

Marco jurídico normativo de la atención intercultural de las mujeres mapuce. El caso de los servicios sanitarios de Neuquén

**Revista de la Escuela Judicial:** ISSN 2796-874X

**Año:** 02 / N° 2 - Mayo 2022

**Recibido:** 29/03/2022

**Aprobado:** 02/05/2022

# Marco jurídico normativo de la atención intercultural de las mujeres *mapuce*. El caso de los servicios sanitarios de Neuquén<sup>1</sup>

*Normative legal framework of the intercultural care of mapuce women. The case of the health services of Neuquén*

Por Cintia Daniela Rodríguez Garat<sup>2</sup>

Universidad de Quilmes

**Resumen:** En el presente artículo abordaremos el marco político y jurídico de la atención sanitaria intercultural de mujeres indígenas en Argentina, en particular, en la provincia de Neuquén. El objetivo es realizar una revisión sistemática del marco jurídico normativo producido en los distintos programas sanitarios que propician la atención de salud con un enfoque intercultural, centrada concretamente en las mujeres mapuce de Neuquén. Finalmente, nos enfocaremos en

---

<sup>1</sup> El presente artículo es una adaptación del segundo capítulo de la tesis de maestría “La atención intercultural de las mujeres mapuche en los servicios de salud de Las Coloradas, provincia de Neuquén”.

<sup>2</sup> Doctoranda en Filosofía (UNLP). Magíster en Filosofía (UNQ). Especialista y diplomada superior en Bioética (Flacso). Licenciada en Educación (UES XXI). Profesora en Filosofía y en Educación Especial. Con estudios de posgrado en Ciencia Política y Sociología y en NEE, PI y TEA (Flacso). Investigadora de INFoD (Ministerio de Educación). Correo electrónico: [cintiadanielarodriguez@gmail.com](mailto:cintiadanielarodriguez@gmail.com). Identificador ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6914-9565>.

la contradicción que se produce cuando, por un lado, se defiende un enfoque sanitario intercultural desde los marcos político-discursivo y jurídico, y, por el otro, se aplica un modelo sanitario biomédico, con tintes patriarcalistas.

**Palabras clave:** Salud intercultural – Mujeres indígenas – Neuquén – Políticas sanitarias.

**Abstract:** *In this article we will address the political and legal framework of intercultural health care for indigenous women in Argentina, and in particular in the province of Neuquén. The objective is to carry out a systematic review of the regulatory legal framework produced in the different Health Programs that promote health care with an intercultural approach, specifically focused on Mapuce women from Neuquén. To do this, we will critically analyze these regulatory frameworks, taking into account the specific application of Intercultural Programs in the health field, aimed at indigenous women. Finally, we will focus on the contradiction that occurs when, on the one hand, an intercultural health approach is defended from the political-discursive and legal frameworks, and on the other, a biomedical health model is applied, with patriarchal overtones.*

**Keywords:** *Intercultural Health – Indigenous women – Neuquén – health policies.*

## Marco jurídico nacional y de la provincia de Neuquén respecto de las políticas sanitarias interculturales

Las políticas sanitarias producidas desde un enfoque intercultural deben ser concebidas como el conjunto de lineamientos que direccionan el proceso sanitario, a partir de la interrelación entre Estado, sociedad y salud, en un marco históricamente situado. Este marco es la condición de posibilidad para que se planteen las normas y principios para el ámbito sanitario y las dimensiones de sentido a través de las cuales se genera la atención sanitaria de pacientes indígenas.

Con este fin, partimos de considerar que es importante conocer el marco político en el que se desarrollan las políticas públicas sanitarias,<sup>3</sup> puesto que este es justamente el que favorece la puesta en marcha de los programas sanitarios interculturales. Conviene anticipar que para pensar en el concepto de salud con perspectiva intercultural debemos deliberar acerca de la construcción de un espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina “oficial” (biomédica, científica y occidental) y la medicina tradicional de cada comunidad (Rodríguez, 2021b).

Como establece el Ministerio de Salud, el marco político debe promover ciertos factores que permiten: voluntad política de las máximas

---

<sup>3</sup> Según Tobar (2012), “una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir qué rol desempeña el Estado en salud” (p. 2). Del mismo modo, según el Ministerio de Salud (2018), “las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o una autoridad pública detecta la existencia de un problema y efectúa las acciones para eliminarlo o mejorarlo y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema” (p. 11).

autoridades de la salud pública a nivel nacional y provincial para llevar adelante la propuesta; invitación abierta a las Universidades desde el Ministerio de Salud de la Nación a la participación en la iniciativa desde el acuerdo y la cooperación; convicción ideológica y compromiso del equipo central para llevar a cabo el programa (Ministerio de Salud, 2018).

En este artículo nos centraremos en las políticas públicas sanitarias con carácter intercultural producidas en Argentina, para luego analizar los programas sanitarios interculturales planteados a nivel nacional y provincial (Neuquén). Resulta pertinente aclarar que entendemos la estructura del sistema de salud, a partir de la toma de decisiones políticas y sus consecuentes aplicaciones, desde tres enfoques: una perspectiva macro –la que tiene el responsable político del sistema–, eminentemente política; una perspectiva meso –la que tienen los responsables político-administrativos–, político-técnica; una perspectiva micro –la que tienen los profesionales asistenciales–, eminentemente técnica (Ministerio de Salud, 2018).

Aquí nos ajustaremos estrictamente a la perspectiva macro del sistema de salud. A partir de considerar que todas las políticas expresan, implícita o explícitamente, una determinada racionalidad instrumental, elecciones estratégicas, fines y valores,<sup>4</sup> comenzaremos a exponer las políticas sanitarias promovidas en Argentina, para concentrarnos específicamente en aquellas que se centren en un abordaje intercultural. Resulta interesante considerar la relación existente entre los cambios producidos en las últimas décadas en la estructura económica y

---

<sup>4</sup> Resulta claro que la formulación de una política será la función resultante de la combinación de una determinada estrategia con los fines y valores con los que ha sido concebida (Ministerio de Salud, 2018).

social argentina<sup>5</sup> y la evolución del sistema de atención médica del país (Belmartino y Bloch, 1980).

Para analizar la situación nacional debemos paralelamente tener en cuenta los sucesos que se desarrollaron respecto de la mirada intercultural en un contexto geopolítico más amplio. Es pertinente partir por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el 16 de diciembre de 1966 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (se puso en vigencia en 1976 y Argentina lo ratificó en 1986),<sup>6</sup> que garantiza expresamente el derecho a la salud como un derecho fundamental. En su artículo 12, establece que los Estados deben reconocer el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Sy & Remorini, 2008). Este pacto y todos los tratados internacionales de derechos humanos<sup>7</sup> fueron incorporados en la reforma constitucional de 1994

---

<sup>5</sup> En este sentido, seguimos la línea argumental planteada por Belmartino y Bloch (1980): "Existiría una relación directa entre la puesta en práctica de políticas económicas destinadas a contraer el salario real, restringir el consumo interno y posibilitar el establecimiento de las grandes corporaciones multinacionales, facilitándoles una fuerza de trabajo de bajo costo, y políticas sanitarias restrictivas, donde el Estado pretende desvincularse de su responsabilidad como garante obligado y principal financiador de las acciones de salud. Por el contrario, cuando la estrategia de desarrollo aplicada pasa por la ampliación del mercado interno, la política de redistribución progresiva del ingreso cuenta con un importante instrumento en las políticas sociales aplicadas por el Estado, que sirven, además, para proporcionar una mano de obra sana y calificada a las industrias en expansión" (p. 1).

<sup>6</sup> Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>.

<sup>7</sup> Entre los tratados internacionales de derechos humanos incorporados con la reforma se encuentran la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, conocida como CEDAW, por sus siglas en inglés (art. 12); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12); los artículos 1.1 y 26 de la Convención Americana de Dere-

a la sección sustantiva de la Constitución nacional, transformándose de este modo en obligaciones para el Estado argentino.

Durante las décadas de 1980, 1990 y primeros años del 2000, se desarrollaron diversas propuestas y acciones de salud intercultural en la mayoría de los países de América Latina (Menéndez, 2016). La finalidad de estos proyectos se planteó a partir de la necesidad de articular el sector salud y la biomedicina con la medicina tradicional, a través de establecer relaciones paralelas. El objetivo que perseguían estas articulaciones apuntó no solo a reducir o eliminar las relaciones de exclusión, subordinación y hegemonía/subalternidad dominantes, sino también a buscar estrategias que promoviesen mayor equidad en la distribución de bienes y servicios en las poblaciones.

En el contexto de la reforma constitucional argentina, cuando se incorpora la salud como un derecho protegido, también se plasma, mediante la lucha de los pueblos originarios, un cambio de paradigma. A partir de allí se reconoce la preexistencia de los pueblos indígenas del territorio y se establece un pacto de convivencia entre estos y el Estado que exige desarrollar las condiciones de posibilidad de la vida común en una sociedad pluralista (Ministerio de Salud, 2020). Sin embargo, el pueblo mapuce<sup>8</sup> de Neuquén, pese a haber creado

---

chos Humanos; la Declaración Americana de Derechos del Hombre (art. XI); el Protocolo de San Salvador (art.10), haciendo especial énfasis en la necesidad de satisfacción de los grupos de más alto riesgo (inc. f). “A su vez, la CEDAW agrega la obligación de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica” (Cicchitti, 2020, p. 3).

<sup>8</sup> Emplearé el término “mapuce” según el Grafemario Raguileo, que es el que adopta la comunidad dentro de la lengua que profesa. En este alfabeto no existe la letra h, y la consonante c se pronuncia siempre como la ch del castellano. Por este motivo, la confederación se autodenomina como Confederación Mapuce.

una alianza con los convencionales constituyentes (es decir, con el obispo Jaime De Nevares y Edith Galarza, una abogada de derechos humanos), denunció que, para el poder público, la incorporación de la preexistencia de los pueblos originarios en la reforma constitucional era una cuestión meramente simbólica (Schvartzman, 2017).

Del mismo modo, esta incorporación no representó un efectivo goce del derecho, específicamente en los sectores vulnerables, puesto que:

Las políticas neoconservadoras ejecutadas ampliamente durante la década de los noventa han promovido la descentralización y privatización de los servicios sociales, así como también la focalización de las acciones para responder a las necesidades críticas de los sectores más desprotegidos. (Femenías & Vidiella, 2005, p. 2)

Como es sabido, en Argentina históricamente se ha producido una alternancia entre períodos signados por proyectos de desarrollo basados en la ampliación del mercado interno y períodos caracterizados por administraciones neoconservadoras en los que se han aplicado “políticas restrictivas, destinadas a controlar problemas que se consideran como los obstáculos fundamentales para lograr el crecimiento sostenido” (Belmartino & Bloch, 1980, p. 1). En los primeros se ha enfatizado el desarrollo de distintas estrategias tendientes a la implementación de políticas de redistribución progresiva del ingreso, estrategias monetarias y fiscales expansivas, con la consiguiente ampliación del consumo. En los segundos, “las políticas de estabilización han llevado a la restricción de la oferta monetaria y crediticia, y a redistribuciones negativas del ingreso, con la resultante retracción del consumo” (Belmartino & Bloch, 1980, p. 2).

Ciertamente, “las políticas de salud, como las demás políticas sociales, aparecen así impregnadas, matizadas, corregidas o deforma-



das por las contradicciones emergentes a nivel político y económico” (Belmartino & Bloch, 1980, p. 16). De ahí que, con la vuelta a la democracia, surja la necesidad de plantear la reformulación de los servicios a partir de la premisa de promover la participación social en el ámbito de la salud.<sup>9</sup> Sin embargo, este objetivo no ha sido conseguido aún de manera contundente, puesto que “en las políticas de salud la participación difícilmente supera el carácter declarativo” (Tobar, 2012, p. 15).

En la década del noventa, las políticas sanitarias se fueron restringiendo para dejar al sistema cada vez más en manos del “mercado”, situación que marcó la incapacidad operativa del Estado para asistir a la enorme demanda sobre el sector público generada en la debacle de 2001-2002. Entre las numerosas complicaciones que sufrió la salud en este período se encuentra el sistema de provisión pública y privada de medicamentos, que cayó en un proceso de franco deterioro. Esta

---

<sup>9</sup> El modelo de Estado burocrático-autoritario que se instala en la Argentina a partir de 1976 busca erradicar las bases del Estado de compromisos en los que asumía funciones de intervención, entre ellos: la salud. Tal como afirma Tobar (2012), “esto repercute en la esfera de salud primando los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado, y su traspaso a la actividad privada” (p. 12). De ahí que la mercantilización de la provisión de bienes y servicios de salud requiera instaurar flujos estables de financiación, pero con una mínima intervención del Estado. Para ello se necesita la fragmentación del sistema, la descentralización de los servicios, el fortalecimiento del sector privado, la focalización de provisión pública, el arancelamiento de servicios públicos y un abordaje con tintes tecnocráticos (Tobar, 2012). Sin embargo, esta fragmentación aún subsiste, incluso con la vuelta a la democracia. Puesto que, “con la recuperación de la democracia surge un nuevo proyecto que intenta integrar al sistema a través de un Seguro Nacional de Salud por medio de la unificación financiera del sistema, admitiendo en su interior una oferta pluralista de servicios de atención médica [...] El proyecto fue muy resistido por los sectores sindicales” (Tobar, 2012, pp. 12-13).

situación se debió principalmente al incremento de los precios que se generó con la desregulación del mercado de medicamentos (Belló & Becerril-Montekio, 2011). Según Belló y Becerril-Montekio (2011), a esto se le añadió el deterioro en los ingresos de las obras sociales, derivado de la caída de los empleos formales y la disminución de los salarios. Esto imposibilitó el cumplimiento adecuado de las prestaciones obligatorias. Sumado a ello, hubo una fuerte declinación de la cobertura de la seguridad social y de las empresas de medicina prepaga, que desplazaron la demanda de atención de manera muy significativa hacia los servicios públicos de salud.

A partir de 2003 fueron reconstruyéndose las políticas públicas en salud mediante la inversión sostenida, con una presencia firme del Estado nacional en los territorios, y, especialmente, el aumento de los trabajadores de la salud (Kreplak, 2020). Sin embargo, se planteó una evolución asimétrica y diferente de cada programa y área. Esta situación trazó una paradoja: se avanzó al punto de hacer palpable la necesidad de una reforma profunda de las políticas sanitarias que tendiera a la integración del sistema. En efecto, resulta claro que el modelo neoliberal sostenido hasta el momento en el ámbito sanitario solo redundó en la consolidación de tendencias “hacia la descentralización y la desmercantilización mínima de los servicios, incorporando la tercerización y la compra y venta de servicios desde la esfera pública” (Tobar, 2012, p. 15).

Partiendo de las dificultades de integración del sistema sanitario, el objetivo planteado en 2003 se plasmó en la formulación del Plan Federal de Salud 2004-2007,<sup>10</sup> que implicó una reforma progresiva y sustentable, cuyo fin fue establecer un modelo basado en la estrategia

---

<sup>10</sup> Propuesto por Ginés González García, ministro de Salud durante el gobierno de Néstor Kirchner.

de atención primaria de la salud (APS) como la respuesta sanitaria más contundente para garantizar el acceso universal, la distribución equitativa de recursos, la calidad de la atención y la participación de la comunidad en el cuidado de su salud. El Plan ha conseguido contribuir con la organización de los servicios, a partir de distintos niveles de complejidad, aportando a un ordenamiento territorial regionalizado (Ministerio de Salud, 2012).

De este modo, el dilema suscitado con los precios de los medicamentos durante la emergencia de 2002 fue resuelto mediante la formulación de una política tendiente a garantizar la accesibilidad de toda la ciudadanía a estos bienes esenciales. Paralelamente se promovió un uso racional de los mismos, por medio de la ley de prescripción de medicamentos por nombre genérico y el programa Remediar, implementado en centros de atención primaria (Ministerio de Salud, 2012).

Con el objetivo de generar una plataforma de acción para fortalecer las capacidades en salud de los Gobiernos municipales, se desplegó en todo el territorio el programa nacional Municipios y Comunidades Saludables. Con esta estrategia política se buscó generar acuerdos de gestión y consensos de trabajo entre diferentes jurisdicciones y actores, con el propósito de implementar, a nivel local, políticas públicas de promoción de la salud (Ministerio de Salud, 2012).

Asimismo, en el marco de la atención primaria de la salud como política de Estado, se ejecutó, en el año 2004, el Programa Médicos Comunitarios (PMC),<sup>11</sup> destinado a fortalecer la formación de los

---

<sup>11</sup> "En octubre de 2009 el Ministerio de Salud de la Nación organizó un *Taller sobre Interculturalidad en Salud*, convocado por el *Área de Salud Indígena del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención*. Se trató de un encuentro donde todos los Pueblos que están en contacto

profesionales del primer nivel de atención. Fue realizado a partir del acuerdo entre el Ministerio de Salud de la Nación, los Gobiernos provinciales, los Municipios y las Universidades públicas y privadas de la Argentina. Resulta fundamental remarcar que recién a partir del PMC se incorporó a los efectores del primer nivel de atención: agentes sanitarios, auxiliares de enfermería y miembros de pueblos originarios –elegidos por sus comunidades y desde un abordaje intercultural– asumieron el rol de promotores de salud indígenas (Ministerio de Salud, 2012).

En 2005 se substancia el Plan Nacer,<sup>12</sup> que favorece la accesibilidad a los servicios de mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de seis años en Argentina. El plan fue potenciado en 2012 con el programa Sumar, que incorpora como beneficiarios a los niños y adolescentes hasta 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.

En 2009 se impulsa la Asignación Universal por Hijo (AUH), una prestación monetaria destinada a desocupados y trabajadores informales con hijos menores de 18 años para protección social; complementándose en 2011 con la Asignación Universal por Embarazo (AUE), destinada a mujeres embarazadas sin empleo formal u otra asignación familiar de todo el país. También en 2009, el Ministerio de Salud de la Nación y las gestiones provinciales establecen

---

con el programa se reunieron para compartir, tratar y discutir, su visión sobre el modo de construir salud para sus comunidades. Como resultado del taller los representantes de Organizaciones Indígenas de todo el país construyeron y presentaron su propuesta para mantener relaciones interculturales en salud, en el documento llamado *Propuesta de salud de los Pueblos Originarios en el marco del bicentenario*" (Ministerio de Salud, 2020, p. 75).

<sup>12</sup> Según Ballesteros (2017), "este programa cambia la lógica del financiamiento por presupuesto hacia el pago según resultados. Los recursos se transfieren a las provincias, 40% en función de objetivos y 60% según los padrones de beneficiarios captados" (p. 165).

conjuntamente un Plan para la reducción de la mortalidad materno-infantil, de las mujeres y adolescentes.

Todos estos programas, entre otros tantos,

tuvieron como principal o (dependiendo el caso) única instancia de ejecución los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS),<sup>13</sup> jerarquizando el primer nivel de atención y permitiendo que el ministerio nacional regrese como actor en el entramado de servicios de salud.<sup>14</sup> (Ballesteros, 2017, p. 164)

Partiendo del estado de situación del desintegrado sistema sanitario vigente durante la emergencia de 2002, las políticas sanitarias desarrolladas en los años siguientes, sin lugar a dudas, fueron de innegable avance en materia sanitaria para nuestro país. Se establecieron

---

<sup>13</sup> La presencia del Estado nacional en los territorios vulnerables y periféricos mediante los CAPS funciona como un imperativo para el cumplimiento del derecho a la salud. De este modo se contrarresta la monopolización de los gestores sanitarios y grupos empresariales, de las decisiones sanitarias de los grupos vulnerables en nombre del hipotético mejoramiento de la calidad de atención. Tal como afirma de Ortúzar (2017), "al igual que el concepto de gobernanza, se confunde aquí la gobernanza en salud con su gobernabilidad (legitimidad). Las decisiones sanitarias 'legitimadas' solo refuerzan las injusticias de base. Por ejemplo, la defensa a ultranza de la autonomía individual en salud ignora el problema de la interculturalidad; al desconocer el derecho de las comunidades indígenas a ejercer el consentimiento comunitario y su principio de disidencia (Ej. 'Declaración de Ukupseni', 1997)" (pp. 50-51).

<sup>14</sup> "Sin embargo, la articulación de CAPS con los establecimientos de segundo y tercer nivel varía fuertemente entre jurisdicciones, y es frecuente que se encuentren con altos niveles de desarticulación" (Ballesteros, 2017, p. 167).

en el marco de un sector considerablemente complejo<sup>15</sup> y fragmentado, con el objetivo de propiciar en todos los habitantes, al menos de manera progresiva, el acceso al inalienable derecho a la salud y a su provisión pública. Sin embargo, es de notar que durante este período consiguieron consolidarse las inequidades generadas por la desregulación de las obras sociales.<sup>16</sup> Tal como plantea Ballesteros (2017),

a pesar de la recuperación financiera del subsector, resulta claro que continúa existiendo, entre las distintas obras sociales, una gran diversidad en: la cantidad de afiliados, los recursos por afiliados, y en sus estructuras poblacionales (edad y sexo). Esto converge en la persistencia de las desigualdades en las prestaciones que brindan. (p. 165)<sup>17</sup>

Sin desmérito de los avances conseguidos en los últimos años, es evidente que el sistema sanitario continúa caracterizándose por la falta de articulación y control entre las distintas instancias que lo componen.<sup>18</sup> En este sentido, la provincia de Neuquén, al igual que Chaco

---

<sup>15</sup> Como afirma Chiara (2018): "El sistema de salud argentino se caracteriza por la organización de sus instituciones en tres subsectores (seguridad social, privado y estatal), la convergencia en el subsector estatal de tres niveles gubernamentales (nación, provincia y municipios) y el derecho (teórico) de todos los habitantes a la provisión pública de salud" (p. 9).

<sup>16</sup> Si bien estas diferencias ya existían previamente a las reformas de los noventa, se agravan en los últimos veinte años.

<sup>17</sup> Esta situación se ve incrementada cuando se permite que una misma obra social ofrezca planes diferenciales, generando que las desiguales coberturas no solo se produzcan entre las distintas obras sociales, sino también en su interior (Ballesteros, 2017).

<sup>18</sup> Hay algunas provincias en las que prácticamente todos los centros de salud tienen dependencia municipal (Buenos Aires y Córdoba); en otras conviven

y La Pampa, poseen prácticamente todos los centros de salud con dependencia provincial (Ballesteros, 2017).

Pese a estos aspectos, el sistema sanitario argentino, desde 2002 hasta 2016, planteó numerosas políticas públicas tendientes a reducir las inequidades históricas en el acceso a la salud,<sup>19</sup> que se vieron obstaculizadas cuando en 2016 se degrada el Ministerio de Salud al rango de Secretaría. Esta acción, según Gollan (2018), plantea “una retirada del Estado del ámbito público con un consiguiente avance de las lógicas privatistas”. De este modo, no solo se contribuye a la limitación de la capacidad de los funcionarios en la toma de decisiones, sino que también se le añade un franco desfinanciamiento al sector.

Estas políticas neoconservadoras, que se materializan además bajo el discurso universalista de la Cobertura Universal en Salud (CUS), tienen claros objetivos que orientan todo su accionar hacia el empleo del poder estatal para transferir fondos públicos al sector privado. Tal como afirma de Ortúzar (2018):

Al mismo tiempo que enarbolan la bandera del “derecho universal a la salud” desmantelan hospitales públicos a través de políticas de ajuste; instalando – bajo el discurso de la modernización– un extrapolado

---

proporciones importantes de ambos tipos (provincial y municipal), con mayor presencia de establecimientos provinciales (Corrientes, Entre Ríos, Mendoza y Santa Fe) (Ballesteros, 2017).

<sup>19</sup> Tal como afirma Gollan (2018), “la presencia de Nación en programas preventivo-promocionales había permitido logros sanitarios, arrinconando las enfermedades inmunoprevenibles, alcanzando las metas de los Objetivos del Milenio en mortalidad materna y bajando la mortalidad infantil por primera vez a un dígito, es decir, por debajo de diez por mil nacidos vivos” (pp. 10-11).

modelo de *e-gobernanza* en salud (HCE; ETS) que no responde a nuestras prioridades sanitarias ni favorece a la igualdad en salud, beneficiando principalmente al sector privado. (p. 104)

Evidentemente, la degradación del Ministerio de Salud colabora con el desentendimiento de las obligaciones constitucionales propias del Estado para garantizar el derecho a la salud de la población, dado que entre sus funciones se encuentran la vigilancia y el rol compensador de las inequidades sociales y geográficas en salud como una responsabilidad indelegable (Remorini & Palermo, 2015). Asimismo, esta contracción del Ministerio impacta sobre la progresiva construcción de federalismo de los últimos años, y pronuncia, consecuentemente, una creciente desigualdad en las condiciones sociosanitarias, a la vez que fortalece, nuevamente, la fragmentación institucional del sector sanitario.

Resulta claro que, si nos centramos en este proyecto sanitario con tintes neoliberales, en última instancia se privilegiarán “las decisiones tomadas por las organizaciones privadas más poderosas, por los monopolios o laboratorios, en función del mercado y no de necesidades propias de la comunidad” (Ortúzar, 2017, p. 54). De ahí que “los participantes más débiles no pueden –aun reclamando y denunciando la injusticia–, cambiar los acuerdos a los que llegan los participantes más fuertes” (*ibid.*). En este marco, los programas con pretendido enfoque “intercultural” quedan cercenados de toda posibilidad.

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



servicios, vulnerando el derecho a la salud de los pueblos indígenas,<sup>20</sup> esencialmente en el acceso a prestaciones de mayor nivel de complejidad (Remorini & Palermo, 2015).

En síntesis, resulta claro que el desmantelamiento del sistema sanitario conduce a políticas sanitarias de ajuste que consiguen homogenizar la atención sanitaria, negándoles a las comunidades indígenas el acceso a la salud desde un enfoque intercultural, centrado en una concepción de justicia epistémica.<sup>21</sup>

Surge la imperiosa necesidad, desde el plano político, de disputar contra las políticas mercantiles, las decisiones plasmadas en las políticas públicas que amenazan el acceso a los derechos conquistados.

## **Marco jurídico-normativo de la atención sanitaria referida a los partos respetados y la atención materno-infantil en mujeres indígenas**

En este apartado nos centraremos en el marco jurídico normativo referido a la salud de las comunidades indígenas, a partir de analizar específicamente la aplicación de programas sanitarios inter-

---

<sup>20</sup> Evidentemente, el perjuicio en el acceso a la salud será generalizado para todos los sectores vulnerables del país, acentuándose en el caso de las mujeres. Como plantean Martos y Fonseca (1996), la salud de la mujer no puede ser analizada en forma simple y aislada de su ubicación a través de la historia. Es necesario relacionarla con el contexto socioeconómico, cultural y político en el cual la mujer se desenvuelve, por estar directamente relacionado como determinante del proceso salud-enfermedad.

<sup>21</sup> Este daño se plantea primordialmente respecto del acceso a la salud, en tanto derecho cultural, y también en relación con la libre determinación con la que el pueblo mapuce plantea su cosmovisión acerca del "vivir bien", en correspondencia con su identidad y sus normas del *Kvme Felen*.

culturales para estas comunidades. Nos enfocaremos concretamente en la regulación de la atención intercultural de partos en mujeres mapuce en Neuquén.

Tal como fue expresado en el apartado precedente, la reforma constitucional de 1994<sup>22</sup> ha sido en la Argentina la primera incorporación explícita,<sup>23</sup> en el plano legal, de la salud como un derecho protegido. Sin embargo, como afirman Femenías y Vidiella (2005), este avance en la legislación no se condice con el goce efectivo del mismo, especialmente en referencia a los sectores más desprotegidos del país. Es decir, durante la década del noventa, más allá del estatus de reco-

---

<sup>22</sup> La Constitución de la Nación Argentina, con la reformada de 1994, incorporó tratados de derechos humanos en su artículo 75 incisos 22 y 17: reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos; garantiza el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconoce la personería jurídica de sus comunidades y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan, y regula la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; y asegura su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten. Asimismo, tomando como base lo estipulado en el inciso 17, la Ley N° 23.302 crea el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) “con el propósito de asegurar el ejercicio de la plena ciudadanía a los integrantes de los pueblos indígenas, garantizando el cumplimiento de los derechos consagrados constitucionalmente”. Respecto del funcionamiento del INAI, Carrasco (2002) afirma que: “los pueblos indígenas concentran sus demandas al INAI en dos grandes temas: 1) la urgente instrumentación de un plan de entrega de tierras en propiedad a sus comunidades y organizaciones; 2) la directa participación de los mismos en la toma de decisiones de todos los temas que les conciernen” (p. 11).

<sup>23</sup> Esta incorporación inició un camino que promovió una mayor visibilidad de las diversas luchas indígenas por la defensa de sus territorios y proyectos de vida alternativos. Incluso posibilita tematizar el resurgimiento de las organizaciones indígenas en el país, que había comenzado a mediados de las décadas de 1980 y 1990. Del mismo modo, reposiciona los procesos de reemergencia étnica o de etnogénesis que vienen desarrollando miembros de comunidades y pueblos indígenas en los últimos años (en Gómez & Trentini, 2020, p. 106).

nocimiento legal de la salud, no hubo políticas sanitarias claras,<sup>24</sup> con base en la justicia social, que resultaran consecuentes.

A partir de 2001, resulta fundamental la aplicación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT),<sup>25</sup> que plantea un marco legislativo y jurídico sustancial para los pueblos indígenas. La importancia de este instrumento radica en que es capaz de influir en la ley positiva de los Estados y mejorar las relaciones de poder en los diálogos entre los pueblos indígenas y los Gobiernos. El Convenio<sup>26</sup> promueve la participación de las comunidades indígenas

---

<sup>24</sup> Según Ballesteros (2017), “la década del 90 estuvo marcada por el aumento del desempleo, la subocupación y sobreocupación, la precarización, la inestabilidad laboral y la caída del salario real [...] Producto de estos procesos, la población afiliada a algún sistema de salud descendió de 63,1% en 1991 a 51,9% en el 2001 (según los datos de los censos poblacionales realizados en dichos años). Este es otro de los aspectos que reduce la importancia del subsector de obras sociales y genera una mayor población, como potencial usuaria del subsector de servicios públicos o que accede al subsector privado realizando un gasto de bolsillo” (pp. 162-163).

<sup>25</sup> El Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes constituye la herramienta jurídica más importante para la defensa de los derechos indígenas. Fue ratificado en Argentina a través de la Ley N° 24.071, sancionada el 4 de marzo de 1992 y promulgada el 7 de abril (publicada en el Boletín Oficial el 10 de abril de 1992). El Poder Ejecutivo dictó el instrumento de ratificación el 17 de abril de 2000 y depositó dicho instrumento en la OIT el 3 de julio de ese año. Según la reglamentación internacional, el “Convenio entrará en vigor, para cada miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación” (art. 38.3); por ello, se afirma que rige en Argentina desde el 3 de julio de 2001.

<sup>26</sup> El Convenio 169 de la OIT no es la única herramienta que sienta las bases jurídicas internacionales en la Argentina respecto a las comunidades indígenas, puesto que también son marcos de acción la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y el Convenio sobre la Diversidad Biológica, de las Naciones Unidas.

en las medidas que les conciernen, fundamentalmente desde la toma de decisiones en las instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole que sean responsables de políticas y programas que les competan en particular. Asimismo, plantea la obligación de los Estados de poner a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados, o bien de proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental. Estos servicios, organizados a nivel comunitario, deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (Ministerio de Salud, 2020).

El marco del Convenio 169 y la Ley sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades aborígenes (Ley N° 23.302), reglamentada en 1989, funcionan como encuadre jurídico normativo para preservar y ordenar el cuidado del parto y la atención materno infantil.<sup>27</sup> Esta normativa dio origen a la creación de programas específicos de salud indígena, como el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para poblaciones indígenas (ANAHI), en el año 2000, y el subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios (dentro del programa nacional Médicos Comunitarios), en 2005, constituyendo el primer antecedente en Argentina de salud intercultural. Ambos programas se enmarcaron dentro del Plan Federal de Salud, política rectora del sector (Lorenzetti, 2009).

---

<sup>27</sup> La Ley N° 23.302 ordena, en el artículo 20 inciso d, el cuidado especial del embarazo y parto y la atención de la madre y el niño.

En este período, con igual relevancia, se legisla la Ley N° 24.956, que establece la inclusión del autorreconocimiento de la identidad indígena en el Censo de 2001 (Ministerio de Salud, 2020). Este hecho no es menor, puesto que posibilita poner en evidencia la situación concreta de vulnerabilidad de estas comunidades en el mapa argentino. Entre otros datos, permite mostrar factores que resultan comunes a todas las comunidades indígenas argentinas: dificultades económicas, distancia geográfica, barreras culturales e idiomáticas, etcétera. En el ámbito de la salud, concretamente, se muestra cómo estos factores afectan el acceso a la atención sanitaria. De modo que patentiza la escasez de leyes y políticas públicas orientadas a abordar sus problemas particulares.

En esta misma línea, en 2005 se crea un Área de Salud Indígena dentro del Programa de Médicos Comunitarios - Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, que recibe financiamiento de agencias y organismos internacionales y que está dirigida a las provincias del norte y nordeste del país (Salta, Jujuy, Santiago del Estero, Formosa, Chaco, Tucumán, Corrientes, Misiones, agregándose de a poco otras provincias) (Estrella, 2017). Sin embargo, estos “programas de salud intercultural que responden a políticas de reconocimiento forjadas entre 1990 y 2000, y dirigidas a población indígena, no fueron implementados en la provincia en Neuquén” (Estrella, 2017, p. 64).

En 2006 se gesta el programa Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), financiado por el Banco Mundial, que tiene como áreas de cobertura aquellas políticas en las que se activa la Política de Pueblos Indígenas del Banco Mundial. No obstante, las prioridades de este programa son identificadas con base en su “costo-efectividad e impacto en la carga de muerte y enfermedad de la población indígena” (Lorenzetti, 2009, p. 51).

Resulta importante marcar que en este lapso se produce la reforma de la Constitución de Neuquén. Con ello, a partir de 2006,<sup>28</sup> dicha provincia reconoce la diversidad cultural y étnica (art. 105) y la interculturalidad (art. 107). Pero la principal reforma consiste en los derechos establecidos en el artículo 53, puesto que allí se establece que: “La Provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas neuquinos como parte de la identidad e idiosincrasia provincial. Garantiza el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural”. Sin embargo, en cuanto al área de salud de los pueblos indígenas, no se identifican programas específicos.

En 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) afirma que las recomendaciones de la Reunión de Winnipeg y las resoluciones CD37.R5 (de 1993) y CD40.R6 (de 1997) establecen cinco principios para el trabajo con las comunidades indígenas. Estos se centran en el reconocimiento de que cada pueblo indígena tiene sus creencias y prácticas únicas en lo referente a la salud, como así también sus propios recursos comunitarios para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o la cura de los males comunes (OPS, 2008). Sin embargo, según plantean Sy y Remorini (2008):

---

<sup>28</sup> Con esta reforma, la Confederación Mapuce de Neuquén dejó de respetar las normativas y exigencias relativas a la personería jurídica, es decir, decidió dejar de someterse a las asambleas con presencia del Estado (puesto que este supervisaba que se hicieran según la Ley de asociaciones civiles). A partir de ese momento, empezó a hacer parlamentos, *traun*. El pueblo mapuce tiene su sistema de administración de justicia: el *Nor Feleal*. Desde entonces, el parlamento funciona con la ley mapuce como ley mayor (Schvartzman, 2017).

Pareciera que, desde lo programático, se enuncian propuestas e intenciones que resultan acordes y coherentes al marco de derechos constitucionales vigentes, sin embargo, luego [en la práctica] se considera que [la aplicación de] un modelo estándar será adecuado para su cumplimiento. (p. 18)<sup>29</sup>

Evidentemente, estas situaciones que complejizan las posibilidades de acceso a la salud de las comunidades indígenas de nuestro país deben ser fiscalizadas de manera juiciosa y permanente por parte del mismo sistema sanitario, de modo tal que se propicie el acceso efectivo a este derecho. Para ello, se debe adoptar una perspectiva de género e intercultural, a fin de prevenir, investigar, enjuiciar y sancionar todas las formas de violencia contra estas comunidades indígenas;<sup>30</sup> planteando el reconocimiento de la medicina ancestral para la im-

---

<sup>29</sup> Las autoras plantean que la escasez de estadísticas vitales segregadas por grupos étnicos agrava aún más la problemática. Esta carencia es un escollo para la generación de políticas y procesos de gestión, constituyendo de este modo una enorme dificultad para establecer prioridades y realizar el seguimiento y evaluación de las medidas y servicios de salud destinados a las poblaciones indígenas.

<sup>30</sup> Esta violencia es ejercida de manera cotidiana, por lo que resulta ser naturalizada. Por este motivo, frente a estos esquemas institucionalizados, Verónica Huillipán afirma que: "Cuanta más represión haya como respuesta a la demanda de reconocimiento de derechos, criminalización y persecución, habrá mayor organización y movilización del mundo indígena. En el caso concreto de las mujeres, tiene que ver con el intento de silenciarnos o invisibilizarnos dentro del mundo indígena. Cuanta más violencia recaiga sobre nosotras, más visible será nuestra presencia física y nuestra voz. Por nuestra naturaleza, si no encontramos esos espacios en los ámbitos culturales, los construimos". Disponible en: <https://canalabierto.com.ar/2020/07/03/veronica-huillipan-la-dirigenta-indigena-que-llego-al-ministerio-de-las-mujeres/#:~:text=Cuanta%20m%C3%A1s%20represi%C3%B3n%20haya%20como,invisibilizarnos%20dentro%20del%20mundo%20ind%C3%ADgena.>

plementación de políticas interculturales de salud, como también la transformación sobre bases interculturales del sistema institucional y las prácticas médicas hegemónicas (Ministerio de Salud, 2020).

Por otra parte, adentrándonos en el marco legal de los partos, en 2004 Argentina sanciona la Ley de Parto Humanizado (Ley N° 25.929), que promueve el respeto a la familia en sus particularidades (raza, religión, nacionalidad), enfatizando la necesidad de que se acompañe la toma de decisiones seguras e informadas. Esta ley, que fue reglamentada recién en 2015, se complementa con la Ley N° 26.485, sancionada en 2009, que protege a las mujeres de la violencia obstétrica. Sin lugar a dudas, si se plantea desde un enfoque epistémico, este encuadre jurídico normativo puede brindar un marco de acción que garantice un abordaje apropiado en la atención sanitaria de partos en mujeres mapuce.

Sin embargo, tal como afirma Estrella (2017),

los dispositivos de intervención basados en la educación para la salud desarrollados por los agentes sanitarios en comunidades indígenas en Neuquén desde hace más de 30 años no han incorporado los discursos de valorización de lo cultural como capital social. (p. 65)

Este suceso tiene correspondencia con las políticas promovidas por el Movimiento Popular Neuquino (MPN), puesto que, en una primera instancia, “uno de los objetivos centrales de las políticas de bienestar llevadas a cabo por el MPN estaba orientado a crear una población neuquina homogénea, minimizando las diferencias, desmarcándolas, o invisibilizándolas” (Estrella, 2017, p. 67).

Sobre este aspecto, consideramos enfáticamente que, para poder promover la autonomía y la dignidad de las personas en la atención



sanitaria, resulta imprescindible el compromiso por parte de los Estados con el reconocimiento epistémico de las comunidades indígenas (Rodríguez, 2021a). En este sentido, en pos de propiciar enfoques que superen la minorización y el epistemicidio, es fundamental que los Estados garanticen que sus instituciones democráticas vinculadas al sistema de salud sean deliberativas, amplias e inclusivas, conforme al derecho internacional relativo a los derechos humanos.

## Reflexiones finales

A partir de lo desarrollado, resulta interesante poner en cuestión la distancia existente entre el reconocimiento en términos de justicia social (Fraser & Honneth, 2006) planteado discursivamente en las propuestas plasmadas en los marcos jurídicos normativos que encuadran la atención sanitaria intercultural y las efectivas condiciones de aplicabilidad de dichos marcos regulatorios en la práctica sanitaria concreta. En el caso analizado de Neuquén, podemos evidenciar que la interculturalidad, independientemente del marco legal abordado, no ha sido planteada como una propuesta política específica en el ámbito de la salud (Rodríguez, 2021a).

Por tal motivo, consideramos que no es suficiente la existencia de los encuadres políticos y jurídico-normativos para el real cumplimiento y ejecución de derechos, puesto que, si bien funcionan como un instrumento importante que sienta las bases para la acción, esta depende de las políticas públicas que el marco político ejecute no solo con discursos, sino fundamentalmente con partidas presupuestarias que persigan vehementemente el objetivo de resolver las necesidades básicas históricas de acceso a los derechos humanos por parte de las comunidades indígenas de nuestro país.

## Bibliografía

- BALLESTEROS, M. S. (2017). “El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad”. En: *Millcayac - Revista Digital De Ciencias Sociales*, vol. IV, N° 6. Recuperado de: <http://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/886>.
- BELLÓ, M. & BECERRIL-MONTEKIO, V. M. (2011). “Sistema de salud de Argentina”. En: *Salud pública de México*, vol. 53, supl. 2. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109>.
- BELMARTINO, S. & BLOCH, C. (1980). “La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo”. En: *Cuadernos Médico Sociales*, N° 14. Recuperado de: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-N-14.pdf>.
- CARRASCO, M. (2002). “Una perspectiva sobre los pueblos indígenas en Argentina”. En: CELS, *Derechos Humanos en la Argentina. Informe 2002*. Recuperado de: [https://www.cels.org.ar/common/documentos/informe\\_2002\\_cap\\_11.pdf](https://www.cels.org.ar/common/documentos/informe_2002_cap_11.pdf).
- CHIARA, M. (2018). *La salud gobernada: política sanitaria en la Argentina 2001-2011*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- CICCHITTI, A. (s. f.). “El lugar de las mujeres indígenas”. Recuperado de: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-lugar-de-las-mujeres-indigenas/>.
- ESTRELLA, P. V. (2017). “La salud pública en territorio mapuche: Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas y disputas en

torno a las políticas de reconocimiento en la Comunidad Payla Menuko, San Martín de los Andes, Neuquén”. Tesis de doctorado. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/flodigital/4592>.

FEMENÍAS, M. L. & VIDIELLA, G. (2005). “El derecho de las mujeres a la salud”. En: *Perspectivas Bioéticas*, Año N° 10, N° 18.

FRASER, N. & HONNETH, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*. Madrid: Morata.

GOLLAN, D. (2018). “Una desvalorización que comenzó en 2016”. En: *Soberanía sanitaria*. Recuperado de: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/una-desvalorizacion-que-comenzo-en-2016/>.

GÓMEZ, M. & TRENTINI, F. (2020). “Mujeres mapuches en Argentina: acciones colectivas, formas de resistencia y esencialismo estratégico”. En: ULLOA, A. (ed.), *Mujeres indígenas haciendo, investigando y reescribiendo lo político en América Latina*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Estudios de Género.

KREPLAK, N. (2020). “Política sanitaria. Fundación Soberanía Sanitaria”. Recuperado de: <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/politica-sanitaria/>.

LORENZETTI, M. (2009). “La construcción de la salud intercultural como campo de intervención”. VII Jornadas de Salud y Población del Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://jornadassaludypoblacion.sociales.uba.ar/ediciones-previas/>.

MARTOS, M. V. E. P. & FONSECA, R. M. G. S. da (1996). “Género y políticas de salud de la mujer en América Latina: caso Perú (Parte I)”. En: *Revista da Associação Médica Brasileira*, vol.

30, N° 2. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/290907717\\_Genero\\_y\\_politicas\\_de\\_salud\\_de\\_la\\_mujer\\_en\\_America\\_Latina\\_caso\\_Peru\\_parte\\_II](https://www.researchgate.net/publication/290907717_Genero_y_politicas_de_salud_de_la_mujer_en_America_Latina_caso_Peru_parte_II).

**MENÉNDEZ, E. L.** (2016). “Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos”. En: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 21, N° 1. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xKHjCpmDcQrS-8HP6GJLcsTv/?format=pdf&lang=es>.

**MINISTERIO DE SALUD, PRESIDENCIA DE LA NACIÓN** (2012). *El derecho a la salud. 200 años de Políticas Sanitarias en Argentina*. Recuperado de: <https://www.msal.gob.ar/index.php/ayuda/385-el-derecho-a-la-salud-200-anos-de-politicas-sanitarias-en-argentina>.

— (2018). *Políticas de Salud. Curso en Salud social y comunitaria*. Recuperado de: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001030cnt-modulo\\_5\\_politicas-salud.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001030cnt-modulo_5_politicas-salud.pdf).

— (2020). *Interculturalidad y salud. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención*. Recuperado de: [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/0000000945cnt-Interculturalidad\\_y\\_Salud\\_17.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/0000000945cnt-Interculturalidad_y_Salud_17.pdf).

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS]** (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven Área de Salud Familiar y Comunitaria*. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>.

**ORTÚZAR, M. G. de** (2017). “El desplazamiento del poder en salud... Hacia un nuevo horizonte”. En: *Astrolabio. Revista interna-*

*cional de filosofía*, N° 20. Recuperado de: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.9471/pr.9471.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.9471/pr.9471.pdf).

- (2018). “Cobertura Universal de Salud -CUS- vs. Derecho a la Salud. Un análisis ético y político sobre lo ‘universal’ en salud en ‘tiempos de restauración conservadora’”. En: *Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, vol. 12, Año 12. Recuperado de: <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/279/pdf>.

**REMORINI, C. & PALERMO, M. L.** (2015). “Salud materno-infantil y políticas públicas para pueblos originarios”. En: LANGDON, E. J. & CARDOSO, M. (orgs.), *Políticas comparadas em saúde indígena na América Latina*. Florianópolis: EdUFSC.

**RODRÍGUEZ, C. D.** (2021a). “La atención intercultural de las mujeres mapuche en los servicios de salud de Las Coloradas, provincia de Neuquén”. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Quilmes, Argentina. Recuperado de: <http://ridaa.unq.edu.ar/handle/20.500.11807/3017>.

- (2021b). “El derecho a una salud intercultural”. En: *Revista de Filosofía y Teoría Política*, N° 51. Recuperado de: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/83/832897004/832897004.pdf>.

**SCHVARTZMAN, A.** (23 de enero de 2017). “Tienen que hacerse cargo de que la realidad somos nosotros también”. Recuperado de: <http://159.65.255.251/index.php/2017/01/23/tienen-que-hacerse-cargo-de-que-la-realidad-somos-nosotros-tambien/>.

**SY, A. & REMORINI, C.** (2008). “Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión”. Ponencia. En: VI Jornadas Nacionales de Investigación social sobre la Infancia, la adolescencia, la Convención Internacional de Derechos

del Niño y las Prácticas sociales “Oportunidades”. Bahía Blanca:  
Universidad del Sur.

**TOBAR, F.** (2012). “Breve historia del sistema argentino de salud”.  
En: Garay, O. (coord.), *Responsabilidad profesional de los médicos.  
Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal*. Buenos Aires: La Ley.