa a la suma total de sus elementos, dando sentido a cada una de ellos. Sostiene Aukanaw

“El positivismo y el materialismo pretenden reducirlo todo a la pura cantidad mensurable, pero la realidad supera ampliamente esa limitada parcela, semejante al horizonte del sapo que llamaba “océano” a su charca” (Aukanaw, 2011)

El concepto y la interpretación de enfermedad en la cultura mapuche es diferente al occidental. En primer lugar, no existe un término específico para definir la enfermedad, ya que consideran que la manifestación en los enfermos es un hecho particular que se asemeja más a la concepción de dolencia, utilizando un término como *kutran* (Ziley Mora, 2012). En general, la enfermedad posee desde esta visión una vivencia mística por las características hierocéntricas de su cultura y no empírico racional como en occidente. El mecanismo del/la *machi* en su relación ritual (inseparable del mito que le brinda sentido a la práctica) y con el enfermo es única y no perceptible desde la racionalidad occidental (Aukanaw, 2011).

La búsqueda del estar sano (*konagen*)⁴³, se realiza a través del *kumen mogñen* o buen vivir que se logra con el equilibrio necesario entre individuo, su comunidad y la naturaleza (Carbonell, 2011; Bezzemberguer, 2013). En la cosmovisión mapuche el mundo vive en equilibrio entre distintas energías, y el equilibrio energético del individuo como ser social/comunitario y con la naturaleza es lo que evita la enfermedad. Entonces, la enfermedad es el resultado del desequilibrio en cualquiera de los ámbitos descriptos. Esto explica por qué

⁴³ que significa literalmente ser dueño del estado del guerrero.

anteriormente se referían a los que se encargaban de la salud de las comunidades como *ampifé*, o el que sabe ordenarle con imperio al alma.

Las “enfermedades” en los mapuches o *kutran*, por su concepto energético de las mismas, poseen entenderes y formas de abordaje particulares. Como se expresó en derredor al *kumen mogñen* (buen vivir), el concepto abarca el equilibrio individual, con la comunidad y con la naturaleza. Existen diversas formas de enfermar, como también muchas causas para perder el equilibrio energético. Básicamente la pérdida del equilibrio puede ser por causas externas, por causas individuales, comunitarias o del medio en el que viven. Las causas externas son, por ejemplo, cuando alguien nos envía energía *wekufü* (energía negativa), generalmente un/a *kalkú* (entendible como bruja/o, *machi* que usa sus poderes para el mal). Dicha energía produce un desequilibrio con diferentes manifestaciones en el tiempo (dolores, descompostura, mala suerte) y trabaja como un endoparásito energético, que puede ser corporizado en distintas sustancias o animales por la acción de un/a *machi* durante sus prácticas rituales (*machitüm*). En dichas prácticas el/la *machi* elimina la energía negativa del cuerpo y cura al que lo padece.

Las causas individuales, comunitarias y del medio en general son producidas por incumplimiento de las *ñiad mapu mew* (normas del territorio) o *ad mapu* (la gran norma que rige el territorio mapuche). La falta de colaboración en la comunidad, el incumplimiento de los rituales cotidianos, la despreocupación por el propio cuerpo, el desconocimiento de las pautas ancestrales, visitar lugares energéticos como los humedales, no respetar la interacción con la naturaleza, revelar secretos al huinca⁴⁴, etc. son considerados causantes de los desequilibrios energéticos, que pueden producir padeceres o facilitar que energías negativas o espíritus aprovechen dicho desequilibrio para interiorizarse en el cuerpo del individuo, dando lugar a un mayor desequilibrio y a enfermedades de mayor gravedad (Aukanaw, 2011; Bacigalupo, 1993; Ziley Mora, 2012) .

⁴⁴ Si bien están descriptas por algunos autores clasificaciones como enfermedades nativas, sobrenaturales y del huinca (*huinca kutran*, *ka mongen* o *winkawun*), es posible que sean referenciadas a un momento en el que los acontecimientos condicionaron las respuestas comunitarias, como fue la llegada de la viruela de la mano de las invasiones europeas, o la eficacia inmediata de determinados abordajes, ya más modernos, como la apendicitis o el del trauma (Díaz Mujica y Pérez Villalobos, 2004; Bacigalupo, 1993).

El desequilibrio energético como hecho trascendente del proceso salud/enfermedad/atención lleva a que desde esta visión se interprete que las terapias médicas occidentales actúan sobre los efectos que producen las energías o fuerzas que afectan el cuerpo. Para los mapuches los occidentales no podemos percibir lo que ellos consideran la realidad no ordinaria, por ejemplo, la que se manifiesta en los sueños, por lo que nuestras terapias no tienen efectos sobre las causas reales que generan el proceso, y son meramente paliativas (Díaz Mujica, 2004).

Para el sistema de creencias mapuche, los occidentales vivimos una de las tantas realidades que existen, a la que se refieren como ordinaria. Esta realidad ordinaria es asequible a los sentidos, la que se nos muestra en nuestro quehacer diario mientras estamos despiertos. Las personas no mapuches tenemos la posibilidad de acceder a la realidad no ordinaria sólo superficialmente y durante el sueño, aunque no tenemos la capacidad de interpretarla. Los mapuches poseen distintos niveles de acceso a dicha realidad, que convive con nosotros. La realidad ordinaria y la no ordinaria, en sus distintos niveles, conviven en un mismo tiempo e interaccionan constantemente, manifestándose de distintas formas a los sentidos acorde al nivel de realidad al que accedamos. Los mapuches tienen la sensibilidad suficiente para poder acceder al primer nivel de realidad no ordinaria, y poder observar e interpretar las manifestaciones de otras realidades en la ordinaria. Así, lo que en la realidad ordinaria un no mapuche interpretaría como un pequeño animal, una roca o un vegetal, un mapuche puede observar o sentir una entidad energética causante de algún mal, con mayor sensibilidad y capacidad a medida que puede profundizar su incursión en la realidad no ordinaria. El mapuche puede percibir y entender esta realidad no ordinaria, pero no puede manejar su permanencia y su incursión en la misma, diferencia esta que marca las capacidades de la/el *machi*. Por dicha razón algunos autores hacen referencia a esta realidad como *Shamánica* o “estado de realidad *shamánica*”.

Por lo tanto, el/la *machi* es el único que pueden permanecer y decidir las características de su incursión en dicha realidad, pudiendo profundizar la misma y mejorar los resultados buscados acordes a su capacidad y experiencia en dicho mundo. Durante el “estado *shamánico*”, en la realidad ordinaria se puede

observar a la/el *machi* en trance, en habla ininteligible o hasta convulsionando. En dicha realidad no ordinaria se encuentran con *pillanes* (espíritus), así como con la posibilidad de observar las entidades en su real expresión, de forma tal que lo que en la realidad ordinaria es un objeto inanimado o inocuo, en la realidad no ordinaria muestra su real dimensión que permite explicar el origen de las dolencias y la causa de los problemas, al igual que indicios de su posible resolución (Aukanaw, 2011; Bacigalupo, 1993).

Esta capacidad innata que presentan los mapuches para convivir y percibir múltiples realidades, hacen que el mismo sea más sensible a la incursión energética en el organismo, enfermando o padeciendo dichos eventos mucho antes que el no mapuche, ya que la ignorancia hace que no sea sensible a los desequilibrios energéticos y a las sutiles manifestaciones de las energías externas y sólo enferme cuando el cuadro este muy avanzado (Aukanaw, 2011).

No es claro si el sistema de atención de padeceres de la medicina ancestral mapuche poseía diversos actores, o si la dinámica del proceso histórico y la violenta tendencia a la erradicación de *machis* dio lugar a nuevos actores con funciones anteriormente ejercidas por una sola persona (Bacigalupo, 1993). Por la descripción general del proceso salud/enfermedad/atención, y la interpretación hierocéntrica y energética de los padeceres, es poco probable que en comunidades de escaso número de habitantes y dispersas geográficamente hubiese diversos efectores para las prácticas de salud. Según Aukanaw (2011), los *wekufuntulawen*, habitualmente referidos como *lawen*, sólo tienen lugar como paliativo de alguna situación particular, retrasando el proceso, en algún lugar en el que se careciera de acceso a la/el *machi*. Los *lawen* son preparados medicinales con hierbas, que deben ser seleccionadas y recogidas con cierta particularidad para que sean útiles al fin encomendado. Las características energéticas del proceso mórbido deben hacernos entender que no es sólo un producto químico el que se suministra, posee elementos necesarios para la restitución del equilibrio energético, o ayudar a la restitución del mismo, por lo que el uso de plantas sin el rito y el mito que sostiene su práctica disminuyen su eficacia (tanto simbólica como posiblemente instrumental).

Sin embargo, al menos cuatro actores podrían identificarse como agentes activos en el arte de curar: el/la *machi*, el/la *ngütamchefe*, *puñenelchefe* y la/el

lawentuchefe. *El/la machi* podría considerarse un “técnico” de lo sagrado, lo vivencia plenamente y lo irradia en su vida cotidiana. Su conocimiento y selección vienen de fuerzas más allá de nuestros sentidos y las vivencias del mundo ordinario. Si bien en general deben ser acompañadas durante un año para la finalización de su formación por *un/a machi* con experiencia, situación que no es excluyente, hay que destacar que los conocimientos y saberes provienen de un mundo místico y no de la formación y el traspaso de información y conocimiento como lo es en nuestros sistemas. Por dicha razón debemos entender que no son ni filósofos ni investigadores, por lo que es posible que no comprendan en su totalidad el sentido o simbolismo de muchos elementos que posee la tradición, a pesar de conocer la forma de emplearlas eficazmente (Aukanaw, 2011). Esta falta de discurso único fomenta que, bajo la mirada académica occidental, abunden las contradicciones entre los referentes espirituales de entenderes y saberes, hecho que facilita que el positivismo relativice su sistema de creencias y su legitimidad.

Para ser *machi* se debe ser seleccionado por fuerzas más allá de nuestro entendimiento, existiendo diversas formas en que dicha selección puede manifestarse (Bacigalupo, 1993). Generalmente la manifestación es a través de un *pewma* (sueño), que se denomina *perimontü* (visión) y que suele tener peculiaridades como la presencia de lugares energéticos (humedales) o animales particulares (toro). Si al *pewma* *un/a machi* lo interpreta como *perimontü*, el llamado es confirmado. Si no tiene tal confirmación suele sucederse en distintas oportunidades, y confirmarse más adelante cuando sufre la *perimontü kutran* o *kisu kutran*, que es la enfermedad específica que se suele desarrollar después de producido el *perimontü* y que es parte de la transición hacia el ser *machi* (Bacigalupo, 1993; Carbonell, 2011). Esta experiencia vivencial es la que le permite a la/el *machi* adentrarse al mundo espiritual, configurándose, según Aukanaw, en una vuelta de la muerte, evento que puede no ser exitoso y es una de las explicaciones de por qué nadie suele querer ser *machi* o desea que un hijo/a sea elegido para tal fin, con el consiguiente riesgo de muerte prematura. Si bien existe cierta tendencia a que se herede matrilinealmente (saltando una generación), sigue considerándose selección supranatural ya que se elige *un/a* entre muchas posibilidades. Hay situaciones

como las grandes catástrofes medio ambientales que pueden favorecer el surgimiento de *machis* si respetar lo referido anteriormente, sólo con un *perimontü*, pero son consideradas de menor jerarquía ya que se manifiesta de edad adulta, a diferencia de los anteriores que suelen ser antes de la adolescencia.

En algunas oportunidades, sobre todo en rituales como cuando se realiza un *machitún*, el/la *machi* requiere de colaboración, a cargo de su ayudante denominado *machife*. Las herramientas diagnósticas de las cual se valen para la atención de la población son numerosas. En primera instancia, es menester entender que los/as *machis* son una extensión viva de sus sistemas de creencias, y que como mencione anteriormente son un instrumento, que a través de los rituales que practican alimentan el mito que los sostiene. La práctica diagnóstica y terapéutica sostenida en el ritual, se alimenta de, y a su vez retroalimenta, su sistema de creencias. El padecimiento o *kutran*, quién lo sufre, *machi*, ritual, mito, naturaleza y comunidad son un sistema entrelazado que sin uno de los eslabones no pueden funcionar; perdiendo de esa forma su eficacia instrumental. Los diagnósticos y terapéuticos son individualísimos, no poseyendo sistematicidad ni transmisibilidad ya que se sostienen en conocimientos adquiridos a través de *pewmas* que son *particularísimos* de cada *machi*. Una observación muy criticada desde la academia es la utilización de *lawenes* iguales para síntomas diferentes, lo que refleja el etnocentrismo desde el que parte el análisis en forma habitual.

El diagnóstico principal de la/el *machi* proviene de los *perimontü* y de su capacidad para transitar por espacios de la realidad no ordinaria e interpretar los fenómenos que se expresan a los sentidos desde allí. Otras técnicas como el *willentún* o *pelotun* (diagnóstico por medio de la observación de orina), *pewutun* (diagnóstico por la ropa) o la utilización de animales para depositar en ellos las enfermedades (diagnóstico terapéuticos) poseían un rol secundario en su repertorio.

Las prácticas terapéuticas se basan principalmente en restaurar el equilibrio perdido, ya sea extrayendo la energía que actúa como endoparásito a través de un *machitüm* (máxima expresión de ritual de curación), de un *ulutüm* (similar pero menos complejo), con técnicas de succión, quirúrgicas básicas, de fricción,

transfiriendo el mal a un animal o a algún desprevenido (generalmente viajero) utilizando prendas o material del enfermo/a (pelos, uñas); frecuentemente acompañado de un preparado medicinal (*lawen*) que sólo el/la machi conoce en su composición y preparación. Es importante resaltar como los rituales de succión, de fricción y de extracción de energía materializada se repite a lo largo y ancho del mundo en las diversas culturas shamánicas.

Como se expresó con anterioridad, para la región y época de la presente tesis, la bibliografía y los entrevistados coincidían en que hacía tiempo no había machis en la zona. Una combinación en la que coinciden autores de la academia, representantes de las comunidades y miembros de las mismas, es que esto fue producto de la aniquilación, la expulsión hacia Chile, la persecución por parte de las fuerzas de seguridad y la penetración a través de educación y de la iglesia que consideraban a dichas prácticas cercanas a la brujería.

Por otro lado, y sin el componente místico de los/las *machis*, se encontraban los/las *ngütamchefe*. Este era el de componedor de huesos o huesero en la denominación utilizada habitualmente en la medicina popular. Podía ejercerlo tanto en personas como en animales, y si bien requería de práctica y *kimún* (conocimiento), como el resto de los referentes de salud, se considera que poseía un don que lo hacía apto para dicha tarea. Para la década de 1960 hay referencia de la existencia de estos en la región, generalmente hombres, pero no necesariamente uno por comunidad. Su rol se diferencia marcadamente de los otros efectores de salud mapuche, con los que no suele existir continuidad terapéutica. Para los años '60 y '70 del siglo pasado se destacaba uno muy conocido en área rural de Junín de los Andes. Esta práctica hoy es seguida por su nieto, luego de que el *kimún* pasara de una generación. Es de destacar que en la bibliografía sobre el Puel Mapu (región mapuche que corresponde a argentina) no se los menciona como *ngütamchefe*, y en las entrevistas realizadas para este trabajo tampoco, haciendo referencias a la práctica como de “huesero” o “componedor de huesos”.

Por su parte, el/la *puñenelchefe* estaba encargada de lo relacionado con la gestación, el parto y los primeros cuidados del niño/a. Si bien no existían controles a la usanza de nuestro sistema médico actual, resalta en la bibliografía, pero sobre todo en las entrevistas, la capacidad que tenían de acomodar al feto

dentro de la gestante, lo que según sus relatos hacía que ningún parto saliera “con las patitas adelante”, contrastando con la realidad actual de la práctica de cesáreas si el diagnóstico es de un feto en posición podálica (pies hacia adelante) al momento del parto. Las prácticas, técnicas y formas de acompañamiento difieren sistemáticamente, estableciéndose días antes del parto o llegando casi en el momento del trabajo de parto, permaneciendo una semana acompañando a la puérpera (denominación de la medicina alopática a quién acaba de parir) o retirándose una vez que la misma se incorpore. La práctica que habitualmente se repite en los relatos es el masaje del abdomen con el fin de calmar el dolor y acomodar la presentación del feto, la utilización de *lawen* para calmar los dolores de parto, y el consumo posparto inmediato de caldo de ave (pollo) para reponer las fuerzas por parte de la parturienta. Presentes en la zona y época de estudio, eran las responsables de la mayoría de los partos hasta la década del ´70 en el área rural. Habitualmente cercanas al hogar y de confianza de la parturienta, solía haber más de una por comunidad. Es importante destacar que en las entrevistas se referían a ellas como matronas o parteras, no utilizando la denominación referida como mapuche, elemento cuya presencia no debe sorprendernos al pertenecer los entrevistados a una generación que no hablaba *mapuzugun* o que había decidido no hablarlo para evitar la violencia que traía aparejado su uso.

Por último, estaban el lawentuchefe. Este se dedicaba al manejo de plantas medicinales y *lawenes*. A diferencia de la/el *machi*, no posee *perimontü*, ni capacidad de relacionarse con los *pillan* (espíritus ancestrales). Su *kimún* es aprendido familiarmente, y existen múltiples diferencias entre la utilización y la preparación de los *lawenes*. En las entrevistas y encuestas realizadas resaltaba la presencia constante en la familia nuclear o extendida (que podría considerarse como parte de la autoatención) de alguien encargada (generalmente mujer) de los abordajes iniciales con “yuyos y preparados”, que no se consideraban para la atención de terceros. En cada comunidad había referentes si se necesitaba algún abordaje más importante, resaltando en toda la zona tres por encima del resto, a los que no los refieren como *lawentuchefe* sino como “la meica” o el curandero (que podría explicarse como anteriormente por el rechazo al uso de su lengua).

Queda en evidencia, por lo expuesto con anterioridad, la imposibilidad de lograr el abordaje definitivo de los *kutran* a través de las concepciones mapuches, a no ser que pudiera costear el viaje a Chile o la presencia de un/a *machi* traída de allá; hecho que hace disminuir su eficacia porque el *newen* (fuerza) de la/el *machi* se encuentra relacionado con su *tugün* (lugar de origen). El abordaje por medio de plantas medicinales es un paliativo que retrasa el proceso, pero no erradica la enfermedad ni restaura el equilibrio energético de quién lo sufre.

Como hemos intentado exponer ambas visiones conviven en tensión, y sus efectores son conocidos por la población de la región, los cuales seguramente requerían los servicios de unos y otros según ellos consideraban su necesidad.

Habitus del campo

Para el funcionamiento de un campo Bourdieu sostiene que no sólo hace falta algo que esté en juego y gente dispuesta a jugar y respetar las reglas de dicho juego, es importante que los participantes de un campo específico compartan un *habitus* propio del campo, y que los diferencie de otros campos (Bourdieu, 1990). Habitualmente las disciplinas moldean los campos de las sociedades diferenciadas, en nuestra situación estamos aplicando la teoría en una interrelación intercultural desde distintas concepciones del proceso salud/enfermedad/atención y sin un marco institucional que lo regule, más allá de lo regulatorio en lo legal, que no existía en lo instrumental. Por la razón mencionada el *habitus* no es disciplinar.

El *habitus* del campo es propio de aquellos que tienen un compromiso asumido con el cuidado de la salud, y que regulado o no por las leyes, pueden ser reconocidos en la acción por cualquier observador, y son parte inherente al capital social que poseen. El *habitus* del campo es aplicable a los referentes de salud alopáticos o a los referentes mapuches, y posiblemente a cualquiera que ejerciera un rol definido en el proceso salud/enfermedad/atención en cualquier ámbito.

El *habitus* de los participantes del campo de la salud en la época y zona de estudio se basaba fundamentalmente en la preocupación por “su” comunidad,

en términos de cada concepción de salud, la preocupación desinteresada por los enfermos particulares que atendían, en la que reforzaban a través de su éxito instrumental su sistema de creencias, el altruismo, a veces declamativo, ya que en los que realizaban la tarea asiduamente era fuente de sustento, y la fuerte convicción sobre que su accionar y su sistema de creencias son los verdaderos, desde una comparación con la alteridad que ofrecía una visión y acción diferentes, que iban en contra de sus convicciones más profundas (ya sean mapuches con huincas y viceversa).

Los agentes del campo eran portadores desde su *habitus* de la responsabilidad de la defensa de su sistema de creencias, el médico alopático desde su concepción de “civilización” y su voluntad de extensión de su acción hacia todos los reductos de la zona, el remanente de los efectores de salud mapuches encarnados por las parteras, las *meicas*, curanderos y hueseros (puñenelchefe, lawentuchefe y ngütamchefe) siendo posiblemente el último reducto de lucha no intervenido directamente por el *huinca*, procesos que a través de la iglesia, la educación y el idioma se habían llevado adelante exitosamente con anterioridad.

Su *habitus* muchas veces los llevaba a compartir enfermos, más la medicina alopática como segunda opción de usuarios mapuches que al revés, por voluntad de los consultantes, pero no por interacción o colaboración entre los agentes. Esta interacción no estaba libre de tensiones y conflictos. En los relatos de Bertha Koessler-Ilg (2003) sobre la experiencia de su esposo como médico de San Martín de los Andes desde 1920 en adelante (Dr. Koessler), abundan las experiencias tensas de interacción. Principalmente referidas a la presencia de *machis* venidas desde Chile en la casa de algún poblador (habitualmente mapuche de hábito rural) que requirió su asistencia. Los relatos destacan la tensión del ambiente, la ausencia absoluta de interacción y el contraste en el accionar. La autora destaca en diversas oportunidades como el Dr. hecha a todos los que se encuentran alrededor de la persona que requiere sus servicios, a lo sumo permitiendo la presencia de sólo un acompañante.

Esta situación generaba tensión ya que es contraria al concepto de acompañamiento social existente en la cosmovisión mapuche, y en donde los familiares y allegados tienen la obligación de permanecer y acompañar al enfermo. Sistemáticamente en los relatos vuelca la culpa en los llamados tardíos

al accionar del Dr. por los malos resultados, destacando como los/as *machis* se aprovechan de la necesidad ajena. Otra situación que destaca la autora es la atención obligada por el registro civil por el Dr. de los difuntos, bajo el riesgo de que si la muerte no era certificada por el Dr. pudiesen ser responsabilizados por la misma.

Cada atención llevada con éxito reaseguraba su mensaje y convicciones, y los resultados negativos, sobre todo en un incompleto abordaje de la medicina ancestral mapuche, favorecían el crecimiento y el desarrollo territorial de la medicina *huinca*. La preocupación por la población no era sólo sanitaria en términos actuales. Para la medicina occidental y los representantes del Estado el ejercicio de las prácticas ancestrales no sólo era ilegal, sino que era causantes de perjuicio económico e inclusive causales de muerte de los consultantes. En el “mundo mapuche” se considera el abandono de los preceptos comunitarios, el incumplimiento de los rituales y del *ad mapu* como causantes de desequilibrios energéticos que sólo traerán mayores problemas a la comunidad en general y a sus miembros en particular.

Del mismo modo que los médicos alopáticos están obligados a brindar atención bajo riesgo de acciones legales que pongan en juego su título, como el abandono de persona, y son pocas las posibilidades de negar atención acorde a los códigos de deontología médica (en los que debe asegurar la correcta atención del paciente por otro efector), los referentes mapuches tampoco pueden negar atención, aunque tal obligación tiene mayor peso sobre la/el *machi*. Sostiene José Quidel con respecto a los principios que orientan el rol de la/el *machi*

“Chew rume wichagepalmi müley mi amual, Müley mi chofünuafiel che, ñagkolechi che müley mi Fureniefel mi kimün mew. Wifentu mapukey ta machi ñi Kuzaw mew.

La no negación a su oficio, el tener que acudir donde sea requerida, cualquiera sea su condición. A ninguna persona se le ha de negar atención alguna, no debe existir la negligencia en el espíritu de la machi. A todas partes, en todos los rincones de la tierra, acudirá si así lo estiman los hermanos que necesiten su ayuda.” (Quidel, 1998 pág.33)

La negación de la atención por parte del machi trae aparejado enfermedades graves para él o ella, por lo que las connotaciones son mayores que en la visión occidental.

El altruismo, la permanencia desinteresada en la casa del que lo necesitara, el abandono por períodos no tan cortos de su hogar para realizar asistencia, múltiples noches sin dormir, participar de situaciones en general consideradas desagradables, la disposición a la asistencia sin interponer en primer plano la retribución a la misma y el interés por el bienestar de los atendidos, muchas veces por encima del propio, eran todos atributos compartidos por los efectores de ambos sistemas de atención. Estas disposiciones, que los caracterizan por sobre otras, son responsables de gran parte del capital social con el que cuentan.

Conclusiones

A lo largo del capítulo se ha puesto en evidencia el constante crecimiento de personal, infraestructura y servicios de la medicina alopática en la zona, que no acompañaba necesariamente el crecimiento poblacional. Por el contrario, la medicina tradicional mapuche sufrió la prohibición y persecución coercitiva de su máxima figura, el/la *machi*, durante el medio siglo posterior a finalizada la conquista bélica. Finalizado dicho período, no existen registros o recuerdos en los entrevistados de *machis* en la región.

Las características particulares de la región en el período analizado, en el que coexisten dos grupos sociales en desigualdad de condiciones, generan una diferencia muy marcada en la interpretación y peso de los capitales del campo, disminuyendo la tasa de cambio de los mismos. Así, el capital económico, jurídico, cultural institucionalizado y objetivado, coercitivo, etc., en donde la medicina alopática poseía un gran dominio, poseía una tasa de cambio baja por su bajo peso en las comunidades originarias. El peso relativo bajo de dichos capitales se iría modificando en los años siguientes, en donde la asimilación forzada, la institucionalización de la vida cotidiana de las comunidades y su monetarización favorecerán la penetración de la medicina alopática en el territorio, como se verá en los próximos capítulos. Al mismo tiempo, la inexistencia de oferta de los máximos referentes de la medicina mapuche (*los/las machis*) presionan a los miembros de las comunidades para la adquisición de pautas *huincas* de la resolución de los problemas de salud.

El capital social era el de mayor valor en la región, desde el punto de vista de la tasa de cambio. Los dos grupos sociales, que aquí simplificamos en una de hábito urbano y una de hábito rural (aunque no era exactamente así), otorgaban gran valor social a la práctica de salud de sus representantes. No obstante, al final del período analizado en el presente capítulo, ya sea por falta de efectores finales (*machis*), por el costo que implicaba acceder a ellos, o como sostiene Belmartino por la eficacia de la práctica, la medicina alopática se hacía cada vez más reconocida en las comunidades mapuches de la región. Por el contrario, mientras mayor cantidad de instituciones sanitarias y efectores de las mismas había, la hostilidad y el menosprecio hacia las prácticas ancestrales crecía, como se desarrollará en el capítulo 5.

La medicina alopática, al final del período analizado en el presente capítulo, poseía el dominio del campo, aunque no podía ejercer el dominio simbólico del mismo. La baja tasa de cambio existente entre los distintos capitales, y el gran capital social de los efectores mapuches en su área de influencia, hacían que el dominio del campo no pudiese transformarse en el dominio simbólico del mismo. En los años siguientes, materia de los próximos capítulos, la medicina alopática logra de la mano del Estado imponer su práctica, no sólo aumentando sus capitales, sino diezmando el capital social de la medicina ancestral mapuche.

Capítulo 4

Acciones del Estado más allá del Sistema Sanitario

Introducción

A lo largo de los capítulos precedentes se ha puesto de manifiesto el desarrollo de la medicina alopática en la Provincia del Neuquén (cap. 1), el proceso de subalternización de la población de pueblos originarios (cap. 2) y la reconfiguración del campo de la salud en la región sur de la provincia del Neuquén desde la incorporación de la región al Estado nacional hasta mediados de la década de 1960 (cap. 3). En el presente capítulo se intentará poner en evidencia los aportes realizados por el Estado provincial hacia la salud alopática, y que se constituyeron en la base y el impulso para su consolidación en territorio y la imposición de su forma de ver el proceso de salud/enfermedad/atención. Estas contribuciones no fueron sólo apoyo directo para la constitución y consolidación del sistema de salud (los que fueron abordados en el capítulo anterior), sino aportes en distintos aspectos de la vida cotidiana como educación, infraestructura, comunicaciones, empleo, alimentación, etc., que poseen un impacto importante en la salud y cuyo “éxito” en términos de reducción de la mortalidad fue cosechado como propio por la medicina alopática en su configuración discursiva.

Desde la implementación de la constitución provincial en 1957, y la consiguiente provincialización del Territorio Nacional del Neuquén, se produjo un rápido cambio en las características y la realidad de la provincia. El primer mandato constitucional, a cargo de Angel Edelmán -perteneciente a la UCRI (Unión Cívica Radical Intransigente)-, permitió sentar las bases de una nueva organización social y fortalecer las burocracias necesarias para el funcionamiento independiente del Estado provincial. Como ya fue mencionado, una constitución que centraba el rol del Estado como promotor del progreso volcado en beneficio de sus ciudadanos, inscripta en la corriente del constitucionalismo social, fue la base en la que se recostó un Estado desarrollista que buscó revertir las condiciones de *“miseria y hambre”* reinantes en la provincia.

Sin embargo, fue a partir del segundo mandato constitucional provincial, a través del Movimiento Popular Neuquino (MPN) y su carismático líder Felipe Sapag, el momento en que desde el Estado provincial se sientan las bases programáticas, la inversión y la visión de un Estado desarrollista con la capacidad de construir una nueva realidad para los habitantes de la provincia del Neuquén. Sapag ocupó la gobernación con el firme objetivo de llevar a la provincia a una nueva realidad que pudiese ser comparada con las grandes ciudades del país, y con la convicción de que dicha realidad no era factible con un interior provincial excluido, atrasado y diezmado por la pobreza, la falta de conectividad y de servicios.

Las acciones realizadas por el gobierno provincial fueron simultáneas y a múltiples niveles, signadas por el desarrollismo a nivel mundial imperantes en dicho período histórico. En los discursos políticos se puede observar cómo es objetivada la “misericordia” y la pobreza en términos sanitarios, como desnutrición, mortalidad infantil e incluso relacionando dichas situaciones con la tuberculosis (Sapag, 1994). Esta objetivación de la pobreza y miseria en términos de la medicina alopática, tendrá un gran impacto más adelante, cuando dicha realidad logra ser modificada.

La relación entre condiciones de vida desfavorables, pobreza y exclusión han sido frecuentemente relacionadas con la posibilidad de sobrevivencia de los niños al nacer, con la mortalidad precoz y de una serie de enfermedades que se consideran enfermedades de la pobreza. La OMS hace referencia a los determinantes sociales de la salud, mientras que el Movimiento de Salud Colectiva de América Latina considera que existe una determinación social de la salud. La diferencia no sólo es semántica, ya que acorde a los postulados del movimiento de Salud Colectiva la salud está “determinada” por las condiciones que la sociedad le impone a sus miembros y la misma puede ser modificada por decisión política, en contraposición con los postulados de la OMS que son meramente descriptivos y recaen muchas veces sobre el propio individuo (Restrepo, 2013).

Las condiciones en que uno nace, crece, vive, trabaja y envejece, junto con los sistemas establecidos para combatir las enfermedades constituyen los determinantes sociales de salud definidos por la OMS. El estudio de los

determinantes permite establecer una serie de inequidades sanitarias, entre países y dentro de los mismos en distintos territorios y realidades, permitiendo definir gradientes en donde sistemáticamente es posible relacionar pobreza y exclusión/marginación (en términos socioeconómica, étnicos o de género) con un aumento de la mortalidad en todos sus tipos (general, infantil, materna).

Un cambio de paradigma en la construcción de la salud: El informe Lalonde

Las condiciones que impactan sobre la salud, así como el grado en que lo hacen y cuanto es posible modificar mediante un accionar sobre ellas desde el Estado, fue evaluado por Marc Lalonde en la década de 1970. Abogado liberal a cargo del Ministerio de Salud de Canadá, Lalonde presenta en 1974 una singular mirada de la salud y sus sistemas, que será una de las bases para el cambio de paradigma de atención en salud (Lalonde, 1974).

El informe nace desde la convicción de que se ha instalado una visión tradicional de que todos los logros en salud son por la calidad de la medicina. Considera que en muchas mentes el campo de la salud y el sistema de salud son sinónimos, y que esto es debido en gran parte a la poderosa imagen proyectada por la medicina en su rol central en el control de las infecciones, los avances en cirugía, la disminución de la mortalidad infantil y el descubrimiento de nuevos medicamentos potenciado por la propaganda de la industria farmacéutica.

En su famoso informe realiza una aproximación histórica sobre lo acontecido en Inglaterra y de cuáles fueron las medidas que cambiaron la realidad de salud de la población, en las que el rol del sistema de salud no fue relevante. Analiza como los indicadores son más negativos en las regiones pobres y fundamentalmente en las áreas con población indígena. Considera como la visión de la enfermedad del sistema médico se impone en la sociedad, no permitiendo la oportuna intervención de las diferentes problemáticas (Lalonde, 1974).

Con los datos preliminares mencionados, realiza una búsqueda de la causa-raíz de la mortalidad en su país, así como las potencialidades de intervención. Define el “campo” de la salud como distintas áreas que deben ser tenidas en cuenta en cuanto al abordaje de los problemas de salud. El campo de la salud de Lalonde

consiste en cuatro áreas de influencia sobre las causas de mortalidad de la población canadiense. La modificación de los factores intervinientes en cada área genera la posibilidad de disminución de un porcentaje determinado de muertes. Así, considera que las intervenciones sobre el estilo de vida podrían disminuir un 43% la mortalidad, las realizadas sobre factor biológico o genético hasta un 27%, modificaciones en el medio ambiente un 19% y la intervención de los servicios de salud sólo disminuirían un 11% la mortalidad.

Los campos establecidos por Lalonde permitieron volver a pensar la salud y sus condicionantes fuera del ámbito de la medicina alopática, y su informe puso en evidencia el bajo peso relativo que tiene el sistema sanitario para modificar la mortalidad en términos globales. Colocaron al individuo nuevamente al centro de la escena, corriendo al sistema sanitario como eje central en donde gira la salud. El individuo, con sus características biológicas o genéticas, es condicionado en términos de salud por el entorno (medio ambiente) y por sus decisiones (estilo de vida) en mucha mayor medida que por el sistema sanitario al que tenga acceso.

Con los datos obtenidos, Lalonde investigó el presupuesto destinado a la intervención en cada una de dichas áreas, encontrando que las intervenciones en pos de cambiar los estilos de vida que se consideran no saludables rondaba el 1,5% de los recursos en salud, la genética el 7,9%, el medio ambiente el 1,6% y los sistemas de salud el 90% (Lalonde, 1974). En su informe, Lalonde demuestra como el sistema de salud absorbe el 90% del presupuesto nacional destinado a la salud, cuando sólo puede modificar, desde su intervención, el 11% de la mortalidad. Era esperable que sólo un Ministro de Salud que no fuera de la corporación médica pueda avanzar en estudios de esas características. El informe Lalonde es una parte central del nacimiento de la Atención Primaria de la Salud (APS) y la salud para todos en el año 2000, aunque la claridad y contundencia de su informe no haya alcanzado para torcer el dominio de la corporación médica en cuanto a las definiciones sobre la salud y enfermedad, como al dominio de los presupuestos del Estado en salud (del Llano Señaris, 2015).

El informe Lalonde, los determinantes sociales de salud de la OMS, o la determinación social de la salud (si los analizamos según la visión del

movimiento de salud colectiva), no hacen más que poner en evidencia una serie de factores de gran peso en la salud de las poblaciones. Los indicadores sanitarios demuestran que los países más pobres y las zonas más pobres de cada país poseen, salvo excepciones, los peores indicadores (Fernández, 2003; Schkolnik, 1975; Buchbinder, 2008; Bolsi y col., 2009; Brykman y col., 2004; Blanco Arana, 2017; Longhi, 2013; Rojas, 2011; Salvatori, 1968).

La desnutrición infantil, falta de educación formal, el déficit habitacional, la falta de acceso a agua potable y las malas condiciones para la eliminación de excretas han sido condiciones sistemáticamente relacionadas con pobres resultados de los indicadores sanitarios en mortalidad general, pero fundamentalmente en mortalidad infantil. Esta última, a pesar de la multicausalidad de su producción, es utilizada como uno de los máximos indicadores de desarrollo cuando se comparan regiones o países. Esto es debido a que se ha demostrado que las condiciones económicas, pero fundamentalmente las mejoras estructurales y la mejoría en los índices de desarrollo humano y equidad, generan una disminución marcada de la misma.

Acorde a Lalonde, y reforzada por la evidencia en las intervenciones que modifican la mortalidad infantil, las intervenciones sobre el medio ambiente y el estilo de vida de las poblaciones tendría un impacto considerablemente mayor a la intervención desde los sistemas sanitarios. Es el cambio propuesto por el informe de 1974 en Canadá, intervenciones que en la provincia del Neuquén se venían desarrollando años antes de su publicación, y cuyo éxito fue cosechado por la medicina alopática ni bien se consolidó territorial y discursivamente como parte del Estado. Analizar los aportes realizados por el Estado en estos múltiples niveles va a permitir comprender que lo acontecido en la Provincia del Neuquén durante las décadas de 1960 y 1970 fue mucho más que un "Plan de Salud", y que los logros que cosechó la medicina alopática en términos sanitarios en los primeros años del "plan" fueron productos de cambios profundos en las condiciones de vida de la población, y no sólo (ni principalmente) de la intervención del sistema de salud. A continuación, intentaremos mostrar algunos de estos factores.

Inversión del Estado en el medio ambiente, el estilo de vida y los servicios de salud durante las décadas de 1960 y 1970 en la provincia del Neuquén

En la década de 1960 se produce el despegue económico en la Provincia del Neuquén, que se vuelca fundamentalmente en medidas desarrollistas y asistenciales que cambian la realidad de la población. Se vivió una década con un considerable aumento de los recursos provinciales, de grandes obras de infraestructura, del crecimiento del gasto público en vivienda, servicios, salud y educación; así como una transición demográfica hacia las grandes ciudades en desmedro de la zona cordillerana y fundamentalmente del norte neuquino.

La relación entre los ingresos de un país o región con la pobreza y los malos indicadores sanitarios son frecuentemente relacionados. Uno de los indicadores sanitarios más sensibles para comparar desarrollo, inequidad y pobreza entre regiones es la mortalidad infantil. Son diversos los estudios que demuestran una relación entre PBI y mortalidad infantil (Fernández, 2003; Blanco Arana, 2017; Longhi, 2013, entre muchos), si bien la relación no es lineal. Es importante considerar que crecimiento económico no es necesariamente sinónimo de desarrollo social y mejoras estructurales (Fernández, 2003), que son los que guardan una relación más directa con la mortalidad infantil. No obstante, la mejoría en los recursos del Estado facilita el direccionamiento político de los mismos, lo que permite que las buenas políticas públicas desarrolladas tengan mayor extensión y rapidez en el impacto (Borini, 2014). Se puede considerar, por ende, el aumento de los recursos estatales como un facilitador de buenas políticas públicas, ya que sin estas últimas las mejoras no necesariamente se producen.

Para el estudio de los recursos provinciales y su comparación entre distritos es utilizado el producto bruto geográfico (PBG). Para lograr una comparación proporcional de las distintas provincias, debido a la gran diferencia que existe en el país en la densidad poblacional, se utiliza el PBG por habitante. El dato así obtenido permite comparar los distintos períodos, ya sea con la misma provincia o entre ellas, y el aumento, estancamiento o disminución de los recursos disponibles para los diferentes períodos históricos.

El estudio comparativo del PBG por habitante permite comprender las características particulares de la provincia del Neuquén en el período estudiado. Acorde a Porto (2020), como fue mencionado con anterioridad, Neuquén se encuentra clasificada entre las provincias de baja densidad poblacional, que corresponden a la región Patagónica. Las mismas se caracterizan por una baja densidad poblacional, alto producto bruto geográfico, una gran inversión en infraestructura a cargo del Estado nacional (Porto, 2020; Cao, 2009) y una desproporcionada representatividad política (senadores) comparada con el resto de las provincias, lo que les brinda mayor posibilidad de negociación con el gobierno nacional y podría explicar en parte la mayor inversión pública en la región.

Tomando en cuenta una serie histórica en la que se analiza la dinámica del gasto por habitante realizado por las provincias (Porto, 2010), Neuquén tiene el mayor aumento del mismo entre 1960 y 1970, más que duplicando su gasto por habitante en una década. No sólo es el mayor aumento de la década (casi duplicando el gasto) sino que es la única provincia que duplico su gasto por habitante en 10 años a lo largo de toda la serie histórica (1900-2010) (Porto, 2010).

Si se realiza una comparación entre el PBG por habitante de las distintas provincias, y se las clasifica como de PBG por habitante alto, medio o bajo, es la única provincia que logra un cambio de categoría desde 1959 (primer cómputo desde que se hizo provincia) hasta 1992, pasando de medio a alto entre 1960 y 1970, y continuó su mejoría en las posiciones comparativas (Russo y Delgado, 2000). La provincia de Neuquén se destaca del resto de las provincias en el aumento de su PBG por habitante entre 1960 y 1970, brindando la posibilidad de que con la implementación de buenas políticas públicas sea volcado al desarrollo poblacional y tenga impacto en los indicadores sanitarios (Borini, 2014).

Para poder evaluar si el aumento del PBG por habitante se traduce en desarrollo, amén de los resultados sanitarios de la provincia que lo sostienen, es importante evaluar determinados indicadores que permiten comparar las distintas provincias. Para ello Russo y col. (2000) realizaron una comparación entre el comportamiento de la relación entre PBG por habitante de las distintas provincias e indicadores de desarrollo. En su análisis encontraron una profundización de

las diferencias entre las provincias, partiendo desde 1970, en donde la provincia del Neuquén y Capital Federal se separan del resto demostrando mayores índices de desarrollo. La diferencia en los indicadores de desarrollo de estos dos distritos no sólo se sostiene en el tiempo, sino que muestra una tendencia a aumentar su diferencia con las otras provincias a lo largo del tiempo, hecho que los autores denominan divergencia al alza. Este análisis pone en evidencia cómo, para la provincia de Neuquén, el aumento del PBG se tradujo en mayor desarrollo, hecho fundamental para el impacto poblacional en materia de indicadores sanitarios.

El notable aumento del PBG por habitante entre 1960 y 1970, y el aumento sostenido de los indicadores de desarrollo y equidad ponen en evidencia y destacan la decisión política de que los nuevos recursos obtenidos por la provincia se vuelquen en beneficio de la población, en lo que Borini (2014) refiere como buenas políticas públicas.

Si se tiene en cuenta la realidad descrita para la época en donde la Provincia del Neuquén era Territorio Nacional (previo a 1957), en donde las manifestaciones de abandono por el gobierno nacional, la falta de servicios, de infraestructura y la realidad de “miseria y hambre” era de dominio público (capítulo 1); no es difícil de entender la magnitud del cambio (por el aumento de la inversión y los índices de desarrollo) y el impacto que el mismo tendría en los años siguientes a dicho cambio.

Los recursos provinciales de la época eran fundamentalmente provenientes de coparticipación, regalías petroleras y aportes directos de Estado Nacional a través de mecanismos como el FIT (fondo de integración territorial), aportes no reintegrables definidos por la conducción del Estado Nacional. La producción de hidrocarburos aumentó notablemente desde 1966, así como los ingresos directos e indirectos que generaba, lo que llevó a la provincia a situarse como líder en la producción de gas y petróleo en 1980. Las regalías y el creciente poder de negociación con nación generaron ingresos frescos y constantes, que permitieron, por definición política, ser volcados a políticas de bienestar de la población (Favaro, 2001).

El crecimiento constante de los ingresos por regalías, permitieron un aumento sistemático de los recursos genuinos de la provincia, pero no fueron su principal ingreso hasta entrada la década de 1980. Si se tiene en cuenta el análisis de la estructura presupuestaria se evidencia que hasta mediados de la década de 1970 los recursos con que cuenta son de la coparticipación federal de impuestos -que constituye del 40 al 50% del mismo- las regalías, que con una tendencia ascendente todavía resultan comparativamente bajas, mientras que los aportes no reintegrables y otros mecanismos de transferencia financiera significaban un ingreso superior al obtenido por las regalías (Bucciareli, 2004; Favaro, 2001).

La principal diferencia que se sucedió en la época es la conversión de la provincia desde la producción agroganadera no intensiva, a ser una provincia productora de energía, ya sea fósil o renovable. La explotación de los recursos provinciales brindó a la provincia la posibilidad de situarse en un lugar de privilegio con respecto a otras provincias, siendo favorecida en múltiples niveles por el proyecto nacional de fines de la década de 1960.

Los aportes del Estado nacional fueron múltiples y diversos, estableciéndose una marcada diferencia con el resto de las provincias (Bucciareli, 2004). A fines de la década de 1960, probablemente seleccionada por sus recursos naturales e influenciada posiblemente por el atraso en el desarrollo y falta de presencia institucional, el Estado Nacional realiza un direccionamiento de los recursos nacionales en los que parecería haberse definido como un polo de desarrollo de dicho período. El Estado nacional elegía a la provincia como un futuro ejemplo de la posibilidad de desarrollo con inclusión, dependiente de la planificación e intervención directa del mismo (Perren, 2009; Borini, 2014; Cao, 2009).

Los aportes indirectos que realizó el Estado nacional, fueron a través de diversas instituciones que se hicieron presentes o aumentaron su presencia en el territorio provincial como Vialidad Nacional, Obras Sanitarias, Banco Nación, etc. Las intervenciones, propias de cada organismo, fueron con obras directas para favorecer las comunicaciones y los servicios, subsidios o créditos con facilidades para el desarrollo de la actividad pública o privada que se diferenciaban de las políticas o los presupuestos que disponían dichas entidades en otras jurisdicciones. (Favaro, 2001)

El Estado nacional realizó aportes directos en educación y salud, que sirven como ejemplo para poner en evidencia las desigualdades en la distribución de recursos federales. Como ejemplo para visibilizar estas diferencias en la distribución de recursos, en 1970 se le adjudicó a la provincia del Neuquén un 5,2% de los aportes totales para salud del Estado nacional, contra un 2,9% que ese año le correspondió a la Capital Federal (Estado, Sociedad y Salud, 1991).

Los aportes directos e indirectos del Estado nacional fueron muy importantes para el desarrollo de infraestructura básica, servicios y apoyo a los emprendimientos locales, pero fueron las grandes obras de infraestructura energética las que cambiaron, junto con la explotación de hidrocarburos, la realidad del territorio. Dichas obras vieron su comienzo a fines de la década de 1960, con la obra de la represa Chocón-Cerros Colorados. Una vez terminada la represa en 1972, y en forma casi inmediata, a través de Hidronor S.A., se comienza la construcción del complejo Alicopá, que incluye las represas Alicurá, Collón Cura y Piedra del Águila (Favaro, 2001).

La construcción de dichas represas vino de la mano de grandes inversiones de infraestructura, desde pueblos hasta hospitales, así como caminos y mejorías en los servicios de comunicación (Bucciareli, 2004). Se generaron facilidades impositivas para la radicación de empresas en Zapala, fundamentalmente aprovechadas por la fábrica de cemento que facilitaría el material necesario para las grandes obras (Favaro, 2001).

El desarrollo de las grandes obras de infraestructura, la industria petrolera y el aumento sostenido de la presencia de organismos y empresas de Estado nacional no se limitó a la provisión de empleos y servicios. El despliegue territorial de las empresas del Estado tenía una dinámica particular, que se repetía en distintas geografías. Si bien las empresas como YPF llegaban a la provincia para la explotación de los recursos petroleros, su accionar iba más allá de los que el beneficio empresarial haría suponer. Las empresas nacionales generaban focos de desarrollo en la provincia, como el llevado adelante en Cutral Co-Plaza Huincul por YPF o el desarrollado durante la construcción de la represa El Chocón-Cerros Colorados, ambos con la construcción de pueblos y estructuras de servicios. En la misma dinámica el Estado nacional realizaba aportes estructurales para cubrir deficiencias existentes en la provincia a través

de sus empresas, como la construcción del Policlínico Ferroviario (posteriormente ADOS, Asociación de Obras Sociales) para empleados del ferrocarril y de otras obras sociales (Taranda et al, 2008).

Cao, describiendo la modalidad que el Estado nacional poseía a través de sus empresas, sostiene

“...la modalidad de ocupación del territorio no se circunscribía sólo a la explotación del recurso natural, sino que abarcaba una amplia red de equipamientos sociales, culturales, recreacionales y residenciales para el personal permanente. Ello implica una estrategia de desarrollo urbano y regional que excedía, en mucho, lo que una empresa tipo estaba obligada a realizar en términos de sus objetivos de obtención de la máxima tasa de ganancia posible. De algún modo, YPF ‘subsidiaba’ al territorio local donde se asentaba y tal decisión superaba una visión mercantilista en su rol y su función de empresa” (Cao, 2009).

El aumento de los recursos provinciales, la mayor presencia del Estado nacional, las grandes obras de infraestructura y la instauración en Neuquén de un polo de desarrollo trajo aparejada un cambio en las características demográficas locales. La provincia, desde 1960, tiene un crecimiento poblacional mayor al promedio nacional, en gran medida por la migración interna. La migración producida tuvo características particulares, diferenciándose de la producida en otra época al litoral argentino, siendo principalmente gente joven y su lugar de origen provincias con altos PBG por habitantes y con una elevada proporción de alfabetos en comparación con la población nativa. La provincia, con un déficit importante en materia educativa, mejoró su situación en dicho indicador ya que los alfabetos de otras provincias duplicaban al porcentaje nativo con nivel secundario (Perren, 2009). Dentro de esta explosión demográfica de población joven básicamente de sectores medios y profesionales (Favaro, 2001), resaltaba una inmigración mayor, que se profundiza en la década de 1970, de profesionales de las ciencias de la salud (Borini, 2014) cuyo crecimiento entre 1970 y 1980 es casi 10 veces mayor al crecimiento de profesionales a nivel nacional, un aumento mayor al triple comparado con la población general.

A nivel provincial los cambios fueron muy importantes también, siendo la tendencia de la época la transición desde la ruralidad a los grandes centros urbanos. Como ejemplo el noroeste de la provincia paso de tener un peso del

33% de la población en 1920, el 12% en 1960 y un 7,6% en 1970. Es el ejemplo de un núcleo económico por el tránsito de la ganadería hacia Chile en las primeras décadas del siglo XX, a una realidad de pobreza, marginación y exclusión de los circuitos económicos una vez cerrados los pasos comerciales y centralizado el comercio exterior, constituyéndose en áreas expulsoras de población y caracterizadas por la pobreza y el abandono (Perren, 2009; Estado, Sociedad y Salud, 1991). El máximo histórico de urbanización en la provincia se presenta entre 1970 y 1980, con una tasa cercana al 6% anual. Esta tendencia que había comenzado con anterioridad, resulta en que en algún momento situado entre 1960 y 1970 la población que habitaba las ciudades superó a la población rural (Perren, 2009).

La migración a las ciudades de la provincia, ya sea desde el interior provincial o del resto del país, no trajo aparejado, como en otras regiones, problemas de desempleo. Se produjeron diversas fuentes de trabajo, ya sea relacionadas con el crecimiento del sector público, el manufacturero, la construcción o la industria de los hidrocarburos.

En 1961 el sector primario representa el 63,2% del Producto Bruto Interno Provincial, mientras que la industria y la construcción lo hacen con un 11,9% y los servicios con un 24,8%. Desde ese año a 1977, el PBI del sector industrial crece un 200%. La intensa obra pública lleva a que la construcción, que empleaba al 5,1% de la población en 1960, emplee al 13,8% en 1970 y al 16,6% en 1980. El crecimiento del sector público llevó a que una parte importante de la población sea empleada del Estado, fundamentalmente en el interior provincial, con una expansión marcada en los últimos cinco años de la década de 1960 en donde crece un 21% la planta de empleados del Estado (Favaro, 2001).

Si bien la industria petrolera no es generadora directa de mano de obra en forma importante, la demanda indirecta de servicios generados por la misma tiene un impacto en la zona central de la provincia y en su capital. La radicación de empresas internacionales de servicios petroleros, así como las que aprovecharon la promoción industrial, cambiaron la dinámica del empleo en la región más urbanizada de la provincia. El crecimiento del aparato estatal, el auge de la construcción y la expansión de servicios logra mantener a partir de la década de 1970 una constante baja en la desocupación, llegando en 1980 a

tener una tasa de desocupación del 2,2% y una subocupación del 2,1%, comparada con nación que ostentaba el 3,1% y el 4,1% respectivamente (Favaro, 2001).

El crecimiento y desarrollo de la provincia se debió, en gran parte y como se mencionó con anterioridad, a la voluntad política de transformar el aumento de los recursos provinciales en desarrollo. En este marco, el gran motor de dicho proceso fue la obra pública. Las características de la provincia en la década de 1950 estaban signadas por una pobreza y miseria poblacional sólo superadas por la falta de infraestructura (Sapag, 1994). En ese marco, no sorprende que, desde la provincialización, el desarrollo de infraestructura fuera uno de los puntos centrales en los ejes de gobierno.

En los primeros años de la primera gobernación de Sapag, promediando la década de 1960, se destaca la intensa obra pública que no frenaría en la provincia hasta la década de 1990. Durante la década de 1960, muchas de cuyas obras se finalizan en los primeros años de la década de 1970, se produce un crecimiento exponencial en las estructuras de salud y educación. Se construyen hospitales cabecera en cada zona sanitaria, hospitales en las localidades de más de 1000 habitantes y numerosas postas sanitarias. Se eliminan las escuelas tipo rancho, y se realizan nuevos edificios y nuevas escuelas secundarias, algunas con sus respectivos albergues, inclusive en poblaciones de menos de 2000 habitantes (Arrue y Kalinsky, 1991). Se asfaltan numerosas rutas de la provincia, se construyen puentes en el interior provincial para conectar poblados hasta entonces prácticamente incomunicados y se pone en marcha un sistema de facilitación de las comunicaciones con la inclusión de telégrafos, teléfonos y la ampliación del servicio postal (Favaro, 2001).

En la capital provincial se asfalta el primer aeropuerto, que luego se replicará para el área turística de San Martín de los Andes. Se inicia la construcción del complejo turístico de Caviahue-Copahue, y posteriormente el Hotel internacional de San Martín de los Andes. Se crea la Universidad de Neuquén, que luego dará lugar a la universidad Nacional del Comahue.

La presencia del Estado nacional a través de grandes obras de infraestructura energética como el complejo Chocón-Cerros Colorados, y posteriormente con el

complejo Alicopá, son continuadas con la construcción de los gasoductos Neuquén-Bahía Blanca y Plaza Huincul-Zapala.

El abordaje de los costos se realizó en forma directa e indirecta. En forma directa se llegó a destinar en 1969 un 25% del presupuesto provincial en obra pública. Otros aportes monetarios se realizaban a través del fondo de integración territorial (FIT), en calidad de aportes no reintegrables del Estado Nacional, como ya ha sido mencionado. Los aportes indirectos se realizaban a través de los trabajos de Obras Sanitarias, Vialidad Nacional y el ejército que prestaba ayuda y logística para los trabajos en el interior provincial. (Favaro, 2001).

La infraestructura no sólo fue en obra pública y grandes obras de infraestructura energética. Para acompañar el rápido crecimiento poblacional de las ciudades neuquinas era necesario una política habitacional que no permitiera que dicho crecimiento generara un impacto negativo en las mismas.

La provincia sufrió un déficit habitacional histórico que arrastró hasta la década de 1990, teniendo, como ejemplo, en el censo de 1980 casi un 30% de la población con NBI. Desde 1960 se produjo una inversión constante para intentar cambiar la realidad imperante de faltas de viviendas y hacinamiento, ya sea a través de inversión provincial, planes nacionales, créditos hipotecarios para la construcción particular o subsidios internacionales (Blanco, 2014).

Entre 1960 y 1980 el parque de vivienda provincial aumentó un 170%, superando el gran crecimiento demográfico de la provincia del 121,9% en el período. En el área de Confluencia, donde se concentró la urbanización creciente de la provincia, se duplicó la cantidad de viviendas entre 1960 y 1970 (Estado, Sociedad y Salud, 1991). Se logró disminuir las viviendas precarias y ranchos de un 36,2% en 1960 al 17,6% en 1980, al mismo tiempo que aumentó en un 31,6% el porcentaje de casas y departamentos con instalaciones y servicios adecuados (Fernández, 2003; Favaro, 2001; Arrue y Kalinsky, 1991). El acompañamiento de este desarrollo estructural de la provincia, y del desarrollo demográfico que se presentaba, necesitó una fuerte inversión del Estado en servicios, fundamentalmente en educación y salud.

La inversión en educación fue alta en el período, que parte de una realidad de falta de infraestructura y de servicios que la llevaban a ocupar el cuarto lugar en

los índices de analfabetismo a nivel nacional. Durante el período comprendido entre 1960 y 1980 se producen grandes cambios que no sólo están dirigidos a mejorar las condiciones generales del sistema educativo en el nivel primario y secundario, sobre todo en el interior de la provincia, sino que desarrolla una política específica para el nivel terciario que acerca la oferta al interior de la provincia. La política educativa del nivel terciario avanza con la creación de la Universidad del Neuquén, que como fue mencionado dio origen posteriormente a la Universidad Nacional del Comahue (Arrue y Kalinsky, 1991). Los cambios se profundizan en la década de 1970 y se pasa de un porcentaje del presupuesto provincial destinado a Educación y Cultura de un 8% a un 20% a comienzo de la década (Favaro, 2001).

Los resultados de esta inversión no tardaron en llegar. Entre 1960 y 1980 se evidenció un aumento de la asistencia escolar por porcentaje de población del 18,6 %. La matrícula escolar cada 1000 habitantes aumento en el período 55 veces para preprimario (de 0,6 a 33), 32,4% para el primario, 197,8% para media y se logró 11,4 matriculados universitarios cada 1000 habitantes, en 1960 no existía ninguno (Arrue y Kalinsky, 1991). Este crecimiento fue acompañado con los docentes, que aumentaron, teniendo en cuenta los docentes cada 1000 habitantes, 183,6% en dicho período. El abordaje realizado tuvo un impacto preferencial en las mujeres, que vieron reducidas sus tasas de analfabetismo de un 24% a un 7% a fines del período (Fernández, 2003; Arrúe y Kalinsky, 1991). Neuquén, en 1960, se encontraba ente las provincias con menor escolarización y entre las 5 con la más baja relación entre matriculación media y primaria. Por los cambios realizados, Neuquén logra situarse entre 1960 y 1980 entre las cinco provincias con mayor aumento de la matricula media del país y entre las cinco provincias con mayor aumento de la relación entre matriculación media y primaria. Los logros también se observan en el nivel terciario, con un aporte importante de la migración interna, los técnicos pasaron de ser un 15% de la población urbana en 1960 a un 30% en 1980 (Perren, 2009).

Las inversiones en salud en el período fueron notables y han sido nombradas en capítulos precedentes, fundamentalmente en lo que respecta a infraestructura y recursos humanos. Se construyeron hospitales zonales, hospitales en cada localidad de más de 1000 habitantes y numerosos centros de salud y postas

sanitarias. La inversión en infraestructura edilicia fue acompañada con vehículos, elementos y tecnologías apropiadas para el uso de los mismos y con el personal necesario.

Los cambios en la infraestructura en salud y en sus recursos humanos, sumado a las mejoras en los indicadores sanitarios, fueron de tal magnitud que, en el discurso de toma de posesión de gobernador electo en 1973, Sapag, refiere que los problemas de salud ya no forman parte de la agenda de desafíos a resolver en la nueva gestión (Taranda y col., 2009; Sapag, 1994).

Aportes de capital social y económico a la medicina alopática

Toda la inversión descrita en el apartado anterior, se constituyeron en parte del capital económico para el grupo de médicos que impulsaba la medicina alopática en la provincia al mismo tiempo que parte del capital social y político del MPN. Este cruce entre los intereses de estos dos grupos es crucial para ver las sinergias que se desarrollaron en estos años y confluyen en el "Plan de salud". No se concebía una alternativa a los abordajes de salud que no fuera ésta, y gran parte de la construcción política, que frecuentemente utilizaba terminología de la salud alopática para destacar situaciones de pobreza, se centraba en la carencia de salud institucionalizada (Sapag, 1994).

Como ya se dijo en capítulos anteriores, Neuquén, con una constitución enmarcada en el denominado constitucionalismo social, inscribe en el texto fundacional a la salud institucionalizada. Considera obligación del Estado velar por la salud y la higiene públicas, poniendo a disposición servicios gratuitos y obligatorios. En la constitución se deja plasmado que, entre otras cosas, el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población está condicionado por la posibilidad de contar con servicios de medicina preventiva y asistencial adecuada. En la constitución se otorga una mayor importancia, con grandes implicancias a futuro en el desarrollo del sistema sanitario, a la maternidad y la niñez. El texto sostiene que se asegurará por medio de una legislación orgánica, la defensa y protección de la maternidad y la niñez mediante la asistencia de la madre antes, durante y después del parto y del niño en su vida y salud en los

períodos de primera infancia preescolar, escolar y en la adolescencia, con establecimientos adecuados para tal fin.

La salud plasmada en la constitución es exclusivamente en clave alopática, y se le otorgan herramientas a la salud institucionalizada para intervenir más allá de la voluntad de la población. En el artículo 291 se manifiesta

“El Consejo Provincial de Sanidad dará preferente atención a los lugares alejados carentes de recursos, y a la prevención y profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas, la represión del alcoholismo, las toxicomanías, las endemias y epidemias periódicas de origen animal, la desnutrición, falta de higiene, promiscuidad y enfermedades venéreas. Para el cumplimiento de tales fines podrá solicitar las órdenes de allanamiento necesarias”

La ausencia de referencia a la alteridad, a la posibilidad de otras miradas y realidades es una constante en las acciones del Estado Argentino (tanto nacional como provincial) desde finales del siglo XIX, y que se reproduce casi invariablemente hasta la actualidad. En la provincia prosperó una visión estereotipada del mapuche como pasado provincial, con una negación de su existencia en el presente. Sin embargo, como puede verse en la cita, puede interpretarse que la medicina alopática tenía que avanzar sobre los reductos existentes en el “interior” provincial, de ser necesario con el auxilio de las fuerzas represivas.

La llegada al poder del MPN, posibilitó la convivencia de diversos “otros” dentro de los límites del Estado provincial mediante alianzas políticas estratégicas (Estrella, 2015). Siguiendo la conducta del Estado nacional en el proceso de “argentinización” iniciado a comienzos de siglo, el reconocimiento otorgado a las comunidades en clave política, requería tanto la aceptación del Estado y su pertenencia al mismo como su destribalización (Zaidenweg, 2013). Así, las acciones del Estado neuquino en sus políticas públicas, pero fundamentalmente en salud, formaban parte de una operación ideológica más amplia que perseguía la legitimidad política (Estrella, 2015).

En la provincia se produjo una folklorización de lo araucano, que permitió una construcción de una neuquinidad llena de pasado y con una fuerte diferenciación del resto del país. El mundo mapuche quedó definido por las artesanías y por un

pasado combativo, representado alegóricamente en las gráficas provinciales como un hombre de torso desnudo, rostro serio, a caballo y con vincha y plumas, muchas veces armado con lanza. Al mismo tiempo de la mistificación del pasado neuquino, se avanzó en una homogeneización multiétnica, borrando con una mezcla de coerción y persuasión todas las culturas menos la que pretendían constituir como dominante (Estrella, 2015).

Las prácticas del Estado neuquino con respecto al mundo mapuche giraron más en torno al etnocidio que a la asimilación voluntaria. Acorde a Clastres (1996) el etnocidio es la destrucción sistemática de los modos de vida y de pensamiento de gentes diferentes a quienes llevan a cabo la destrucción, considerando que en realidad puede “mejorarlos” si se parecen más al modelo propio, ejerciéndose el etnocidio “por el bien del salvaje”. El genocidio asesina los cuerpos de los pueblos, el etnocidio los mata en su espíritu (Clastres, 1996).

Desde la asunción del MPN al poder, se constituyó una dinámica estatal con vocación desarrollista y planificadora. Acorde a Lenton (2005), el paradigma desarrollista conllevó la imposición del concepto de subdesarrollo que enmarcó la construcción del sujeto indígena. Desde la política se intentó una integración de los aborígenes a través de dicho concepto, asimilando desde el mencionado paradigma a la aboriginalidad un componente de carencia (Estrella, 2015).

La falta de abordaje de las comunidades mapuches desde sus particularismos es sistemática en las políticas públicas del Estado provincial. Las referencias son escasas, generalmente reducidas a su pertenencia rural y pobreza, o en términos despectivos en cuanto a capacidad laboral, consumo de alcohol, violencia o sexualidad.

En este marco se llevó adelante el “operativo THIM: programa sanitario preliminar de acción contra la tuberculosis, hidatidosis y mortalidad infantil”, que fue el primer programa de salud construido en conjunto por el COPADE y la Sub Secretaria de Salud, con los cuadros técnicos que persistían de Sapag pero elaborado y publicado durante la intervención del Ing. Rossauer en el onganato. Fue publicado en 1968, y sus lineamientos fueron la base, junto con el plan desarrollado para la zona III en 1969 de lo que en el futuro se nominaría el “plan

de salud”, cuyo inicio se fija en 1970. Salvatori, en el diagnóstico socio sanitario del documento del Operativo THIM, sostiene que:

“Otra característica de la población neuquina es la existencia de un grupo étnico netamente diferenciado de raza araucana que se distribuye en distintas reservas indígenas en toda la provincia, con excepción de los departamentos de Si bien constituyen una minoría, no por eso dejan de tener importancia como problema humano, en cuanto significan la supervivencia de comunidades que, viviendo en una economía de subsistencia, vienen perpetuando a través del tiempo una marcada situación de subdesarrollo incompatible con el desarrollo que quiere alcanzar la provincia del Neuquén” (Salvatori, 1968)

En otro apartado, no alcanzando con sostener que la situación de subdesarrollo es incompatible con lo que se desea obtener, el informe describe la realidad de la zona cordillerana y el norte, describiendo los altos niveles de desnutrición, entendiendo como sus causas un medio ecológico desfavorable, déficit de vías y medios de comunicación, hábitos alimenticios inadecuados y un “nivel mental deficiente” (Salvatori, 1968; Estado, Sociedad y Salud, 1990).

En este sentido, el desarrollo de la “salud” provincial fue enmarcando la aboriginalidad en términos de carencia y subdesarrollo, mediante prácticas etnocidas. La interculturalidad no podía ser planteada como una propuesta política específica en el ámbito de la salud, en un primer momento porque uno de los objetivos de las políticas de bienestar llevadas a cabo por el MPN estaba orientado a crear una población homogénea, minimizando las diferencias, invisibilizándolas (Estrella, 2015). No menos importante es la relación de lo “mapuche” con el pasado remoto, el atraso y el subdesarrollo que un Estado que comenzaba a proyectarse en el escenario nacional no podía permitir.

El MPN amplió su base de pertenencia con grupos de migrantes y nativos de diversos estratos socioeconómicos, que fueron destinatarios de políticas de bienestar que ampliaron la constitución de una ciudadanía política (Favaro, 2001). Las políticas públicas del período, entre las que salud pensada en clave alopática fue una de las principales, se constituyeron en dispositivos de unificación y homogeneización poblacional (Estrella, 2015).

Con una marcada continuidad con las políticas nacionales de principios de siglo con el proceso de argentinización, el Estado provincial buscó construir una

“neuquinidad” que los particularice en el escenario nacional. Siguiendo a Segato (1997) se avanzó en la construcción de una etnicidad ficticia, homogénea, en donde el componente mapuche era parte de un pasado necesario y que diferenciaba a la neuquinidad del resto de las provincias. Al igual que lo acontecido en el país, con una marcada continuidad con los postulados de la generación del ´80, se intentó construir un modelo étnico esencial e indivisible, en donde el Estado se constituía en el antagonista de las minorías. A nivel nacional se constituyó una gran etnia artificial, inventada en el laboratorio de la generación del ´80 y reproducida en la escuela y en los discursos de salud pública. En la provincia del Neuquén el proceso de argentinización a través de educación y las efemérides patrias en marcha desde 1910 (Zaidenweg, 2013) y después las políticas de Salud Pública se constituyeron en los dispositivos de mayor eficacia simbólica del período estudiado. Mediante las prácticas de prevención, muchas veces impuestas coercitivamente, de promoción y de educación para la salud favorecieron la construcción de esta etnicidad ficticia, a partir de la difusión de los “estilos de vida” occidentales como saludables (Estrella, 2015), y juzgando negativamente muchas de las prácticas ancestrales mapuches.

Las intervenciones realizadas en terreno, fundamentalmente mediante las visitas domiciliarias de los Agentes Sanitarios, no tenían por objetivo la construcción de un mejor estado de salud, sino la imposición de un mensaje adoctrinador. En cuanto a la tarea de los Agentes Sanitarios, Estrella sostiene

“Los dispositivos de intervención basados en 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 del capital social analizado por Lorenzetti (2007). Estos discursos de valorización de lo cultural como capital social no tuvieron arraigo en el ámbito de salud, sino que fueron incorporados mayormente en el ámbito educativo. A pesar de que el programa de salud rural y periurbana enuncia como uno de los roles de los agentes sanitarios observar las características, costumbres, mitos y creencias de la población asignada, su principal trabajo es ser un promotor de la salud, un ejecutor de tareas específicas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y articular los servicios de salud con la comunidad. No se enfatizó en ningún momento la relevancia o valor de la cultura o lo cultural ni que éste sea un factor a protegerse o resguardarse. El discurso de

Salud Pública neuquino no incorporó la “moda” de la salud intercultural.” (Estrella, 2015, pág. 65)

El Estado utilizó a los Agentes Sanitarios, seleccionados de las comunidades a las que pertenecían, como promotores del cambio cultural, como dispositivos de control social que llegaran inclusive al domicilio de los pobladores asiduamente. Siguiendo a Zent y Freire (2011), queda en evidencia como cuando el Estado inicia procesos en los que brinda atención biomédica en territorios indígenas, se esconde una agenda propia que aspira más a subyugarlos y assimilarlos a su punto de vista que a una construcción colectiva.

Conclusiones

Los aportes realizados durante el período analizado por parte del Estado provincial modificaron la realidad provincial. Los gastos directos en infraestructura y servicios, la migración intraprovincial desde las áreas rurales hacia los conglomerados urbanos y una migración desde otras provincias de medianos y altos ingresos produjeron una nueva etapa en la provincia que rápidamente abandonó el lugar de “miseria y hambre” que frecuentemente se le atribuía en los discursos políticos.

Durante el período mejoraron los indicadores económicos, de desarrollo, disminuyó el desempleo (hasta ser el menor del país durante el período) y aumentó la matrícula educativa, el alfabetismo y el número de profesionales en una magnitud no comparable con otros distritos nacionales.

Las intervenciones en la provincia desarrolladas por el MPN durante la década de 1960 y principios de 1970, principalmente en términos de infraestructura de comunicación, salud y medicina, generó en el interior de la provincia una nueva socialización. Se decidió avanzar en la urbanización del área rural con la escuela, la comisaría y el hospital rural como centros de asentamiento poblacional. El Estado se hace presente mediante sus instituciones, y reordena la cotidianeidad de la geografía rural de la provincia mediante una reconfiguración económica, espacial y burocrática. En áreas marginales y pobres, la presencia de instituciones del Estado provincial conlleva una nueva realidad para quienes

trabajan en ellas, ya sea por el aporte monetario del sueldo como por el prestigio que adquirirían en la nueva socialización, como veremos en el próximo capítulo.

Los maestros, médicos, curas y policías, conformaban una nueva elite local, que entendía a la alteridad en términos de subdesarrollo.

En este marco, se le otorga a la medicina alopática un poder de autoridad y se le brindan los medios necesarios para poder “persuadir” y “cooptar” a las poblaciones más “rezagadas” del interior. La implantación del paradigma científico que se troca en autoridad, favorece un disciplinamiento de la población, acorde a las necesidades de “progreso” de los políticos neuquinos y la conveniencia de la corporación médica (Estado, Sociedad y Salud, 1990).

Iniciado en 1963 durante el primer mandato de Felipe Sapag, el mencionado proceso fue un lento desarrollo que se vio continuado durante el onganato, hasta el principio de 1970. En el nuevo período de Felipe Sapag al frente de la provincia, a finales del onganato, se produce una profundización de la intervención de la medicina alopática en las comunidades rurales neuquinas. Decisiones políticas y nuevos actores favorecen la creación de una corporación médica de salud pública, que tomará la cruzada “civilizatoria” como propia, y combatirá el “subdesarrollo” del interior, sin más impulso que la necesidad corporativa de imponer su visión del mundo.

Capítulo 5

El logro del dominio simbólico del campo de la salud por la medicina alopática

Introducción

Con anterioridad se puso en evidencia la reconfiguración del campo de la salud en la región sur de la provincia del Neuquén, y el aporte de capital económico, político, cultural y de metacapital por parte del Estado para el desarrollo de la medicina alopática y para favorecer su dominio del campo. En el presente capítulo se desarrollará los medios y el método por el cual, la medicina alopática ya establecida en territorio, disputa el capital social en general, y en el área rural en particular, a las comunidades mapuches.

Para poner en evidencia dicho proceso, en primera instancia se analizará el desarrollo del “plan de salud” desde una óptica que permita comprender como, a través del mismo, comienza a formarse una corporación médica de salud pública en Neuquén. Compartiendo agenda con el poder político en la primera mitad de la década de 1970, logra consolidarse recogiendo cómo propios los éxitos sanitarios resultados de las políticas mencionadas en el capítulo anterior.

Haciendo énfasis en la mortalidad infantil, que se analizará en el presente capítulo, logra posicionarse rápidamente y comienza a tener peso propio en la toma de decisiones. Su consolidación le permite atravesar la etapa de la dictadura militar de 1976 sin grandes cambios, lo que termina de demostrar su capacidad de sostenerse ante la ausencia del MPN en el poder.

El nacimiento de esta corporación de salud pública y su consolidación es trascendente para la siguiente tesis ya que es esta autonomía y su empoderamiento lo que permite, más allá del acompañamiento político, lograr en poco tiempo el dominio del campo en un territorio marginal de la provincia.

Como fue puesto en evidencia anteriormente, las características del territorio nacional del Neuquén fueron de pobreza, exclusión y una ausencia de instituciones estatales, sobre todo en el interior, y sólo cambiaron una vez que se constituyó como provincia en 1957. Esta realidad neuquina dejó afuera a la

provincia de los procesos de modernización del Estado y de medicalización de la población que comenzaron a desarrollarse en Argentina a finales del siglo XIX.

Siguiendo a Di Liscia y Soprano (2017), quienes sostienen que a finales del siglo XIX los Estados necesitaron de los saberes técnicos de la misma manera en que estos necesitaban al Estado para su consolidación e institucionalización, entiendo que el proceso de medicalización de la población argentina se desarrolla acorde al interés compartido por el Estado y la medicina alopática. Los funcionarios de salud institucionalizados, que acorde a Bourdieu hablan en “nombre del Estado” (Bourdieu, 2015), favorecerán el reconocimiento y la legitimización del Estado y sus instituciones. Por su parte, la medicina alopática apropiada de la salud institucionalizada, utilizará al Estado para consolidarse y expandirse.

Por otro lado, Soprano (2014), citando las investigaciones de González Leandri, sostienen que se pudo demostrar que la profesión médica ha podido consolidarse como tal sólo en la medida en la que obtuvo el reconocimiento de las poblaciones a donde iban destinadas sus saberes y sus prácticas. Este reconocimiento social de la eficacia de su intervención, junto con la pericia técnica, dieron fundamento a un proceso político orientado a exigir al Estado el reconocimiento formal de un derecho exclusivo de ejercicio (Belmartino, 1998).

En esta línea, sostiene Belmartino (1998) que fue ésta un largo y complejo proceso histórico, sustentado en la autonomía en la esfera de lo técnico y el reconocimiento social que la legitima lo que le permitió a la medicina alopática ubicarse en condiciones de reclamar al Estado la protección de su práctica como única actividad legítima, destinada a dar respuesta a las necesidades sociales vinculadas a la salud/enfermedad. El logro del reconocimiento legal como única visión del abordaje de los procesos de salud/enfermedad/atención por parte del Estado, fue un paso fundamental para el desenvolvimiento de la medicina alopática y su injerencia sobre las poblaciones y el propio Estado. El mayor nivel de exigencia supone demandar la entrega a los médicos del gobierno de la medicina, entendiéndolo por tal la totalidad de los recursos que el Estado destina a la prevención de la enfermedad y la recuperación y promoción de la salud. (Belmartino, 1998).

En el caso de la región en estudio, la legalización y hegemonía impuesta a las poblaciones de la práctica médica alopática lleva aparejado la exclusión de saberes no académicos y la posibilidad de persecución y proscripción de quienes ejercen el arte de curar por fuera de los preceptos alopáticos. Esto mismo ha sido estudiado para otros espacios, especialmente en las grandes ciudades donde estaba asociada al curanderismo. Como sostiene Belmartino (1998) una de las causas que sustentan la persecución de estas prácticas se basaron en:

“De manera no explicitada, esta visión se vincula con la hipótesis de incultura ciudadana. Así como la ignorancia se considera motivo legítimo para negar a la población el derecho de autogobierno, y se otorga a la élite en el poder la facultad de ejercer – en bien de esa misma población- una especie de “autoritarismo protector”, la ignorancia también respalda la necesidad de resguardarla de los riesgos asociados a una elección equivocada de los procedimientos de defensa frente a la enfermedad. La profesión, que mira con desconfianza al poder político cuando se trata de preservar su propia autonomía, le reclama el apoyo para erradicar prácticas alternativas basadas en un supuesto abuso ejercido sobre los más débiles, a quienes la profesión y el Estado tienen la obligación –y la facultad de proteger” (Belmartino, 1998, pág. 40)

Siguiendo a Cerdá (2015), considero que la medicina alopática es una ciencia, y al mismo tiempo, un complejo conjunto de creencias que necesitó del Estado, y su fuerza de control-coerción, para imponer su conocimiento y sus prácticas al conjunto de la sociedad. La medicalización de las poblaciones en América Latina, junto con la educación y la religión institucionalizadas y fomentadas por el Estado, fueron los pilares de las prácticas etnocidas, una vez que disminuyó el sometimiento coercitivo de las comunidades originarias. Las intervenciones institucionalizadas del Estado, ya sean educativas o sobre la salud de las poblaciones, muchas veces impuestas y en general no respetando la libre elección de las comunidades, fueron sistemáticamente justificadas como beneficio pensado en las comunidades en que se aplicaban, a pesar muchas veces de la opinión de los habitantes de esas comunidades.

En Argentina, producto de un largo proceso que comienza con medidas restrictivas para el ejercicio de la medicina a los no profesionales en 1880, la medicina alopática logra posicionarse como un actor con intereses particulares, distintos de los del Estado y la ciudadanía. La profesión, mediante su acción

gremial a la que Belmartino (1988) denomina *corporación médica*, al mismo tiempo que demanda el reconocimiento del Estado le niega injerencia en los aspectos técnicos de su práctica, asumiendo como exclusiva la función de establecer los parámetros éticos que la sustentan (Belmartino, 1988).

Así, la *corporación médica* logra en el siglo XX en Argentina, no sólo la exclusividad de la atención del proceso de salud/enfermedad enmarcado en el código penal, sino legislación beneficiosa que le permite, a través de la generación de círculos médicos y colegios profesionales, ser los encargados oficiales de revisar las conductas de sus miembros, así como la matriculación de los mismos (Belmartino, 1988).

Con prácticas enmarcadas en lo que Menéndez describe como Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1992), basadas en la ahistoricidad, en la racionalidad científica y en la profesionalización formalizada, la *corporación médica* se incorpora plenamente en el Estado argentino a lo largo del siglo XX. Aceptan y promueven la oficialización de la medicina, pero rechazan la injerencia política en la misma. Haciendo hincapié en la racionalidad científica y los saberes técnicos, prueban que los cargos electivos del parlamento sean los encargados de definir cuestiones que, sostienen, son eminentemente técnicas. El fin último de las embestidas hacia el poder político, de una histórica tensa relación, se enmarcan en la voluntad de la *corporación médica* de lograr una salud intervenida y la medicina como una fracción autónoma del aparato estatal, convertirse en un organismo autárquico apolítico dentro del Estado, hecho que no logra consumar (Belmartino, 1988).

La provincia del Neuquén, una vez constituida como tal, ingresa en forma tardía al mencionado proceso de medicalización. No obstante, y seguramente por el contexto histórico en el que se desarrolla, la asamblea constituyente elabora la única constitución provincial en la que la medicina oficial y alopática figura explícitamente. La constitución asume que el Estado tiene la obligación de otorgar asistencia médica gratuita y considerar que la misma puede tener carácter de obligatoria si la defensa de la salud así lo requiere. Habilita a los médicos a intervenir solicitando allanamientos en nombre de la salud pública y con la facultad de incidir, acorde al mandato constitucional, en diversos usos y costumbres a pesar de la ciudadanía.

El abordaje de la salud en la constitución, de marcado corte positivista y con amplias facultades otorgadas a la medicina alopática, junto con la búsqueda de una homogeneización poblacional e incorporación de la misma a la “civilización” y al aparato productivo capitalista, favorecen la interpretación de la visión de la medicina en Neuquén en términos foucaultianos, como un dispositivo de saber-poder que es aplicado sobre las poblaciones para lograr cuerpos dóciles que puedan incorporarse al proceso productivo y así poder desarrollarse como Estado capitalista moderno.

Siguiendo a Foucault (2007), el bio-poder fue un elemento indispensable para el desarrollo del capitalismo que permitió la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos. La bio-política, a través de los dispositivos de saber-poder, no sólo se encarga de normalizar y homogeneizar las poblaciones para incorporarlas al proceso productivo, sino también operan como factores de segregación y jerarquización sociales, garantizando relaciones de dominación y efecto de hegemonía.

El comienzo tardío del proceso de medicalización de la población en la Provincia del Neuquén puede referirse al segundo mandato constitucional y primer mandato del MPN⁴⁵. Favorecida por la Constitución provincial y por encontrarse en la plataforma del novel movimiento político, la medicalización de la población fue un proceso de rápido desarrollo. La atención gratuita y pública puesta al servicio de la comunidad, al igual que la educación, fueron una “cruzada civilizatoria” en todo el territorio que permitió la construcción de una imagen de homogeneidad e igualdad tan buscada políticamente a través de efectores finales (especialmente médicos) que tomaron el discurso desarrollista como propio (Estrella, 2017). La homogeneización poblacional y la patologización de la diferencia, sobre todo en creencias, usos y costumbres, favoreció las prácticas etnocidas y la jerarquización étnica de la población, generando una percepción ficticia de homogeneidad y favoreciendo relaciones subordinadas y prácticas hegemónicas.

⁴⁵ El primer mandato constitucional llevado adelante por el electo Gob. Edelman (UCRI) avanzó poco en desarrollo territorial. A lo largo del primer período de gobierno fundamentalmente se dejó sentadas las bases administrativas de la nueva provincia.

Auspiciada mayormente por el Estado, con un proceso continuo desde 1963 a pesar de la discontinuidad política producida por el onganato, tiene en el comienzo de la década de 1970 una profundización y un desarrollo territorial que le permite llegar a prestar servicio, y a imponerse, en toda la geografía provincial. La profundización del proceso de medicalización en 1970 nace de la decisión política de Sapag, pero se sostiene en un nuevo actor de peso en la provincia, que es la constitución de una corporación de médicos de salud pública. En el siguiente apartado presentaremos los hechos que respaldan estas afirmaciones.

El nacimiento de una nueva hegemonía: la corporación médica en Neuquén y su asociación con el poder político. El “Mito del Plan de Salud”

Sapag asume como gobernador a cargo de intervención de Neuquén en marzo de 1970, en el tramo final del onganato. Al asumir el cargo, representando a las fuerzas “vivas” de Neuquén, se da la paradoja de que quién fuera depuesto de su mandato constitucional democrático por la “Revolución Argentina” fuese nombrado por la misma como interventor de la provincia (Taranda et al, 2008). Las fuerzas políticas de la provincia volvían a estar al frente de la misma.

En el mismo mes de su asunción, Sapag le solicita a su Ministro de Bienestar Social, Alberto Del Vas, que en un plazo de seis meses presente un plan que permita finalizar la tarea comenzada en 1963, para resolver el flagelo de la enfermedad y la mortalidad precoz en el territorio provincial (Sapag, 1994). Del Vas nombra, cuando asume el cargo, al Dr. Néstor Perrone como Director General de Salud y a la Dra. Elsa Moreno, sanitarista proveniente de Tucumán, en la Dirección Materno Infantil. Les solicitó en un plazo de 90 días la elaboración de un plan de salud para revertir en el menor tiempo posible los altos índices de

“enfermedades como la hidatidosis, la brucelosis, desnutrición, bocio y tuberculosis, especialmente a las agrupaciones indígenas, con altísimos índices de mortalidad infantil y otros padecimientos que provoca la pobreza, especialmente en el interior provincial” (Taranda et al, 2008: p. 49).

En dicho período comienza lo que se transformaría en el sostén de las políticas de salud de la provincia a largo plazo: la conformación de una corporación médica de salud pública en Neuquén, de la mano de la llegada de un número

importante de profesionales de la salud bajo un régimen y modalidad especial de trabajo (dedicación exclusiva). Se constituyeron en una corporación que se sostendría en la concepción de la salud pública como eje de su accionar. A lo largo de su proceso de consolidación en la provincia, este grupo acompañó el desarrollo de las políticas emanadas del ejecutivo provincial, pero con cierta autonomía, lo que le permitió sostenerse en lugares de decisión cuando el mismo fue depuesto por la dictadura militar de 1976. Dicho grupo también se enfrentó en múltiples ocasiones al desarrollo de la medicina privada de la provincia y fueron frecuentes los conflictos con colegas que ostentaban otro régimen laboral (distinto al de dedicación exclusiva).

Así este sector de la corporación médica (asociado a la salud pública) demostró la capacidad de negociar sus condiciones con el poder político pero, también, se impuso a un sector de la población (pueblos originarios) que no aceptaban del todo sus prácticas o sugerencias. Este grupo, valiéndose de la legalidad otorgada por el Estado y del tejido de poder que el enraizamiento en las instituciones estatales le otorgaban, imprimió una dinámica de intervención sobre la población en general y sobre los pueblos originarios en particular a la cual no se le ha prestado gran atención por la historia.

Este grupo de médicos compartía en forma parcial objetivos con los distintos actores mencionados, y es su relación con el poder político provincial durante la década de 1970 -fundamentalmente con el MPN y su líder- lo que le facilita posicionarse como un actor de peso a nivel provincial, con una relación constituida de hecho en mutuo beneficio.

Un punto trascendental para la constitución de este grupo de la corporación médica fue el cambio de régimen laboral, instituyéndose la dedicación exclusiva. Este nuevo régimen laboral, que otorga exclusividad de ejercicio en el ámbito público de salud y retención de título, tuvo un gran impacto en el desarrollo de la salud pública en la provincia. Esta medida, que había sido históricamente resistida por la corporación médica de la República Argentina (Belmartino, 1988), fue impulsada por las nuevas autoridades de salud como eje central de sus políticas de recursos humanos en profesionales (entrevista Dr. Mantilaro agosto de 2019, entrevista Gonzáles Botero noviembre 2019, Taranda, 2008, Grünmann, en Arrue y Kalinsky 1991).

La dedicación exclusiva otorgaba a las autoridades provinciales la disponibilidad plena de los profesionales para el ejercicio de la profesión con el compromiso de cobertura según las necesidades en todo el territorio provincial (entrevista Dr. Mantilaro). La pertenencia y exclusividad a la salud pública aseguraba una medicina de calidad y reforzaba la gratuidad del servicio, acorde al mandato constitucional. La imposibilidad de ejercicio en otro ámbito se sustentaba en la idea que los profesionales vuelquen su energía y proyección en lo público, mejorando los servicios y las prestaciones (García-Prado y Gonzáles, 2006).

Como sostiene Belmartino (1988) la corporación médica de la región pampeana había rechazado sistemáticamente la dedicación exclusiva por considerarla restrictiva de las libertades profesionales y por considerar que trataban al profesional como mano de obra barata por la contraprestación económica que retribuían. Sin embargo, en la provincia del Neuquén, se instrumentaron diversos mecanismos para disminuir la conflictividad y el rechazo que generaba dicho régimen laboral de parte de los médicos.

En primera instancia, es importante destacar que el sistema se impuso durante una dictadura militar, con la asunción en el poder de quién fuera el depuesto gobernador elegido en democracia. Es de intuir que la posibilidad de ejercer presión por la corporación médica era limitada, sobre todo, porque sus integrantes eran pocos médicos, en su mayoría recién llegados y con escasa (o nula) experiencia previa. Un segundo elemento a tener en cuenta es que la remuneración ofrecida era muy superior a otras provincias del país en donde existía el régimen de dedicación exclusiva. A esto se le sumaba el acceso a la vivienda para quién lo necesitara (entrevista Dr. Mantilaro, entrevista a Wille Arrúe). Por último, y no menos importante, la incorporación de los profesionales médicos se desarrollaba de modo tal que favorecía el ingreso de aquellos a los que el sistema planteado y la tarea les convencía. A los posibles candidatos se los familiarizaba con la realidad de la provincia y con el proyecto en marcha, con las características de la tarea y con las dificultades que encontrarían. Desde el comienzo se favoreció una mística sobre la tarea a realizar que posteriormente sería un sostén del sistema. Sostiene el Dr. Mantilaro al respecto

“Cuando venías tenían, te paseaban. Osea, donde querés ir, bueno que se yo.... Querés ir, mirá este..... Eduardo mañana tiene que salir para Chos Malal, ¿querés

unirte con él? Te agarras tus cosas. Pum..., dormían en el hospital de Chos Malal, paseaban... Todo eso, el que venía, si esto tenía una sintonía con él, inexorablemente se quedaba, y si no se escapaba, se iba”. (Entrevista Dr. Mantilaro)

A los profesionales médicos que decidían venir a la provincia, la dedicación exclusiva les aseguraba las necesidades materiales, y les permitía desarrollar libremente la tarea de la que estaban convencidos y para la que se habían formado.

También, una mirada sobre la acción poblacional, y la convicción de la importancia de llevar la medicina alopática a toda la geografía provincial era un elemento que se sumaba al discurso de la medicalización. En gran medida la formación positivista estaba imbuida de la idea de “civilización” y, en esta región, estaba todo por hacerse. Como relata el Dr. Gonzáles Botero sobre los médicos que llegaban a la provincia y el desarrollo de la tarea, *“nace de un compromiso, que no es otra cosa que estar militando en la trinchera y al lado de la gente, porque crees en eso, hasta que después...”*. Sin embargo, el Dr. Gonzáles Botero también reconoce que, en el entusiasmo de los profesionales -mayormente recién recibidos de la especialidad o de la carrera- se evidenciaba casi tanta buena voluntad como ignorancia sobre las posibilidades de distintas miradas al proceso salud/enfermedad y al impacto final de su tarea en determinados núcleos poblacionales, situación que conllevará fuertes consecuencias en las comunidades mapuches de la provincia (Entrevista Gonzáles Botero, noviembre 2019).

Un número importante de profesionales recién llegados a la provincia son desplegados por el gobierno en el interior de Neuquén, una de las diferencias sustanciales con relación a los médicos llegados de forma individual al interior de la provincia como fue desarrollado en el capítulo 3. Con una dedicación exclusiva en el sistema público y contando con vivienda y apoyo pleno de la novel red hospitalaria, la medicina alopática dio un salto en calidad y cantidad de prestaciones, ampliando horarios, asistencia alimentaria, internación y medicamentos gratuitos.

Más allá de la decisión del gobierno en la forma de contratación, la consolidación de este grupo que defendería la salud pública no estuvo exenta de problemas y desafíos.

Las primeras dificultades se manifestaron desde un comienzo con el nuevo régimen laboral impuesto con los médicos que trabajaban en otras condiciones en el sistema público y con los que trabajaban en el ámbito privado. Posteriormente, las dificultades se dan en el ámbito político, inicialmente en la dictadura cívico militar entre 1976 y 1983, y luego con el MPN y los intentos de cooptar el sistema para el partido.

El conflicto al interior de la corporación médica se inicia con el comienzo del nuevo régimen laboral. Si bien las dificultades centrales fueron en las grandes ciudades, en pueblos como San Martín de los Andes el conflicto entre los profesionales que trabajaban en la asistencia pública y en los policlínicos a finales de la década de 1960 y los nuevos profesionales bajo el régimen de dedicación exclusiva generó importantes tensiones, que se diluyeron con el nuevo hospital y la incorporación de más profesionales con dedicación exclusiva. En algunos casos la tensión se resolvía con la renuncia al sistema de quienes no participaban ni concordaban con la nueva modalidad de contratación (Comisión del Centenario y Fundación de San Martín, 1998). Sostiene Wille Arrúe

“En Neuquén si hubieron problemas en la implementación del sistema fue en las grandes ciudades. En el interior el sistema vino a cubrir una necesidad. La dedicación exclusiva era muy fuerte, andaba bien. Había poca gente que no estaba en la dedicación exclusiva porque había muy buena diferencia, económica me refiero” (Entrevista Wille Arrúe, abril 2019)

Por su parte, este aumento en la prestación de servicios y su gratuidad fue muy importante en el desarrollo de la medicina alopática en territorio de las comunidades mapuches. El testimonio de miembros de la comunidad mapuche Curruhuinca, destaca la gratuidad de las prestaciones médicas desde que se inauguró el nuevo hospital, con cobertura de estudios y medicamentos. Durante las entrevistas, resaltan que en el período se encontraban con la opción de recurrir a curadores tradicionales de otras localidades o de Chile, o la opción de concurrir al hospital. En la situación de pobreza y marginación en que se

encontraban, la contraprestación (retribución de servicios) y el traslado necesario para la opción tradicional muchas veces no era una posibilidad para todos, por lo que paulatinamente comenzaron a atenderse sin costos en el hospital (entrevistas comunidad Curruhuinca, junio-octubre de 2019).

La resistencia en los grandes núcleos urbanos, fundamentalmente en el hospital Castro Rendón era esperable. Sostiene el Dr. Mantilaro

“no les interesó entrar en conflicto con los pesos pesados, sembraron el proyecto y lo fueron vendiendo en todos lados porque se hablaba a nivel salud. Se hablaba a nivel del ministerio, subsecretaría de salud porque todavía no había ministerio. Pero se hablaba con educación, se hablaba con los docentes. Íbamos a las escuelas a charlar lo que era esto, a hacer corrección de miopía o no. Te metías desde lo simple. Eso generó en pocos años una gran permeabilidad” (Entrevista Dr. Mantilaro, septiembre 2019).

Sostiene el Dr. Mantilaro que desde la conducción de salud se sabía la resistencia que se iba a generar, por lo que se decidió intervenir fundamentalmente el interior de la provincia, desposeído en dicho período de asistencia generalizada, y en la ciudad de Neuquén, más precisamente en el Hospital Castro Rendón, desde maternidad e infancia. Sostiene que la resistencia inicial al ejercicio fue muy intensa, desde los servicios profesionales y los técnicos. *“En el Castro, a los full time les decían ratas de hospital”*. La realidad del hospital, según refiere el Dr. Mantilaro, cambió en poco tiempo. Sostiene que comenzó a generarse una confianza de la población ya que esta notaba un aumento de la presencia de médicos que estaban en el hospital. Mantilaro considera que rápidamente el personal de enfermería notó también la diferencia, encontrando en los nuevos profesionales un compañero de equipo de trabajo y no un jefe a quién obedecer. *“La gente importante se atendía en las clínicas. El hospital revirtió rápidamente eso, y después decían que si no te querías morir tenías que ir al hospital”* (entrevista Dr. Mantilaro, septiembre 2019).

La continuidad de la política de contratación de profesionales de la salud con el nuevo régimen y el mayor control sobre los profesionales que ejercían previamente en el ámbito público fue aumentando el conflicto en los primeros años de la década de 1970. Era usual que los profesionales que desempeñaban

su tarea en el ámbito público derivaran pacientes para su asistencia en su consultorio privado o en las clínicas en las que trabajaban (Mases et al, 2014). El prestigio que comenzó a cobrar el hospital público, y el mayor control al que fueron sometidos, comenzó a impactar directamente en los intereses económicos y en la proyección de su práctica.

“Estos profesionales creían que nosotros, armando el hospital de esta manera, con gente joven y bien preparada, casi de mayor nivel que ellos, les íbamos a quitar los pacientes (...) Estaban en la inmediatez de sus ingresos cotidianos” (entrevista Osvaldo Pellín, en Taranda et al, 2008)

La tensión fue escalando y se transformó en conflicto en 1972, cuando todo hacía prever que el rumbo que se imprimía a los hospitales públicos se mantendría en un futuro (Taranda et al, 2008). El punto de visibilización máxima del conflicto fue alrededor del comienzo del ciclo de capacitaciones de un programa docente acordado entre la Subsecretaría de Salud y algunas cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En los días previos a la llegada de los docentes, en el Hospital Castro Rendón, se aprovechó para hacer explícito el repudio a la conducción de los organismos que marcaban los rumbos de la salud pública en la provincia (Taranda et al, 2008; Mases et al, 2014). En dicho conflicto el poder político tuvo un rol fundamental como mediador entre los sectores de la corporación médica relacionados con las clínicas y la actividad privada y aquellos otros que apostaban al fortalecimiento del subsistema público.

“[En los días previos a la llegada de los docentes de la UBA, el gobernador Felipe Sapag] vino, recorrió todo el hospital lleno de gente por todos lados, no les dio ni cinco de bolilla [a los médicos que protestaban] y nos dio un apoyo fundamental para que nosotros pudiéramos seguir adelante y eso transformó el hospital. Nuestras exigencias eran exigencias horarias, los médicos venían a la hora que se les daba la gana, no firmaban, se iban a cualquier hora, no operaban a los pacientes, no atendían” (Entrevista Osvaldo Pellín, en Taranda et al, 2008)

El respaldo que el gobierno de Sapag dio a los cuadros técnicos en dicho momento fue decisivo para la continuidad de las nuevas políticas del sector. Por otro lado, esto también evidencia una relación cercana entre el líder del MPN y un sector de la corporación (aquellos que atendían en el régimen de salud pública), relación que redundaba en mutuo beneficio. Desde comienzos de la

década de 1970, la relación entre Sapag y los cuadros técnicos de la subsecretaría de salud eran cercanos, cotidianos, y con objetivos en común.

Relata Osvaldo Pellín

“En ese diálogo Felipe (por Sapag) entendía y ¿por qué entendía?. Porque a los pocos meses que él está en el poder, fuimos y le llevamos datos recientes: ‘Mire, don Felipe, con buenos registros la mortalidad infantil bajó de 120 a 70 por mil’. Y eso lo habíamos logrado con la vacunación antisarampionosa que se pudo hacer masivamente. Cuando Felipe ve eso y como tenía esa buena comunicación, empezó a hablar que podía mostrar que la salud que él estaba auspiciando era un buen logro para su gobierno. Le empezó a dar soga y empezaron a venir las reformas de los establecimientos, las plantas físicas, la incorporación de personal especializado, tanto en el nivel técnico como en el de los servicios” (Taranda et al, 2008, pág.58-59)

La conversación, de tono informal, entre los cuadros técnicos de la subsecretaría finaliza resaltando la utilidad política de los logros en salud y el aumento de los aportes direccionados hacia salud, favoreciendo la expansión y el fortalecimiento de la corporación de salud pública.

Sin embargo, la alianza entre el líder del MPN y la corporación de salud pública no estuvo exenta de tensiones, ya que ambas disputaban el reconocimiento de la población y de las burocracias estatales, aunque durante los primeros tiempos de la relación se resolvían sin llegar al conflicto. Relata el Dr. Mantilaro que, en el interior de la provincia, a nivel poblacional y en los cargos técnicos, se comenzó a reconocer la tarea, y el nombre de la Dra. Elsa Moreno sonaba cada vez con más fuerza y reconocimiento. La programación anual de la tarea, el aumento de los recursos humanos y edilicios y la asistencia alimentaria a la población sostenían y agigantaban dicho reconocimiento.

*“Entonces un día, nos cuenta después Elsa Moreno, sabes que Don Felipe dice **“Dra., yo le querría”**, como que estaba muy entusiasmado en lo que percibía y todo **“pero yo le querría pedir un favor, la leche antes la daba yo”** y como que ¿y ahora que doy?, que claro el plan de salud él lo tenía como, bueno, acá viene la leche ese era el plan. Entonces le dice, la llama para eso, a ver como que él sentía y entonces Elsa le dice, **“Sr. Gobernador”**, dice, **“usted venda el sistema de salud, nosotros seguimos dando la leche”**. Tipo tan inteligente, de ahí, hizo, se abrió las arcas de la provincia para el sistema de salud. No te digo que en ese momento y con esa cosa, pero fue como un click en que los roles no se empastaban*

y que él seguía siendo el gobernador de la provincia y como era tan inteligente empezó a hablar de salud pública” (Entrevista Mantilaro, septiembre 2019)

Más allá de las particularidades del relato y la imposibilidad de poder contrastar esto con otras fuentes, es posible ver como rápidamente se fue construyendo un discurso en el cual el “Plan de Salud” de la década de 1970 se convierte en una acción política por parte del gobierno y, al mismo tiempo, el mito fundacional de la corporación médica de la región. La ubicación temporal del “Plan de Salud” en el comienzo de la intervención de Sapag durante el ongiato posiblemente era necesaria para maximizar el rédito político de los logros en la figura del líder del Movimiento Popular Neuquino⁴⁶. De igual forma, para la corporación médica de salud pública a escala local fue trascendental dicha ubicación, ya que cosechaba los logros de un trabajo de casi una década. Es posible que la necesidad del Movimiento Popular Neuquino de maximizar su rédito, haya favorecido la desaparición discursiva de todo lo realizado en el período a cargo del Ingeniero Rosauer (los primeros 4 años del ongiato), facilitando así la construcción de un discurso épico que responsabilizara a la corporación médica de salud pública de los rápidos logros sanitarios, aumentando su influencia y su despliegue territorial.

Así, la corporación médica de salud pública y el poder político provincial construyeron un “mito” alrededor del “Plan de Salud” de la década de 1970. Con un supuesto inicio a mediados de dicho año, el “Plan de Salud” de la provincia del Neuquén parece ser una realidad incorporada en el inconsciente de sus efectores y de la población. Referenciado como el desarrollo de un programa novedoso de zonificación territorial con niveles de complejidad creciente, sustentado en la incorporación y formación permanente del personal y un gran despliegue territorial con centralización normativa y descentralización ejecutiva (Grünmann en Arrue y Kalinsky, 1991; Taranda y col., 2008; Mases y col., 2014; Leonfanti y Chiesa, 1988; Estado, Sociedad y Salud, 1990). Sin embargo, lo más llamativo al respecto es su inexistencia formal como tal en la documentación existente (Borini, 2014; Estado, Sociedad y Salud, 1990).

⁴⁶ No es objetivo de la presente tesis analizar las construcciones discursivas para favorecer un posicionamiento político, pero es notable cómo todo lo desarrollado en el período a cargo del Ingeniero Rosauer parecería encontrarse invisibilizado.

El diseño e implementación del “Plan de Salud”

Los documentos elaborados entre 1971-1973 son destinados a la programación y evaluación de actividades anuales, metodología acorde a los lineamientos emanados por la Organización Panamericana de la Salud. La programación con la metodología mencionada había sido incorporada desde el comienzo del organismo en 1966 por quienes estuvieron a cargo de la Secretaría de Salud de Nación, el Dr. Holmberg y el Dr. Modet. Desde la Dirección de Salud Pública de la provincia, a cargo del Dr. Alfredo Chertudi, se capacitó a profesionales de salud de la provincia en la implementación de dicha metodología a través del Primer Curso Nacional de Planificación de la Salud, dictado en 1967 en Buenos Aires con la cooperación de asesores de la Oficina Sanitaria Panamericana (Estado, Sociedad y Salud, 1990).

En 1968 se presenta, en elaboración conjunta entre la Dirección General de Salud Pública de la provincia del Neuquén y el Consejo de Planificación Permanente, el operativo THIM, caracterizado como “Programa sanitario preliminar de Acción contra la Tuberculosis, Hidatidosis y Mortalidad infantil”, primer plan integral de la provincia en materia sanitaria. En el mismo se realiza un amplio diagnóstico de situación sociosanitaria, donde evalúan las áreas sanitarias y medioambientales de mayor impacto poblacional, así como las diferentes líneas posibles de acción. Se realiza un plan de acción a tres años en cada uno de los ítems (tuberculosis, hidatidosis y mortalidad infantil), con su presupuesto, metas y los distintos programas que forman parte de cada plan. Con rigurosa planificación en tiempos y gastos, se buscaba un aprovechamiento de los recursos existentes mientras se favorecía el crecimiento del sistema a mediano plazo (Salvatori, 1968; Estado, Sociedad y Salud, 1990). Los lineamientos de acción en cada una de las áreas son las que se reproducen, con características incrementales, en la programación de actividades de los años 1971, 1972 y 1973.

En julio de 1969 se presenta, confeccionado nuevamente en conjunto por la Dirección General de Salud y el Consejo de Planificación Permanente (en ese momento ya denominado COPADE, Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo), el Programa de Salud de la Zona Sanitaria III, la que poseía los peores indicadores sanitarios y sociales en dicha época. Con un profundo

diagnóstico de la situación socio sanitaria de la Zona Sanitaria, se elabora un plan de acción a cinco años, con la descripción de subprogramas, unidades ejecutoras, presupuestos y cronogramas de actividades para cada uno de los subprogramas. Por las características del Programa de Salud Rural, comenzado en 1971 en toda la provincia, es la extensión geográfica de los lineamientos del Programa de Salud de la Zona Sanitaria III, un año antes del supuesto comienzo del “Plan de Salud”.

La continuidad de la programación sanitaria diseñada a finales de la década de 1960, y la profundización en sus líneas de acción deben ser entendidos como una continuidad institucional de políticas públicas que logran sortear la complejidad del devenir político de nuestro país y son imprescindibles para lograr cambios reales en nuestras poblaciones. El COPADE brindó una continuidad técnico-administrativa en la programación que sentó las bases para la programación centralizada a mediano plazo, que a lo largo de la década de 1970 utilizaron como base de políticas incrementales en el desarrollo del plan anual de actividades.

La evidencia de la planificación realizada entre 1968 y 1969 y sus características, sumadas a la inexistencia de documentación similar en la década de 1970 y teniendo en cuenta el cambio de las autoridades de salud pública, son evidencia de la inexistencia del “plan de salud” como tal. Su construcción discursiva y su transformación en “mito” fue parte de la consolidación de la corporación médica de salud pública de la provincia y de la utilidad política.

El sistema de zonificación y atención estructurada por niveles de complejidad crecientes se imponen como sugerencia, al igual que la programación anual de actividades, de la mano de la Secretaría de Salud de Nación, que como se mencionó tenía al frente al Dr. Holmberg como secretario y al Dr. Modet como subsecretario, siguiendo las últimas recomendaciones de la época para la organización de los sistemas de salud de la Oficina Panamericana de Salud (Estado, Sociedad y Salud, 1990).

Estas recomendaciones fueron implementadas en la provincia a partir de 1967 con la zonificación sanitaria (Decreto Provincial N° 1238/67), que creaba cuatro zonas: la Zona I que comprendía el área más urbanizada de la provincia, con el

departamento Confluencia, Picún Leufú y Collón Cura; Zona II en el centro de la provincia, con los departamentos Zapala, Catán Lil, Picunches, Loncopue y Norquín; Zona III en el norte de la provincia y con los peores indicadores sociosanitarios comparativos, con los departamentos Chos Malal, Pehuenches y Minas; y por último, Zona IV en el sur de la provincia con los departamentos Lacar, los Lagos, Huiliches y Aluminé.

Esto se concebía desde una mirada interdisciplinaria de los problemas de salud que pretendía la optimización de recursos y de accesibilidad geográfica. Así, se programó las intervenciones en la cercanía de los usuarios, utilizando recursos existentes como la policía, los maestros, los planteles administrativos; capacitándolos hasta que llegaran a la atención médica, que era escalonada acorde a posibilidades de resolución con su máximo nivel de complejidad en el Hospital Provincial Neuquén. La zonificación sanitaria provincial de 1967, sumada a la programación desarrollada en 1968 y 1969 (operativo THIM), tenía las características básicas de lo que a posteriori sería la Atención Primaria de la Salud (APS). Pero como refería un miembro de dichos equipos técnicos, *“en esa época parecía todo raro e irrealizable porque todavía nadie le había puesto un nombre”* (Estado, Sociedad y Salud, 1990).

Desde la zonificación sanitaria y la implementación del sistema de atención por complejidad creciente, en el marco del Operativo THIM, se implementó la centralización normativa y la descentralización operativa, objetivo prioritario de las recomendaciones de las organizaciones internacionales de la época. En el desarrollo de cada uno de los programas y subprogramas del Operativo THIM se refuerzan con personal, presupuesto y capacitación la capacidad de recolección y utilización de datos. El Programa de Salud de Zona Sanitaria III sea posiblemente el mayor ejemplo de centralización normativa y descentralización ejecutiva de la provincia, posteriormente reproducido en la programación de actividades. En él, la programación es realizada por personal técnico de la Secretaría de Salud y del COPADE, para ser ejecutado en terreno por los efectores zonales.

En la construcción histórica llevada adelante por el poder político encarnado en el MPN y la corporación de salud pública de Neuquén, se borró todo el desarrollo técnico y territorial realizado en los últimos cinco años de la década de 1960. Se

encargaron de construir una historia que nace en 1970, desde la decisión política de Felipe Sapag y la construcción técnica de los sanitaristas llegados a la provincia a principios de 1970.

La corporación médica de salud pública se fue consolidando de la mano del apoyo político y la cosecha de los logros sanitarios, a tal punto de poder resistir el quiebre democrático producido en 1976. Sostiene el Dr. Macwilliam

“Neuquén era un polo porque fue el único sistema que resistió la dictadura. Cuando digo resistió, también digo resistió hoy desde una postura amplia, en ese momento decía estos h..negociaron con la dictadura. Pero esos tipos permitieron que el sistema superviviera. Superviviera a los años de dictadura...” (Entrevista Daniel Macwilliam, abril 2019)

Con la llegada de la dictadura militar se produce un cambio histórico en la relación de la corporación médica y el poder político. Si bien excede la temporalidad la presente tesis⁴⁷, su análisis en los años de la dictadura y los posteriores a la misma pone en evidencia la agenda propia de la corporación y que la relación construida con el poder político era coyuntural y de mutuo beneficio.

No sin dificultad, durante la dictadura militar de 1976 la corporación médica con intereses en salud pública logra sostener los cuadros técnicos y la toma de decisiones. El sistema no fue afectado en gran medida por la dictadura, ni en objetivos ni en praxis (Taranda et al, 2008; Mases et al, 2014; entrevista Mantilaro septiembre 2019, entrevista Macwilliam, abril 2019).

De esta forma logra cierta autonomía que sería el foco de las tensiones con el poder político una vez restituida la democracia. La corporación consolidada entra en tensión con las necesidades del poder político –representado por el caudillo provincial Felipe Sapag- y la otrora sociedad establecida en mutuo beneficio desaparece. Sostiene Osvaldo Pellín que:

“Felipe Sapag empieza a cambiar con el sector público, empieza a ver que ahora puede llegar a manejar electoralmente al sector. Desde el '83 en adelante él ve que la cosa de salud marchaba, estaba bien, que todos los años bajaba la mortalidad

⁴⁷ Un desarrollo más extenso de dicho período es desarrollado por Gentile en Taranda et al (2008) y en Mases et al (2014).

infantil, la gente se desvivía elogiando el sistema". En lo político dejaba de ser prioritario salud, pero para la política la preocupación giraba en torno al aseguramiento de la tecnoestructura sanitaria "¿Cómo es que aquí no hay muchos afiliados? ¿Sobre la jerarquía no hay ninguna seguridad de que sean del partido? Con los niveles intermedios, los jefes de servicios, ¿qué hacer?" (Entrevista Osvaldo Pellín en Taranda et al., 2008: p. 78).

Los intereses políticos de manejar las tecnoestructuras burocráticas contrastan con la creciente autarquía que exigían los miembros de la corporación médica, que a través de agrupaciones como la Sociedad de Medicina Rural (MR) disputaban los cargos técnicos y la programación sanitaria⁴⁸ (entrevista Gonzales Botero, noviembre 2019). Estas tensiones fueron incrementándose y la relación entre la corporación y el partido no vuelve a reconstituirse.

En resumen, el posicionamiento de la corporación médica de salud pública encontró su mayor resistencia dentro del sistema, y una escasa resistencia en la medicina privada. En los primeros años del sistema, mientras la oferta pública de servicios de salud aumentaba en calidad y cantidad, como fue mencionado en el primer capítulo, el sistema privado de salud se vio fortalecido por la creación del ISSN (Instituto de Seguridad Social del Neuquén), que volcó gran parte de los recursos del Estado al sistema privado de salud (Taranda et al, 2008; Mases et al, 2014).

Desde el comienzo del "plan de salud", empoderado en su accionar y con el apoyo del poder político, el sector de la corporación médica asociada a la salud pública neuquina desarrolló un abordaje territorial haciéndose presente en toda la geografía provincial. Resueltos las necesidades materiales con la modalidad de trabajo de tiempo completo y la casa en el interior, los representantes de la medicina alopática se dedicaron a llevar, y si era necesario imponer, sus conocimientos y sus prácticas a todos los rincones de la provincia.

En la construcción del mito del "Plan de Salud", se incorporó causalidades a los pobres indicadores sanitarios de la década de 1960. La poca cantidad de

⁴⁸ Desde una postura crítica de las políticas llevadas adelante por las autoridades provinciales, la importancia lograda por la Sociedad de Medicina Rural permitía que se citara a todos los posibles subsecretarios de salud de los distintos partidos políticos para que presenten su plataforma a MR, en asamblea abierta, en un intento de condicionar el accionar posterior y definir la agenda sanitaria. (Entrevista Gonzales Botero, noviembre 2019)

médicos en territorio, la pobre institucionalización de los partos y la medicación utilizada por curanderos en el interior provincial eran, y son todavía, las causas que la corporación médica resaltaba para el pobre desempeño sanitario. Las potenciales soluciones a las problematizaciones de la corporación médica eran más profesionales, más desarrollo institucional y práctica única como responsables de la salud. Soluciones reclamadas por la corporación en todos los ámbitos y tiempos en donde medicalizó a las poblaciones.

La conquista del capital social no se sostenía sólo en el aumento de su presencia y en la eficacia de sus prácticas. La corporación médica de salud pública llevó un discurso de culpabilización de las prácticas alternativas sobre las muertes de la provincia y una demonización de las prácticas populares y ancestrales.

Se construyó un discurso que escondía las desigualdades territoriales uniformizando las realidades del territorio y homogeneizando a las poblaciones y sus características. Al mismo tiempo, no se contempló el sometimiento ejercido sobre las comunidades en el pasado reciente y que continuaba presente en el período. Por otro lado, localizaba la culpa en la población de su pobreza, su situación y de la subutilización de los recursos que tiene disponibles. Sistemáticamente las instituciones y efectores sanitarios, al igual que había realizado la iglesia y las instituciones educativas en el pasado, subalternizaban otras formas de concebir el mundo y al ser humano por sus tratos despectivos y, frecuentemente, por la imposición coercitiva de sus prácticas.

El discurso instalado por la corporación médica de salud pública neuquina sobre las causas de los pobres indicadores sanitarios existentes hasta la década de 1970 se basan en conceptos y convicciones propias de la disciplina médica. La falta de profesionales médicos en la provincia, los partos no institucionalizados y la utilización de medicina popular o ancestral, los tres principales elementos utilizados por la corporación para asumir los logros en el discurso que construyeron junto al poder político, no se sostienen si se analiza la realidad de la provincia en el comienzo de supuesto "Plan de Salud" y la modificación de las prácticas populares y su relación temporal con "los éxitos" del sistema.

Durante el proceso de rápida medicalización de la población neuquina, desde 1963 hasta su profundización en la década de 1970, la provincia había revertido

en parte la ausencia de instituciones de salud en el territorio, característica del medio siglo anterior. Como se desarrolló en el capítulo 3, desde principios de la década de 1960 se comenzó en la provincia una reformulación de los servicios de salud existentes, con una amplia inversión en estructuras edilicias y en personal, que llevó a un aumento considerable en cantidad de camas disponibles y en la cantidad de profesionales por habitantes en la provincia. Esto permitió brindar una oferta de servicios –comparados en términos de cama/habitante y profesional/habitante- superior a Catamarca, Chaco, Entre Ríos, Corrientes, Formosa, Jujuy, La Pampa, La Rioja, Misiones, Río Negro, Salta, San Luis y Santiago del Estero hacia fines de 1960. Por lo tanto, se puede deducir que la oferta de servicios no era en ese momento, al menos comparativamente, restringida, y que las causas de los magros indicadores sanitarios debían responder a variables socio sanitarias más complejas que la sola falta de oferta de servicios (Estado, Sociedad y Salud, 1990).

El resultado más destacado de la corporación médica de salud pública neuquina fue el drástico cambio en el indicador de mortalidad infantil⁴⁹, que dentro del discurso del “Plan de Salud” se atribuyen el rédito por su disminución y señalan como culpables la falta de institucionalización del parto y la medicación con yuyos de los niños en el interior de la provincia (Grünmann en Arrue y Kalinsky, 1991; Leonfanti y Chiesa, 1988; entrevista Mantilaro, septiembre 2019).

⁴⁹La mortalidad infantil es usada habitualmente como indicador de desarrollo, ya que su magnitud es una buena muestra del desarrollo estructural de un país o región, del acceso a los servicios básicos y de su equidad. En 2008 fue presentado un informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), comisión creada para tal fin por la OMS, que destaca como la esperanza de vida de un niño difiere en función de donde ha nacido, señalando en forma contundente que, en todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente y que cuanto más baja la situación económica peor es el estado de salud (Subirats y Vila, 2015). Cuando se analizan las tasas de mortalidad infantil se observan grandes contrastes entre los países de altos ingresos y los países de bajos ingresos (Fernández, 2003). Se ha demostrado en diversos estudios del área médica y de las ciencias sociales la relación existente entre mortalidad infantil y pobreza (Fernández, 2003; Schkolnik, 1975; Buchbinder, 2008; Bolsi y col., 2009; Brykman y col., 2004; Blanco Arana, 2017; Longhi, 2013; Rojas, 2011; Salvatori, 1968).

Es frecuente la confusión entre poderío económico y desarrollo social, y la mortalidad infantil estaría más relacionada con el desarrollo estructural y humano, que con la macroeconomía de los países (Fernández, 2003). Las variaciones dinámicas características de los países de menores ingresos, con variaciones frecuentes en el producto Bruto Per Cápita tienen un impacto en la mortalidad infantil, dependiendo de las capacidades de intervención y desarrollo de dicho país. En el período de crisis y recesión aumenta la mortalidad infantil y la misma no mejora marcadamente en los períodos de bonanza económica, a no ser que el Estado tenga dispositivos de intervención sobre la pobreza y mejoras estructurales en cuanto a vivienda, educación, alimentación y servicios sanitarios. Los países de bajos ingresos que poseen programación de intervenciones estructurales y ayuda de organismos internacionales no ven aumentada la tasa de mortalidad infantil en sus crisis (Blanco Arana, 2017), lo que pone en evidencia la importancia del abordaje y protección de los más vulnerables durante las crisis económicas.

Los estudios demuestran que la pobreza estructural y la marginación son las cualidades más relacionadas con la mortalidad infantil, con un marcado aumento de los índices en las comunidades originarias marginadas (Lalonde, 1974; Rojas, 2011). Las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), las características de la vivienda, los niveles de nutrición, la educación materna, etc., han sido variables asociadas al estudio de la relación entre la pobreza y la mortalidad infantil.

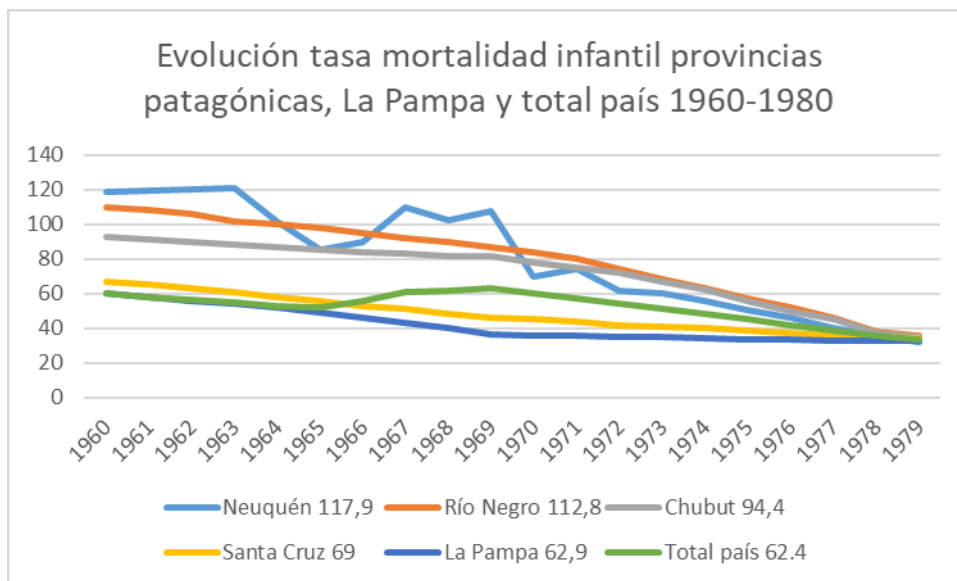
Durante las décadas de 1960 y 1970 en Neuquén se produjeron considerables cambios estructurales y económicos (capítulo 4), que mejoraron considerablemente la situación de la sociedad. Como se dijo en el capítulo 4, durante estos años también se produjo una migración desde el relegado interior provincial hacia las grandes urbes, una migración hacia la provincia desde otras provincias con un alto PBG y mayor nivel educativo, una explosión de la matrícula escolar primaria y secundaria (entre las mayores del país), mejoras constantes en vivienda y servicios, bajo nivel de desempleo y el mayor aumento del PBG per cápita del país para el período explican, como fue descrito en el capítulo precedente, las mejoras en los indicadores sanitarios durante la década de 1970.

Sin embargo, la construcción histórica que se realizó en torno al “Plan de Salud” sitúa toda la acción y responsabilidad de los logros en salud a la decisión política de 1970 y a la corporación médica de salud pública. Para la comparación histórica de los logros se tomó la mortalidad infantil de 1970, de 108,4 por mil nacidos vivos. No obstante, si se evalúa la progresión histórica, la provincia comienza con un marcado descenso de la mortalidad infantil desde 1960, con dos picos producidos posiblemente por epidemias de sarampión y coqueluche⁵⁰, según los análisis de la época, en 1968 con 111,1‰ y 1970 con 108,4‰. La más baja del período fue en 1966 con 86,3‰.

Observando el gráfico N°2 queda en evidencia que si se tomaban dichos períodos o una progresión o tendencia, se observaría con facilidad cómo desde los aproximadamente 120 por mil de mortalidad infantil del principio de la década de 1960 se llega paulatinamente y no bruscamente, como se propone en la visión que se centra en el “plan”, al promedio nacional a fines de la década de 1970. Por otro lado, en el gráfico también puede observarse la evolución de la mortalidad infantil entre las provincias patagónicas, La Pampa y el total del país. Allí se puede observar cómo, para la década de 1980, todas las provincias convergen en valores similares en torno al 20‰, amén del punto de partida.

⁵⁰ La mortalidad por sarampión en la provincia del Neuquén fue más de 5 veces mayor en 1968 que en 1967, y si se compara con las ocurridas en 1969 son 38 veces más muertos en 1968 (2759 en 1968 vs 67 en 1969) (Estado, sociedad y Salud 1990)

Gráfico N° 2: Evolución tasa mortalidad infantil provincias patagónicas, La Pampa y total país 1960-1980



Fuente: Confección propia. Datos tomados del INDEC, Operativo THIM (1968) Estado, Sociedad y Salud (1990) y programación de actividades 1971 y 1973.

Siguiendo los postulados de los Campos de Salud de Lalonde, y teniendo en cuenta los notables cambios estructurales y de servicios de la Provincia del Neuquén durante la década de 1960, no es de extrañar que rápidamente hayan mejorado los indicadores sanitarios que, como la mortalidad infantil, son producto de la desigualdad, la pobreza y la exclusión.

En un análisis realizado por el INDEC de la mortalidad infantil en el país entre 1965 y 1970 (Schkolnik, 1975), encontró que la característica de mayor correlación con la mortalidad infantil era el nivel de estudio de la madre, siendo el punto de corte definido para la región Comahue (La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego) de 7 años cumplidos de estudio. Entre las que tenían más de 7 años de estudios la tasa de mortalidad infantil promedio del período era de 28,6 por mil nacidos vivos, con 8 o más años de 13,6, lo que contrastaba con las madres que tenían menos de 7 años de estudios en donde la tasa de mortalidad infantil promedio del período era de más de 95 por mil nacidos vivos. Es para destacar que en la comparación con las otras regiones del país la mortalidad infantil en las mujeres con 7 o más años de estudio eran las más bajas del país, lo que contrastaba con la realidad de la

región en general que se ubicaba con una mortalidad infantil arriba del promedio nacional en el período.

Si bien no se puede hacer una extrapolación entre una y otra variable debemos recordar que como vimos en el capítulo anterior sobre la notable disminución del analfabetismo, fundamentalmente en mujeres (del 24 al 7%), y estar entre las cinco primeras provincias en aumento de la matrícula a escuela media, así como también en el aumento de la relación entre matrícula media y primaria, se podrá entender el impacto logrado por esta mejoría en el indicador de mortalidad infantil.

Otra causa también mencionada en el capítulo anterior que posiblemente fue de gran impacto fue el cambio en las características demográficas. No sólo la inmigración referida desde provincias con alto PBG y un mayor porcentaje de alfabetos, técnicos y profesionales en comparación con la población de la provincia, sino también la migración interna provincial. En 1970 la mortalidad en la Zona Sanitaria I (Dto. Confluencia y alrededores, en la capital provincial) había disminuido un 20% comparado con 1960 (110,6 a 90), mientras que en esa misma década en el interior provincial la tasa de mortalidad infantil aumentó, o a lo sumo se mantuvo estable (Estado, Sociedad y Salud, 1990). Esta situación es entendible en términos del desarrollo económico y social que tuvo la zona de Confluencia (capital provincial), y el deterioro económico y social ya descrito en capítulos precedentes del interior provincial. La llegada masiva de inmigrantes de otras provincias y la migración interna se realizaba hacia la región de menor mortalidad infantil de la provincia, lo que puede haber sido de gran impacto en las estadísticas provinciales a medida que el peso de la población se concentraba en dicha área.

En contraste, los efectores de salud hacían más hincapié en destaca la ausencia de partos institucionales como uno de los factores que influyó en la disminución de la mortalidad infantil. Es importante señalar que para 1970 el número de partos institucionales en la provincia del Neuquén era del 78%, siendo el promedio nacional del 86,6%, el de Capital Federal 99,1%, el de Formosa 38,1%, Buenos Aires 96,2%, Córdoba 97%, La Pampa 96%, San Juan 93,7% Santa Fe 92,6% Entre Ríos 92,2%, y Mendoza 91,7% (Estado, Sociedad y Salud, 1991). Hay que destacar que, de todas estas provincias, sólo La Pampa, Capital Federal

y Córdoba poseían una menor tasa de mortalidad infantil que Formosa, provincia que contaba con un bajo porcentaje de partos institucionales y una baja mortalidad infantil.

La situación referida anteriormente se reproduce en la provincia, ya que la relación entre partos institucionales y disminución de la mortalidad infantil es difícil de establecer. Acorde a los datos disponibles en salud en el período (Programación actividades, 1971), los departamentos con muy bajo nivel de partos institucionales muestran mucha variación de las cifras de mortalidad infantil, al igual que aquellos con un porcentaje mayor de los mismos. Así, Añelo, sin registros de partos institucionales posee una mortalidad infantil dicho año de 58,8‰ y Collón Cura con el 9,4% de partos institucionales posee una mortalidad infantil de 62,5‰. Ambas cifras por debajo del promedio nacional del año, y muy lejanas a las cifras provinciales. En contraparte, Catan Lil no registra partos institucionales, pero su mortalidad infantil es del 283,3‰, la mayor de la provincia en el año. Por otro lado, Loncopué, con uno de los mayores porcentajes de partos institucionales de la provincia en dicho año (4°), poseía una tasa de mortalidad infantil de 136,8‰, la cuarta más alta de la provincia (Programación de actividades 1971).

Acorde a los referido por las autoridades sanitarias en la evaluación de actividades de 1971, se produjo un descenso de 38,7 puntos porcentuales en la tasa de mortalidad infantil en un año, hecho que no puede atribuirse a el aumento de los partos institucionales, que en dicho año seguía siendo inferior al 80%, muy por debajo del promedio para la nación y de las provincias mencionadas anteriormente. La disminución marcada en la mortalidad posneonatal de los primeros cinco años de la década de 1970, también va en contra de los postulados de la corporación médica de una causalidad directa por los partos no institucionales, lo que resalta la selección de indicadores y formas de presentarlos, y una manifiesta intención de posicionarse como causa de la mejoría de los mismos.

La mortalidad posneonatal en el discurso de la corporación médica era referida al impacto de la vacunación antisarampionosa, como se destaca en el relato del Dr. Osvaldo Pellín con el gobernador Felipe Sapag cuando le presentaban la disminución de la mortalidad infantil en el primer año del sistema (pág. 166). Las

cifras oficiales de la provincia van en contra de este postulado de la corporación médica, ya que en 1971 se logra en vacunación antisarampionosa sólo el 16% de la cobertura de vacunación programada y en 1972 el 38,6% (Estado, Sociedad y Salud, 1990).

La mortalidad infantil atribuida a la falta de profesionales médicos en territorio, a la falta de institucionalización de los partos o a la medicación utilizada en la medicina tradicional no hace más que reforzar la mirada del proceso salud/enfermedad/atención que intenta imponer la medicina alopática y no a la lectura histórica o de los datos disponibles. En ese sentido, la única solución posible a las problematizaciones planteadas por la medicina alopática es aumentar su presencia y su nivel de intervención. La atribución por parte de la corporación de salud pública neuquina y del MPN de los logros sanitarios obtenidos en los primeros años de la década de 1970 a la implementación del supuesto “Plan de Salud” y a la corrección de lo que la corporación médica de salud pública neuquina destaca como causas, no parecería estar basado en el conocimiento científico existente en el período, sino centrado en una preocupación relacionada con lo que la corporación médica considera su área de influencia y dominio, y evidencia una voluntad de imponer su forma de ver el mundo.

La visión de la alteridad, la posibilidad de contemplar otras opciones para observar o definir el proceso salud/enfermedad/atención estaban generalmente ausentes en los profesionales médicos de la provincia. *“Los migrados venían con toda la construcción de la medicina de la ciudad”*, destaca el Dr. Wille Arrúe en referencia a la postura de los médicos que llegaban a la provincia en la década de 1970 (Entrevista Wille Arrúe, abril 2019).

En las entrevistas realizadas durante 2019 a los efectores de salud que habían vivido en la provincia en las décadas de 1970 y 1980 -entre quienes destacaban directores de hospital, jefes de zona sanitaria, subsecretarios de salud, ministros y médicos que se desempeñaron en terreno en el interior provincial- formados o no en la provincia, reconocen que no existía una concepción o posibilidad de considerar la colaboración con otros tipos de formas de curar en general y con la mapuche en particular. Resaltaban que en su formación universitaria no fue

un tema que se abordara, y que en su ingreso y permanencia en la provincia no lo vivieron como un tema importante o a tener en cuenta.

El abordaje sobre la posibilidad de interacción con medicina popular o prácticas ancestrales fue básicamente desde pediatría, y desde una visión negativa. Refiere Gonzáles Botero sobre su experiencia formativa en la provincia al respecto *“En el Castro Rendón no fue un tema que recuerdo haber tratado, con respecto a las prácticas y costumbres comunitarias. Si un tema en pediatría era cuidado con el “paico”, ojo con los “tés”. Esa era la posición”* (entrevista Gonzáles Botero, noviembre 2019). Al respecto Macwilliam sostiene

“”Usa a la machi”. Usa como intermediaria a la machi y que no se quede con un paciente que no pueda resolver y que se le muera. Yo lo percibía como eso. No un laburo complementario, sino esta cosa de acercarnos, vale acercarse para que no hagan cagadas. Yo creo que esa, esa era la estrategia. No descalificar abiertamente, por ahí venía una señora y te decía fui a ver aNo descalificar, no como la va a llevar, no se buscaban. Pero no era una formación, era sentido común, no era una formación, te decían no era aconsejable. No, no era che, la formación era técnica” (entrevista Macwilliam, abril 2019)

La ausencia de abordaje al respecto, y la construcción del riesgo desde el sentido común, no hace más que reforzar la falta de consideración hacia otras formas de entender el proceso salud/enfermedad/atención, y a la subalternización que desde el Estado y la corporación médica se somete a quienes no aceptan la visión que intenta desplegar en su territorio.

La disputa por el capital social de la medicina mapuche: La praxis de la medicina alopática en territorio

Las mencionadas intervenciones provinciales a finales de la década de 1960 y principios de 1970, principalmente en términos de infraestructura de comunicación, salud y medicina, genera en el interior de la provincia una nueva socialización. Se le otorga a la medicina alopática un poder de autoridad y se le brindan los medios necesarios para poder persuadir y cooptar a las poblaciones más rezagadas del interior. La implantación del paradigma científico que se troca en autoridad, favorece un disciplinamiento de la población, acorde a las

necesidades de “progreso” de los políticos neuquinos y la conveniencia de la corporación médica (Estado, Sociedad y Salud, 1990).

La corporación médica de salud pública neuquina no reconoce los profundos déficits de la oferta asistencial de fines de la década de 1960 como una de las causas de los indicadores sanitarios, donde la vacunación sólo estaba cubierta para la poliomielitis, con marcados faltantes en sarampión, coqueluche y TBC. La provincia sufrió epidemias de coqueluche y sarampión hasta 1970, hecho muy presente en las comunidades que refieren a dichas patologías como las grandes causantes de mortalidad infantil en la región. Testimonios recogidos sobre la atención de fines de 1960 en el Hospital Provincial Neuquén, dan cuenta de una atención médica de baja calidad, con enfermería no capacitada, falta de insumos para la atención pediátrica y neonatal, atención de los niños con recursos de adultos, materiales obsoletos, irregularidad en la provisión de materiales y vacunas, etc. (Estado, Sociedad y Salud, 1990). Por el contrario, el discurso de la corporación médica se centra, como fue descripto con anterioridad, en su ausencia en la región, y en la utilización de prácticas ancestrales como los *lawenes* y los partos en domicilio como causas de los pobres indicadores sanitarios.

En la región de la cordillera, y en la región sur de la provincia en particular, la intervención en las comunidades y en la medicina popular fueron directas. Se contó como herramientas la incorporación de Agentes Sanitarios, que llevaban la voz del sistema a las comunidades y casa por casa, la capacitación e incorporación de numerosas/os miembros de las comunidades como enfermeros empíricos y luego como auxiliares de enfermería, así como en otras áreas de servicios de las instituciones de salud y la visita médica sistemática a las áreas rurales y algunos domicilios.

Como se expresó con anterioridad, desde las conducciones no se contemplaba la interculturalidad como una necesidad, de hecho, era contemplada como un riesgo por la falta de apego a la terapéutica y recomendaciones, como a los partos domiciliarios y la utilización de intervenciones según otro paradigma no científico. Como la mayoría de los profesionales venían de Buenos Aires o Córdoba, continuaban el ejercicio de la profesión de la misma forma que en los grandes centros urbanos, y acorde a los entrevistados, desde la conducción

sanitaria nunca se problematizó la interculturalidad, y si se propició la institucionalización de los partos y la medicalización de la niñez.

Los Agentes Sanitarios son básicamente mediadores de información, pero con la característica de ser importantes transmisores de la nueva cultura sanitaria, unidireccional, y no suelen tener el peso suficiente en los equipos de salud para lograr el posicionamiento y respeto sobre los saberes populares por la corporación médica, más allá de que ellos en parte todavía los utilicen (Estrella, 2015). Sostiene el Dr. Gonzáles Botero sobre la estrategia para con los agentes sanitarios *“La idea era reivindicar socialmente, jerarquizarlo al agente sanitario para que la comunidad se apropiara a través de un líder de los aspectos sanitarios. Al jerarquizarlo, se lo medicalizó”* (entrevista Gonzáles Botero, noviembre 2019).

La cotidianeidad, conocimiento y buen trato con los miembros de la comunidad, transforman a los agentes sanitarios en mensajeros muy efectivos en los cambios a mediano plazo. Parte de los equipos de salud, no eran miembros plenos sino subalternizados por la corporación médica de salud pública neuquina, desempeñándose en la práctica como traductores unilaterales en el complejo proceso de comunicación del proceso salud/enfermedad/atención. Con un rol fundamentalmente de control poblacional, los agentes sanitarios fueron un eslabón muy importante en la estrategia de imposición de formas de atención.

“Las políticas de salud aplicadas por los agentes sanitarios han planteado, como referí, prácticas controladoras y homogenizadoras. Los criterios sanitarios son uniformes en tanto sus objetivos son definidos desde una lógica biomédica que universaliza cuerpos y patologías. Si bien en el trabajo cotidiano que realizan, los agentes sanitarios han adquirido conocimientos brindados por las personas que visitan y hasta revalorizan e inclusive algunos han incorporado y promueven prácticas de salud “nativas”, desde las políticas estatales no ha existido una reflexión y menos aún un reconocimiento de otros saberes médicos y, por ende, de otras concepciones acerca de la salud” (Estrella, 2017 pág. 162)

Como parte de la institución sanitaria en terreno, los agentes sanitarios eran presionados para que logren los objetivos impuestos por el sistema. Un Agente Sanitario de la región sur de la provincia, refería que a los agentes que tenían un

parto domiciliario en su área de influencia se le llegaba a descontar parte del sueldo como represalia (Estrella, 2015).

La presión soportada por los agentes sanitarios por los partos en domicilio era compartida por todo el equipo de salud. Gonzáles Botero sostiene “*tener un parto domiciliario era mala palabra*” haciendo referencia a su paso por Villa La Angostura en la década de 1980 (entrevista Gonzáles Botero, noviembre 2019). Por su parte, relata Macwilliam sobre el accionar institucional mientras fuese director del Hospital del Hucú en la década de 1980

“Con el tema de control del menor, control del embarazo no teníamos problemas. Sinceramente, que eso también cuando venías de otro lado te llamaba la atención. Partos domiciliarios eran muy pocos, porque se venía laburando desde hace, así eh, tac tac tac. Cada parto domiciliario era un castigo para el médico que estaba, digamos, te lo tiraban por la cabeza. Se hacían reuniones en Zapala cada tres meses, bueno y haber, cuantos chicos bajo control tenés, cuantos chicos no estas controlando, como andas con las inmunizaciones y eso lo tenías que presentar ante la dirección del hospital Zapala, el director de Loncopue Bajada del Agrio, Las Lajas; claro, te daba vergüenza ajena. Si el que estaba antes tenía 2 partos domiciliarios y vos tenías 5 te querías morir” (Entrevista Macwilliam, abril 2019)

Esta presión sistemática sobre los trabajadores de salud fue reproducida por los mismos efectores sanitarios sobre los miembros de las comunidades en las que instrumentaban sus prácticas. Con el mandato de institucionalización de los partos, y con la excusa de que los mismos eran los responsables de la mortalidad infantil, la salud institucionalizada no tuvo reparos para imponer sus prácticas y condiciones en comunidades mapuches. La presión ejercida en general se sostenía mediante la utilización del miedo a la muerte de la madre y/o el niño. En algunas ocasiones se llegaba incluso a la amenaza de utilización de las fuerzas policiales bajo la excusa de resguardar a la persona por nacer.

La persecución para la institucionalización de los partos no sólo llegó de la mano del personal de salud sino también contó con la ayuda de los docentes y la policía. Estas instituciones tenían el mensaje incorporado de las prácticas de la medicina alopática pero también facilitaban información sobre los miembros de las comunidades al personal sanitario y ejercían presión para la aceptación de las prácticas alopáticas en el seno de la comunidad.

Las experiencias recolectadas en torno al parto institucionalizado en las mujeres que ya habían dado a luz en domicilio fueron sistemáticamente negativas. Las costumbres diferentes aumentaban la violencia vivida en la institucionalización, reforzada por la sensación de obligación de dicha institucionalización. Por un lado, la persecución que sentían por los profesionales y los Agentes Sanitarios, sino también la idea, no casual, de castigo ante el incumplimiento de la norma. Yolanda refería, luego de contar sus últimas dos experiencias traumáticas en los partos hospitalarios (había tenido 6 en domicilio), al ser interrogada del por qué fue a la institución en los últimos dos partos

“..fue por la ley. Sapag (por Elías y Felipe) hicieron la ley de que había que tener los chicos controlados y en el hospital y si no era así podía ir presa uno y el papá. Se hizo la ley, y bueno, hay que cumplirlas” (entrevistas en Quila Quina, comunidad Curruhuinca, septiembre-octubre de 2019)

Eva sostiene al ser consultada del por qué no se hacen más partos en su comunidad

“Por los médicos. Cuando vinieron los médicos empezaron a obligar a que se hagan los controles de embarazo. Era Obligatorio. Nos prohibían tomar yuyos durante y después del parto y antes también. Nos obligaban a hospitalizarnos y a parir en el hospital. Los partos en la casa son sin dolor. Toma té de lino durante el trabajo y después del parto y no duele nada. En el hospital son muy dolorosos” (entrevistas en el Salitral, octubre 2019)

Las intervenciones directas de los médicos eran, si se tiene en cuenta los embarazos, el riesgo sistemático de muerte del bebé. Relata un médico que, durante su ejercicio laboral en Aluminé a inicios de la década de 1970, recibe un llamado de urgencia por una mujer en trabajo de parto y que, por las condiciones del clima, no podían acercarla al hospital. Con las ambulancias ocupadas en otros menesteres, sale a caballo junto con un Agente Sanitario de la zona. Llega a domicilio, con mucha nieve, y una mujer que ya había tenido muchos niños en su domicilio, se encontraba en trabajo de parto. Por la situación ambiental, el no disponer de vehículo y la hora, el médico le refiere a la mujer y su pareja la conveniencia de prepararse para el parto en domicilio. La señora, sin perder la compostura, le responde *“a no, durante seis meses estuvo dele decirme que si mi guagüita nacía en la casa se podía morir, que eso era muy peligroso y que a*

estas alturas no se podía permitir ese riesgo. Antes yo los tenía acá porque no sabía esos riesgos, ahora me lleva para el hospital". Otro relato, esta vez de un profesional que se desempeñaba en Chos Malal, cuenta sobre una mujer, también con antecedentes de múltiples partos, que por el riesgo que corría debía ser institucionalizada semanas antes de parir por vivir a 70 km del hospital. Con todos sus partos anteriores en domicilio, tanto ella como su pareja se negaban a la internación. Insistiendo sobre el riesgo de muerte y la posible judicialización, la mujer acepta la internación. El feto muere en el vientre materno antes del trabajo de parto, en el hospital. Relata Gonzáles Botero

"..había tenido 12 paras anteriores (12 partos), 12 gestas en domicilio y era una paciente de altísimo riesgo, altísimo riesgo. No me acuerdo ahora, pero posiblemente haya estado hipertensa y excedida de peso con más de 40 años o 42 años. Nunca había tenido un parto en el hospital. Lo hablamos mucho en Chos Malal y con el agente sanitario del lugar y con el esposo hasta que definimos una internación para que empollara en el hospital, y me acuerdo que también caía el parto en una época complicada. Estamos hablando de la época en que todavía no teníamos un camino, los 70 km hasta Chorriaca no eran fáciles.....Entonces, finalmente la internamos, yo calculo que 3 semanas antes de parto. ¿qué pasó? Sin una cuestión prevista y sin datos que hicieran suponer, y no recuerdo yo en ese momento si la causa, habría que investigarla en la historia clínica, fue la causa que verdaderamente se dio, el bebé falleció en el hospital, esperando el parto en la panza de la mamá. Desastre nuclear, que a uno le hizo preguntar un montón de cosas" (entrevista Gonzáles Botero, noviembre de 2019)

Las preguntas que se hizo el Dr. Gonzáles Botero no se trasladan en general a la corporación de salud pública ni al equipo, por el contrario, los desenlaces como el mencionado suelen reforzar en los equipos las necesidades de intervención precoces y el aumento de la presencia en territorio. Las explicaciones para situaciones como la mencionada, en donde luego de 13 embarazos el único que se pierde es el que se presionó para la institucionalización, se refieren a que si no se hubiese intervenido todo podía ser peor, no ya para el niño, sino para la madre.

Por su parte, en las entrevistas realizadas en las comunidades de la región, ya sea en la comunidad Curruhuinca, Cayún, en el Salitral, Aucapan, sean miembros de la comunidad, loncos filsoficos, hombres, mujeres o con algún rol en la política actual de la comunidad; casi en lo único en que coinciden es en

considerar que los partos domiciliarios nunca fueron un problema para sus comunidades. En algunos relatos van más allá, y refieren que en sus comunidades nunca se murieron niños en partos atendidos por las matronas de la comunidad. Daban vuelta los chicos que venían de cola, desarmaban las circulares de cordón, hacían el parto sin dolor, y acompañaban a la madre en el proceso (entrevistas comunidades mapuches, junio-octubre de 2019).

Expresan al unísono que la institucionalización de los partos fue una imposición del Estado y de los médicos huincas, y no una elección de las mujeres y los miembros de la comunidad. Por otro lado, también refieren que ofrecía un trato frío, muchas veces despectivo, con dolor e intervención sobre el cuerpo, que no respetaba creencias y prácticas ancestrales, bajo permanente amenaza de ejercicio coercitivo y causas judiciales.

El parto institucional alejaba a la mujer mapuche en el momento de parir de su medio, de su familia, de sus costumbres e imposibilitaba rituales tradicionales de suma importancia para las comunidades como el tratamiento de la placenta.

Con respecto al uso de hierbas medicinales, tés o *lawenes*, la postura replicaba los juicios de valor con respecto a los partos domiciliarios. Una postura que en general destaca sus riesgos y la necesidad de disminuir y controlar sus usos. Siempre en forma peyorativa, no reconociendo ninguna utilidad en los usos que los miembros de las comunidades les otorgaba, y con especial atención en quienes la producían o indicaban.

En entrevistas realizadas en el paraje El Pastoso -cerca de Quila Quina-Mercedes y Eduvina sostienen cierta complicidad con los Agentes Sanitarios en cuanto a los *lawenes* que ellas habitualmente consumían. Ellos no preguntaban mucho, pero reforzaban la necesidad de tomar las pastillas también y de controlarse y hacerse los análisis. Dejaban de lado el conflicto, en el que no profundizaban, pero se aseguraban de cumplir el mandato asistencial que tenía su tarea. Distinto era cuando concurrían médicos o médicas, que, según relatan las hermanas, siempre preguntaban de forma inquisidora sobre si consumían algún “té”, hecho que ellas sistemáticamente negaban (entrevistas en El Pastozo, comunidad Curruhuinca, octubre 2019).

Leticia, otra miembro de la comunidad, refería al respecto en el 1° Encuentro de Experiencias y Saberes en salud intercultural, realizado en Panguipulli, Chile, que su madre corría a esconder los *lawenes* cuando llegaba la visita del hospital a su casa. Lo primero que les preguntaban es qué hierba había tomado y qué otra cosa usó. Lo vivían como una persecución más de las que sufrían, y temían algún castigo. Consideraban un riesgo que desde el hospital se las mencionara y señalara como “brujas” por usar medicina tradicional (exposición durante 1° Encuentro de Experiencias y Saberes en salud intercultural, Panguipulli, Chile, agosto 2019).

Florentino y Albina, sostienen que en las comunidades se comenzó a dejar de consumir *lawenes* cuando *“desde el hospital empezaron a decir que era veneno, que los iba a matar”* (entrevista en la comunidad Cayún septiembre 2019).

Al respecto HH, enfermero capacitado como auxiliar en un curso local en San Martín de los Andes, refería que la formación era básica, bien hospitalaria y con mucho hincapié en contra de la auto medicación y de los “té”, como denominaban vulgarmente a los *lawenes* o infusiones de la medicina popular. Cuenta una anécdota en la cual, durante un casamiento en la Estancia de Quechuquina, lugar en donde nació y vivía junto a numerosas familias que allí laboraban (más de 120 personas), sufre una intoxicación alimentaria. La estancia se localiza a más de 30 km de San Martín de los Andes. Relata una intoxicación masiva, presumiblemente por una ensalada Rusa en mal estado, con numerosos afectados con vómitos, dolor abdominal y diarrea. Su madre, que habitualmente lo hacía, repartió medicamentos caseros para todos ellos, preparados por ella del bosque y su huerta, fundamentalmente paico y manzanilla. Al principio él le decía que no, que mejor no tomaran nada que en la formación le habían dicho que los empeoraban, e incluso les podía causar la muerte porque mal preparado era tóxico. Finalmente, al igual que toda su familia, tomó la medicación de su madre y mejoró. Concorre al hospital y al contar la situación, es reprimido y juzgado, indicándole que si va a trabajar en salud no puede permitir ese tipo de situaciones, y que sí o sí deben ir al hospital a atenderse.

“llego al hospital, porque cólicos y mucha diarrea, y bueno me acuerdo que estaba la ginecóloga J..... y una de las de guardia y no se con quién... la cosa es que bueno, nada, ya habían venido varios a la guardia de esta fiesta y caigo yo, y bueno,

medio como que me anduvieron cagando a pedos. Era entendible por esta situación, imagínate yo 17 años, mis viejos, yo no ehh, siguen siendo mis viejos por más que yo sea enfermero o tenga un mínimo conocimiento eran mis viejos y eran los que bajaban línea, así que bueno a respetar y listo, a tomar el paico y a tomar el paico. Y que bueno, gracias a eso yo noté que hubo una mejoría importante, y que llegué al hospital con menos cólicos y menos diarrea”

HH refiere que la situación le generó un impacto negativo, que se sintió discriminado y que no entendía porque si todos habían mejorado, eso podía ser tan malo. (Entrevista HH, noviembre de 2019)

Esto es visto de una forma diferente por parte de los médicos. Para estos, su tarea en terreno no se veía entorpecida por las prácticas ancestrales o populares: *“Con los curanderos no tuvimos grandes inconvenientes, porque veníamos con ganas y con el aval del Estado. El golpe lo tuvieron ellos, que antes jugaban en primera y de golpe les cambiaron la categoría”* (entrevista Vincent, noviembre 2019). La superioridad con la que se desempeñaban en territorio dependía de su confianza, pero también del apoyo de las instituciones con más trayectoria en la localidad. Refiere Leonfanti *“La iglesia fue importante. El cura de Aluminé y la escuela eran fundamentales para que la gente no consumiera yuyos”* (entrevista Leonfanti, octubre de 2019).

Como en toda América Latina, la postura de la corporación médica neuquina fue sistemáticamente despectiva para con las prácticas populares. El reconocimiento no era genuino como parte del proceso asistencial, sino desde una visión de riesgo, y muchos de los acercamientos escondían un marco para la tarea desde intervenciones para disminuir el supuesto efecto nocivo que se le atribuía a las prácticas populares y ancestrales. Recuerda Gonzáles Botero

“Experiencias con curanderas en Chos Malal en donde muchas veces nos juntábamos, con mucho respeto, y hablaban de abordajes de determinadas cuestiones, sobre todo con los chicos deshidratados y el paico” (entrevista Gonzáles Botero, noviembre 2019)

El Dr. Leonfanti refiere haber tenido reuniones con los curanderos del pueblo en el que se desempeñaba, señalados por el cura o la escuela, en donde dejaba en claro que es lo que podían ver y que no. Ésta dejaba actuar siempre que considerase que la práctica no ponía en riesgo la salud desde su óptica, y

utilizaba la amenaza de acción policial si no cumplían con el marco asistencial que él refería: *“recuerden que el médico soy yo, y soy el único que por ley puede atender a la gente. Si me entero que van más allá de lo que hablamos, ahí está la policía eh”* (entrevista Leonfanti, octubre de 2019).

Convencidos de la ineficacia de la práctica, en la medicina institucionalizada de la provincia existía un menosprecio hacia los actores de la medicina popular o ancestral, y una sistemática visión negativa de sus resultados y de culpabilización ante mala evolución de quién tomara sus tés o *lawenes*. Los médicos desconocen, invisibilizan y no consideran una gran cantidad de usuarios, pasados y presentes, que siguen sus recomendaciones, toman sus tés o *lawenes* y hasta hacen cola de horas para recibir atención.

En este sentido, podemos afirmar que los médicos sólo estaban enfocados en los efectos posiblemente tóxicos de infusiones de las que muchas veces desconocen los compuestos y que la interacción histórica entre la corporación médica de salud pública neuquina con los/las curanderos/as populares o ancestrales fue de subalternización y dominación. Wille Arrúe relata una anécdota que pone en relieve la postura de la medicina institucionalizada, pero deja entrever las vivencias que desde otras visiones existían en la obligatoria interacción entre ambos sistemas de atención

“Doña, Painenao. Tenía su consultorio en plena ciudad, haciendo la cruz a lo que ahora es Casino Magic,Aparece un chiquito con un cuadro de intoxicación, lo que los pediatras interpretan como un cuadro de intoxicación y que lo había atendido doña Painenao. Bueno, y como yo era el “experto” en relaciones, tenía que ir a averiguar yo que le había dado. Y fui...Le explique mire yo vengo por esto, esto y esto otro, yo sé que no es fácil para usted, pero hay un chiquito. Bueno, me recibió, me invitó con un mate, me escuchó, yo no la conocía.

*Antonia Painenao. Me dijo **“Bueno, mire, cerebro que haya venido, porque del hospital lo único que he recibido siempre son quejas, demandas, denuncias. Y usted es el primero que viene a hablar conmigo del hospital y me plantea esto. Yo sé que usted piensa, este, que yo estoy inquieta. Y si estoy inquieta por lo que le pasa al chico, pero no por lo que yo le dí. Yo le dí esto, esto y esto otro. Por ahí no viene. Hagamos una cosa. Busque en la casa, busque más en la casa. Que tenga suerte y me llama cualquier cosa”**. Así me despacho. Y por suerte yo trabajaba con los agentes sanitarios. Ahí nomás fueron Herminio y Roberto a la casa, y encontraron una cosa de fenobarbital vacía, no, debajo de la*

cama del chico, porque la mamá era epiléptica, me entendés, y era por el fenobarbital la intoxicación” (entrevista Arrúe, abril 2019)

Wille Arrúe sostiene que esa visión era constante, *“el sistema tiene una visión negacionista, esto no existe. Mucho más negacionista que persecutoria”*. Su interacción con curadores populares y ancestrales en el seguimiento conjunto de pacientes es referida como muy positiva, en lo personal y en el resultado para los pacientes. *“Mientras no vayas con ánimo persecutorio, punitivo, le vayas con la justa, del otro lado encontrás personas con buena voluntad”*. Si bien su experiencia y los resultados fueron positivos, refiere que su situación fue siempre excepcional y por fuera del mandato del sistema (entrevista Arrúe, abril 2019).

Al igual que en el análisis de la relación entre la corporación médica y el poder político desde la restitución de la democracia en 1983 -que permite poner en evidencia la autonomía de la corporación médica- analizar la postura y las acciones en términos de relaciones interculturales en una perspectiva de largo plazo permite poner en evidencia que las acciones llevadas adelante en las décadas de 1960 y 1970 en la provincia no fueron coyunturales, sino que son parte de una invisibilización (una más) de la alteridad y forman parte de un Estado etnocida.

En 1994 se otorga el reconocimiento constitucional del convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que daba entidad legal al reconocimiento de los pueblos originarios y al respeto por el lugar que tradicionalmente ocupaban, sus patrones culturales y el respeto a su cosmovisión y sus formas de abordar el proceso salud/enfermedad/atención. El rango constitucional del convenio genera una nueva legalidad que entra en tensión con las políticas etnocidas del gobierno provincial, en donde salud ocupaba un lugar preponderante durante su desarrollo territorial.

Un cambio de paradigma de estas características supondría acciones concretas del Estado, y en particular del abordaje intercultural del proceso salud/enfermedad/atención, que no se desarrollaron activamente en la provincia (Estrella, 2017). En esa línea, desde la programación y el trabajo en terreno se persistió en una agenda en donde las singularidades culturales, ya reconocidas

constitucionalmente, no eran tenidas en cuenta en las políticas sanitarias y en las prácticas etnocidas.

Para poder poner de manifiesto la autonomía de la corporación de salud pública neuquina y lo arraigado de sus conceptos hegemónicos, y de esta forma poner de manifiesto que lo acontecido en la década de 1970 no fue coyuntural sino que está inscripto en el *habitus* de la profesión, se investigó muchos años después del período de estudio de la presente tesis la formación que estos profesionales y los que les sucedieron brindaban a los profesionales médicos que se formaban en la provincia en la especialidad de Medicina General, con el objetivo de trabajar en el interior de la provincia, y muchas veces con comunidades mapuches.

Al mismo tiempo, serviría para intentar develar si el proceso que vivieron quienes trabajaron en el interior provincial, en su interacción con las comunidades mapuches en terreno u otros usos y costumbre con respecto al proceso salud/enfermedad/atención, modificó su postura inicial o sensibilizó su visión de las prácticas populares o ancestrales.

Para ello se realizó una encuesta a egresados de la residencia de medicina general que habían realizado la especialidad en la zona metropolitana (Neuquén) desde 1990 en adelante. Se seleccionó dicha fecha para propiciar que quienes sean los encargados de la formación de los futuros especialistas hubiesen tenido experiencias en el interior provincial y hayan estado trabajando en terreno en las primeras décadas del sistema.

Se lograron recolectar 25 encuestas de egresados, formados en la ciudad de Neuquén, de por lo menos 10 camadas diferentes. Los resultados demuestran que los datos referidos anteriormente, tendientes a la invisibilización de las comunidades mapuches y sus patrones culturales, se extendían a la formación de los futuros profesionales que trabajarían en las mismas, y que la indiferencia hacia las particularidades culturales referidas en las entrevistas eran una constante en la corporación de salud pública neuquina.

El 80% de los encuestados sostuvo que durante su formación no le enseñaron a interactuar con los curadores tradicionales, y el 84% refirió que durante la misma no trabajó sobre prácticas interculturales. Es diferente la percepción que hubo en los encuestados en cuanto al riesgo que para el sistema de salud conllevan

estas prácticas. La postura al respecto es repartida, siendo la percepción de que el peligro de las prácticas es moderadamente o muy importante del 60% de los encuestados.

En cuanto a la frecuencia en que en su formación se abordaba el tema de la interculturalidad, el 92% refirió que raramente o nunca tuvieron formación en prácticas de medicina popular o “alternativas”, el 80% consideró que nunca tuvo formación en interculturalidad y el 88% nunca escuchó nombrar el convenio 169 de la OIT durante la residencia. Cabe destacar, como ya fue mencionado, que el convenio 169 de la OIT tiene rango constitucional desde la década de 1990 y es donde se contempla el derecho de los pueblos nativos y migrantes a sostener y elegir sus formas de abordar el proceso salud/enfermedad/atención, por lo que su desconocimiento por parte de futuros efectores de salud en comunidades mapuches no es un dato menor.

Al preguntar sobre el respeto a la libre elección de los tratamientos y los abordajes en las comunidades originarias, el 76% contestó que raramente o nunca se tenía en cuenta durante su formación, y el 80% consideraba que se le dio poca o ninguna importancia durante su formación al respeto por la libre elección por las comunidades. En cuanto a la importancia que durante su residencia se le daba a la formación intercultural, el 84% resaltaba que era de poca o nula importancia. Las prácticas populares eran consideradas por el 72% de los encuestados como de poca o nula importancia durante su formación, lo que resalta la indiferencia marcada que en el sistema de salud se tuvo y se tiene para visiones alternativas, a pesar de la supuesta obligatoriedad legal a la contemplación de prácticas ancestrales.

Se puede observar en las encuestas la reproducción de lo referido en las entrevistas de los que fueron sus formadores, o compartieron la visión y la acción de los mismos. Una constante invisibilización de la alteridad, que ni siquiera es tomada en cuenta para la formación de los profesionales destinados a intervenir en sus comunidades en tiempos de pleno validez legal del convenio 169 de la OIT. El desconocimiento de su existencia por los especialistas en Medicina General pone en relieve la subjetividad de la conducción de salud provincial y de la corporación médica de salud pública, así como la postura del Estado al respecto.

Conclusiones

El desarrollo de la medicalización en la región fue tardío si se lo compara con otros distritos del país. Su rápido desarrollo territorial y la imposición de sus prácticas fue cubriendo un vacío que en la región en estudio se había producido mediante la subalternización de las comunidades mapuches y la persecución de sus curadores tradicionales. La magnitud y velocidad de su desarrollo evidencia más que en otras regiones la fuerza con que el Estado acompañó dicha imposición como un socio activo con el que la corporación médica compartía la cruzada civilizatoria.

Durante este proceso se construyó un discurso que se fue imponiendo hasta naturalizarse y enraizarse, no solo en los efectores de salud y en el poder político, sino en la población en general. La creación del mito del “Plan de Salud” subalterniza cualquier visión diferente del proceso salud/enfermedad/atención, posicionando a la medicina alopática como la responsable y principal causa de una mejora de los indicadores sanitarios sin comparación a nivel país, ni antes ni después.

Si bien la concepción construida sobre el “Plan de Salud” y sus efectores le sustrae al MPN sus logros -fruto de volcar recursos económicos emergentes en la mejora de las condiciones de vida de la población- el poder político partidario logra en su asociación con la corporación médica de salud pública erigirse como los responsables de la decisión política y disfrutar los réditos obtenidos.

El despliegue de salud pública por todo el territorio provincial no alcanzó para concluir la tarea, y paralelamente al “Plan de Salud” se invisibilizó un sistema asistencial popular y ancestral con una demonización de sus usos y costumbres, al mismo tiempo que se impuso, con la institucionalización del parto como máximo exponente, las prácticas de la medicina alopática. La construcción discursiva en torno a los logros de la salud alopática, instalados en el discurso político y en los medios de comunicación, y la persecución local y demonización de las prácticas terminaron por minar parte del capital social que poseía la medicina mapuche, que continuó practicándose a escondidas y con temor.

Conclusiones

Antes de proceder al análisis final de los aportes de la investigación, considero imprescindible lograr contextualizar los procesos en que los mencionados sucesos acontecieron. Analizar los hechos históricos, y juzgar a las personas que los llevaron adelante, en base a los preceptos y consideraciones actuales no solamente es injusto, sino que nos priva de la oportunidad de entender, al centrarnos en los actores, de los procesos más grandes que silenciosamente lleva adelante el Estado y las corporaciones que, en determinadas situaciones, representan y son parte del mismo. Por lo tanto, es importante resaltar que la presente tesis es una historización de los procesos acontecidos en la región, con un foco puesto en las vivencias de dichos procesos por las comunidades mapuches y no un juicio de valor por las decisiones tomadas por quienes definían las políticas o las llevaban a la acción en nombre del Estado.

Durante el período abordado a lo largo del presente trabajo, considero que es necesario analizar tres contextos históricos que marcaron puntos de inflexión en el proceso de subalternización de base étnica. El primero de ellos es alrededor del período en donde se realiza la denominada “Campaña del Desierto”, el segundo entre la década previa a la provincialización y el dictado de la constitución provincial, y la tercera desde la primera gobernación de Sapag hasta mediados de la década de 1970.

La contextualización no busca quitar responsabilidades sobre el accionar de los agentes en terreno o de los *policy makers*, procura entender cómo y por qué se tomaron ciertas decisiones que, bajo la mirada actual, pueden ser juzgadas negativamente. El accionar de las personas que necesariamente participan de los sucesos suele ser determinado por el clima de época, salvo contadas excepciones.

Alrededor del período en el que se llevó adelante la toma de posesión de los territorios patagónico, llamada “Campaña del Desierto”, las ciencias sociales estaban influenciadas por conceptos extrapolados de la biología, corriente conocida como darwinismo social. Su máximo exponente en la época fue Herbert Spencer, y consideraban la evolución de la sociedad, al igual que se producía en

las distintas especies, en forma lineal. Para Spencer, la sociedad evolucionaba desde una sociedad dominada por las jerarquías y la obediencia que él denominó “militante” (simple y no diferenciada), a una sociedad “industrial”, basada en obligaciones sociales voluntarias y contractualmente asumidas (compleja y diferenciada). Sumado a conceptos de Darwin sobre las “razas salvajes” y las “razas civilizadas”, y la caracterización de la capacidad intelectual definida por el tamaño del cráneo -que dejaba a las mujeres y a los pueblos no europeos en inferioridad de condiciones- condicionó una corriente de pensamiento que veía a la alteridad como un freno al progreso. Spencer, posiblemente influenciado por la obra de Darwin, considera que, en la sociedad -al igual que en la biología- se aplica la ley de supervivencia del más apto.

En esta corriente de pensamiento la evolución y el progreso son entendidos desde un juicio valorativo, en donde la sociedad industrial y occidental (blanca y europea) son el máximo estándar a alcanzar. Los pueblos originarios, que acorde a la corriente de pensamiento están biológicamente determinados a la inferioridad (por el tamaño de sus cráneos), pueden adaptarse o desaparecer. No es difícil de comprender como a nivel local este pensamiento es la base de la toma de decisiones, en una región en donde los descendientes de europeos avanzan de la mano del Estado, y algunas veces anteponiéndose al mismo, en el territorio con una población nativa subalternizada por la colonia.

Hombres de la política como Sarmiento o Alberdi, por nombrar algunos, o intelectuales de gran influencia en la época como Zeballos compartían dicha visión. La visión de un Estado moderno, blanco y europeo, se impuso en la expansión territorial contra la alteridad, considerada como la causa fundamental del atraso de quienes vivían en sus dominios. Esta concepción permeó y permaneció en los pobladores de origen europeo que se radicaron en la zona sur de la actual Provincia del Neuquén, y naturalizó las conductas descritas en capítulos precedentes para con las comunidades mapuches y sus miembros, tanto a nivel institucional como de convivencia cotidiana.

El segundo período tiene que ver con la creciente presión que ejercen las nuevas sociedades de inmigrantes establecidas en el territorio para lograr forzar la provincialización, hecho que en teoría debería haberse producido mucho tiempo antes por el tamaño de las poblaciones. La posibilidad de ejercer la ciudadanía

se limitaba a las elecciones municipales, careciendo de la posibilidad de ejercer el derecho a voto en las elecciones de autoridades nacionales y provinciales. La imposibilidad de ejercicio de una ciudadanía plena y la falta de representación política capaz de problematizar la situación a nivel nacional es en parte responsable de las condiciones de pobreza y exclusión que se vivían en la región, caracterizada por un magro desarrollo institucional y de servicios, ya que privaba a la región de la presión política que facilitase los recursos materiales necesarios para favorecer su desarrollo.

Son las elites locales, primera o segunda generación de migrantes (siriolibaneses y de Europa), fundamentalmente comerciantes, quienes se constituyen en actores políticos locales y ejercen presión para el cambio de estatus de los territorios nacionales. Estas elites reclamaban mayor presencia del Estado y sus instituciones, con la experiencia de lo que sucedía en el resto del territorio nacional, fundamentalmente en las grandes ciudades. En dicho proceso, el “remanente” mapuche sufría permanente persecución, sometimiento y subalternización por las fuerzas de seguridad presentes en territorio, y no se constituyeron como un actor relevante en el proceso de provincialización.

Esta construcción política particular, en donde los “nuevos” pobladores se constituyen en la elite y en los actores políticos de la región, trae aparejado una constitución que reconoce el componente étnico como constituyente de una historia regional, pero no como un actor presente o futuro. La asimilación subalternizada de las comunidades a la nueva sociedad neuquina no contempla particularismos culturales, favoreciendo en salud y educación prácticas etnocidas. La visión estaba puesta una vez más hacia las grandes ciudades y los estados occidentales, desconociendo e invisibilizando la realidad de gran parte del propio territorio.

Un estado con características desarrollistas como el que estuvo presente desde la provincialización toma como propios conceptos ya superados por las ciencias sociales, y busca la homogeneidad en su población y borrar, o al menos invisibilizar, los particularismos de etnia y cultura (que también implicaba a la masa de inmigrantes extranjeros). La expresión de representantes políticos y técnicos del Estado parecerían culpabilizar a las comunidades por su situación

de miseria y hambre, llegando a considerar que las mismas son incompatibles “con el desarrollo deseado de la población neuquina”.

Así, desde su concepción en la constitución provincial, la salud fue entendida desde la mirada científicista de la alopátia, no existiendo una mirada holística o la aceptación de una realidad imperante y presente en el interior provincial.

El tercer período corresponde a la llegada masiva de profesionales de la salud a la provincia. Desde la primera gobernación de Sapag, hasta mediados de la década de 1970, se produce un incremento constante de la radicación de profesionales de la salud en la provincia, casi tres veces por encima del crecimiento poblacional promedio. Los profesionales, fundamentalmente médicos, provenían principalmente de Buenos Aires y Córdoba.

Se desplegaron en el territorio provincial con una formación positivista y científicista, y con la convicción propia del *habitus* disciplinar de ser la única opción viable del abordaje de los problemas de salud de la población. Con una mirada compartida con los dirigentes provinciales y avalada en la constitución, los médicos llevaron su tarea profesional como una misión civilizatoria y con objetivos de asimilación de la alteridad. Ausente en su formación profesional y en quienes conducían las políticas sanitarias, la interculturalidad o al menos el respeto por las visiones alternativas a la salud alopática brillaron por su ausencia.

Estos tres períodos descriptos tienen gran importancia en el desarrollo de los acontecimientos y muchos de los hechos sucedidos en territorio tienen que ver con dichos contextos y no con una planificación voluntaria de los individuos que formaron parte de los tomadores de decisión.

Puesto en consideración el contexto en el que se desarrollaron los hechos y llegando al final del proceso de investigación, considero que es importante resaltar los aportes que se han realizado. En primer lugar, destacar la necesidad del Estado en la región estudiada de valerse de distintos instrumentos, en este caso representado por la salud alopática e instrumentado por la corporación médica (pero aplicable a educación, religión, etc.), para lograr una legitimidad hasta ese momento sostenida en la violencia física. Para lograrlo, el Estado facilita capital cultural, social, político y económico para la disputa de los distintos campos, aportes discrecionales hacia quienes representan la visión occidental

del mundo. En segundo lugar, evidenciar cómo se construyó una alteridad subordinada en base a coerción física sobre las comunidades de pueblos originarios, que se extendió y naturalizó mucho más allá de las campañas militares. En la misma participaron diversas instituciones del Estado, que no sólo la ejercían directamente, sino que facilitaban su ejercicio por civiles. La misma fue disminuyendo paulatinamente, a medida que aumentaba la presencia del Estado con otras formas de coerción (burocracias administrativas, educación, salud). Esta situación, que llevó a la desaparición física de representantes culturales de mayor importancia en las comunidades, como el/la *machi*, también se evidencia en prácticas etnocidas de invisibilización de la alteridad y una asimilación subordinada del componente poblacional mapuche. En tercer lugar, se evidenció como la corporación médica -encarnada en “salud pública”- busca imponer sus conceptos en base a la construcción de un discurso que asigna logros que no están directamente relacionados con las prácticas médicas. Desde su óptica, el proceso salud-enfermedad-atención tampoco contempla la alteridad y el costo que dicha imposición -algunas veces mediada coercitivamente- tuviese en quién posee una visión diferente de dicho proceso.

En la región particular en donde el mismo está enfocado, el Estado no era reconocido como tal por una parte del pueblo mapuche, y la estructuración de las mentalidades a través de sus instituciones, la escolar preferentemente, estaba en proceso. Como se desarrolló en el capítulo 3, la educación, las creencias, la lengua y la cotidianeidad habían sido intervenidas sistemáticamente por el Estado, por lo que la “salud” (en todas sus dimensiones) era un reducto de resistencia cultural, que no había sido intervenido por el Estado por incapacidad propia y no necesariamente por respeto de las pautas culturales (Di Liscia, 2017; Di Liscia, 2008).

Por tanto, en esta región persistían prácticas ancestrales que podían disputar la legitimidad del mismo. Para el Estado moderno argentino, la concepción de la salud está asociada a la medicina alopática. Por ende, considero que -en aras de su legitimidad- este es un campo donde el Estado utilizó todos sus dispositivos ideológicos a partir de los cuales impone condiciones de acceso y de permanencia, hasta lograr la hegemonía sobre las prácticas acordes a sus lineamientos. Hasta finales de la década de 1960, el Estado no había intervenido

en la región aún sobre el campo de la salud, por lo menos con la intensidad y decisión con las que intervino en el área económica, en la religión o en la educación.

El Estado poseía la necesidad de ser reconocido y tener presencia tangible como tal en zonas donde no se reconocía ni se sentía pertenencia al mismo. Allí descansa una de las razones que poseía el Estado Neuquino para favorecer el desarrollo de la medicina alopática en desmedro de las medicinas tradicionales. La pertinencia cultural y la visión de comunidad atentan contra el desarrollo de las actividades económicas de los Estados desarrollistas, ya que su cosmovisión posee otros entenderes que la lógica mercantilizada de la sociedad occidental.

Los sistemas de creencias ancestrales y su visión y prácticas de salud, que muchas veces poseen una notable interrelación y respeto por el ecosistema, carecen de argumentos para disputar la validez de los conceptos cuando el reduccionismo tecnocrático de la medicina alopática discute la célula y sus funciones. La técnica y la división disciplinar enfocada en el beneficio individual, tan característico de la cultura occidental, centra sus objetivos en hechos puntuales.

Esta concepción choca con las visiones ancestrales que son holísticas, entendiendo al sujeto como miembro de una comunidad, y no como una existencia individual. En este marco “el buen vivir y el buen morir” son parte del proceso de vida en comunidad, y son hechos que la medicina alopática ha perdido en el camino. La inmediatez de los resultados de esta medicina occidental, y el beneficio cuantificable en términos científicos que podemos evaluar, dificulta la abstracción necesaria para entender los procesos que afectan la salud y las capacidades de desarrollo individual y como miembros de una sociedad. Es con el positivismo como única manera de entender la salud, y con la imposición de dicha lógica como regla de juego comparativa, que la medicina alopática logró (de la mano de los Estados occidentales “modernos”) imponer una visión particular de los procesos que afectan la salud y su concepción de cómo modificarlos.

La construcción de una población homogénea con rasgos propios que le permitan al Estado provincial alcanzar el desarrollo que se proponía en un corto

plazo fue la base de la alianza de hecho con la corporación médica de salud pública. Visibilizándose como una tecnología del poder en términos de Foucault, el sistema de salud y sus efectores se distribuyeron en territorio normalizando a la población. El material de investigación permite demostrar como su desarrollo territorial sostienen los rudimentos de la anatomo y bio política, operando como fuerzas de jerarquización y segregación sociales, incidiendo en la sociedad en la constitución de relaciones de dominación y efectos de hegemonía.

El dominio simbólico del campo de la salud por la medicina alopática no sólo se produce en la provincia mediante la disputa en igualdad de condiciones entre las opciones de atención del proceso salud/enfermedad/atención (alopático/mapuche). Mucho antes del arribo masivo de profesionales médicos y de la presencia del Estado como garante de la salud, se producen diversos mecanismos de persecución cultural/religiosa/filosófica que no sólo diezman la capacidad de resolver los problemas de salud desde concepciones mapuches (por la extinción de *machis*), sino que subalternizan social y económicamente al remanente mapuche disminuyendo aún más sus posibilidades de acceso al sistema elegido.

El desarrollo de la medicina alopática a partir de la segunda mitad de la década de 1960 es el último eslabón de un proceso más largo de un Estado etnocida, que hace propios los postulados de la generación del '80, y en una cruzada civilizatoria por el bien del "salvaje" impone sus criterios de socialización y progreso. No obstante, como fue desarrollado en el capítulo 3, el "campo de la salud", desde perspectivas bourdianas, sufre un largo proceso de reconfiguración que lleva a que a fines de la década de 1960 el único capital que no era plenamente dominado por la medicina alopática fuese el capital social.

La medicina tradicional mapuche, desde un dominio completo del campo por ser efector única en la región hacia fines de 1800, pierde sistemáticamente peso en el campo de la salud mientras, de la mano del Estado, se desarrollan los nuevos asentamientos y un nuevo proceso de socialización. Por un lado, la desaparición física de sus representantes (*machis*) y la persecución coercitiva de sus líderes políticos y culturales, y por el otro, el crecimiento de una población subvencionada por el Estado de origen preferentemente europeo, que sólo se interrelacionó con el remanente indígena para continuar y acompañar la

subalternización y el etnocidio que en sus distintas etapas el Estado llevó adelante. Trayendo las costumbres de sus lugares de origen y de las grandes ciudades del país, a medida que los centros urbanos fueron creciendo, la medicina alopática fue reclamada y encontró vía libre para su desarrollo en la región.

Para fines de la década de 1960 en la región estudiada las prácticas llevadas adelante por la medicina tradicional mapuche estaban diezmadas por falta de *machis* y dificultades económicas de quién quisiera optar por atenderse en Chile o traer un/a *machi* desde allá. Si bien esta situación generaba una constante presión para la aceptación de la medicina alopática como primera opción, en las comunidades mapuches persistía arraigado con fuerza, posiblemente como resistencia cultural a la dominación, la elección de su forma de entender el proceso salud/enfermedad/atención y la opción de la utilización de abordajes tradicionales por encima de la oferta biomédica.

A lo largo de la década de 1960 y comienzos de 1970, desde el Estado provincial (y con aportes del Estado nacional) se realiza una inversión sin precedentes en la provincia. Se cambia la matriz productiva (de ganadería no intensiva a producción de energía), se produce un intenso proceso de urbanización con una migración interna desde zonas empobrecidas de la provincia hacia la capital de la misma, se invierte en infraestructura en educación, salud, comunicaciones, caminos, puentes, viviendas, cloacas; se realizan grandes inversiones como las represas y los oleoductos, etc., que logran un cambio sustancial en la configuración social de la provincia. A esta situación se suma una migración desde otras provincias, fundamentalmente hacia la capital provincial, de ciudadanos con mayor nivel de instrucción que los habitantes de la provincia.

Esto lleva a que la provincia, -otrota relegada, pobre y con escaso desarrollo-, pase en una década a estar ubicada entre las provincias de mayor PBG por habitante, menor analfabetismo, mayor índice de desarrollo humano, mayor tasa de matriculación en escuelas medias del país, menor mortalidad infantil, menor desempleo, etc.

A partir de la década de 1970, con la vuelta al poder de Felipe Sapag, se introducen cambios que serán definitivos para el desarrollo de la medicina

alopática en el interior de la provincia y en la relación de la misma con las comunidades mapuches. Desde el Estado provincial se comienza un proceso de desarrollo de la medicina alopática y una territorialización de la misma que no tiene antecedentes en el desarrollo provincial. Si bien desde 1960 la cantidad de profesionales de la salud había aumentado considerablemente, lo sucedido en la década de 1970 es una explosión en cantidad, y bajo un régimen particular de contratación -la dedicación exclusiva- que aumenta su impacto instrumental.

Esta situación permite que se constituya en los primeros años de la década de 1970 una “corporación” médica de salud pública, que permite la pervivencia de sus ideas y concepciones más allá de finalizado la convivencia con el poder político del MPN. La corporación médica de salud pública, con la connivencia de MPN y sus concepciones etnocidas, es la que facilita la persecución y lucha final por el capital social remanente en las comunidades mapuches de la zona estudiada, llevada adelante por los efectores locales.

La corporación médica consolidada en el sector público durante este proceso no tiene reparos de hacer propias los logros del Estado desarrollista para aumentar su injerencia, dominación e imposición de una forma de entender el proceso salud/enfermedad/atención en los espacios en donde el mismo todavía estaba en duda. Cosecha los logros de más de una década de inversiones del Estado y, utilizando para ello la mortalidad infantil, construye un discurso temporal a través del “mito” del plan de salud en el que se hace cargo de haber transformado la realidad sanitaria de la provincia en un par de años. La opción que utiliza es culpabilizar a la medicina tradicional, la falta de efectores médicos alopáticos y los partos domiciliarios. Como fue analizado en el capítulo 5, dichas justificaciones no se evidencian al analizar la realidad del territorio para esa época. Por otro lado, las únicas soluciones para las problematizaciones de la corporación médica eran más médicos, más estructura sanitaria, mayor control para las prácticas tradicionales y obligación de atenderse bajo preceptos alopáticos. En resumen, la única solución para la corporación médica era más medicina alopática.

Los relatos recabados en las comunidades ponen en evidencia la acción coercitiva de la corporación médica de salud pública con respecto a la institucionalización de los partos y a la demonización de los curadores

tradicionales remanente en territorio, a los que como sucedía desde principios de siglo se los/as catalogaba como brujos/as.

A través del análisis bourdiano de los campos, se hace evidente la intervención estatal a favor de la salud alopática. A través de los diversos capitales (económico, cultural, político, social) el Estado incide sistemáticamente en la reconfiguración del campo de la salud. La corporación de salud pública neuquina hablando en nombre del Estado utiliza su metacapital para asegurarse el dominio simbólico del campo, hecho que logra una vez que pone en marcha la intervención sistemática en las comunidades a lo largo de la década de 1970.

Por último, a lo largo de la investigación quedó en evidencia los mecanismos por los que el Estado se impuso a las comunidades indígenas, buscando una asimilación subordinada, en donde la medicina alopática se instituyó al igual que la educación en una herramienta eficaz para tal fin, al mismo tiempo que se inscribe en un discurso desarrollista y de progreso.

Esta realidad despierta interrogantes en torno a la realidad actual y a los discursos del Estado en la actualidad, **¿es factible con esta historia pensar en salud intercultural?, ¿las acciones en torno a las relaciones interculturales y a la salud intercultural particularmente llevadas adelante por el Estado son confiables?, ¿las mismas buscan emancipación o se enmarcan en nuevas prácticas etnocidas tendientes a la regulación y coaptación de elementos que todavía no pudo hacer desaparecer?**

Bocara (2007) describe para la realidad de Chile los intentos del Estado de coaptar a las comunidades a través de iniciativas focalizadas a la salud intercultural y al turismo étnico. Llama etnogubernamentalidad a los nuevos intentos de tecnificar, normatizar y regular el conocimiento ancestral, y mediante estímulos económicos pretende que dichos conocimientos y técnicas se “adapten” a las reglas que fija para ellas el Estado.

En el momento de la finalización de la presente tesis se inscribe un nuevo capítulo de final abierto en las relaciones interétnicas en la provincia del Neuquén. Se inauguró el primer centro de salud intercultural en el paraje de Ruca Choroí. Solicitado por las autoridades de la comunidad y con una mesa de diálogo intercultural y multi institucional luego de años de construcción y de

estancamiento, finalmente ha sido habilitado. Basado en experiencias actuales de Chile, el centro de salud cuenta con espacios de atención de medicina tradicional mapuche y de medicina alopática. Los interrogantes de cómo se seleccionará a los prestadores y qué garantías brindará el Estado, por qué unos y no otros, etc.; deberán ser evaluados una vez puesto en marcha el proyecto.

Las experiencias en Chile son contradictorias en cuanto al funcionamiento de la interacción, ya sea evaluado desde la óptica de los prestadores alopáticos, de los prestadores mapuches o de las comunidades en general. La evidencia de la falta de formación en salud intercultural o en la complejidad de la construcción de la misma, evidenciada en las encuestas realizadas a los residentes formados en la provincia, no generan optimismo de cara al futuro en la temática.

Ojalá la experiencia favorezca la emancipación de los oprimidos, y permita la libre elección acorde a los patrones culturales y convicciones personales, y no sea una experiencia tendiente a reconfigurar el etnocidio con nuevas formas y reducir las diferencias culturales a un bien utilitarista redituable en la venta de turismo étnico.

El comienzo ha sido complejo. La inauguración se ha dado en el marco de una nueva escalada discursiva contra las comunidades mapuches de la región. Por los conflictos del sur de Chile, y por actos aislados en nuestro país, se produce la configuración de un discurso que posiciona a los mapuches en general en el lado de la violencia y el terrorismo. Enmarcado en conflictos relacionados con reclamos territoriales históricos, que tienen como una de sus causas el incumplimiento por parte del Estado del censo de comunidades originarias, desde los medios de prensa y parte del poder político se invisibiliza una gran mayoría del pueblo mapuche que comparte día a día su cotidianidad con sus conciudadanos y rechaza la violencia como la mayoría de ellos. La caracterización de toda la etnia con los rasgos negativos de la violencia y la ilegalidad favorecen nuevas prácticas discriminatorias y persecutorias como las vividas el siglo pasado.

En el discurso de inauguración del Centro de Salud Intercultural de Ruca Choroí el gobernador de la provincia no dio muchos detalles del funcionamiento de la nueva estructura, aunque utilizó una parte considerable de su alocución para

señalar como estos son los “verdaderos” mapuches, y que era la “contracara” de lo sucedido a pocos kilómetros⁵¹.

La posibilidad de juzgar desde el poder político quién es verdadero mapuche y quién no lo es, reproduce lo referido por Boccara (2007) para el Gobierno chileno en sus intentos de subalternizar y manipular los saberes ancestrales de la medicina mapuche mediante la etnogubernamentalidad, generando clasificaciones mediadas por juicios valorativos según conveniencia del Estado.

La nueva experiencia y el devenir de los actuales reclamos territoriales en el sur del país, agitados por el proceso constitucional que se vive en Chile, marcarán probablemente el comienzo de una nueva etapa en las relaciones interétnicas en general, y de las comunidades mapuches con el Estado en particular. Es deseable que la nueva experiencia que está en desarrollo sea parte del proceso de reivindicación y empoderamiento, y no una herramienta más del Estado en su proceso de etnocidio.

⁵¹ Nota publicada en el diario Rio Negro, 10 de noviembre de 2021

Bibliografía

1. Alberdi, J. B. (2017). Bases y puntos de partida para la organización política de la República Argentina. Buenos Aires: Biblioteca del Congreso de la Nación.
2. Albornoz, A.; Farías, V; Montero, G.; Negri, A. (2004). Introducción a la complejidad herbolaria de la medicina tradicional mapuche. 2020, 12 de febrero, de www.unisi.it Recuperado de www.unisi.it/ricerca/centri/cisai/Albetal.doc
3. Alcántara Moreno, G. (2008) La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens, Revista Universitaria de Investigación, Año 9, N°1, 93-107.
4. Alioto, S. L. (2011) Las yeguas y las chacras de Calfucurá: economía del cacicato salinero (mediados del siglo XIX: Actas de las IV jornadas de Investigación en Humanidades. Homenaje a Laura Laiseca. Bahía Blanca, 29, 30 y 31 de agosto de 2011. Departamento de Humanidades Universidad Nacional del Sur.
5. Allevi, J.I.; Carbonetti, A.C.A.; Sedrán, P.M. (2018) Médicos, administradores y curanderos. Tensiones y conflictos al interior del arte de curar diplomado en la provincia de Santa Fe, Argentina (1861-1902). Anuario de Estudios Americanos, 75,1, 295-322. Sevilla, España.
6. Almeida-Filho, N. (2006) Complejidad y Transdisciplinaridad en el Campo de la Salud Colectiva: Evaluación de Conceptos y Aplicaciones. Salud Colectiva. 2006; 2 (2), 123-146.
7. Amparán, C. A. (1998) La teoría de los campos en Pierre Bourdieu. Polis 98. Cultura política y debate teórico: análisis psicosocial y sociológica, pág. 179-198. Disponible en <https://polismexico.izt.uam.mx/index.php/rp/article/view/345>
8. Anigstein, M. S.; Álvarez López, V. (2006) Medicina mapuche en la ciudad. Resignificaciones de la práctica médica mapuche en el siglo XXI. Gazeta de Antropología N° 22 Art. 26. Disponible en <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=2660>

9. Anuario Estadístico de la República Argentina 1978. (1979) Presidencia de la Nación, Secretaría de Planificación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Disponible en <http://biblio.econ.uba.ar/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=149222>
10. Anuario Estadístico de la República Argentina 1973. (1974) Presidencia de la Nación, Secretaría de Planificación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
11. Anuario Estadístico de la República Argentina 1979-1980. (1981) Presidencia de la Nación, Secretaría de Planificación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
12. Anuario Estadístico de la República Argentina 1981-1982. (1984) Presidencia de la Nación, Secretaría de Planificación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
13. Anuario Estadístico de la República Argentina 1983-1986. (1989) Presidencia de la Nación, Secretaría de Planificación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
14. Armus, D. (2002) Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción. En Entre médicos y curanderos. Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna (11-25). Buenos Aires: Editorial Norma.
15. Arrue, W.; Kalinsky, B. (1991) De “la médica” y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la Provincia del Neuquén. Centro Editor de América Latina S. A. Carmen de Patagones, Prov. de Buenos Aires.
16. Aukanaw. (2013) La Ciencia Secreta de los Mapuche. 1º Edición digital autorizada, ed. AukaMapu. Disponible en http://www.mapuche.info/wps_pdf/nawel1939.pdf
17. Bacigalupo, A. M. (1993-1994) Variación del rol de machi dentro de la cultura mapuche: tipología geográfica, adaptativa e iniciática. Revista Chilena de Antropología, N° 12, 19-23.
18. Bandieri, S. (2000) Neuquén. Grupos de poder, estrategias de acumulación y prácticas políticas. Anuario IEHS 15, 179-205.
19. Bandieri, S. (2009) Cuando crear una identidad nacional en los territorios patagónicos fue prioritario. Revista Pilquen, Sección Ciencias Sociales,

- Año XI, N° 11, junio-diciembre, 1-5. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/3475/347532055011.pdf>
20. Blanco Arana, M. C. (2017) Pobreza y mortalidad infantil: determinantes socioeconómicos y políticas (Tesis Doctoral). Economía y Empresas, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Málaga, España.
 21. Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, A. V.; Carnino, M. I. (1988) Corporación médica y poder en salud. Argentina, 1920-1945. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (C.E.S.S.), Rosario, Argentina.
 22. Belmartino, S.; Bloch, C. (1994) El sector salud en Argentina. Actores, conflicto de intereses y modelos organizativos 1960-1985. Publicación N° 40, Organización Panamericana de la Salud.
 23. Belmartino, S. (2005) La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires.
 24. Belmartino, S. (2005) La atención médica en Argentina. Historia, crisis y nuevo diseño institucional. Serie seminarios salud y política pública, Seminario IV. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Disponible en <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3554/1/SSPP200504.pdf>
 25. Belmartino, S. (2009) Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos. Presentación en el 5° Foro del Bicentenario, "Salud y Políticas de Salud". Disponible en <http://historiapolitica.com/datos/biblioteca/belmartino3>
 26. Biernat, C. (2016) La Organización Panamericana de la Salud en la configuración de las políticas sanitarias latinoamericanas de entreguerras. E-I@tina. Revista electrónica de estudio latinoamericanos, vol. 14, núm. 54, enero-marzo, 19-34. Buenos Aires, Argentina. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/4964/496454139002.pdf>
 27. Biernat, C.; Ramacciotti, K. (2013) Crecer y multiplicarse. La política sanitaria materno-infantil. Argentina 1900-1960, Buenos Aires, Editorial Biblos.
 28. Biernat, C.; Ramacciotti, K. (2014). Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las ciencias sociales. Ed. Biblos; Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

29. Blanco, G.; Gentile, M. B.; Quintar, J. (1998) Neuquén, 40 años de vida institucional 1958-1998. Centro de Estudios de Historia Regional, Departamento de Historia, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue.
30. Blanco, G. (2014) 50 años de planificación en Neuquén: diversos paradigmas, un objetivo: el desarrollo provincial- COPADE 1964-2014. 1ª ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Consejo Federal de Inversiones; Neuquén: Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo- Subsecretaría COPADE Neuquén.
31. Boccara, G. B. (2007) Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. Chungara. Revista de Antropología Chilena. Vol. 39, N° 2, 185-207.
32. Bohoslavsky, E.; Di Liscia, M. S. (2008) La profilaxis del viento. Instituciones represivas y sanitarias en la Patagonia Argentina, 1880-1940. Asclepio, Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia, vol. LX, n°2, julio-diciembre, 187-206.
33. Bolados García, P. (2021) Neoliberalismo multicultural en Chile posdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas. Chungara, Revista de Antropología Chilena. Vol. 44, N° 1, 135-144.
34. Bolsi, A.; Longhi, F.; Paolasso, P. (2009) Pobreza y mortalidad infantil en el norte grande argentino. Un aporte para la formulación de políticas públicas. Cuadernos Geográficos, 45, 231-261.
35. Bordes, M. (2011) De la sociedad a la postsociedad. Una aproximación a las transformaciones del campo de la salud desde la teoría sociológica contemporánea. Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología Vol. 20 No. 1, enero-marzo, 71 – 96.
36. Borini, M. (2014) Análisis de las políticas públicas de salud en la provincia del Neuquén, 1970-1979. Realidad Económica 288, IADE. 16 de noviembre al 31 de diciembre, 133-150.
37. Bourdieu, P. (1990) Sociología y Cultura. México D.F.: Ed. Grijalbo.
38. Bourdieu, P.; Passeron, J. C. (1996) La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. Segunda edición. México D.F.: Ed. Distribuciones Fontamara.

39. Bourdieu, P. (1997) Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Ed. Anagrama.
40. Bourdieu, P. (1997) Capital cultural, escuela y espacio social. España: Siglo Veintiuno Editores.
41. Bourdieu, P. (1998) La Distinción. Criterios y bases sociales del gusto. 2º ed. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones.
42. Bourdieu, P. (2000) Cosas dichas. Barcelona: Ed. Gedisa.
43. Bourdieu, P. (2002) Los Tres Estados del Capital Cultural. Sociológica, UAM- Azcapotzalco, México, núm. 5, pp. 11-17
44. Bourdieu, P.; Chamboredon, J. C.; Passeron, J. C. (2002) El oficio del Sociólogo. Presupuestos epistemológicos. Argentina, Siglo XXI Editores.
45. Bourdieu, P.; Wacquant, L. (2005) Invitación a la sociología reflexiva. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
46. Bourdieu, P. (2007) El sentido práctico. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
47. Bourdieu, P. (2010) El sentido social del gusto. Elementos para una sociología de la cultura. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
48. Bourdieu, P. (2011) Las estrategias de reproducción social. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
49. Bourdieu, P. (2014) Sobre el Estado. Cursos en el College de France (1989-1992). Barcelona: Editorial Anagrama.
50. Brykman, D.; de Sarasqueta, P.; Guillermo, L.; Munich, F.; Rivarola, M. (2004) Desigualdades de la mortalidad infantil. Medicina Infantil, vol. XI N° 1, marzo, 14-17. En <https://www.medicinainfantil.org.ar/index.php/2004-volumen-xi/numero-1/206-desigualdades-de-la-mortalidad-infantil>
51. Bucciarelli, M. A. (2008) Discutiendo interpretaciones. El impacto del “desarrollismo” en el espacio neuquino. Revista de Historia, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue. Núm. 11, 115-130.
52. Buchbinder, M. (2008) Mortalidad infantil y desigualdad socioeconómica en la Argentina. Tendencia temporal. Arch. Argent. Pediatría; 106(3): 212-218
53. Buck, C. (1986) Después de Lalonde: Hacia la generación de la salud. OPS. Boletín Epidemiológico; 7(2). En <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/32552/8598.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

54. Caniullan, V. (2000) EL mundo mapuche y su medicina. Centro de Estudios Socioculturales de la Universidad Católica de Temuco, Temuco. En <https://hdl.handle.net/10925/460>
55. Cao, H. (2015) Una nueva perspectiva sobre la Coparticipación Federal de Impuestos. En <https://www.horaciocao.com.ar/wp-content/uploads/2015/06/37-una-nueva-participación.pdf>
56. Cao, H. (2008) Ortodoxia y revisionismo en el abordaje de la coparticipación federal de impuestos. Revista Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental, Vol. 14, n.º 26, 121-145. En <https://www.asociacionaq.org.ar/pdfaportes/26/09.pdf>
57. Carbonell, B. (2001) Salud y Enfermedad en la Cultura Mapuche, Congreso de Salud y Ciencias Sociales, Lima, Perú.
58. Carbonell, B. (2002) Chamanismo y Cosmologías en Patagonia Argentina. Conferencia Universidad de Guayanas, Puerto Ordaz, Venezuela.
59. Carbonetti, A. (2007) Medicalización y cólera en Córdoba a fines del siglo XIX, las epidemias de 1867/68 y 1886/87. I Jornadas Nacionales de Historia Social, 30, 31 de mayo y 1 de junio de 2007, La Falda, Córdoba. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9590/ev.9590.pdf
60. Casullo, F. (2016) Lo saludable de tener a mano un intelectual en el Estado: Antonio Del Vas y el Plan de Salud Neuquino. Trayectorias intelectuales en el Estado. Libro digital PDF, 250-271. En https://www.academia.edu/26818137/Presentaci%C3%B3n_de_Trayectorias_de_intelectuales_en_el_estado_Actas_de_jornadas_de_discusi%C3%B3n
61. Cerdá, J. M. (2015) La construcción de una identidad médica en la provincia de Mendoza. El auxilio en las ciudades. Instituciones, actores y modelos de protección social. Argentina y México: siglos XIX y XX. Zinacantepec, Estado de México: El Colegio Mexiquense, AC: Centro de Estudios Históricos "Prof. Carlos S. A. Segreti", 215-234.
62. Cerdá, J. M.; Ramaciotti, K. I. "Desarrollo y participación comunitaria en las décadas de 1960 y 1970". *La salud Pública y la enfermería en la*

- Argentina*. Biernat, C.; Cerdá, J. M.; Ramaciotti, K. I. (2018). E-book, UNQ Editorial, pág. 220-245
63. Chai, N. (2015) El rol del parto mapuche en el mundo de la medicina moderna. Independent Study Project (ISP) Collection 2122. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2122
64. CLASTRES, P. (1996) "Sobre el etnocidio". Investigaciones en Antropología Política. Ed. Gedisa, Barcelona, 55-64.
65. Comisión del Centenario. (1998) El libro de los 100 años. San Martín de los Andes. San Martín de los Andes, Neuquén: Ed. Comisión del Centenario.
66. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008) Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen analítico del informe final. OMS.
67. Consejo de Planificación, Comité Permanente (1967). Operativo THIM. Tuberculosis – Hidatidosis – Salud Materno infantil. Programa de Acción. Ministerio de Asuntos Sociales, Dirección General de Salud Pública, Neuquén.
68. Consejo de Planificación, Comité Permanente. (1968) Operativo THIM. Programa sanitario preliminar Acción contra la Tuberculosis Hidatidosis y Mortalidad Infantil. Ministerio de Asuntos Sociales, Dirección General de Salud Pública, Neuquén.
69. Contreras Painemal, C. (2007) Actas del Primer Congreso Internacional de Historia Mapuche. Working Paper Series 28 Ñuke Mapufürlaget. Ebook producción. En <http://www.mapuche.info/mapuint/contreras070701.pdf>
70. Daniel, C.; González Bollo, H. (2016) Instituciones y mediciones estadístico-censales al sur del río Bravo (s. XVIII-XX). Estudios Sociales del Estado, Buenos Aires, vol. 2, 4-13. En <https://doi.org/10.35305/ese.v2i4.88>
71. De Cabrera, M. E. Ch. (1986) La mortalidad infantil en la provincia del Neuquén periodo 1976-1981. Subsecretaría de Salud, Ministerio de Bienestar Social Neuquén, Buenos Aires.

72. de Jong, I. (2009) Armado y desarmado de una confederación: el liderazgo de Calfucurá en el período de la organización nacional. *Quinto Sol*, N° 13, ISSN 0329-2665, 11-45.
73. De Mena, A. M. (2011) *San Martín de los Andes, Historia de una postal*. San Martín de los Andes, Neuquén: Ed. Patalibro.
74. del Llano Señaris, J. (2015) Revisitando el Informe Lalonde 40 años después: panacea, moda y realidad. *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol. 17, N° 3, 79-80.
75. Di Liscia, M. S. (2002) Viruela, vacunación e indígenas en la pampa argentina del siglo XXI. Entre médicos y curanderos. *Cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 27-69.
76. Di Liscia, M. S. (2005) Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina, 1870-1940. *Signos Históricos*, núm. 13, enero-junio, 95-119.
77. Di Liscia, M. S. (2007) Dificultades y desvelos de un Estado interventor. *Instituciones, salud y sociedad en el interior argentino*. La Pampa, 1930-1946. *Anuario IEHS* 22.
78. Di Liscia, M. S. (2011) Marcados en la piel: vacunación y viruela en Argentina (1870-1910). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(2):409-422.
79. Di Liscia, M. S.; Soprano, G. (2017) *Burocracias estatales. Problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)*. Rosario: Prohistoria Ediciones.
80. Di Liscia, M. S. (2017) Del brazo civilizador a la defensa nacional: políticas sanitarias, atención médica y población rural (Argentina, 1900-1930). *Historia Caribe - Volumen XII N° 31 - julio-diciembre*, 159-193.
81. Díaz Mujica, A.; Pérez Villalobos, V.; González Parra, C.; Simon, J. W. (2004) Conceptos de enfermedad y sanación en la cosmovisión mapuche e impacto en la cultura occidental. *Ciencia y Enfermería X* (1): 9-16.
82. Dreyfus, H.L.; Rabinow, P. (2001) *Michel Foucault: más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires.
83. Durán, J. G. (1997) *Catecismos Pampas (1870-1885) Circunstancias Históricas y Alcances Pastorales*. *Teología* 69 (1), 5-69.

84. Echeverri Hernández, J. V. (2010) Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud. Revista de Psicología Universidad de Antioquía, vol. 2, N° 4, julio-diciembre. En http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000200005
85. Estadísticas Vitales. Información Básica 1980-81. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Serie 5 N° 23. Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires, Argentina
86. 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, Pcia. de Neuquén. Tesis doctoral de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Antropología. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras.
87. Evaluación de Actividades de Atención Materno Infantil Año 1971. Reencuentro de Participantes al II Curso Seminario Internacional de Atención Materno Infantil, Provincia del Neuquén, República Argentina.
88. Favaro, O. (2005) El “modelo productivo” de provincia y la política neuquina. Rev. Sujetos sociales y política. Historia reciente de la Norpatagonia argentina, 271-305.
89. Favaro, O. (2001) Estado, política y petróleo. La historia política neuquina y el rol del petróleo en el modelo de provincia, 1958-1990. [en línea]. Tesis doctoral. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <https://memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.131/te.131.pdf>
90. Favaro, O. (2017) Neuquén (Argentina) en clave política. Estado y partido, 1961-1991. Estudios Sociales del Estado. Vol. 3, N° 6, 191-217, segundo semestre.
91. Fernández, M. (2003) Kerala y Neuquén: dos oasis de desarrollo humano. Arch. argent. Pediatr.; 101(2), 146-152
92. Fiorucci, F. (2016) Raúl B. Díaz: el inspector de Territorios Nacionales. Miradas, recorridos y reclamos de un funcionario viajero (1890-1916). Trayectorias intelectuales en el Estado. San Fernando. Libro digital PDF, 102-125.

93. Foerster, R.; Vezub, J. (2011) Malón, Ración y Nación en Las Pampas: el factor Juan Manuel de Rosas (1820-1880). HISTORIA No 44, vol. 2, julio-diciembre: 259-286 ISSN 0073-2435
94. Foerster, G. R. (1995) Introducción a la religiosidad mapuche. 2ª ed. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
95. Foucault, M. (2007) Historia de la sexualidad 1-la voluntad de saber. Trigésimo primera edición México D.F.: Siglo XXI Editores.
96. Garibaldi, C.; Méndez, G. C. (2010) Regionalización perinatal en la provincia del Neuquén. En Regionalización Perinatal CLAP/SMR-OPS/OMS, mayo.
97. Gavilán, V.; Viguera, P.; Madariaga, C.; Parra, M. (2018) La antropología social y la transdisciplina en el Sur. Compartiendo experiencias en el campo de la salud. Revista de Antropología Iberoamericana, vol. 13, N° 1, enero-abril, 69-91.
98. Giordano, J. F. (2019) La escritura indígena y la burocracia de los toldos. Re-configuración y resistencia (siglo XIX), Revista TEFROS, Vol. 17, N° 2, artículos originales, julio-diciembre, 56-72
99. González V.E. (2012) Construcción de identidades en el campo médico del actual sistema de salud colombiano: una aproximación desde el análisis de campo de Pierre Bourdieu. Rev. Fac. Nac. Salud Publica; 30 (3): 338-346.
100. González, A; Scuri, M. C. (1999) ACIPAN ¿Reflejo de los "sectores dominantes" capitalinos? Neuquén, 1958-1983. CEHEPYC, Centro de Estudios Históricos de Estado, Política y Cultura Facultad de Humanidades, Universidad Nacional del Comahue Neuquén, Argentina. Versión en Internet en <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Argentina/cehepyc-uncoma/20110426121428/Scuri.pdf>
101. González Bollo, H.; Daniel, C. (2016) Instituciones y mediciones estadístico-censales en el sur del río Bravo (s. XVIII-XX). Estudios Sociales del Estado. Vol. 2 N° 4 pág. 4 a 13
102. Hassler, W. A. (1979) Nguillatunes del Neuquén. Costumbres Araucanas. Neuquén: Ed. Siringa.

103. Illich, I. (1975) *Nemesis médica. La expropiación de la salud.* Barcelona: Barral Editores.
104. Koessler-Ilg, B. (2003) *El machi del Lanín. Un médico alemán en la cordillera patagónica.* Buenos Aires: Ed. Elefante Blanco.
105. Lalonde, M. (1981) *A New Perspective on the Health of Canadians. A working document.* Minister of Supply and Services Canada
106. Lara, R.L. (2016) *Resistir desde la cultura: la medicina mapuche en el Territorio Nacional de Neuquén (1900-1948), VI Jornadas de Historia Social, La Historia Social y sus mundos, Ciudad de Neuquén, Argentina.*
107. Lenton, D. (2015) *Política indigenista argentina: una construcción inconclusa.* Anuario Antropológico [Online]. URL: <http://journals.openedition.org/aa/781>
108. Lenton, D. I. (1998) *Los Araucanos en la Argentina: un caso de interdiscursividad nacionalista.* III Congreso Chileno de Antropología, Temuco. Disponible en <https://www.aacademica.org/iii.congreso.chileno.de.antropologia/35.pdf>
109. Leonfanti, F. L.; Chiesa, M. E. (1988) *Neuquen, Argentina: Provincial Health Policies and Their Results.* The journal of rural health, vol. 4, n° 1, enero.
110. Leonfanti, F.; Aráoz, L. F.; Giorgetti, G. (2003) *El Sistema de Salud en la Provincia del Neuquén. Anexo N° 1 del proyecto "Sistema Integrado de Información y Gestión en Salud de la Provincia del Neuquén",* Unidad Ejecutora de Proyectos con Financiamiento Externo, Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.
111. Lesser, C. G. (2006) *La Medicina Mapuche: Cosmovisión e Identidad, Pérdida y Recuperación".* Independent Study Project (ISP) Collection. 285. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/285
112. Longhi, F. (2013) *Pobreza y mortalidad infantil. Una aproximación teórica al estudio de sus relaciones.* Andes 24, 325-365.
113. López, T.; Gihovani, D. (2008) *EL BIO-PODER EN MICHEL FOUCAULT* Universitas Philosophica, vol. 25, núm. 51, diciembre, 39-57 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=409534415003>

114. Maceira, D. (2007) Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios. Buenos Aires: Paidós.
115. Maguid de Deluchi, A. (1977) La Mortalidad en los Primeros Años de la Vida Argentina, 1965-1966. Trabajo Final de Investigación, Curso de Análisis Demográfico Básico, Centro Latinoamericano de Demografía, San José, Costa Rica.
116. Marimán, P., Caniuqueo, S., Millalén, J., Levil, R. (2006) ¡...Escucha, winka...! Cuatro ensayos de Historia Nacional Mapuche y un epílogo sobre el futuro. Santiago: LOM ediciones.
117. Mases, E. (2014) A veces Bárbaro, a veces civilizado, siempre vago y ladrón. Prácticas genocidas y violencia estatal: en perspectiva transdisciplinar. San Carlos de Bariloche: IIDyPCa-CONICET, 52-64
118. Mases, E.; Caminotti, D.; Perren, J.; Casullo, F.; Gentile, M. B.; Camino Vela, F. (2015) Un siglo al servicio de la Salud Pública. La historia del hospital Castro Rendón. Neuquén: EDUCO, Universidad Nacional del Comahue.
119. Mases, E. H. (2010) Estado y cuestión indígena. El destino final de los indios sometidos en el sur del territorio (1878-1930). Buenos Aires: Prometeo Libros.
120. Mases, E. (2010) La construcción interesada de la memoria histórica: el mito de la nación blanca y la invisibilidad de los pueblos originarios. Revista Pilquen, Sección Ciencias Sociales, Dossier Bicentenario. Año XII, N° 12.
121. Menéndez E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires, 451-464.
122. Menéndez, E. L. (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (1): 185-207.
123. Montero, G.N. (2018) Los diferentes modelos médicos en el Nahuel Huapi (1890-1940): una relación asimétrica. Investigación realizada durante el Seminario de Posgrado dirigido por la Dra Brígida Baeza (CONICET-IESyPPat/UNPSJB) disponible en <http://uncoma.academia.edu/GracielaMoentro>

124. Mora, Z. (2012) El Arte de Sanar de la medicina mapuche. Antiguos secretos y rituales sagrados. Santiago de Chile: Ed. Uqbar.
125. Moreno, E. M.; Nirenberg, O.; Perrone, N A. (2006) Evaluación del Sistema Público de Salud de Neuquén. CEADEL-Gobierno de Neuquén. Informe final 2005-2006. Buenos Aires.
126. Nicoletti, M. A. (2007) Ceferino Namuncurá: un indígena “virtuoso”. Runa XXVII, 121-145: FFyL-UBA-ISSN: 0325-1217.
127. Nicoletti, M. A. (2004) La Congregación salesiana en la Patagonia: “civilizar”, educar y evangelizar a los indígenas del sur (1880-1934). Estudios interdisciplinarios de América Latina y El Caribe. Tel Aviv. Volumen 15, N°2, julio-diciembre, 71-92
128. Nicoletti, M. A. (2004) La conflictiva incorporación de la Patagonia como tierra de misión (1879-1907). Universidad de Barcelona; Boletín Americanista; 54; 145-165.
129. Otero, H. (2006) Estadística y Nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna, 1869-1914, Buenos Aires: Ed. Prometeo.
130. Painemal. C. (2010) Los Tratados celebrados por los Mapuche con la Corona Española, la República de Chile y la República Argentina. Tesis Doctoral Departamento de Historia y Estudios Culturales Universidad Libre de Berlín, Estudios Americanos Antiguos, diciembre.
131. Pastrone, P. N. (2018) El viaje del misionero Viventino Jorge María Salvaire a las tolderías de Manuel Namuncurá (1875). Revista Dios y el Hombre. Vol 2, 27-40. En <http://revistas.unlp.edu.ar/DyH>
132. Peñaranda, F.; Rendón, C. E. (2012) Determinismo-indeterminación y el debate de los determinantes-determinación social de la salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública Vol. 31, Suplemento 1, agosto, 47-56.
133. Pérez, P. (2007) Historiadores e Historias de Juan Calfucura. Mundo Agrario, vol. 8, n° 15, segundo semestre. ISSN 1515-5994. Universidad Nacional de la Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Centro de Estudios Históricos Rurales.
134. Perren, J.(2009) “Una transición demográfica en el fin del mundo”. La población de la provincia de Neuquén (Patagonia Argentina) durante

- el siglo XX tardío. Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona. Vol. XIII, núm. 282, 15 de enero.
135. Pigna, F. (2005) Los mitos de la historia argentina 2. Buenos Aires: Ed. Planeta.
 136. Pombo, M. G. (2012) La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. Margen, N°66.
 137. Porto, A. (2020) Evolución del sector público argentino en el largo plazo. Documento de Trabajo Nro. 36. Serie Documentos de Trabajo del CEFIP. Centro de Estudios en Finanzas Públicas, Instituto de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas-UNLP.
 138. Porto, A. (2016) Transferencias intergubernamentales y disparidades fiscales a nivel subnacional en Argentina. Documento para discusión N° IDB-DP-494. Instituciones para el Desarrollo, División de Gestión Fiscal y Municipal, BID. Diciembre.
 139. Puentes, J. P. (2015) La relación histórica entre el Parque Nacional Lanín y la población mapuche. Un abordaje desde una contra-filosofía de la historia. Historia y espacio. Vol. 11, N° 44, 89-117.
 140. Pulita, M. (2015) Cien años de trabajo. La historia de los servicios del Hospital Castro Rendón. Neuquén: EDUCO, Universidad Nacional del Comahue.
 141. Quezada Luna, J. M. (2010) Cum Cum Nieieu. Historia de Junín de los Andes. Neuquén: Ed. EDUCO.
 142. Quidel, J. (1998) Machi Zugu: Ser Machi. Revista CUHSO Vol. 4(1). 30-37.
 143. Ramacciotti, K. (2001) La política sanitaria argentina entre 1946-1954: Las propuestas de Ramón Carrillo TALLER. REVISTA DE SOCIEDAD, CULTURA y POLITICA. Buenos Aires, 35 – 55
 144. Ramacciotti, K. (2011) La red hospitalaria: ideas, tensiones y conflictos, 1946-1955. Entrepasados; vol. 36, 175 – 196
 145. Ramacciotti, K. (2017). La Fundación Rockefeller y la División Internacional de Salud en el Río de la Plata y la Región Andina. Ideas, concreciones y obstáculos (1941-1949).

- <https://notablesdelaciencia.conicet.gov.ar/handle/11336/76326>
146. Regis, S. (2007) Reflexiones sobre las prácticas de comunicación en el campo de la salud. Question N° 13. Disponible en <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/article/view/331>
 147. Restrepo-Ochoa, D. A. (2012) Determinismo/indeterminismo y determinación: implicaciones en el campo de la salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública Vol. 31, Suplemento 1 agosto, 42-46.
 148. Riccardini, J. C. (2013) Ejercicio ilegal de la Medicina. Asociación Pensamiento Penal. Código Penal Comentado de Acceso Libre. Art. 208. Disponible en <http://www.pensamientopenal.com.ar/cpcomentado/37772-art-208-ejercicio-ilegal-medicina>
 149. Rojas, F. (2011) Pobreza y mortalidad perinatal en la población mapuche de la Araucanía. Rev. Chil. Pediatr.; 82 (2): 93-104
 150. Rollhauser, E.; Argeri, M. E. (2007) De guerreros a delincuentes. La desarticulación de las jefaturas indígenas y el poder judicial. Norpatagonia, 1880-1930. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Colección Tierra Nueva E Cielo Nuevo). Quinto Sol, vol. 11, 249-252 Universidad Nacional de La Pampa, Santa Rosa-La Pampa, Argentina.
 151. Russo, J. L., Ceña Delgado, F. (2000) Evolución de la convergencia y disparidades provinciales en Argentina. Revista de Estudios Regionales N° 57, 151-173.
 152. Salazar Vega, A. I. (2012) El oficio de la pñeñelchefe: Memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil. Tesis para optar al grado de Magister en Estudios de Género y Cultura, mención Humanidades. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, Santiago Chile.
 153. Santiesteban, M. K. (2020) Los bordes de la memoria y del lawen (medicina ancestral mapuche). Una profundización de los disensos ontológicos, epistémicos e ideológicos en experiencias de lucha y procesos de subjetivación política. Revista Cambios y Permanencias. Grupo de Investigación Historia, Archivística y redes de Investigación. Vol. 11, Núm. 1, 428-463

154. Sapag, F. (1994) El desafío. Fundaneu, Temuco: Impresos Spring Ltda.
155. Schkolnik, S. (1975) Mortalidad infantil en la Argentina. A partir de la muestra del censo de 1970. Serie de Investigaciones demográficas 3, Unidad de Análisis Demográfico, INDEC, Buenos Aires.
156. Sedran, P.; Carbonetti, A.; Allevi, J.I (2018) Juan P. Quinteros, espiritista. Disputas por los sentidos legítimos del arte de curar. Santa Fe, fines del siglo XIX. Revista de Indias, vol. LXXVIII, núm. 274 disponible en <https://doi.org/10.3989/revindias.2018.025>
157. Soprano, G. (2014) Agencias estatales y procesos de configuración profesional. En "Historia de la salud y la enfermedad. Bajo la lupa de las Ciencias Sociales". Colección Ciudadanía e Inclusión, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos.
158. Spinelli, H. (2010) Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. SALUD COLECTIVA, Buenos Aires, 6(3):275-293, septiembre - diciembre.
159. Suárez, N. A.; Carbonetti, A. (2012) La profesión médica en una ciudad del interior argentino de principios de siglo XX: un médico español en el sur cordobés. Quipu, vol. 14, núm. 2 mayo-agosto, 239-266.
160. Suarez, R. A. (2014) Una aproximación a la historia de la salud en Río Negro, Chubut y Neuquén. Del territorio a la provincialización. Tesis doctoral en historia, Universidad Nacional del Sur, Departamento de Humanidades, Bahía Blanca.
161. Subirats, J.; Vilá, A. (2015) ¿Es la salud un tema estrictamente sanitario? Curar, cuidar y condicionantes sociales de la salud. Revista de Treball Social. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre, n. 206, páginas 8-22. ISSN 0212-7210.
162. Subsecretaría de salud. (1969) Programa de Salud de la Zona Sanitaria III. Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo y Ministerio de Bienestar Social, Dirección general de Salud Pública del Neuquén, Neuquén.
163. Subsecretaría de salud (1971) Programación de Actividades 1971, Tomo I, Subsecretaría Salud del Neuquén

164. Subsecretaría de salud (1971) Programación de Actividades 1971, Tomo II, Subsecretaría Salud del Neuquén
165. Subsecretaría de salud (1973) Programación de Actividades 1973, Subsecretaría Salud del Neuquén
166. Subsecretaría Salud del Neuquén (1981) Manual del Agente Sanitario. Subsecretaría de Salud del Neuquén.
167. Taranda, D.; Perren, J.; Mases, E.; Gallucci, L.; Casullo, F. (2008) Silencio Hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén. 1ª ed. Neuquén: EDUCO, Universidad Nacional del Comahue.
168. Toscano López, D. G. (2008) EL BIO-PODER EN MICHEL FOUCAULT Universitas Philosophica, vol. 25, núm. 51, diciembre, 39-57 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia
169. Valverde, S. (2011) De “pobladores” a “mapuche”: historias ausentes (y los ausentes de la historia). Pap. Trab. Cent. Est. Interdiscip. Etnolingüíst. Antropol. Sociocult. N°22. Rosario jul/dic.
170. Vásquez Rocca, L. (2013) La noción de biopoder en Foucault y su relación con las antropotécnicas en la obra del último Sloterdijk. Eikasia, Revista de Filosofía, N 62.
171. Vázquez Vizoso, F. L.; Cons Pintos, X. (2008) Pluriempleo médico, conflicto de intereses y dedicación exclusiva. Salud 2000. N° 116, abril, 12-13
172. Vicente Marino (2005). Redes de Poder en la Región PampeanoPatagónicas. El cacique Calfucurá, 1830-1853. X Jornadas Interescuelas/Departamentos de Historia. Escuela de Historia de la Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional del Rosario. Departamento de Historia de la Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Litoral, Rosario.
173. Villarruel, J. C.; Kircher, M.; Morate, A. E.; Bonacorsi, N.; Cerutti, A. (1990) Estado, sociedad, salud: Neuquén (1944-1972). Departamento de Prensa del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Neuquén.
174. Yunque, A. (2008) Calfucurá. La conquista de las pampas. Buenos Aires: Biblioteca Nacional.
175. Zaidenweg, C.(2013) La “Argentinización” de los Territorios Nacionales a través de la educación formal e informal. Estudio de caso

Río Negro (1908-1930). Tesis Doctoral. Departamento de Antropología Cultural e Historia de América y de África, Sección de Historia de América, Facultad de Geografía e Historia, Universidad de Barcelona.

176. Zöllner, A., Nogueira, A., da Costa, M., Pereira, D., & de Lima, R. (2017) Pensamiento social en salud: un análisis crítico de las obras clásicas del campo de la Salud Pública en Brasil. Rev. Guillermo de Ockham, 15(2), In press..