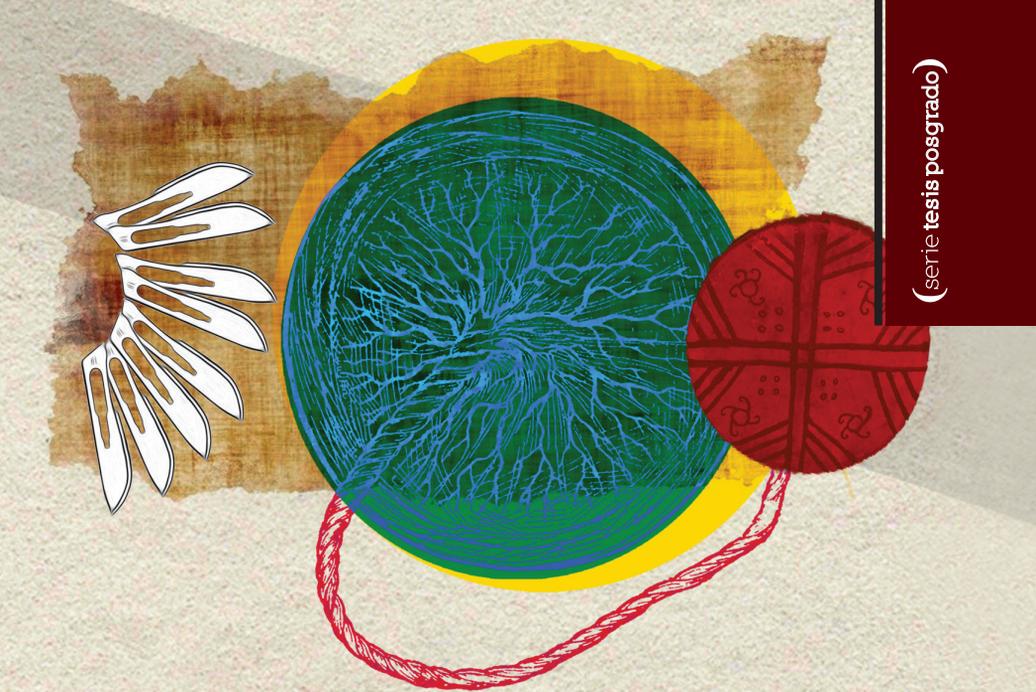


(serie tesis posgrado)



# **Cuerpos-territorios de las mujeres mapuce**

## **Testimonios de opresión y de resistencia**

**Cintia Daniela Rodríguez Garat**

# **Cuerpos-territorios de las mujeres mapuce**

## Testimonios de opresión y de resistencia

**Cintia Daniela Rodríguez Garat**



(serie tesis posgrado)

## **Universidad Nacional de Quilmes**

---

*Rector*

Alfredo Alfonso

*Vicerrectora*

María Alejandra Zinni

## **Departamento de Ciencias Sociales**

---

*Director*

Néstor Daniel González

*Vicedirectora*

Cecilia Elizondo

*Coordinadora de Gestión Académica*

María Laura Finauri

## **Unidad de Publicaciones para la Comunicación Social de la Ciencia**

---

*Presidenta*

Mónica Rubalcaba

*Integrantes del Comité Editorial*

Bruno De Angelis

María Eugenia Fazio

Karina Roberta Vasquez

*Editora*

Josefina López Mac Kenzie

*Diseño gráfico*

Julia Gouffier

*Asistencia Técnica*

Eleonora Anabel Benczearki

Hugo Pereira Noble

## **Imagen de tapa**

---

Victoria Maniago

## **Universidad Nacional de Quilmes**

---

*Rector*

Alfredo Alfonso

*Vicerrectora*

María Alejandra Zinni

## **Departamento de Ciencias Sociales**

---

*Director*

Néstor Daniel González

*Vicedirectora*

Cecilia Elizondo

*Coordinadora de Gestión Académica*

María Laura Finauri

## **Unidad de Publicaciones para la Comunicación Social de la Ciencia**

---

*Presidenta*

Mónica Rubalcaba

*Integrantes del Comité Editorial*

Bruno De Angelis

María Eugenia Fazio

Karina Roberta Vasquez

*Editora*

Carolina Abeledo

*Diseño gráfico*

Julia Gouffier

*Asistencia Técnica*

Eleonora Anabel Benczearki

Hugo Pereira Noble

## **Imagen de tapa**

---

Victoria Maniago

**Cuerpos-territorios de las mujeres mapuce**  
Testimonios de opresión y de resistencia

**Cintia Daniela Rodríguez Garat**

Rodríguez Garat, Cintia Daniela

Cuerpos-territorios de las mujeres mapuce : testimonios de opresión y de resistencia / Cintia Daniela Rodríguez Garat. - 1a ed. - Bernal : Universidad Nacional de Quilmes, 2022.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-987-558-814-1

1. Mujeres. 2. Estudios de Género. 3. Pueblos Originarios. I. Título.  
CDD 305.488

Departamento de Ciencias Sociales

Unidad de Publicaciones para la Comunicación Social de la Ciencia

Serie Tesis Posgrado

<http://unidaddepublicaciones.web.unq.edu.ar/>

[sociales\\_publicaciones@unq.edu.ar](mailto:sociales_publicaciones@unq.edu.ar)

Los capítulos publicados aquí han sido sometidos a evaluadores internos y externos de acuerdo con las normas de uso en el ámbito académico internacional.

 Esta edición se realiza bajo licencia de uso creativo compartido o Creative Commons. Está permitida la copia, distribución, exhibición y utilización de la obra bajo las siguientes condiciones:

 **Atribución:** se debe mencionar la fuente (título de la obra, autor, editor, año).

 **No comercial:** no se permite la utilización de esta obra con fines comerciales.

 **Mantener estas condiciones para obras derivadas:** solo está autorizado el uso parcial o alterado de esta obra para la creación de obras derivadas siempre que estas condiciones de licencia se mantengan en la obra resultante.

# | ÍNDICE |

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>7</b>
<b>CAPÍTULO 1. Coordinadas teóricas.....</b>	<b>17</b>
Marco ético-normativo de la atención sanitaria en mujeres indígenas.....	18
Análisis desde el feminismo.....	36
<b>CAPÍTULO 2. Andamiaje político-discursivo y jurídico: del dicho al hecho.....</b>	<b>53</b>
Políticas sanitarias nacionales y provinciales.....	54
Cuidado del parto y atención materno-infantil.....	69
<b>CAPÍTULO 3. El derecho a una salud intercultural.....</b>	<b>77</b>
¿Qué implica la salud intercultural?.....	81
Derecho a la salud desde la pluralidad histórica.....	93
<b>CAPÍTULO 4. Sistema sanitario neuquino: desafíos de ayer y de hoy.....</b>	<b>111</b>
Breve caracterización del sistema sanitario de Las Coloradas..	118

Infraestructura hospitalaria de Las Coloradas.....	130
Plan provincial de Salud 2019-2023.....	136
<b>CAPÍTULO 5. Hacia un abordaje intercultural en salud de las <i>pu mapuce zomo</i>.....</b>	<b>143</b>
Adaptación de partos.....	147
Experiencias de violencia.....	161
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>173</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>191</b>
Documentos oficiales.....	201
Material de internet.....	202
<b>ANEXO.....</b>	<b>209</b>

## | INTRODUCCIÓN<sup>1</sup> |

En este libro, nos centraremos en analizar la situación concreta de la atención sanitaria de parto de las mujeres mapuce<sup>2</sup>, a partir de indagar si en esta práctica prevalece el respeto por sus derechos culturales. En este sentido, la selección de las comunidades indígenas mapuce, como temática central de este trabajo de investigación, responde, en particular, a dos aspectos. En primer lugar, porque las comunidades mapuce son las que poseen la mayor densidad poblacional dentro de las comunidades indígenas que habitan la Argentina, lo que plantea un análisis más representativo sobre la problemática. Por otro lado, el recorte temático centrado en estas comunidades indígenas se vincula con la carga simbólica que los mapuce han tenido en la agenda política argentina, fundamentalmente en el gobierno macrista (2015-2019). Entendemos que el ataque recibido por estas políticas discursivas, con

---

<sup>1</sup>Esta obra es la adaptación de una tesis de maestría en Filosofía, dirigida por María Graciela de Ortúzar, que fue aprobada el 19 de mayo de 2021, en la Universidad Nacional de Quilmes.

<sup>2</sup>En el idioma mapuce (*mapudungún*) no se usa la “s” para señalar el plural de las palabras como lo hace el castellano, sino que se pluraliza anteponiendo “pu” como, por ejemplo: mujer/*zomo* y mujeres/*pu zomo*; persona/*ce* y personas/*pu ce*; hermano/*peñi* y hermanos/*pu peñi*. Por ello, si se desea respetar el idioma, no es correcto escribir ni decir mapuces, sino *pu mapuce* o simplemente *mapuce*. Del mismo modo, emplearé el término mapuce y no mapuche, basándome en el grafemario Ragileo, que es el que adoptan las comunidades dentro de la lengua que emplean. 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.

fuerte tono estigmatizante y de criminalización, ha incrementado las situaciones opresivas que ya venían transitando de violencia patriarcal y estructural, como también de despojo territorial y colonialidad.

Por este motivo, buscamos poner de manifiesto las múltiples dificultades de acceso que presentan las mujeres indígenas en la atención sanitaria, fundamentalmente, durante las tres últimas décadas, es decir desde 1990 hasta la actualidad<sup>3</sup>. En este sentido, no solo nos referimos a los serios impedimentos que se vinculan con los factores que funcionan de forma interseccionalmente opresiva para las mujeres indígenas (género, clase, etnia, edad, etc.), sino que también aludimos a los planteos homogeneizadores con tintes patriarcalistas, propios del modelo biomédico hegemónico, que atentan contra el respeto hacia los saberes ancestrales de las comunidades indígenas y contra sus enfoques epistémicos acerca de los modos de sanarse y entender la salud.

De esta manera, para realizar un planteo geosituado, nos proponemos indagar el caso de la atención sanitaria de partos de mujeres pertenecientes a la nación<sup>4</sup> mapuce en la localidad de Las Coloradas, provin-

---

<sup>3</sup>Este recorte temporal, que será abordado particularmente cuando nos enfoquemos en el eje feminismo latinoamericano, responde a que, en Argentina, recién en 1994, con la reforma constitucional, se incorpora de forma explícita el derecho a la salud como derecho protegido. Asimismo, durante la década de los noventa, sumado al avance en el plano legal, se inicia un camino que promueve una mayor visibilidad de las diversas luchas indígenas por la defensa de sus territorios y proyectos de vida alternativos. De allí que varias comunidades (entre ellas, las mapuce) se redefinen internamente y plantean un resurgimiento de las organizaciones indígenas en el país (algunas comunidades habían comenzado desde mediados de las décadas de los ochenta y de los noventa).

<sup>4</sup>En esta obra, emplearemos de forma homóloga las categorías: “pueblo”, “nación” o “comunidades” para hacer referencia al pueblo/nación/comunidades mapuce. Coincidimos en que hay diversas comunidades mapuce y de origen mapuce, como también población mapuce no organizada bajo comunidades, que pueden o no tener recono-

cia del Neuquén. Conviene precisar que Las Coloradas es el único municipio que compone el Departamento de Catán Lil y se encuentra ubicado en el sudoeste de la provincia del Neuquén, Argentina, a unos 320 km de la ciudad de Neuquén. En este departamento habitan cinco comunidades mapuce, estas son: Cayupán, Felipín, Paineo, Cayulef y Rams.

Es interesante resaltar que, en esta provincia, el pueblo mapuce, actualmente, cuenta con setenta comunidades, que se nuclean bajo la organización de la Confederación Mapuce de Neuquén. Por otra parte, es pertinente aclarar que la selección de la localidad Las Coloradas se debe, en primer lugar, a que este pintoresco municipio se encuentra rodeado de comunidades mapuce hacia sus márgenes rurales. En segundo lugar, consideramos provechoso mencionar que nos resultó convocante conocer que la población de este municipio, es decir, las comunidades indígenas y los vecinos de la localidad, que vivencian grandes ofensivas extractivistas, se vienen organizando en su accionar político y luchando por sus derechos territoriales, ecológicos y sanitarios, entre otros. Indudablemente, concebimos como una situación de gran importancia el escenario que se suscita en el contexto geopolítico situado en Las Coloradas, porque ha posibilitado que las mujeres mapuce asuman un rol político muy claro y definido (García Gualda, 2017a).

En este sentido, partimos de considerar que las mujeres mapuce encarnan en sus cuerpos-territorios múltiples expresiones de violencia. Esta violencia se vive de manera interseccional, puesto que articula las relaciones de género, clase y etnia; relaciones que, a su vez, propician “situaciones de opresión particulares y específicas que se hacen eco de

---

cimiento provincial o estatal. Por este motivo, consideramos que el empleo de estas categorías nos ofrece mayor alcance.

largos procesos históricos” (García Gualda, 2017a, p. 207). De ahí que las estructuras patriarcales, capitalistas y racistas del Estado promueven, en las mujeres mapuce, una situación de dura represión y exclusión.

Por este motivo, el tema de investigación se centrará en estudiar si la atención de la salud materno-infantil de las mujeres mapuce, en Las Coloradas, se produce de forma intercultural, examinando qué sucede con la atención de partos. En este sentido, nos interesa indagar los modos en los que se produce la atención de partos y si esta práctica responde a las dimensiones: género, etnia y clase. Entendemos que estas prácticas sanitarias vinculadas a la atención de partos ponen de manifiesto las distintas formas que cada cultura posee para “recibir la vida” y atender a sus formas de parir. Asimismo, consideramos que la atención de partos debe abordarse desde los enfoques y construcciones epistémicas y culturales propias, que cada “pueblo” desarrolla históricamente en torno a las propias concepciones de salud y enfermedad.

Por ello, se indagará el grado y los modos de participación de estas mujeres mapuce en las políticas públicas vinculadas a la salud intercultural, desde un enfoque de justicia que responda a las construcciones epistémico-culturales de estas comunidades. Claramente, en este aspecto, nos interesa problematizar las complejas relaciones que se establecen entre las normas jurídicas (y los planes sanitarios nacionales y provinciales) y el concreto desarrollo de las prácticas de salud en la mencionada localidad. En este sentido, nos parece crucial centrar el análisis filosófico en las dimensiones jurídico-normativas, sanitarias, políticas, culturales y de género que se entretajan y se ponen en diálogo en la atención sanitaria de partos de las mujeres mapuce, atendiendo a un enfoque de justicia epistémica.

Cuando hablamos de justicia epistémica nos referimos expresamente a la dimensión cultural que tiene el derecho a la salud, a partir del robustecimiento, en términos de pluralismo cultural, que se produce cuando entran en diálogo diversas *epistemes*. Consideramos que la adopción de este enfoque de justicia promueve mayores niveles de participación entre los titulares individuales y colectivos en contextos de intercambio cultural. Evidentemente, este interjuego que se produce entre culturas diversas propicia espacios desafiantes de coconstrucción (inter)epistémica, atendiendo no solo a los saberes propios de cada cultura, sino también a la resignificación social y cultural de los determinantes socioambientales de la salud que afectan el acceso al derecho a la salud.

Para analizar el acceso a la salud de las comunidades indígenas mapuce, no solo nos centraremos en estos determinantes socioambientales, sino también en la concepción de salud propia de estas comunidades. En este sentido, nos enfocaremos en la concepción de “buen vivir” o *Kvme Felen* como sistema de vida, propio de la identidad y cosmovisión del pueblo mapuce, relacionado con “el equilibrio con uno mismo y con los demás *Newen*, por ser parte del *Waj Mapu*” (Confederación Mapuce de Neuquén, 2010, p. 12). Esta concepción es sustancial en la cultura de la nación mapuce, de ahí que la Confederación Mapuce de Neuquén afirma que: “El *Kvme Felen* es vivir en armonía desde el *Ixofij Mogen*” (es decir, equilibrio entre “todas las diversas formas de vida”). Para ello, retoman el *Az Mapu*, que son “los principios ancestrales mapuce de ordenamiento circular, holístico y natural”; en los que toman “conciencia de que la persona es un *Newen* más en el *Ixofij Mogen*, nunca superior a ninguno, solo con un rol diferente” (p. 13).

Desde este marco, nos parece importante analizar cómo es abordada la perspectiva cultural de las comunidades indígenas mapuce por

la atención sanitaria hegemónica. Consideramos interesante indagar sobre los modos en los que se lleva a cabo dicha atención sanitaria en sociedades atravesadas por desigualdades históricas, como ocurre con la sociedad argentina, puesto que en estos contextos no basta con el *reconocimiento* formal de las comunidades indígenas, sino que es preciso analizar las problemáticas prioritarias que atraviesan la realidad específica de la comunidad originaria, sobre un tamiz amplio de justicia social y también los grupos descendientes de estas comunidades, como el caso de migrantes latinoamericanos. Por ello, resulta necesario poner en evidencia la responsabilidad ética y política del Estado, las organizaciones y los movimientos sociales, frente a la salud intercultural y a la ampliación de derechos económicos, sociales y culturales (de Ortúzar, 2019).

El objetivo es analizar, de manera crítica, la situación concreta de la atención sanitaria de parto de mujeres mapuce en Las Coloradas, en el marco de la salud intercultural<sup>5</sup>, con la finalidad de establecer criterios que prioricen el derecho a la salud desde la pluralidad histórica, situados en la complejidad de nuestra sociedad. De allí que nos centraremos en la importancia de promover un abordaje de las prácticas sanitarias interculturales desde un enfoque de justicia epistémico, que propicie la adaptación de partos y la participación de las mujeres indígenas en las políticas de salud interculturales<sup>6</sup>, en el marco de las

---

<sup>5</sup>La salud se comprende en sentido amplio como derecho cultural para las comunidades indígenas.

<sup>6</sup>En este punto, resulta relevante resaltar la importancia que tiene la concepción de *interculturalidad*. Puesto que, a diferencia de la multiculturalidad, que supone la aceptación de lo heterogéneo, la interculturalidad implica que los diferentes son lo que son en relaciones de negociación, conflicto y préstamos recíprocos (Estrella, 2017, p. 41).

políticas de bienestar con fuerte impronta homogeneizadora, llevadas a cabo por el Movimiento Popular Neuquino (MPN), en la provincia del Neuquén (Estrella, 2017).

De esta manera, el marco teórico se desarrollará a partir de distintos ejes de trabajo respecto al abordaje de la atención de partos de las mujeres mapuce en el sistema de salud neuquino. Por un lado, se centrará en el análisis del marco normativo (ético, político y legal) de los servicios de salud argentinos, y, en particular, los de la provincia del Neuquén. Por otro lado, la línea de análisis se planteará con relación a la situación concreta de las mujeres mapuce desde la perspectiva feminista latinoamericana, centrada en la teoría pos(de)colonial y de la subalternidad en América Latina, que será, consecuentemente, retomada y contrastada desde la propia voz de dos mujeres autoidentificadas como mapuce. Las discrepancias se efectuarán en torno al rol y la situación de las mujeres, con énfasis en su vinculación con la comunidad, la naturaleza y la institución familia. Esta caracterización nos permitirá un acercamiento más situado respecto a las experiencias vivenciales que las mujeres mapuce relatan sobre las particularidades de la atención sanitaria que reciben.

De este modo, para simplificar la lectura e introducirnos, progresivamente, en el análisis del tema propuesto, hemos dividido el libro en cinco capítulos. Así, en el primer capítulo, titulado “Coordenadas teóricas”, nos enfocaremos en establecer el marco de análisis normativo de la propuesta, basándonos en los encuadres de Len Doyal y Ian Gough (1991), por un lado, y en los de Martha Nussbaum y Amartya Sen (1993), por el otro. Desde este planteo, partimos de la consideración de la salud desde las necesidades humanas y desde la autonomía individual, como condiciones de posibilidad para la participación

social. Considerando, asimismo, de primordial relevancia el abordaje de Nussbaum y Sen (1993) para el análisis de la problemática no solo sanitaria intercultural, sino también de las mujeres indígenas. En efecto, su bienestar, desde este enfoque, se vincula con los grados de funcionamientos que esta puede alcanzar en los aspectos de su vida. Asimismo, en este capítulo, desarrollaremos, como tercer enfoque teórico, un análisis desde la perspectiva feminista latinoamericana, para, inmediatamente, confrontarla con la mirada que ofrecen las mujeres mapuce respecto al rol y a la situación de las mujeres de estas comunidades. En este sentido, esta caracterización nos permitirá un acercamiento más situado respecto a las experiencias vivenciales que las mujeres mapuce de Las Coloradas relatan sobre la atención sanitaria de partos en esta localidad.

En el segundo capítulo, “Andamiaje político-discursivo y jurídico: del dicho al hecho...”, haremos una narración, con tintes historicistas, sobre todo el marco político y legal existente en la provincia del Neuquén, en nuestro país y en los diversos tratados internacionales, que adoptamos constitucionalmente, respecto al marco de referencia y de acción respaldatorio sobre la atención sanitaria intercultural. Veremos que, en parte, responden de forma coherente y cabal a los marcos ético-normativos desarrollados en el primer capítulo. Sin embargo, más tarde, analizaremos en los capítulos siguientes cómo se desarrolla la aplicación de estas normas jurídicas en el plano situacional de la atención sanitaria concreta.

De allí que, en el tercer capítulo, denominado “El derecho a la salud intercultural”, el objetivo se orientará hacia el análisis de las nociones que surgen cuando intentamos precisar el concepto de salud intercultural, fundamentalmente, en lo que respecta a la relación

entre la salud y las mujeres indígenas. Puesto que, cuando nos centramos en el abordaje de la salud de las mujeres, no podemos hacerlo sin considerar la importancia que le otorgan las comunidades indígenas a su vinculación con la naturaleza y a la armonía que se genera entre la salud y la vida. De ahí que el abordaje de la salud de las mujeres y de los niños/as no puede realizarse de manera aislada, y su bienestar depende del bienestar de los progenitores (fundamentalmente, de la madre) y del pueblo, ya que también contribuyen en la dinámica de la comunidad (OPS, 2008).

Seguidamente, en el cuarto capítulo, “Sistema sanitario neuquino: desafíos de ayer y de hoy”, realizaremos una historización del sistema sanitario del Neuquén, pensando en los programas de salud aplicados en la provincia desde su surgimiento hasta la actualidad. En este marco, nos centraremos concretamente en el Plan provincial de Salud 2019-2023, y examinaremos las variables estadísticas, publicadas por el sistema de salud provincial, referidas a las condiciones materiales de atención médica de la población en general, y de las mujeres en particular, específicamente en la localidad de Las Coloradas.

En el quinto capítulo, que se titula “Hacia un abordaje intercultural en salud de las *pu mapuce zomo*”, el objetivo se centra en narrar desde las voces de las mujeres mapuce sus costumbres ancestrales respecto a la atención de partos. Analizaremos cómo las prácticas biomédicas obstaculizan el acceso a la salud de las mujeres indígenas cuando no contemplan sus propios saberes y conocimientos. Es decir, cuando ignoran sus propias formas de sanarse, de hacer un tratamiento; su estrecho vínculo con el territorio y con la Pachamama para su sanación, entre otros conocimientos imprescindibles para una atención sanitaria respetada. Asimismo, en este capítulo, nos centraremos

en las diversas situaciones de violencia estructural que atraviesan y se instalan en el cuerpo de las mujeres mapuce, puntualizando, finalmente, en relatos sobre violencia obstétrica vividos por mujeres mapuce de Las Coloradas.

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

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

## | CAPÍTULO 1 |

### Coordenadas teóricas<sup>7</sup>

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

Aníbal Quijano

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

---

<sup>7</sup>Este capítulo fue publicado en la revista *Divulgatio*, de la Universidad Nacional de Quilmes, el 30 de noviembre de 2021, bajo el título: “Abordajes teórico-normativos en torno a políticas sanitarias y a problemáticas vivenciadas por mujeres mapuce en la atención sanitaria”.

pertenecientes al pueblo mapuce (Verónica Azpiroz Cleñan<sup>8</sup> y Verónica Huilipán<sup>9</sup>).

### **Marco ético-normativo de la atención sanitaria en mujeres indígenas**

El marco normativo que propicia un abordaje del derecho a la salud, a partir de justificar ciertos principios básicos de justicia en el área de salud, se centra en las propuestas desarrolladas por Len Doyal e Ian Gough. La propuesta de los autores está constituida por la noción de necesidades humanas intermedias y se ampara en un enfoque de justicia social que permite el reconocimiento universal de los derechos humanos y la corresponsabilidad ética de todos los agentes para su cumplimiento efectivo (Lerner y Szasz, 2008, p. 220). Dentro de este marco, las necesidades humanas se edifican socialmente, pero tienen carácter universal. De allí que la única variación que se produce entre estas necesidades, se vincula con la forma de satisfacción de estas.

Asimismo, para el desarrollo de esta propuesta, nos centraremos en la noción de capacidades de Amartya Sen y Martha Nussbaum, como también en los aportes críticos de la filosofía de género, que se corresponden con la teoría de capacidades y funcionamientos (Femenías y Vidiella, 2005). Este marco nos permite abordar los derechos y las nece-

---

<sup>8</sup>Verónica Azpiroz Cleñan es politóloga e integrante de la comunidad mapuce Epu Lafken, de Los Toldos.

<sup>9</sup>Verónica Huilipán es *werken* (vocera) de la Confederación Mapuce de Neuquén y secretaria ejecutiva del Observatorio de los Derechos Humanos de los Pueblos Indígenas. Hace más de tres décadas que defiende y reafirma los derechos del pueblo mapuce. Asimismo, es fundadora del Sindicato de Trabajadoras Domésticas de Neuquén y protagonista de múltiples luchas en defensa del territorio mapuce.

sidades desde una perspectiva integral, propiciando las bases para cuestionar dicotomías excluyentes como autonomía/paternalismo.

De modo que comenzaremos planteando la relevancia de centrarnos en la propuesta de Len Doyal para analizar, posteriormente, desde un enfoque intercultural, la salud de las mujeres indígenas. Este enfoque se centra en una teoría de las necesidades humanas, es decir, necesidades básicas en salud y un enfoque integral de capacidades y necesidades (de Ortúzar, 2019). La relevancia de este enfoque radica en la consideración de la salud desde las necesidades humanas y desde la autonomía<sup>10</sup> individual como condiciones de posibilidad para la participación social.

Doyal y Gough (1991) asocian las necesidades<sup>11</sup> a la prevención de algún daño grave que pudiera presentarse si estas no se satisfacen, independientemente de que el individuo esté o no consciente de ello. De esta manera, es posible identificar metas universales y objetivas que los individuos deben lograr para mejorar sus oportunidades de vida; puesto que todos los individuos tienen necesidades humanas básicas en este sentido. Por ello, las necesidades deben concebirse como metas universalizables (Boltvinik, 2003, p. 411).

Resulta interesante plantear, en consonancia con lo expresado por Dieterlen (2001), que: “Si bien es cierto que conceptos como pobreza, desigualdad y necesidades básicas tienen una dimensión valorativa,

---

<sup>10</sup>Doyal y Gough (1991) se refieren a la capacidad de toma de decisiones y al autovaloramiento.

<sup>11</sup>Doyal y Gough (1991) distinguen dos concepciones de las necesidades, como impulso (o pulsión) y como propósitos (o metas). Descartan la primera de ellas, puesto que, en muchos casos, los impulsos vienen de deseos y no de necesidades.

también es cierto que primeramente tienen contenido descriptivo” (p. 15). Este punto es esencial para tomar dimensiones cabales respecto a la referencia concreta que supone una condición de bienestar material en un tiempo determinado, y, por ello, susceptible de ser medido.

Asimismo, Doyal y Gough (1991) afirman que: “Para evitar enfermarse físicamente, las personas deben vivir en un ambiente saludable y tener acceso a una gama de bienes y servicios de cantidad y calidad suficientes” (p. 191). Resulta necesario que cada individuo posea una serie de insumos que medien entre ellos y su entorno. De ahí que, tal como afirma Boltvinik (2003, p. 142), dado el carácter instrumental de las afirmaciones sobre necesidades humanas, las características universales de los “satisfactores” pueden entenderse como fines a lograr, para los cuales algunos “satisfactores” específicos pueden actuar como medios.

Por este motivo, Doyal y Gough (1991) denominan las características universales de los “satisfactores” como necesidades intermedias. De esta manera, estos autores plantean que: “Cada necesidad intermedia relacionada tendrá una base material que será identificable dentro de los términos de la comprensión biomédica” (p. 191). Para ello, proponen una serie de categorías que deben considerarse como requisitos o bases materiales para el desarrollo de las necesidades intermedias. A saber:

1. Comida nutricional adecuada y agua limpia;
2. Viviendas protectoras adecuadas;
3. Un ambiente de trabajo no peligroso;
4. Un entorno físico no peligroso;
5. Cuidados de salud adecuados;
6. Seguridad en la niñez;

7. Relaciones primarias significativas;
8. Seguridad física;
9. Seguridad económica;
10. Educación apropiada, y
11. Control natal y partos seguros.

Lícitamente, considerando estas bases materiales, todas las afirmaciones referidas a las necesidades<sup>12</sup> son jerárquicas y se refieren a la instrumentalidad (Boltvinik, 2003, pp. 410-411). Es decir, la resolución pragmática de dichas necesidades tiene por objetivo impedir que se concrete un daño grave en el individuo. De este modo, tal como plantean Doyal y Gough, “las razones para necesitar son esencialmente *públicas*, puesto que se apoyan en una comprensión compartida sobre cuáles estrategias en realidad evitan el daño” (p. 411). De ahí que “mientras los deseos son subjetivos, las necesidades son objetivas” (p. 411).

No obstante, si lo que se busca es dar respuesta a las necesidades humanas básicas, para Doyal y Gough, resultan prerequisites para cualquier acción dos cuestiones elementales: la *salud física* y la *autonomía personal*<sup>13</sup>. Siendo la contribución de manera universal a estos dos prerequisites los únicos criterios de inclusión en la lista<sup>14</sup>. Empero,

<sup>12</sup>Siempre y cuando estas necesidades no constituyan impulsos.

<sup>13</sup>Tal como afirma Boltvinik (2003, p. 141), para Doyal y Gough la autonomía personal está determinada por tres variables: “El nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura y de lo que se espera de nosotros; la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo (salud mental), y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implícita en ello”. Esto conduce a los autores al concepto de autonomía crítica.

<sup>14</sup>De esta manera, si algo no es universalmente necesario para la mejor satisfacción de las necesidades básicas, no se incluye en la lista. Según Doyal y Gough, la evidencia de

estas cuestiones no se plantean en detrimento del contexto social específico de cada individuo, puesto que estas formas de vida son las que deben permitir la satisfacción de las necesidades básicas de los individuos. Sin embargo, las necesidades individuales se formulan de manera independiente a cualquier medio social específico, sin importar qué tanto la satisfacción dependa de él. Según este enfoque, se genera una corresponsabilidad entre los individuos, en el intento de calmar el sufrimiento de otros; o bien, en el apoyo a instituciones nacionales e internacionales que puedan hacerlo (Doyal y Gough, 1991, p. 111).

Este enfoque, que incluye la satisfacción integral de las necesidades y el consiguiente desarrollo de las capacidades básicas como aspectos centrales del concepto objetivo de bienestar, promueve la importancia de políticas preventivas e integrales, a la vez que protege intereses objetivos, y propicia la amplitud de elecciones de planes de vida. De ahí que, tal como afirma de Ortúzar (2019), las políticas de salud no se reducen solo a reparar el daño, sino también a la prevención del daño y a evitar el riesgo de un daño futuro a través del mejoramiento (de Ortúzar, 2019).

Sumado a lo dicho, resulta fundamental resaltar que, si bien esta teoría se centra en la universalidad de las necesidades, esto no implica un desconocimiento de las diferencias grupales. Así, respecto al tema que atañe específicamente a este trabajo, partos de mujeres pertenecientes a minorías raciales, el posicionamiento de Doyal y Gough se centra en que las necesidades básicas de estos grupos son las mismas,

---

lo universalmente necesario deriva de dos fuentes científicas: 1) el conocimiento técnico sobre relaciones causales entre salud física o autonomía y otros factores, y 2) el conocimiento antropológico comparativo sobre culturas y subculturas (Boltvinik, 2003, p. 142).

pero que pueden diferir los “satisfactores” que requieren porque se ven sujetos, por ejemplo, a amenazas adicionales a su autonomía y a su salud (Doyal y Gough, 1991, pp. 69-75).

A modo de simplificación, en el siguiente gráfico se plantean los conceptos nodales que aporta el enfoque de Doyal y Gough para abordar la problemática de acceso sanitario de las mujeres mapuche, y también para pensar la construcción de políticas públicas con carácter preventivo e integral. Asimismo, se subraya la relevancia del planteo en el aspecto ético, que corresponsabiliza a los agentes intervinientes, instándolos a la coconstrucción horizontal, dialógica y epistémica de saberes, centrados en un enfoque de justicia social.

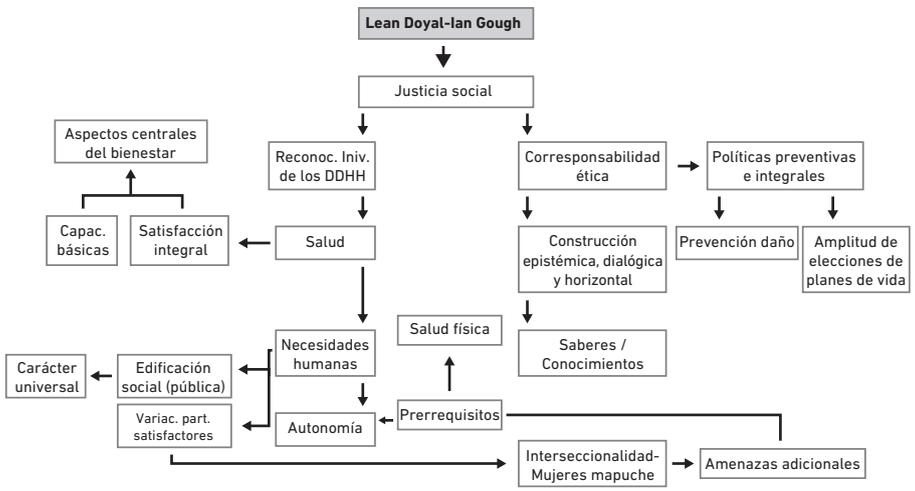


Gráfico 1. Síntesis conceptual de la propuesta de Doyal y Gough (1991). Elaboración propia.

A continuación, veremos que el planteo propuesto por Doyal y Gough se ve enriquecido al situar las complejidades del acceso a la atención sanitaria en relación con la situación específica de las mujeres. De ahí que esta conceptualización de las necesidades básicas propuesta por la teoría de Doyal y Gough encuentra un correlato conceptual en la noción de capacidades humanas<sup>15</sup> planteada por Nussbaum y Sen, puesto que ambas concepciones persiguen el objetivo de desarrollar un argumento verdaderamente universal en favor de la emancipación humana (Gough, 2007/08, p. 178). En efecto, desde este planteo, los términos *necesidades* y *capacidades* resultan ser perfectamente compatibles.

Sin embargo, más allá de la compatibilidad, es importante notar que la propuesta de Nussbaum se centra en un enfoque que atiende de modo particular las capacidades y opciones de las mujeres, abordando, asimismo, los obstáculos concretos a los que se enfrentan la mayoría de las mujeres en su vida (Gough, 2007/08, p. 178). Este aspecto resulta ser muy relevante para este trabajo, puesto que nuestro análisis se centra en la situación específica de las mujeres mapuce, reconociendo la intersectorialidad de esferas que intervienen como obstaculizadores cotidianos en el acceso a ciertos derechos humanos.

---

<sup>15</sup>Colmenarejo (2016) afirma que: “El enfoque de las capacidades debe gran parte de su construcción al diálogo permanente [...], que tanto Sen como Nussbaum han establecido con la Teoría de la justicia de John Rawls. Sin embargo, se podría considerar que mientras Sen se ha ocupado de refutar esta teoría casi punto por punto (cf. Sen 2010, pp. 81-104), Martha Nussbaum ha tratado de realizar una crítica constructiva, aportando aquellas extensiones a la teoría rawlsiana que considera fundamentales (cf. Nussbaum 2006)”. De esta manera, Colmenarejo (2016), retomando a Nussbaum (2006, p. 71), precisa que “tanto el enfoque de las capacidades como la teoría de la justicia propuesta por Rawls aportan una alternativa justa al utilitarismo económico dominante, que considera el desarrollo solo en términos económicos, sin considerar a cada persona como un fin en sí mismo, sino un mero instrumento para promover un bien social general” (p. 124).

De allí que, luego de abordar expresamente los postulados teóricos de la propuesta de Nussbaum y Sen, nos centraremos en el enfoque feminista, para analizar de forma crítica y situada las *necesidades/capacidades*, ya no desde un planteo universalista, sino más bien desde la situación coyuntural de las necesidades históricas particulares por las que luchan las mujeres mapuce.

De esta manera, continuaremos con el segundo enfoque que abordaremos como marco normativo de la presente propuesta. Claramente, nos referimos al enfoque de las capacidades formulado por Amartya Sen y por Martha Nussbaum<sup>16</sup>. Este planteo de las capacidades, como se adelantó, tiene como objetivo ofrecer un marco normativo universal, que permita la evaluación y la valoración de la calidad de vida de forma individual, con la participación e implicación del sujeto mismo (Colmenarejo, 2016, p. 123). Dicho en palabras de Nussbaum (2000): “El resultado que buscamos debería preservar libertades y oportunidades para cada persona, como individuos, respetándolos como fines en sí, y no como agentes o promotores de los fines de otros” (en Gough, 2007/8, p. 179).

Por su parte, Amartya Sen<sup>17</sup>, inicialmente, había planteado el enfoque de las capacidades a partir de una búsqueda sobre las ventajas individuales que podrían hallarse en el enfoque de los bienes primarios de John Rawls (Sen 1980; 1982; 1985a; en Colmenarejo, 2016, p. 126).

<sup>16</sup>Según Femenías y Vidiella (2005): “La teoría de las capacidades y funcionamientos, que Sen ha venido desarrollando desde hace aproximadamente treinta años, nació como un intento por superar las dificultades que presentan las perspectivas bienestaristas para conocer el bienestar de las personas y establecer criterios distributivos justos” (p. 7).

<sup>17</sup>Amartya Sen propone evaluar el desarrollo, no a través del tradicional indicador del PBI per cápita, sino mediante las capacidades de la gente de realizar las tareas valiosas que ha decidido llevar a cabo en su vida (Crespo, 2008).

De allí que la concepción de Amartya Sen parte de la evaluación de las diferencias en el desarrollo de las capacidades individuales. Puesto que, según Sen, ellas permiten conocer las oportunidades que tienen las personas para llevar adelante sus proyectos de vida.

De este modo, Sen distingue dos aspectos éticamente relevantes en el concepto de persona: el bienestar y la agencia. Asimismo, Sen considera que nuestras necesidades de salud interfieren en nuestras capacidades para funcionar como ciudadanos libres e iguales (de Ortúzar, 2019). En esta línea, Martha Nussbaum retoma la propuesta de Sen y propone una lista de capacidades básicas, identificando en ella las capacidades –universales y mutuamente dependientes– que corresponden con los funcionamientos mínimos requeridos para la persona sobre la base de una teoría mínima de justicia social. De esta manera, una vida desprovista de estas necesidades no sería una vida acorde a la dignidad humana, por ello, dicho enfoque es similar al enfoque de los derechos humanos (de Ortúzar, 2019). Consecuentemente, Nussbaum, en una posición algo más radical que la propuesta por Len Doyal, plantea una “teoría de las funciones más importantes del ser humano que, una vez identificadas, servirán de punto de partida de las políticas sociales” (Dieterlen, 2001, p. 15).

En este marco, la centralidad que Nussbaum le otorga a las obligaciones de los Estados para con el desarrollo de las capacidades humanas persigue el objetivo de “ofrecer las bases filosóficas para una explicación de los principios constitucionales básicos que deberían ser respetados e implementados por los gobiernos de todas las naciones, como mínimo indispensable para cumplir la exigencia de respeto hacia la dignidad humana” (Nussbaum, 2000, en Gough, 2007/08, p. 181). Evidentemente, el enfoque nussbaniano acerca de las obligaciones de

los gobiernos no solo busca una base mínima legal de principios que respeten la dignidad de las personas, sino que, además, enfatiza y evidencia la perspectiva universalista de su propuesta.

De esta manera, si los gobiernos no atienden la base mínima legal para garantizar un piso de justicia social que les permita a las personas desarrollarse de forma digna, las confina a vivir por debajo del umbral, en una situación injusta y trágica (Nussbaum, 2000, en Gough, 2007/08, p. 181). En este sentido, la propuesta de la existencia de capacidades básicas, según la autora, permite generar conclusiones normativas vigorosas en el marco de los derechos (p. 181). Precisamente, en este punto, relativo a la valoración sobre estas capacidades, Nussbaum y Sen encuentran divergencias, puesto que la autora considera que todas las capacidades son igualmente fundamentales; por lo que rechaza la prioridad de la libertad, expuesta por John Rawls y sostenida por Sen (Gough, 2007/08, p. 181), como también el ordenamiento léxico rawlsiano respecto a las prioridades en la satisfacción de necesidades básicas<sup>18</sup>.

Ciertamente, en el planteo de Nussbaum, la libertad estaría supe-  
ditada a las “capacidades” que podemos poner en funcionamiento, es decir, aquello que somos capaces de hacer y ser. Esta premisa, que vincula la libertad como resultante del funcionamiento de las capacidades, también es desarrollada por Doyal y Gough. Sin embargo, los autores consiguen efectuar una profundización sobre esta vinculación, a partir de formular una especie de “contraprestación” entre los deberes y derechos de las personas. De ahí que, tal como afirma Gough (2007/8),

---

<sup>18</sup>Sobre este aspecto, tanto la propuesta de Nussbaum como la de Doyal y Gough se encuentran a favor de una consideración igualitaria de las prioridades de los derechos a la satisfacción de necesidades básicas.

[...] la atribución de un deber conlleva que el titular del mismo tenga derecho a la satisfacción de la necesidad requerida, para permitir que asuma este mismo deber. No es coherente que un grupo social imponga responsabilidades sobre una persona sin asegurarse de que tiene los recursos y competencias para cumplir con estas responsabilidades. (P. 181)

Esta es la idea fundamental del enfoque de las capacidades y la que “pone en relación el *desarrollo humano* con la idea aristotélica<sup>19</sup> de *florrecimiento humano*” (cf. Nussbaum 1986a; 1990, en Colmenarejo, 2016, p. 125). Para ello, Nussbaum proporciona una lista normativa<sup>20</sup> de las funciones humanas<sup>21</sup>, y, si bien admite que dicha lista es vaga, piensa que es mejor acertar vagamente que errar con precisión (Nussbaum, 1998, p. 61, en Dieterlen, 2001, p. 15). Asimismo, con relación a esta lista, según afirma Gough (2007/8, p. 184), Nussbaum (2000) subraya que “parte de la idea de la lista proviene de su realizabilidad múltiple: sus miembros pueden ser especificados más concretamente de acuerdo a creencias y circunstancias locales” (p. 184).

Claramente, estos principios son relevantes en la estructuración de un orden global que fomente condiciones de vida dignas para todas

---

<sup>19</sup>La posición de Nussbaum comprende tanto los fines que persiguen los hombres como una idea del contenido general de la vida humana.

<sup>20</sup>Esta lista normativa es compatible con la lista planteada por Doyal y Gough. Pese a ello, la lista de estos autores está construida de manera muy distinta. Puesto que este enfoque es jerárquico, pasando de los objetivos universales por las necesidades básicas hasta llegar a las necesidades intermedias. Ver comparación entre estas listas normativas en el “Anexo”.

<sup>21</sup>Ver en “Anexo” las funciones humanas básicas que, según Nussbaum, deberían ser aseguradas a cada persona en virtud de su dignidad humana.

las personas. Puesto que, según Nussbaum (2012), el desarrollo de estas capacidades incluye las libertades o las oportunidades creadas por la combinación entre esas facultades personales y el entorno político, social y económico (en Guichot-Reina, 2015, p. 51). El enfoque planteado por Nussbaum apunta a una propuesta que ubica la concepción de la dignidad del ser humano como eje vertebrador, y desprende de esta concepción una vida acorde. De allí que las capacidades, en tanto requisitos mínimos básicos para una existencia digna, forman parte de una teoría mínima de la justicia social (p. 51).

En definitiva, según esta propuesta, una sociedad que no garantice a toda su ciudadanía el desarrollo de sus capacidades, en un nivel mínimo adecuado, no llega a ser una sociedad plenamente justa, sea cual sea su grado de opulencia (Guichot-Reina, 2015, p. 51), puesto que no les permite a sus ciudadanos el desarrollo de una vida digna. Evidentemente, en el marco del desarrollo de una vida lo más digna posible, Nussbaum (1998) considera que pueden incorporarse todas las diferencias culturales y sociales. De este modo, el entorno político, social y económico de la persona debe procurarle los recursos y las condiciones necesarias para actuar como más le convenga para garantizar, de esta manera, que las oportunidades estén efectivamente disponibles (en Dieterlen, 2001, p. 15). Para ello, el Estado debe impulsar políticas públicas que favorezcan la implementación de una teoría de justicia distributiva, que, como tal, debe ser útil para el establecimiento de mínimos que permitan constituir un sistema democrático robusto.

Este enfoque de las capacidades es considerado por Sen un marco general que permite guiar los trabajos de evaluación y comparación sobre diferentes temas que afectan el desarrollo humano, como la calidad de vida, la pobreza extrema o el acceso a servicios sanitarios

(Colmenarejo, 2016, p. 131). Por este motivo, para nosotros, resulta primordial el abordaje de este marco normativo para el análisis de la problemática no solo sanitaria intercultural, sino también de las mujeres indígenas. En efecto, su bienestar<sup>22</sup>, desde este enfoque, se vincula con los grados de funcionamientos que estas pueden alcanzar en los aspectos de su vida<sup>23</sup>. Este planteo resulta ser de indudable relevancia para esta propuesta, puesto que una de las tesis primordiales del enfoque se sitúa en “una idea central del ser humano como un ser libre y digno que forma su propia vida en cooperación y recíprocamente con otros” (Nussbaum, 2000, p. 72, en Gough, 2007/08, p. 184). De allí que, en palabras de Nussbaum: “Una vida que es realmente humana es la que está formada en su conjunto por estos poderes humanos de razón práctica y de sociabilidad” (p. 184)<sup>24</sup>.

Sumado a lo desarrollado, conviene plantear que este enfoque filosófico complementa lo abordado con una perspectiva feminista,

---

<sup>22</sup>Este concepto difiere en Nussbaum y en Sen. La autora lo vincula con la ética y las relaciones interpersonales (sociales), mientras que el autor tiene un enfoque más *neokantiano* (Gough, 2007/8, pp. 184-185).

<sup>23</sup>Tal como plantean Vidiella y Femenías (2005), para Sen, “el bienestar de los individuos no es tanto un estado como una actividad relacionada con el *funcionamiento* que logra una persona; en otras palabras, los distintos modos en que se desenvuelve en su medio social. El funcionamiento involucra tanto estados (estar alfabetizado, nutrido, libre de chagas, fibromas), como acciones (comer, leer, participar de la vida social, divertirse, gozar). El rasgo principal del bienestar que una persona conquista está dado por su *vector de funcionamiento*. Es decir, por el conjunto de los distintos funcionamientos que alcanza en diferentes aspectos de su vida, algunos de los cuales –social e individualmente relevantes– son solo propios de las mujeres” (p. 8).

<sup>24</sup>Según Gough (2007/8, p. 184), Nussbaum particulariza en tres de las capacidades de la lista, como especialmente significativas. A saber: la razón práctica, la afiliación y la integridad física. Puesto que estos tres elementos conllevan a una búsqueda verdaderamente humana.

basada en un diálogo transcultural. De allí que la lista de capacidades que propone Nussbaum continúa abierta, con la posibilidad de ser enriquecida en el marco de la sociabilidad. Según la autora, “la metodología que se ha utilizado para modificar la lista [deriva] tanto de los resultados del debate transcultural académico como de deliberaciones en el seno de grupos femeninos” (Nussbaum, 2000, p. 151, en Gough, 2007/08, p. 185). Para abordar la temática, tal como expone Gough (2007/8), Nussbaum presenta un agudo análisis acerca de las preferencias adaptativas y los obstáculos que estas suponen para asegurar acuerdos sobre estándares mínimos, que deben pensarse en clave de condiciones para desarrollar una vida próspera (p. 195). En efecto, este enfoque resulta de suma importancia para abordar la situación histórica concreta de las mujeres mapuce en nuestro país, puesto que permite situar la vinculación entre estas preferencias (enraizadas en su cosmovisión) y la intersectorialidad de obstáculos que delimitan su acceso al ámbito sanitario.

En este sentido, nos resulta interesante sistematizar los conceptos clave que este enfoque nos provee. A continuación, subrayaremos en un gráfico estas conceptualizaciones aportadas por el enfoque de Nussbaum y Sen, que resultan ser centrales para construir el marco teórico-normativo para analizar la situación de acceso a la salud por parte de las mujeres mapuce en nuestro país.

Nosotros, en este trabajo, nos centraremos en las características que presenta el aspecto propiamente sanitario de atención de parto, en el que las mujeres mapuce deben vincularse sanitaria y culturalmente con un marco epistémico hegemónico. De modo que el análisis se enfoca en el conocimiento de las condiciones reales de esa vinculación, a partir de comprender si estas capacidades, planteadas por el

enfoque de Sen y Nussbaum, o en términos de Doyal y Gough, estas necesidades básicas, que las mujeres mapuce poseen, pueden ser efectivas en el marco de la atención intercultural de partos en la localidad de Las Coloradas, provincia del Neuquén.



**Gráfico 2.** Síntesis conceptual de la propuesta de Nussbaum y Sen (1993). Elaboración propia.

En consonancia con lo expresado, centrándonos en la situación experimentada específicamente por las mujeres en el ámbito sanitario, coincidimos plenamente con Lesley Doyal (1995) cuando plantea que las circunstancias de desventaja social y económica, que frecuentemente embisten a las mujeres, se traducen, en tanto diferencias de género, en una posible inequidad y discriminación que afectan de

manera particular su salud. No obstante, pese a la desventaja que las mujeres poseen debido a su género, esta se ve intensificada, según Lesley Doyal (1995), en inequidades respecto al estatus de su salud y al acceso a la atención médica, puesto que dentro del grupo de mujeres se producen distintas subdivisiones que segmentan aún más las desventajas iniciales. Entre estos factores que promueven mayor estratificación, se encuentran los vinculados con la edad, la preferencia sexual, la etnia y la clase social. Otro factor, no menos importante, es el estatus geopolítico del país en el que las mujeres se encuentren (Doyal, 1995, pp. 1-2).

Como señala Sherwin (en Sommer, 2008), “para que las mujeres logren total subjetividad y sean consideradas personas, con todo lo que ello implica, es necesario que estén libres de distintas formas de subordinación, de la violencia política y de la pobreza” (p. 427). De manera análoga, para que esta lucha resulte en auténtica autonomía debe estar en un contexto de justicia social que garantice diversos derechos, entre ellos: “El de la privacidad, el de la autodeterminación del cuerpo y el control de la fertilidad, el derecho a la comprensión, interpretación e identificación y el derecho al conocimiento relevante para mantener la salud y tomar decisiones genuinamente informadas” (pp. 427-428).

A modo de sistematización del recorrido desarrollado hasta el momento, resulta claro que el enfoque normativo abordado incluye una perspectiva de análisis integral de la salud, dado que exige políticas intersectoriales conjuntas (medioambiente, prevención, alimentación, salud laboral, etc.) y políticas integrales hacia el interior de cada servicio médico, focalizando en el criterio de prevención (de Ortúzar, 2019, pp. 12-13). De allí que resulta importante partir de las barreras

que deben atravesar las mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de la interculturalidad en salud, puesto que esta situación involucra diversos aspectos éticos. Entre estos aspectos, debemos mencionar aquellos que derivan, inicialmente, de la divergencia existente entre el sistema de creencias que los pueblos indígenas le asignan al fenómeno salud-enfermedad<sup>25</sup>, por un lado, y la concepción de salud que sostiene la medicina intervencionista, por el otro.

No obstante, resulta importante destacar que algunos de los dilemas éticos que se presentan respecto a las prácticas médicas con las personas de estas comunidades no solo se circunscriben a las diferencias entre las cosmovisiones respecto a la salud, sino que, además, se centran en que estas comunidades, en reiteradas ocasiones, han sido engañadas e incluidas en investigaciones sin su consentimiento. De modo que algunos de los dilemas que pueden plantearse en la atención médica de estas comunidades, se centran en la invasión de la privacidad, la ruptura de la confidencialidad, la estigmatización, el abuso, el engaño, la apropiación de los conocimientos tradicionales, o bien, los conflictos entre el líder y la comunidad.

De esta manera, para disminuir estas barreras a las que se enfrentan las mujeres indígenas, se deben abordar posibles medidas que apunten al acceso a servicios obstétricos, por ejemplo, el mejoramiento de la infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios obstétricos, así como de los procesos de atención; ampliando, de este

---

<sup>25</sup>Tal como afirma Muñoz del Carpio Toia (2019), estas poblaciones tienen un enfoque especial sobre las causas, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Justamente, esta falta de integración de las demandas culturales de los pueblos indígenas con respecto a los sistemas de salud dificulta la comunicación e imposibilita la empatía y la confianza con el paciente y con los posibles participantes de la investigación.

modo, la visión del modelo de salud desde la perspectiva de derechos humanos y de equidad en salud.

Indudablemente, resulta primordial contrarrestar la falta de equidad en el acceso a la salud y a la ciencia de los grupos vulnerables, como lo son las comunidades indígenas. Aquí radica la importancia de mejorar no solo los procesos organizativos en la atención sanitaria intercultural, sino también la calidad y la continuidad de la atención en instituciones médicas para estas comunidades. Para ello, un factor importante que debe considerarse es el acceso a la información por parte de la comunidad indígena, a partir de reconocer y respetar su cultura y su lengua. Para conseguir esto, desde el enfoque biomédico, deben contemplarse adaptaciones culturales, simplificación en la redacción y en el nivel del contenido, y todo lo referido a consentimientos debe ser realizado en su lengua local<sup>26</sup>.

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

---

<sup>26</sup>Según Muñoz del Carpio Toia (2019), estos nuevos requerimientos exigen innovadoras estrategias educativas y de comunicación (por ejemplo, videos u otros medios audiovisuales).

en el lenguaje, en las estructuras jerárquicas, en el liderazgo, en la toma de decisiones, etcétera.

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

### **Análisis desde el feminismo**

En este apartado, nos centraremos en delinear el tercer marco teórico de análisis de nuestra propuesta. Para ello, partiremos de conceptualizar el feminismo, delimitando los postulados reivindicativos que esta corriente acoge. La finalidad que persigue este planteo se centra en establecer un marco de abordaje que nos permita analizar la situación de la mujer, en particular, con los sistemas de opresión que ello conlleva. Entendemos que, de este modo, propiciaremos un encuadre teórico más categórico y relevante para comprender los obstáculos

que sortea la mujer, indígena en nuestro caso, en el acceso a la salud. No obstante, luego de establecer las caracterizaciones sobre la situación de las mujeres, que enuncia el feminismo latinoamericano, centrado en la teoría pos(de)colonial y de la subalternidad en América Latina, continuaremos con el contraste de este análisis desde las reivindicaciones y la autoidentificación que formulan las mujeres mapuce.

De esta manera, comenzaremos a presentar el feminismo a partir de distinguir distintos tipos o niveles. De allí que, siguiendo a Femenías (2011, p. 54), estos niveles se plantean del siguiente modo: (a) el nivel teórico, (b) el feminismo militante y, por último, (c) el feminismo espontáneo del movimiento de mujeres. Según afirma Femenías (2011), el feminismo espontáneo se caracteriza porque las mujeres actúan en el espacio público de manera espontánea. La autora ejemplifica esta situación, en el caso de Argentina, con los movimientos piqueteros iniciados por mujeres o las redes solidarias. Asimismo, este feminismo se caracteriza por reivindicar derechos, sin partir de una teoría previa, simplemente por situarse y ubicarse como mujeres, sujetos de derechos y de derechos en paridad respecto de los derechos de los varones (p. 54). Por otra parte, el feminismo militante tiene un posicionamiento político definido respecto a las reivindicaciones por las que lucha, dentro de una línea ideológica que las respalda. De ahí que hay tantos feminismos como posicionamientos políticos.

Sin embargo, independientemente del atractivo que presentan los distintos niveles, en nuestra propuesta, nos centraremos solo en el primer nivel, que alude específicamente al nivel teórico. Para ello, resulta pertinente partir del itinerario realizado por los movimientos feministas en general, para poder delimitar la construcción del cuerpo teórico de esta corriente y sus múltiples variaciones internas. De

esta manera, tal como afirma Fiss (1993, p. 323), las feministas han recorrido un camino teórico paralelo al del movimiento de los derechos civiles en su interpretación de la igualdad.

En sus comienzos, esta corriente de pensamiento irrumpió en la escena política, pronunciándose contra la discriminación, condenando “aquellas políticas y prácticas por las cuales un hombre es elegido para un trabajo o un cargo en la universidad simplemente porque es un hombre” (Fiss, 1993, p. 323). Por ello, inicialmente, proclamaron una regla unívoca para ambos sexos, y que, además, el sexo no fuera un elemento que posibilitase el enjuiciamiento o la segregación de la mujer por su condición<sup>27</sup>. Sin embargo, con el paso del tiempo, este objetivo fue escalando para redefinirse en una de las premisas fundamentales, que actualmente continúa siendo de fuerte tenor reivindicativo, independientemente de la corriente de feminismo que la enuncie (feministas radicales, feministas culturales, feministas liberales, feministas socialistas o feministas latinoamericanas, etc.)<sup>28</sup>, a saber: terminar con la subordinación de las mujeres como colectivo y luchar contra todas las formas de opresión provenientes del patriarcado.

En el caso de nuestra propuesta, nos centraremos puntualmente en la corriente del feminismo latinoamericano, por albergar en sí misma, como característica central, la pluralidad étnico-cultural. Esto

---

<sup>27</sup>Tal como plantea Fiss (1993), esta era la posición dominante del feminismo en los años setenta y es conocida como *feminismo liberal*.

<sup>28</sup>Respecto a las corrientes de feminismo, según Femenías (2019, p. 2), se pueden distinguir al menos tres versiones de feminismo basadas en la diferencia: la versión europea como diferencia sexual; la versión estadounidense, que prioriza la diferencia etnoracial en términos de *negritud*; y la versión latinoamericana, que hace primar la interseccionalidad de las diferencias según la clase, la etnia y el género.

se debe a que, en América Latina, el feminismo tiene características que le son propias. De allí que, según Femenías (2011), “el pensamiento feminista latinoamericano es original y es originario en la medida en que parte de su propia situación y localización” (p. 53). De todos modos, tal como recuerda la autora, Latinoamérica no debe pensarse como una unidad etnoracial, ni geográfica, ni tampoco religiosa. Pero sí como un contexto atravesado por una experiencia de colonización, que ha impreso algunos rasgos comunes<sup>29</sup>. Para los fines de esta obra, este marco teórico resulta sumamente relevante, puesto que brinda un abordaje interseccional entre género, clase y etnia.

De esta manera, antes de caracterizar al feminismo latinoamericano, centrado en la teoría pos(de)colonial y de la subalternidad en América Latina<sup>30</sup>, resulta interesante considerar la apreciación etnocéntrica que plantean otros enfoques feministas sobre esta corriente. Puesto que estos esconden una minusvaloración, acompañada de tintes de heteronomía, respecto a las posibilidades de construcción teórico-científica del feminismo latinoamericano. Dicho de otro modo, sobre este aspecto, Femenías (2011) afirma que:

Ni todas las mujeres del Tercer Mundo son “tradicionales”, ni todas las mujeres del Primero están “emancipadas”. En todos los casos, se obvia pensar en la movilidad de las personas y de los países. Se suma en esta concepción, mirar a las mujeres de los países peri-

<sup>29</sup>Femenías (2019, pp. 107-108) consigue describir de manera muy gráfica las características de la sociedad latinoamericana, al afirmar que “está fundada sobre tres raíces –la europea, la indígena y la negra–, y que por razones socioeconómicas y de hegemonía simbólica se hace visible solamente una de ellas: la blanca”.

<sup>30</sup>Silvia Rivera Cusicanqui es pionera de los estudios de la subalternidad y la intersección sexgénero y etnorraza en sus estudios *situados* (Femenías, 2019, p. 115).

féricos, mayoritariamente, como “lo otro” desde una posición que la ve “de afuera” como “algo exótico”. O sea, ser “Mujer del Tercer Mundo” suele ser visto como un “exotismo” que rara vez se plantea como una cuestión geopolítica, una localización desde la cual estas mujeres tenemos mucho que decir. (P. 55)

Evidentemente, estas valoraciones, provenientes del interior del feminismo hegemónico, aluden a una forma de interpretar toda la construcción teórica latinoamericana desde una mirada de subalternidad<sup>31</sup>; construyendo, de esta manera, un modo opresivo y segregador de otorgar la palabra/poder solo a sectores que posean mayor o igual estatus geopolítico. De este modo, “el feminismo hegemónico occidental peca del universalismo etnocéntrico y de una conciencia inadecuada sobre el conocimiento del tercer mundo, dando un marco académico dominado por occidente” (Mohanty, 2008, en García Gualda, 2013).

No obstante, pese a las disputas conceptuales y de estatus que se gestan en el interior de las diversas corrientes del pensamiento feminista, nos resulta importante otorgarle sentido al enfoque que plantea el feminismo latinoamericano, en tanto este rescata la idea de *situación*. Dicho en términos más específicos, según afirma Femenías (2011), este enfoque parte “de nuestras situaciones particulares histórico-sociales y, al mismo tiempo, la idea de ‘localización’ en una determinada geogra-

---

<sup>31</sup>Este concepto será abordado y profundizado en el tercer capítulo, destinado al derecho a la salud intercultural. Allí, se hará referencia específicamente al concepto de subalternidad desde el enfoque planteado por Spivak. Sin embargo, en este apartado, este concepto se vincula también con lo que Femenías (2011) plantea con relación a la posición particular de la mujer en la construcción de espacios de poder. Según la autora, “las mujeres constituimos una ‘minoría’, no numéricamente, sino en relación con nuestro escaso usufructo de los espacios de poder” (p. 53).

fía, en la que estamos enraizadas, y en la que compartimos distintos ejes problemáticos” (p. 55). Este aspecto resulta ser central para abordar las necesidades históricas territoriales, plasmadas en las luchas llevadas a cabo por las mujeres mapuce en el territorio argentino.

Precisamente, el pensamiento feminista latinoamericano, centrado en la teoría pos(de)colonial<sup>32</sup> y de la subalternidad en América Latina, que, como afirmamos antes, parte de la interseccionalidad entre género, clase y etnia, plantea la noción de género como una categoría prioritaria. Según Femenías (2019), el concepto género: “Organiza la pregunta por las exclusiones, [y] se hermana con el concepto de identidad y consecuentemente de totalidad, pero no de universalidad (que siempre es formal)” (p. 12). En este sentido, la categoría género, vinculada a la identidad, cobra una fuerte significación, puesto que el contexto latinoamericano se constituye a partir de la exaltación de las diferencias<sup>33</sup>, nacidas de “la mestización, la colonización y las culturas que aportan las distintas comunidades originarias y afro” (Femenías, 2019, p. 107).

<sup>32</sup>Según Quijano (2000), el pensamiento decolonial intenta generar un conocimiento *Otro* porque, aunque la colonia acabó hace 200 años, la *colonialidad* persiste en sus estructuras y en su estrategia cultural. De allí que se la puede detectar en el racismo, el eurocentrismo epistémico, la occidentalización de los estilos de vida de la sociedad (violenta o negociada), y en los privilegios sociales y económicos que reproduce la educación (Quijano, 2000, en Femenías, 2019, p. 119).

<sup>33</sup>Respecto a estas diferencias, Femenías (2019) afirma que: “A comienzos de la década de 1980, la incorporación de la variable *etnorraza* permitió replantear el debate sobre el sujeto del feminismo”. Puesto que “irrupieron en la escena pública los denominados feminismos *disidentes* (mujeres de color, negras y originarias, lesbianas, de clases populares, etc.), que empezaron a cuestionar por qué el feminismo no las había considerado como sujeto, y que además eran víctimas del racismo, del heterosexismo y del clasismo”. De este modo, la autora considera que “emergió la pregunta sobre cómo era posible que el sujeto mujer blanca, de clase media y heterosexual fuera el paradigma del contexto latinoamericano” (p. 107).

No obstante, más allá de la vinculación entre género e identidad en el feminismo latinoamericano, conviene antes definir y delimitar el concepto “género”, para poder analizar, posteriormente, los postulados de esta corriente. Según Femenías (2019), Sterling denominó género al “conjunto de características y normas sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas, jurídicas, asignadas a cada sexo en forma diferencial y de acuerdo a un orden social y normativo preestablecido” (p. 49). De ahí que, siguiendo a la autora, “se nos enseña a ser varón o mujer dependiendo de las características fisiológicas del cuerpo, fundamentalmente de los genitales externos” (p. 49). Sin embargo, Castellanos Llanos (2011), en consonancia con Scott (2010), enfatiza en que, actualmente, “el género está condenado a perder su capacidad transformadora si no se adopta la posición desconstruccionista” (p. 74). De allí que ambas sostienen que:

[...] ni el sexo ni el género [son] producto de la naturaleza sino de la cultura y que el sexo no es un fenómeno transparente, sino que adquiere su estatus natural solo de modo retrospectivo, como justificación para la asignación de roles de género. (Castellanos Llanos, 2011, p. 26)

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

En este aspecto, para abordar la dominación proporcionada a los cuerpos, conviene subrayar la relevancia que tiene considerar las ca-

tegorías interseccionales de análisis que provee el feminismo latinoamericano, desde un encuadre que se centre en el dinamismo y la complejidad que revisten estos sistemas opresivos sobre el accionar vital de la mujer indígena. Asimismo, es fundamental rescatar que estas mujeres, además de encontrarse sometidas por los entrecruces entre género, etnia y clase, también se hallan fuertemente oprimidas por las barreras resultantes del colonialismo y el patriarcado fundantes del Estado nación (García Gualda, 2015, p. 585). De allí que, tal como afirma Femenías (2019):

La interseccionalidad [...] puede estabilizar las relaciones en posiciones fijas y sectorizar las movilizaciones sociales, de la misma manera en que el discurso dominante naturaliza y encierra a los sujetos en unas identidades de alteridad preexistentes. Por tanto, [...] se debe dar cuenta siempre del carácter dinámico de las relaciones sociales y de la complejidad de los antagonismos que se subsumen demasiado rápidamente bajo el tríptico sexo-raza-clase. (P. 111)

Sumado a lo dicho, resulta claro que la construcción “naturalizada” que se conforma con relación al género y a los cuerpos tiene una fuerte impronta cultural, que resulta ser dinámicamente rebatida en las comunidades indígenas. Puesto que, según afirma Femenías (2011), los trabajos antropológicos realizados en el interior de nuestros pueblos originarios y de nuestras sociedades desafiaron las categorías binarias excluyentes (varón-mujer) establecidas. De ahí que la dicotomía masculino/femenino resulta ser una dicotomía construida que no responde a la cosmovisión de estas comunidades (Femenías, 2011, p. 58). Reafirmando este argumento, Azpiroz Cleñan (2019a) plantea:

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

Incluso, al abordar la perspectiva de género desde esta cosmovisión<sup>34</sup>, corresponde plantear que, desde que el pueblo mapuce ha comenzado a reconstruirse en su identidad, desde la década de los noventa hasta la actualidad, han luchado fuertemente por romper con la colonización ideológica, que, a su modo de ver, se “naturaliza” en los enfoques feministas occidentales, en general. En palabras de Huilipán (2017):

En los noventa, cuando arrancamos, había una solo *longko* mujer, y en la actualidad hay mujeres en distintos niveles de conducción: medicina, educación, político, enseñanza internacional. Hoy ya los varones ni siquiera preguntan, ni hay diferencia. Había que empezar desde ahí la descolonización, pero también la construcción de un proyecto de mujeres al servicio de un proyecto de proceso colectivo. Y un proceso diferente al de la mujer occidental, porque en la época de pueblo libre no existía ese problema. Había *longko* varón y mujer.

De esta manera, para comprender el enfoque sobre la mujer, que subyace en la cosmovisión mapuce, es fundamental partir de la noción de complementariedad de los roles (masculinos y femeninos),

---

<sup>34</sup>Nosotros nos centraremos solo en la cosmovisión mapuce, que es el objeto de estudio de nuestro trabajo.

presente en la base discursiva de los pueblos andinos. De ahí que esta perspectiva de “complemento” se vincula con su visión colectiva del trabajo (Deere y León, 2000, p. 24, en García Gualda, 2013). En efecto, este aspecto resulta ser de gran envergadura para abordar la noción de género desde esta perspectiva indígena, puesto que, tal como afirma García Gualda (2013), “según esta línea de pensamiento, el colonialismo y el capitalismo fueron los responsables de introducir la desigualdad de género en la región” (p. 55). Al analizar la existencia de patriarcado en las comunidades indígenas, previo a la colonización, Gomiz plantea que:

Hay visiones que dicen que no había un patriarcado presente dentro de las comunidades originarias, y que la colonización trajo prácticas patriarcales. Por otro lado, hay quienes sostienen la existencia de un patriarcado de baja intensidad en las comunidades, que se entroncó con el que portaba la ideología colonizadora. (Gomiz y Alonso, 2016, párr. 13)

Sobre este aspecto, Azpiroz Cleñan (2020a) afirma que:

Las banderas del feminismo en Argentina han sido las mismas que en Europa: la igualdad, el antipatriarcado y la lucha contra el machismo. En este territorio, las mujeres originarias están atravesadas por otros principios que no vienen de la filosofía judeo-cristiana, sino que son *made in Abya Yala*<sup>35</sup>. Vienen de una morenidad profunda, con arrugas de abuelas, frente al fogón, desgranado maíz o pelando piñones.

---

<sup>35</sup>*Abya Yala* es el nombre con el que el pueblo *Kuna*, de Paraná, nombró al continente americano. Actualmente, el concepto se ha convertido en un término universal para los pueblos indígenas de Latinoamérica, y otorga sentido de unidad y pertenencia.

De lo expresado por estas mujeres, que se autoidentifican como mapuce y se posicionan enfrentadas a los análisis feministas latinoamericanos, surge que, para las comunidades mapuce, el patriarcado no es otra cosa que un desprendimiento de la conjunción entre colonialismo y capitalismo. De ahí que, según formula Azpiroz Cleñan (2011), “el feminismo [...] no atiende a una revisión profunda de que el patriarcado tiene raíces judeocristianas, gestadas en la mirada europeizante. Por lo que estas problemáticas no son propias del *Abya Yala*, sino de la Conquista”.

De este modo, el objetivo de reconstrucción identitaria mapuce se centra en reivindicar esa complementariedad, reafirmando que no son feministas, sino que son mujeres decididas a ser indígenas (Huipán, 2017). Por este motivo, se ratifican como una sociedad no sexista<sup>36</sup>, por lo que no adhieren al machismo, ni al feminismo. Según Huipán (2017), el rol de la mujer se ha centrado, desde 1995, cuando iniciaron el Enlace Continental de Mujeres Indígenas<sup>37</sup>, en la promo-

<sup>36</sup>Respecto a este posicionamiento no sexista, Huipán afirma que, en este momento, están abocados a recuperar en los recién nacidos el nombre propio, porque los compañeros de su generación tienen nombres españoles. En cambio, sus hijos y nietos se llaman Aucan, Piuquemalén, Ñancu, Weichafu y Rayenko. Huipán afirma: “Mi hija del medio estuvo 12 años sin documento porque a la bestia del Registro Civil de Neuquén se le ocurrió que yo tenía que ponerle un nombre en castellano o mapuche pero que terminara con ‘a’ para que definiera sexo. La nena se llama Meulenko. Como termina con ‘o’ ¡se supone que es varón!” (Huipán, 2017).

<sup>37</sup>El Enlace Continental de Mujeres Indígenas de las Américas (ECMIA) articula organizaciones indígenas de las tres Américas desde 1995. Asimismo, fomenta la participación y visibilidad de las mujeres y los jóvenes indígenas como actores protagónicos en la defensa y ejercicio pleno de sus derechos. Están presentes en Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Guyana, Guyana Francesa, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Surinam y Venezuela, sumando 23 países en los cuales tienen un trabajo autónomo, soberano y sostenido.

ción de la formación, la autoestima y la proyección de sus feminidades en términos de la lucha y reconstrucción como nación colectiva<sup>38</sup>. De allí que, para descolonizarse, celebran la reciprocidad, la dualidad y la complementariedad. En otros términos, Huilipán (2017) sostiene que:

En ese proceso de descolonización las mujeres fuimos las más insistentes en recuperar la práctica del *Katan kawin*, la de volver a celebrar la pubertad de los varones y las mujeres, porque es el momento donde se pone en evidencia la dualidad y la complementariedad necesaria y vital para poder ser. Esos trabajos han sido especialmente promovidos por mujeres mapuche porque ahí le vamos enseñando a nuestros pares cómo volver a ser mapuches.

De este modo, cuando intentamos abordar cuáles son estos elementos de colonialidad de género que denuncian las comunidades mapuce, resulta interesante hacer especial hincapié en el planteo que formula Gomiz (2016). Esta autora afirma que esta colonialidad, inicialmente, se hace presente a través de los estatutos impuestos a las comunidades y a la Confederación, por parte del gobierno provincial, para el otorgamiento de las personerías jurídicas a las comunidades. De esta manera, según afirma Gomiz (2016), “esos estatutos se organizaron jerárquicamente, desde una visión patriarcal, y no basado en la

---

<sup>38</sup>Gómez y Trentini (2020, pp. 121-122) afirman que las mujeres de la Confederación, mediante el esencialismo estratégico, disputan nuevos lugares de referencia dentro de la propia organización. Asimismo, confirman que son muy pocas las que han logrado volverse referentes políticas dentro de la organización, por tratarse de un terreno casi exclusivo de los hombres. No obstante, las autoras subrayan de forma significativa el incremento en el número de mujeres jóvenes que hoy ocupan roles de autoridades comunitarias como *kona* (joven lideresa) y *werken* (vocera). Estos puestos implican salir de sus comunidades, articularse con el Estado y formarse para ser las futuras referentes políticas, más allá de los roles que puedan ocupar en su comunidad.

representación propia de las autoridades tradicionales” (párr. 5). En efecto, en estos “el Estado privilegió como interlocutores a los varones mapuches, y no a las mujeres, y eso terminó sedimentándose en el pueblo mapuche a lo largo del tiempo” (párr. 5). Sobre este planteo, Peti Pichiñam<sup>39</sup> sostiene que:

La idea del macho reproductor, del macho que tiene que encargarse de sostener una familia hizo que se perdiera la idea más integral y comunitaria que tienen los pueblos indígenas, donde cada uno cumple un rol y ninguno tiene que ser superior a otro. (En Gomiz y Alonso, 2016, párr. 10)

Por este motivo, para abordar el lugar de las mujeres desde la cosmovisión mapuce, debe considerarse el rol de gran relevancia política que adquieren las mujeres en el interior de estas comunidades. Puesto que estas, en tanto defensoras del territorio y promotoras del *Kvme Felen* o “buen vivir” (vinculado a la permanencia en el territorio, la vida, la reproducción y su planificación), son las encargadas de construir y resaltar su lazo esencial e innato con este territorio<sup>40</sup>; edificando, a su

<sup>39</sup>Peti Pichiñam es una educadora mapuce que integra el grupo de investigación de Gomiz y Alonso. Esta educadora hace hincapié en los efectos del “proyecto colonizador” sobre los mapuce. Asimismo, sobre este tema, Graciela Alonso afirma que “las prácticas políticas están mayormente a cargo de los varones mapuches y las prácticas filosóficas, de salud y de educación más a cargo de las mujeres”. Sin embargo, esta división tiene un cierto quiebre, puesto que “en algunas prácticas políticas de defensa territoriales esas dos dimensiones, la política y la de corte espiritual, se articulan” (Gomiz y Alonso, 2016).

<sup>40</sup>Según Gómez y Trentini (2020), la categoría de “mujer indígena” asociada a la defensa del territorio fue utilizada, estratégicamente, hacia fuera de la Confederación, para abrir canales de negociación con empresas y evitar la represión, pero también hacia dentro de la Confederación, al disputarles a los hombres el protagonismo en los roles de lucha y asumir las mujeres la vanguardia en esa lucha territorial, con lo que desplazaron el encaillamiento que las relegaba solo a los roles culturales, educativos y filosóficos.

vez, en este una continuidad intergeneracional, fundamentalmente a través del rol de transmisión de las mujeres (Gómez y Trentini, 2020, p. 123). Según Azpiroz Cleñan (2020a):

Una de las reivindicaciones de las mapuche, por ejemplo, es la poligamia femenina como forma de mantener y sostener el control territorial. Ese derecho a la poligamia no está legalizado en Argentina. Otra de las reivindicaciones es acceder a la justicia ancestral para dirimir situaciones de violencia de género que llevan aparejado cuestiones relacionadas al acceso a la tierra.

En este sentido, la figura de las mujeres mapuce se ha posicionado en la vanguardia política de la Confederación, principalmente, debido a la influencia de la maternidad<sup>41</sup>. Puesto que la figura de la madre luchadora explica: “La relación entre ‘mujer-tierra/territorio’ y la importancia de defender la tierra/territorio siempre con la mirada puesta en las futuras generaciones” (Gómez y Trentini, 2020, p. 123). Por su parte, Sciortino sostiene que “el uso político de la maternidad como un rol tradicional es un tipo de participación política que están dando las mujeres indígenas en el marco de la movilización social en Argentina” (en Gómez y Trentini, 2020, p. 123).

En consecuencia, resulta evidente que, independientemente de la convivencia que se produce entre la diversidad de culturas que habitan un mismo territorio, en el interior de cada grupo sociocultural se promueven distintas formas de abordar y construir interpretaciones respecto a la realidad vivenciada. Por este motivo, no es extraño que

---

<sup>41</sup>Tal como abordan Sciortino y García Gualda (citadas en Gómez y Trentini, 2020, p. 123). Estas autoras plantean que la figura materna influyó, definitivamente, la manera en que las mapuce piensan, analizan y legitiman su participación política.

cada comunidad (cultura) analice la situación de las mujeres desde su propio cuerpo teórico o cosmovisión. Lo significativo de este encuentro entre diversidades culturales se evidencia cuando estos conocimientos entran en juego en el intercambio, sin intentar colonizar los saberes, ni las percepciones del resto, desde una mirada etnocéntrica.

Más aún, esta divergencia en los abordajes debe invitar a una construcción cultural que enriquezca el análisis de la situación de la mujer, basado en las implicaciones que promueve un contexto histórico-social particular, en una situación geográfica común, con ejes problemáticos compartidos. Empero, estas construcciones de conocimiento intercultural feminista no deben reducirse a un abordaje de la mujer sin contemplar el contexto situacional en el que esta se encuentra. En otros términos, Rita Segato (2016) plantea que:

[...] los feminismos, así como todos los otros frentes del movimiento social, cometen un gran equívoco tanto político como epistemológico o, en otras palabras, un error teórico-político de inestimables consecuencias negativas al guetificar sus temas y compartimentalizar lo que entienden como “el problema de la mujer”, tanto en el campo del análisis como en el campo de la acción. (P. 92)

De esta manera, resulta claro que el abordaje de la mujer en Latinoamérica, y puntualmente en Argentina, requiere de un análisis que amplíe sus horizontes no solo a la opresión patriarcal, sino a todos los tipos de opresión que han vejado históricamente a la mujer: la raciales, las coloniales y las de las metrópolis con sus periferias, entre otras (Segato, 2016). En efecto, todas las mujeres latinoamericanas nos encontramos atravesadas, y más profundamente afectadas, por las características que asume el contexto político global, con fuerte

impronta neoliberal. Entre estas, tal como afirma Castellanos Llanos (2011), se encuentran:

[...] la hipertrofia de la economía, con el consecuente crecimiento del abismo entre poblaciones ricas y pobres; el desmantelamiento del Estado de bienestar (o *welfare state*), que a su vez conduce a nuevas formas de movilidad de las mujeres; la destrucción de las formas clásicas de empleo y creación de una *mano de obra libre*, y la transnacionalización e informalización del mercado de trabajo. (P. 11)

De esta manera, situándonos en las características del sistema político-económico global, resulta claro que, ante la falta de distribución de la riqueza, las decisiones políticas se concentran en el favorecimiento de los intereses de los sectores económicamente poderosos<sup>42</sup>, en detrimento de las clases económicas más proletarizadas. Como afirman Aguilar y Lacsamana (2004), “la globalización ha creado una división internacional del trabajo, produciendo un proletariado femenino confinado a los empleos peor pagos y menos seguros en las peores condiciones de trabajo” (p. 16). Evidentemente, esta situación se pronuncia y agrava a partir de decisiones políticas que incluyen la reducción del papel del Estado en la garantía y promoción del bienestar de los sectores sociales

---

<sup>42</sup>Es interesante subrayar las consecuencias que el sistema político-económico genera en los grupos sociales, puesto que, tal como afirma Castellanos Llanos (2011), “la globalización conduce también a que se *neoliberalicen las conciencias*, en la medida en que se acentúan tendencias ideológicas como la predilección por el *individualismo* y la *competencia*” (p. 14). Si bien estos rasgos no son eje de nuestro análisis en esta tesis, resulta primordial reconocerlos como parte del entramado estructural en el cual se quiere construir un abordaje intercultural que atienda las necesidades históricas territoriales, sanitarias y de reconocimiento de las mujeres mapuce en nuestro país.

vulnerables, entre los cuales se encuentran las mujeres (Castellanos Llanos, 2011, p. 11).

En síntesis, resulta fundamental, a partir de lo desarrollado, analizar de manera particular la situación de las mujeres indígenas, atendiendo a las características político-económicas estructurales de nuestro país, y cómo estas repercuten en las posibilidades reales de acceso a la salud desde un marco intercultural. Sin embargo, no es menos importante, además de examinar lo concerniente a la redistribución económica, atender a los aspectos simbólico-identitarios que, en el caso de las mujeres mapuce, funcionan como elementos de fuerte marginación<sup>43</sup>. En efecto, en el capítulo siguiente, veremos el marco político y jurídico que respalda la atención sanitaria de las mujeres indígenas en Argentina, y particularmente en la provincia del Neuquén. El objetivo se centrará en analizar la correspondencia entre estos marcos y las características efectivas de la atención sanitaria a la que acceden las mujeres de las comunidades mapuce.

---

<sup>43</sup>Sobre este tema, Ramos Rosado (2003) señala que pueden entenderse algunas de las complejas situaciones de marginalidad no solo desde el aspecto económico, sino también desde el simbólico-identitario. Por eso, la mera redistribución económica, si bien importante, no es suficiente; por lo que es necesario el reconocimiento y valoración del trabajo, la cultura y la identidad, su peso cultural y simbólico (en Femenías, 2019, p. 108). La autora, puntualmente, se enfoca en la identidad negro-puertorriqueña. No obstante, la *situación* de marginación y falta de reconocimiento es extrapolable a lo que vivencian las comunidades indígenas en nuestro país.

## | CAPÍTULO 2 |

### **Andamiaje político-discursivo y jurídico: del dicho al hecho...**

[...] la política es el corazón de todas las actividades sociales, formales e informales, públicas y privadas, dentro de todos los grupos humanos, instituciones y sociedades.

Adrien Leftwich

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

De esta manera, en este segundo capítulo, realizaremos una revisión sistemática respecto al marco jurídico normativo producido en los distintos programas de salud que propician la atención de salud con un enfoque intercultural, centrado concretamente en las mujeres mapuce de Las Coloradas, provincia de Neuquén. De allí que, en el primer apartado, analizaremos la vinculación entre los discursos polí-

ticos planteados y su correspondencia con la legislación, en el marco de la atención sanitaria intercultural, en la provincia del Neuquén. La perspectiva de análisis legal, desarrollada en el segundo apartado de este capítulo, se centra solo en la fundamentación de la ley, para ser retomada en el cuarto capítulo, atendiendo a las condiciones materiales de aplicación del marco normativo legal propuesto.

### **Políticas sanitarias nacionales y provinciales**

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

Con este fin, partimos de considerar que es importante conocer el marco político, en el que se desarrollan las políticas públicas sanitarias, puesto que estos marcos son, justamente, los que favorecen la puesta en marcha de los programas sanitarios interculturales. El marco político, según el Ministerio de Salud de la Nación (s.f.[a], p. 111), promueve ciertos factores que permiten: i) voluntad política de las máximas autoridades de la salud pública a nivel nacional y provincial para llevar adelante la propuesta; ii) invitación abierta a las universidades desde el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación a

la participación en la iniciativa desde el acuerdo y la cooperación, y iii) convicción ideológica y compromiso del equipo central para llevar a cabo el programa.

En este sentido, nos centraremos en las políticas públicas sanitarias con carácter intercultural producidas en Argentina, para analizar, posteriormente, los programas sanitarios interculturales planteados a nivel nacional y provincial (Neuquén). No obstante, resulta pertinente aclarar que entendemos la estructura del sistema de salud, a partir de la toma de decisiones políticas y sus consecuentes aplicaciones, desde tres perspectivas (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[a], p. 25):

1. Macro: la que tiene el responsable político del sistema. Es una perspectiva eminentemente política.
2. Meso: la que tienen los responsables político-administrativos. Es una configuración político-técnica.
3. Micro: la que tienen los profesionales asistenciales. Es una figura eminentemente técnica.

A partir de lo dicho, conviene afirmar que, en este apartado, solo nos centraremos en la perspectiva macro del sistema de salud, puesto que los niveles meso y micro, centrados en el modelo de atención sanitaria, serán abordados en el cuarto capítulo.

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

últimas décadas, en la estructura económica y social en Argentina<sup>44</sup>, y la evolución del sistema de atención médica producido en nuestro país, en el mismo lapso (Belmartino y Bloch, 1980, p. 1).

Resulta evidente que, para analizar la situación argentina, debemos, paralelamente, considerar los sucesos que se desarrollaron respecto a la mirada intercultural en un contexto geopolítico más amplio. Así, resulta conveniente partir por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado el 16 de diciembre de 1966, por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Este pacto, que garantiza expresamente el derecho a la salud como un derecho fundamental, se puso en vigencia a partir de 1976, y Argentina lo ratificó en 1986. En su artículo 12, el PIDESC establece que los Estados deben reconocer el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Sy y Remorini, 2008, p. 13). Este pacto y todos los tratados internacionales de derechos humanos<sup>45</sup> fueron incorporados, en la reforma constitucional de 1994, a la

---

<sup>44</sup>En este sentido, seguimos la línea argumental planteada en el análisis realizado por Belmartino y Bloch (1980). Los mentados autores plantean que: “Existiría una relación directa entre la puesta en práctica de políticas económicas destinadas a contraer el salario real, restringir el consumo interno y posibilitar el establecimiento de las grandes corporaciones multinacionales, facilitándoles una fuerza de trabajo de bajo costo, y políticas sanitarias restrictivas, donde el Estado pretende desvincularse de su responsabilidad como garante obligado y principal financiador de las acciones de salud. Por el contrario, cuando la estrategia de desarrollo aplicada pasa por la ampliación del mercado interno, la política de redistribución progresiva del 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>45</sup>Entre los tratados internacionales de derechos humanos incorporados con la reforma de la Constitución, se encuentran: “La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, conocida como la CEDAW por sus siglas en inglés (art.12); el PIDESC (art.12, *nombrado en el cuerpo del texto*); los artículos 1.1 y 26 de la

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, según Menéndez (2016), se desarrollaron diversas propuestas y acciones de salud intercultural en la mayoría de los países de América Latina. La finalidad de estos proyectos se planteó a partir de la necesidad de articular el sector de la salud y la biomedicina con la medicina tradicional, a través de establecer relaciones paralelas. En efecto, el objetivo que perseguían estas articulaciones apuntó no solo a reducir o eliminar las relaciones de exclusión, de subordinación y de hegemonía/subalternidad dominantes entre estas (Menéndez, 2016), 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 de 1994, en Argentina, cuando se incorpora la salud como un derecho protegido, también se plasma, mediante la lucha de los pueblos originarios, un cambio de paradigma. A partir de allí, se reconoce la preexistencia de los pueblos indígenas argentinos. Por ende, se establece, de esta manera, un pacto de convivencia entre los pueblos indígenas y el Estado, que exige desarrollar las condiciones de posibilidad de la vida común en una sociedad pluralista (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b], p. 75).

---

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

Sin embargo, el pueblo mapuce de Neuquén, pese a haber creado una alianza con los convencionales constituyentes (es decir, con el obispo Jaime De Nevares y Edith Galarza, una abogada de derechos humanos), reconoció que, para el poder público, la incorporación de la preexistencia de los pueblos originarios en la reforma constitucional era una cuestión meramente simbólica (Huipán, 2017).

Del mismo modo, esta incorporación no representó un efectivo goce del derecho, específicamente en los sectores vulnerables, puesto que como afirman Femenías y Vidiella (2005): “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” (p. 2).

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

Ciertamente, las políticas de salud, como las demás políticas sociales, se impregnan, se matizan, se corrigen, o bien, resultan deformadas por las contradicciones emergentes a nivel político y económico (Belmartino y Bloch, 1980, p. 16) De ahí que, con la vuelta a la democracia, surge la necesidad de plantear la reformulación de los servicios a partir de la premisa de promover la participación social en el ámbito de la salud<sup>46</sup>. Sin embargo, aún en la actualidad, este objetivo no ha sido conseguido de manera contundente, puesto que, en las políticas de salud, la participación difícilmente supera el carácter declarativo (Tobar, 2012, p. 15).

En la década de los 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 del 2001/2002. Entre las numerosas complicaciones que sufrió el sistema de salud en este período, se encuentra el sistema de provisión pública y privada de medicamentos que, durante este contexto de crisis, cayó

---

<sup>46</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 requería instaurar flujos estables de financiación, pero con una mínima intervención del Estado. Para ello, se requirió: la fragmentación del sistema; la descentralización de los servicios; el fortalecimiento del sector privado; la focalización de provisión pública; el arancelamiento de servicios públicos; y un abordaje con tintes tecnocráticos. Sin embargo, esta fragmentación aún subsiste, incluso con la vuelta a la democracia. Puesto que, tal como afirma Tobar (2012), “con la recuperación de la democracia surge un nuevo proyecto que intenta integrar al sistema a través de un Seguro Nacional de Salud por medio de la unificación financiera del sistema, admitiendo en su interior una oferta pluralista de servicios de atención médica, [...] [pero] [e]l proyecto fue muy resistido por los sectores sindicales” (pp. 12-13).

en un proceso de franco deterioro. Esta situación se debió, principalmente, a los incrementos de los precios que se generaron con la desregulación del mercado de medicamentos (Belló y Becerril-Montekio, 2011, pp. 102-103). Según afirman Belló y Becerril-Montekio (2011), a esto se le añadió el deterioro en los ingresos de las obras sociales, derivada de la caída de los empleos formales y la disminución de los salarios. Evidentemente, esto imposibilitó el cumplimiento adecuado de las prestaciones obligatorias. Sumado a ello, hubo una fuerte declinación de la cobertura de la seguridad social y de las empresas de medicina prepaga, que desplazaron la demanda de atención de manera muy significativa hacia los servicios públicos de salud.

Así, desde el 2003, fueron reconstruyéndose las políticas públicas en salud, mediante la inversión sostenida, con una presencia firme del Estado nacional en los territorios, y, especialmente, el aumento de los trabajadores de la salud (Kreplak, s.f.). Sin embargo, en este contexto, 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 tendieran 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<sup>47</sup> se plasmó en la formulación del Plan

---

<sup>47</sup>En 2003, el entonces ministro de salud, Ginés González García, durante el gobierno de

Federal de Salud 2004-2007. Este plan implicó una reforma progresiva y sustentable, cuyo fin fue establecer un modelo basado en la estrategia de atención primaria de la salud (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 (Ministerio de Salud de la Nación, 2012, p. 307). Este plan ha conseguido contribuir con la organización de los servicios, a partir de distintos niveles de complejidad, aportando, así, a un ordenamiento territorial regionalizado.

De este modo, el dilema suscitado con los precios de los medicamentos, durante la emergencia del 2002, fue resuelto mediante la formulación de una política tendiente a garantizar la accesibilidad de toda la ciudadanía a estos bienes esenciales. Asimismo, paralelamente, también se promovió un uso racional de estos, por medio de la Ley de Prescripción de Medicamentos por Nombre Genérico y el Programa Remediador, implementado en centros de atención primaria (p. 309).

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 (p. 312).

Asimismo, en el marco de la atención primaria de la salud como política de Estado, se ejecutó, en el año 2004, el Programa Médicos Co-

---

Néstor Kirchner, propuso el Plan Federal.

munitarios (PMC)<sup>48</sup>, destinado a fortalecer la formación de los profesionales del primer nivel de atención. Este programa fue realizado a partir del acuerdo entre el Ministerio de Salud de la Nación, los gobiernos provinciales, los municipios y las universidades públicas y privadas de la Argentina. Resulta fundamental remarcar que, según afirma el Ministerio de Salud de la Nación (2012), recién a partir del PMC, se han incorporado a los efectores del primer nivel de atención: agentes sanitarios, auxiliares de enfermería y miembros de pueblos originarios que, elegidos por sus comunidades, y desde un abordaje intercultural, asumen el rol de promotores de salud indígenas (p. 313).

En la misma línea, en 2005, se substanció el Plan Nacer<sup>49</sup>, que favorecía la accesibilidad a los servicios de mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de 6 años en Argentina. Este plan fue potenciado en 2012, con el Programa Sumar, ampliación del Plan Nacer, que incorporó como beneficiarios a los niños y adolescentes hasta los 19 años y a las mujeres hasta los 64 años. De la misma manera, en el 2009,

---

<sup>48</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 estaban en contacto con el programa se reunieron para compartir, tratar y discutir su visión sobre el modo de construir salud para sus comunidades. Como resultado del taller, los representantes de organizaciones indígenas de todo el país construyeron y presentaron su propuesta para mantener relaciones interculturales en salud, en el documento llamado “Propuesta de salud de los pueblos originarios en el marco del bicentenario” (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b], p. 75).

<sup>49</sup>Según Ballesteros (2017), “siguiendo a Repetto y Potenza Dal Masetto (2012, p. 37) este programa cambia la lógica del financiamiento por presupuesto hacia el pago según resultados. Los recursos se transfieren a las provincias, 40% en función de objetivos y 60% según los padrones de beneficiarios captados”.

se impulsó la Asignación Universal por Hijo<sup>50</sup> (AUH) para protección social. Complementándose, en el año 2011, con la incorporación de la Asignación Universal por Embarazo<sup>51</sup> (AUE) (Ministerio de Salud de la Nación, 2012, p. 316).

También, en el 2009, con el propósito de identificar las principales causas de mortalidad materno-infantil, de las mujeres y de las adolescentes, el Ministerio de Salud de la Nación y las gestiones provinciales establecieron, conjuntamente, un plan orientado a la reducción de la mortalidad de estos grupos (p. 318). Este programa, el PMC, junto a la totalidad de los programas nombrados, entre otros tantos, según Ballesteros (2017), tuvieron como principal o (dependiendo el caso) única instancia de ejecución a los centros de atención primaria de la salud (CAPS)<sup>52</sup>, jerarquizando el primer nivel de atención y permitiendo

---

<sup>50</sup>La AUH es una prestación monetaria destinada a desocupados y trabajadores informales con hijos menores de 18 años. Este pago mensual, que realiza la ANSES, por cada hijo menor de 18 años (con hasta un máximo de 5), prioriza a los hijos con discapacidad y a los de menor edad. Asimismo, esta asignación se paga a uno solo de los padres, priorizando a la mamá.

<sup>51</sup>La AUE es una prestación dineraria destinada a mujeres embarazadas sin empleo formal u otra asignación familiar de todo el país.

<sup>52</sup>La presencia del Estado nacional en los territorios vulnerables y periféricos, mediante los centros de atención primaria de la salud (CAPS), funciona como un imperativo para el cumplimiento del acceso al derecho a la salud. De este modo, se contrarresta la monopolización de los gestores sanitarios y grupos empresariales, de las decisiones sanitarias de los grupos vulnerables, en nombre del hipotético mejoramiento de la calidad de atención. En este sentido, tal como afirma de Ortúzar (2017), “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 (decisiones comunitarias) y su principio de disidencia –derecho a no consentir– (Ej. ‘Declaración de Ukupseni’, 1997)” (pp. 50-51).

que el ministerio nacional regresara como actor en el entramado de servicios de salud<sup>53</sup> (Chiara, en 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 duda, fueron de innegable avance en materia sanitaria para nuestro país. Dichas políticas, se establecieron en el marco de un sector considerablemente complejo<sup>54</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>55</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, en 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<sup>56</sup>.

<sup>53</sup>Sin embargo, es de notar que la articulación de CAPS con los establecimientos de segundo y tercer nivel varía fuertemente entre jurisdicciones, y es frecuente que se encuentren con altos niveles de desarticulación (Stolkiner *et al.*, 2011, en Ballesteros, 2017, p. 167).

<sup>54</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>55</sup>Si bien estas diferencias ya existían previamente a las reformas de los noventa, se agravaron en los últimos veinte años.

<sup>56</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

Del mismo modo, sin dejar de considerar 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>57</sup>. En este sentido, la provincia del Neuquén, que es el objeto de análisis específico de este trabajo, al igual que Chaco y La Pampa, poseen prácticamente todos los centros de salud con dependencia provincial (Ballesteros, 2017, p. 170).

Pese a estos aspectos enunciados, el sistema sanitario argentino, desde la emergencia del 2002 hasta el 2016, planteó numerosas políticas públicas tendientes a reducir las inequidades históricas en el acceso a la salud<sup>58</sup>. Sin embargo, estas políticas se vieron obstaculizadas cuando, en el 2016, el Ministerio de Salud fue degradado al rango de secretaría. Esta acción, según Gollan (2018, p. 4), planteó un retiro del Estado del ámbito público, con un consiguiente avance de las lógicas privatistas. De este modo, no solo se contribuyó a la limitación de la capacidad de los funcionarios en la toma de decisiones, sino que también se le añadió un franco desfinanciamiento al sector.

---

entre las distintas obras sociales, sino también en su interior (Pnud, 2011, p. 28) (Ballesteros, 2017, p. 165).

<sup>57</sup>Hay algunas provincias en las que prácticamente todos los centros de salud tienen dependencia municipal (Buenos Aires y Córdoba), y en otras conviven proporciones importantes de ambos tipos (provincial y municipal), con mayor presencia de establecimientos provinciales (Corrientes, Entre Ríos, Mendoza y Santa Fe) (Ballesteros, 2017, p. 170).

<sup>58</sup>Tal como afirma Gollan (2018), la presencia de Nación en programas preventivo-promocionales había permitido logros sanitarios, arrinconando las enfermedades inmuno-prevenibles, alcanzando las metas de los Objetivos del Milenio en mortalidad materna y bajando la mortalidad infantil, por primera vez, a un dígito, es decir, por debajo de diez por mil nacidos vivos (pp. 10-11).

Estas políticas neoconservadoras, que se materializaron, además, bajo el discurso universalista de la Cobertura Universal en Salud (cus)<sup>59</sup>, tuvieron claros objetivos que orientaron todo su accionar hacia el empleo del poder estatal para transferir fondos públicos al sector privado de salud. Tal como afirma de Ortúzar (2018):

Al mismo tiempo que enarbolan la bandera del “derecho universal a la salud” desmantelan hospitales públicos a través de políticas de ajuste; instalando –bajo el discurso de la modernización– un extrapolado modelo de *e-gobernanza* en salud (HCE;ETS) que no 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 colaboró 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 y Palermo, 2015, p. 251). Asimismo, esta contracción del ministerio impactó sobre la progresiva construcción de federalismo construida en los últimos años, y pro-

<sup>59</sup>Decreto de Necesidad y Urgencia n.º 908/2016. En el año 2005, la Organización Mundial de Salud plantea la Cobertura Universal de Salud (cus) para cada país, especificando que tiene tres ejes: 1) Brindar prestaciones esenciales para toda la población; 2) Que estas prestaciones tienen que ser de calidad; 3) Que estas prestaciones esenciales de calidad eviten que las familias caigan en una catástrofe financiera, porque es una realidad mundial que anualmente millones de personas caen en catástrofes financieras por pagar de su bolsillo sus necesidades de salud. Sin embargo, la oms deja librado a cada país definir cuáles son las prestaciones esenciales o básicas, y entonces dependerá en cada país o en cada sector qué se está dispuesto a discutir como necesidades básicas o a qué prestaciones se tiene derecho y a cuáles no (Idep Salud, s.f.).

nunció, consecuentemente, una creciente desigualdad en las condiciones sociosanitarias, a la vez que fortaleció, nuevamente, la fragmentación institucional del sector sanitario argentino.

Del mismo modo, resulta claro que, si nos centramos en este proyecto sanitario con tintes neoliberales, en última instancia se 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” (de 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” (Elgarte, 2005, en de Ortúzar, 2017, p. 54). De modo que, en este marco, los programas con pretendido enfoque *intercultural* quedan cercenados de toda posibilidad.

De esta manera, el análisis precedente nos permite concluir que el creciente desfinanciamiento sanitario, sumado a las numerosas dificultades de organización del sistema de salud argentino (fragmentación, descentralización, superposición), conduce a una inexorable prolongación de las situaciones de inequidad y barreras en la accesibilidad a bienes y servicios, vulnerando, de este modo, el derecho a la salud de los pueblos indígenas<sup>60</sup> de nuestro país (esencialmente en el acceso a prestaciones de mayor nivel de complejidad) (Remorini y Palermo, 2015, p. 251).

---

<sup>60</sup>Evidentemente, la vulneración en el acceso a la salud será generalizada para todos los sectores vulnerables del país, acentuándose en el caso de las mujeres. Puesto que, como plantean Martos y Fonseca (1996), la salud de la mujer no puede ser analizada en forma simple y aislada de su ubicación a través de la historia. Es necesario relacionarla con el contexto socioeconómico, cultural y político, en el cual la mujer se desenvuelve, por estar directamente relacionado como determinante del proceso salud-enfermedad (pp. 44-57).

En síntesis, resulta claro que el desmantelamiento del sistema sanitario conduce a políticas sanitarias de ajuste, que consiguen homogeneizar la atención sanitaria, negándoles, de este manera, a las comunidades indígenas, el acceso a la salud desde un enfoque intercultural, centrado en una concepción de justicia epistémica<sup>61</sup>. En efecto, surge la imperiosa necesidad, desde el plano político, de luchar contra las políticas mercantiles, las decisiones plasmadas en las políticas públicas que amenazan el acceso a los derechos conquistados. Del mismo modo, debemos adoptar, en el sector sanitario, una perspectiva de género e intercultural para prevenir, investigar, enjuiciar y sancionar todas las formas de violencia contra las comunidades indígenas<sup>62</sup>; planteando el reconocimiento de la medicina ancestral para la implementación de políticas interculturales de salud, así como la transformación sobre bases interculturales del sistema institucional y las prácticas médicas hegemónicas (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b]).

---

<sup>61</sup>Primordialmente, este daño se plantea respecto al acceso a la salud, en tanto derecho cultural, y también en relación a la libre-determinación con la que el pueblo mapuce plantea su cosmovisión acerca del “vivir bien”, en correspondencia con su identidad y sus normas del *Kvme Felen*.

<sup>62</sup>Esta violencia es ejercida de manera cotidiana, por lo que resulta ser naturalizada. Por este motivo, frente a estos esquemas de violencia institucionalizados, Verónica Huilipán afirma que: “Cuanta más represión haya como respuesta a la demanda de reconocimiento de derechos, criminalización y persecución, habrá mayor organización y movilización del mundo indígena. En el caso concreto de las mujeres, tiene que ver con el intento de 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” (en Bassi, 2020).

## Cuidado del parto y atención materno-infantil

En esta sección, nos centraremos taxativamente en el marco jurídico normativo referido a la salud de las comunidades indígenas en la Argentina, y, específicamente, en la provincia del Neuquén. De modo que solo haremos alusión a las normas que planteen el marco legal de aplicación de la atención sanitaria para estas comunidades. Entre estos marcos jurídicos nos centraremos, concretamente, en los que regulan la atención intercultural de partos en mujeres mapuce.

Tal como fue expresado en el apartado precedente, la reforma constitucional de 1994 ha sido en la Argentina la primera incorporación explícita, 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 su goce efectivo, especialmente, en referencia a los sectores más desprotegidos del país. Es decir, durante la década de los noventa, más allá del estatus de reconocimiento legal de la salud, no hubo políticas sanitarias claras, con base en la justicia social, que resultaran consecuentes a la incorporación de este marco legal.

A partir del 2001, para plantear el marco legal argentino, resulta fundamental enmarcarlo en relación con la aplicación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)<sup>63</sup>, que plantea un

---

<sup>63</sup>El Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, de la Organización Internacional del Trabajo, constituye la herramienta jurídica más importante para la defensa de los derechos indígenas. Este convenio fue ratificado en Argentina, a través de la Ley n.º 24071, sancionada el 4 de marzo de 1992 y promulgada el 7 de abril de 1992. El Poder Ejecutivo dictó el instrumento de ratificación el 17 de abril del 2000, y depositó dicho instrumento en la OIT el 3 de julio de ese año. Según la reglamentación internacional, el “Convenio entrará en vigor, para cada miembro, doce meses después de la fecha en que haya sido registrada su ratificación” (art. 38.3); por ello, se afirma que el Convenio 169 rige en Argentina desde el 3 de julio de 2001.

marco legislativo y jurídico fundamental para los pueblos indígenas. La importancia de este instrumento radica en que es capaz de influir en la ley positiva de los Estados y mejorar las relaciones de poder en los diálogos entre pueblos indígenas y los gobiernos de los Estados donde viven. De allí que este convenio<sup>64</sup> promueve la participación de las comunidades indígenas en las medidas que les conciernen, fundamentalmente, desde la toma de decisiones en las instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole, que sean responsables de políticas y programas que les competan en particular.

Asimismo, este convenio plantea la obligación de los Estados de poner a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados, o bien, de proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b], pp. 35-36). Del mismo modo, estos servicios, organizados a nivel comunitario, deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales (pp. 35-36).

---

<sup>64</sup>Claramente, el Convenio 169 de la OIT no es la única herramienta que sienta las bases jurídicas internacionales, en la Argentina, respecto a las comunidades indígenas, puesto que también son marcos de acción la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas; la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, y el Convenio sobre la Diversidad Biológica de Naciones Unidas.

El marco del Convenio 169 y la Ley n.º 23302<sup>65</sup> de política indígena y apoyo a las comunidades indígenas, reglamentada en 1989, funcionan como encuadre jurídico normativo para preservar y ordenar el cuidado del parto y la atención materno infantil. Esta normativa dio origen, posteriormente, a la creación de programas específicos de salud indígena como el ANAHI (Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas), en el 2000, y el subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios (dentro del Programa Nacional Médicos Comunitarios), en el 2005, constituyendo ambos el primer antecedente en Argentina de salud intercultural. Ambos se enmarcaron dentro del Plan Federal de Salud, política rectora del sector (Lorenzetti, 2017).

En este período, con igual relevancia, se legisló la Ley n.º 24956, que establece la inclusión del autorreconocimiento de la identidad indígena en el Censo de 2001 (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b]). Este hecho no es menor, puesto que pone en evidencia la situación concreta de vulnerabilidad de estas comunidades en el mapa argentino. Entre otros datos, permite mostrar factores que resultan ser comunes a todas las comunidades indígenas argentinas: dificultades económicas, distancia geográfica, barreras culturales e idiomáticas, etc. En el ámbito de la salud, concretamente, se muestra cómo estos factores afectan el acceso a la atención sanitaria. De modo que pone en evidencia la escasez de leyes y políticas públicas orientadas a abordar sus problemas particulares.

En esta misma línea, en 2005, en Argentina, se creó un Área de Salud Indígena, dentro del Programa de Médicos Comunitarios (PMC)/

---

<sup>65</sup>La Ley n.º 23302 ordena, en el art. 20, inciso d, el cuidado especial del embarazo y parto y la atención de la madre y el niño.

Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, con financiamiento de agencias y organismos internacionales, dirigidos 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).

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

Resulta importante marcar que, en este lapso, se produce la reforma de la Constitución de la Provincia del Neuquén. Con ello, esta provincia reconoce, a partir del año 2006<sup>66</sup>, la diversidad cultural y étnica (art. 105). Asimismo, en el art. 107, reconoce la interculturalidad. Pero la principal reforma consiste en los derechos establecidos en el art. 53, puesto que, en este artículo, se establece que: “La provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas

---

<sup>66</sup>Con la reforma constitucional provincial de 2006, la Confederación Mapuce de Neuquén dejó de respetar las normativas y exigencias relativas a la personería jurídica, es decir, la Confederación decidió dejar de someterse a las asambleas con presencia del Estado (puesto que este supervisaba que se hiciera según la ley de asociaciones civiles). De ahí que decidieron, a partir de este momento, empezar a hacer parlamentos, *traun*. De esta manera, el pueblo mapuce tiene su sistema de administración de justicia: el *Nor Feleal*. Desde entonces, el parlamento funciona con la ley mapuce como ley mayor (Huillipán, 2017).

neuquinos como parte de la identidad e idiosincrasia provincial. Garantiza el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural”. No obstante esta reforma, en cuanto al área de salud de los pueblos indígenas, no se identifican programas específicos.

En 2009, la Organización Panamericana de la Salud (ops) afirmó que las recomendaciones de la reunión de Winnipeg y las resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997) establecen cinco principios para el trabajo con las comunidades indígenas (Ibacache Burgos *et al.*, 2001). Estos principios se centran en el reconocimiento de que cada pueblo indígena tiene sus creencias y prácticas únicas en lo referente a la salud, así como sus propios recursos comunitarios para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o la cura de los males comunes (Sandra Land, en ops, 2008). Sin embargo, según plantean Sy y Remorini (2008):

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<sup>67</sup>. (P. 18)

Evidentemente, estas situaciones, que complejizan las posibilidades de acceso al derecho a la salud de las comunidades indígenas de nuestro país, deben fiscalizarse de manera juiciosa y permanente por

---

<sup>67</sup>Sumado a esto, las autoras plantean que la escasez de estadísticas vitales segregadas por grupos étnicos agrava aún más esta problemática. De ahí que, esta carencia de estadísticas diferenciadas étnicamente no permite, según Sy y Remorini (2008, p. 18), la generación de políticas y procesos de gestión, constituyendo, de este modo, una enorme dificultad para establecer prioridades y para realizar el seguimiento y evaluación de las medidas y servicios de salud destinados a las poblaciones indígenas.

parte del mismo sistema sanitario, de modo tal que se propicie el acceso efectivo a este derecho por parte de dichas comunidades.

Por otra parte, adentrándonos en el marco legal de los partos, en 2004, en Argentina, se sancionó la Ley n.º 25929 de Parto Humanizado, que promueve el respeto a la familia en sus particularidades (raza, religión, nacionalidad), enfatizando en la necesidad de que se acompañe la toma de decisiones seguras e informadas. Esta ley, que fue reglamentada recién en 2015, se complementa con la Ley n.º 26485, sancionada en 2009, que protege a las mujeres de la violencia obstétrica. Este marco jurídico normativo, sin lugar a duda, si se plantea desde un enfoque epistémico, puede brindar un marco de acción que garantice un abordaje apropiado en la atención sanitaria de partos en mujeres 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 treinta años, no han incorporado los discursos de valorización de lo cultural como capital social.

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

Ciertamente, para garantizar la dignidad de las personas, promovida por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), resulta imprescindible la reivindicación y el compromiso por parte de los Estados. Es decir, es fundamental que los Estados garan-

ticen que sus instituciones democráticas, vinculadas al sistema de salud, sean deliberativas, amplias e inclusivas, conforme al derecho internacional relativo a los derechos humanos.

A tal efecto, consideramos que no es suficiente con la existencia de los encuadres políticos y jurídico-normativos para el real cumplimiento y ejecución de derechos. Con esto nos referimos a que, si bien esta existencia efectiva de los marcos legales funciona como un instrumento importante que sienta las bases para la concreción de ciertas acciones, tareas y estrategias, estas dependen de las políticas públicas y de que el arco político se pronuncie no solo desde lo discursivo, sino, fundamentalmente, desde la práctica, por ejemplo, a partir de la ejecución de partidas presupuestarias que persigan, vehementemente, el objetivo de resolver las necesidades básicas históricas de acceso a los derechos humanos, en nuestro caso, los relativos al acceso a la salud, por parte de las comunidades indígenas y de los sectores *vulnerabilizados* de nuestro país.

## | CAPÍTULO 3 |

### El derecho a una salud intercultural<sup>68</sup>

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

Alcira Argumedo

Para analizar la salud en términos de interculturalidad resulta necesario partir de conceptualizar esta perspectiva, que involucra la interacción, sobre la base del reconocimiento y el respeto, entre una o varias culturas, en los distintos ámbitos (político, social, cultural, lingüístico, etario, de género y generacional) que constituyen una sociedad compleja. Por ello, la interculturalidad, como una política de salud, valora “la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad” (de Ortúzar, 2019, p. 57) y requiere contribuciones transdisciplinarias, de todas las áreas disciplinarias que intervienen en la atención sanitaria intercultural, para entender y promover el respeto para esta diversidad (Alarcón *et al.*, en Drake, 2014, p. 9).

---

<sup>68</sup>Este capítulo fue publicado en el dossier “Ética, derechos humanos, migraciones y salud”, bajo la coordinación de la Dra. M. Graciela de Ortúzar, en el marco de la *Revista de Filosofía y Teoría Política* de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata, en mayo de 2021, con el título “El derecho a una salud intercultural”.

Desde este encuadre, la interculturalidad debe ser tomada como base ineludible para la construcción de una sociedad más justa, en la que todas las culturas se encuentren reconocidas y respetadas. De acuerdo con Taylor (2009), todo ser humano, a partir de los procesos de socialización de las formas de vidas culturales (que desarrollan su identidad), se define desde una tradición y unos valores encarnados en la comunidad. Por ende, estos valores y tradiciones deben ser reconocidos explícitamente para una plena valoración de la persona. Precisamente, este es el objetivo que promueve el enfoque de justicia epistémica, puesto que tal como afirma de Ortúzar (2019):

Se trata, entonces, de comprender esta nueva dimensión cultural del derecho a la salud, de pensar la participación de sus titulares individuales y colectivos en contextos de pluralismo cultural. Esto, implica también el desafío de una práctica hermenéutica pluritópica, de sinergia de saberes, que necesariamente debe vincular en términos interculturales la consideración de los determinantes socioambientales de la salud, resignificados también en ese proceso. (P. 68)

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

encuadrándolo en sus derechos culturales como comunidades históricas (de Ortúzar, 2019).

Por este motivo, surge la necesidad de constituir políticas públicas interculturales, dentro del sistema de salud, que encuadren el parto respetado<sup>69</sup> de las mujeres mapuce, y que, a su vez, propicien los espacios para que se establezca un diálogo activo y cooperativo entre los representantes mapuce y los representantes de la medicina biomédica, para efectivizar una atención intercultural que respete el significado cultural del parto para cada cosmovisión. Como afirma Drake (2014): “No solo para promover atención respetuosa de las varias dimensiones de la salud mapuce, sino que también para promover la revitalización y el mantenimiento de conocimiento cultural” (p. 21).

De ahí que la inclusión de esta mirada intercultural es primordial en la atención sanitaria de partos de las mujeres indígenas, en general, y de las mapuce<sup>70</sup>, en particular. Pese a ello, según afirma Menéndez (2016), la interculturalidad “suele ser excluida de los objetivos, marco teórico e ideológico y, sobre todo, de las intervenciones institucionales, profesionales o académicas que buscan impulsar una inter-

<sup>69</sup>Basadas en la Ley n.º 25929 de Parto Humanizado.

<sup>70</sup>Resulta interesante analizar el caso de las comunidades mapuce en nuestro país, puesto que estos pueblos, en los últimos años (2015-2019), han sufrido una fuerte campaña de estigmatización y criminalización por parte del Gobierno nacional y los medios de comunicación hegemónicos. De allí que, tal como afirman Gómez y Trentini (2020), estos “argumentos no son nuevos, sino que se sustentan, por un lado, sobre la histórica dicotomía de ‘civilización y barbarie’ que sirvió para justificar el genocidio iniciado con la Conquista del Desierto y, por otra parte, retoman el planteo acerca de la araucanización de las pampas (Lazzari y Lenton, 2000) construido por la historia oficial. Se establece así una lógica que presenta a los mapuce como violentos e incivilizables extranjeros chilenos que cruzaron la Cordillera de los Andes y exterminaron a los ‘verdaderos indígenas argentinos’, contruidos como los buenos y civilizables tehuelches” (pp. 113-114).

culturalidad armoniosa, simétrica, tolerante y basada en los curadores tradicionales” (p. 115). En efecto, resulta muy complejo que puedan edificarse sociedades justas sobre la base individualista que promueven las democracias neoliberales, puesto que, tal como afirma Gutmann (2009), “la supervivencia de muchas culturas mutuamente excluyentes y que no se respetan entre sí no constituye la promesa moral del multiculturalismo, ni en la política ni en la educación” (p. 49).

En América Latina, históricamente, los pueblos indígenas han tenido una situación desventajosa frente al sistema de salud, en comparación con el resto de la población. Incluso, tal como afirma Hopenhayn *et al.*, (2006), una gran proporción de “pueblos indígenas reside en el área rural y a menudo enfrentan elevados riesgos de enfermedad, debido a las condiciones de vida y a la escasa disponibilidad de servicios de salud, agua potable y saneamiento básico” (p. 35). Asimismo, estos indicadores se ven ampliamente desmejorados cuando nos referimos a mujeres indígenas, puesto que estas sufren de una mayor discriminación referida al género, la etnia y la clase social (Rangel y Valenzuela, 2004).

De esta manera, en lo que respecta a la salud, para promover sistemas de salud para pueblos indígenas que mejoren la calidad de vida, debe considerarse que “la interculturalidad supone un trabajo, desde y entre todos los sectores, encaminado al bienestar integral de los menores de 5 años, sus madres, la familia, la comunidad y sus pueblos” (Drasbek y Rojas, 2008, p. 9). Puesto que, justamente, es en estos grupos en los que se concentran los mayores niveles de desigualdad respecto al acceso a la salud.

La situación de desfavorabilidad que resulta extensible a los indígenas de diversos países de América Latina, también se manifiesta en

distintas provincias del territorio argentino en las que habitan comunidades indígenas. De allí que, en la provincia del Neuquén, “los discursos con respecto a la población indígena, en términos de interculturalidad y diversidad cultural, han transitado múltiples caminos, desde los más amplios y contemplativos a los más reaccionarios y cerrados de acuerdo a la coyuntura política local” (Estrella, 2017, pp. 65-66).

Evidentemente, los Estados deben involucrarse de manera activa en la promoción de la dignidad de las personas, a partir de garantizar que sus instituciones democráticas, en este caso, las vinculadas al sistema de salud, propicien todas las medidas, legales y administrativas, en pos del desarrollo de la autonomía y la dignidad de las personas. De esta manera, todas las políticas públicas ejecutadas por los Estados, nacional y provincial, deben ser tendientes a desarrollar condiciones de reconocimiento y respeto intercultural, como acciones prioritarias, y, a su vez, estas deben ser secundadas por otras en los terrenos de la educación, la formación y la información pública.

### **¿Qué implica la salud intercultural?**

Cuando se intenta conceptualizar la salud intercultural, resulta necesario distinguirla de nociones que, eventualmente, se emplean de manera sinonímica, pero denotan concepciones diferentes. De ahí que suelen emplearse sin distinción alguna los siguientes conceptos: multiculturalidad, pluriculturalidad e interculturalidad. Sin embargo, la multiculturalidad se vincula con el reconocimiento de culturas dentro de un espacio, sin que estas tengan necesariamente relación entre sí. En esta concepción, generalmente, se producen segregaciones entre culturas que se presentan como culturas delimitadas y cerradas sobre

sí mismas, que tienden a analizar a las demás mediante una perspectiva que implica un infalible relativismo cultural (Stivanello, 2015).

Por otra parte, la pluriculturalidad plantea la convivencia de varias culturas en un mismo espacio territorial, es decir, la conjunción entre estas diversas culturas propicia una totalidad nacional. De modo que, como afirma Stivanello (2015), “parte de reconocer una realidad histórica de convivencia por siglos entre distintas culturas, aunque sin una profunda interrelación equitativa” (p. 2).

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

De lo dicho surge que la interculturalidad se presenta como una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad entre culturas, que apunta a “romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas” (Stivanello, 2015, p. 2). Evidentemente, el objetivo se centra en promover una convivencia de respeto y de

legitimidad entre todos los grupos de la sociedad. Según afirma la oms (2018), la interculturalidad en salud tiene que ver con la contribución al fortalecimiento de la calidad de la atención médica, principalmente, aquella dirigida a población indígena, y, por otro lado, está relacionada con las recomendaciones (que realiza la oms) para la integración de las medicinas complementarias y tradicionales al sistema de salud de los Estados parte, en el sentido de la reglamentación y evaluación de aspectos como eficiencia, eficacia, seguridad del paciente, etc., que forman parte de la definición de calidad de la atención (Paulo Maya y Cruz Sánchez, 2018, pp. 366-384). Mientras que, para los pueblos indígenas, en particular para las comunidades mapuce, por interculturalidad se entiende:

[...] una relación entre culturas dinámicas, en la cual existe necesariamente reciprocidad, voluntad y horizontalidad, reconociendo que hay espacios de encuentro donde se pueden negociar y otros donde se mantienen las especificidades respetando las diferencias, mejorando la salud de ambos pueblos, ganándose espacios desde los pueblos originarios y cediendo espacio desde las instituciones oficiales. (Hasen Narváez, 2012, p. 19)

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

[Los] *modelos de institucionalización* de la [...] [participación], los *derechos bioculturales de las comunidades* tradicionales y pueblos origi-

narios, que hacen a sus formas de coevolución y equilibrio con la naturaleza, así como a su participación en los beneficios económicos generados cuando esos saberes prácticos son puestos en valor. (de Ortúzar y Médici, 2019, pp. 68-69)

Lícitamente, esta situación pone en evidencia la necesidad de breagar por una justicia epistémica (Santos, Boaventura, 2009, en de Ortúzar y Médici, 2019, p. 67), con claro énfasis en el reconocimiento de los diversos saberes, centrada en el diálogo respetuoso, y con una fuerte articulación de políticas públicas y universitarias para el respeto de la diversidad cultural.

Ahora bien, para pensar en la salud en términos interculturales<sup>71</sup>, consideramos pertinente partir de establecer una concepción de la salud amplia que involucre una perspectiva relacional, incorporando, así, categorías de género, etnia, cultura, diversidad, clase social y determinantes sociales, entre otras. Consideramos, en consonancia con el planteo de Ortúzar y Médici (2019), que esta concepción relacional y ampliada “exige también repensar el derecho a la salud, la equidad/ justicia en salud, en sus nuevas dimensiones” (P. 62).

De esta manera, la salud, en tanto concepto relacional y multidimensional, debe ser definido en un proceso histórico y contextual determinado. En este sentido, esta redefinición constante es el esce-

---

<sup>71</sup>Para volver a la distinción entre multiculturalidad, pluriculturalidad e interculturalidad, podemos plantear las diferencias entre estos conceptos a partir de graficar sus perspectivas respecto a la salud. De ahí que rechazar sin más la medicina tradicional indígena es asimilacionista; aprobarla para que se practique exclusivamente en las comunidades es relativismo cultural; convertirla en un objeto de consumo exótico, es multiculturalismo; y, finalmente, propiciar su articulación con la medicina científica es interculturalidad [Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b], p. 54].

nario en el cual “se ponen en conflicto lo individual y lo social en un entramado complejo de relaciones legales, económicas, sico-sociales y culturales” (de Ortúzar y Médici, 2019, p. 62). De ahí que:

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

Evidentemente, para pensar en el concepto de salud, con perspectiva intercultural, debemos deliberar acerca de la construcción de un espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina “oficial” (biomédica, científica y occidental) y la medicina tradicional indígena de cada comunidad. De esta manera, al mismo tiempo, debemos considerar la perspectiva de salud que tiene cada comunidad en particular. En nuestro caso, nos centraremos, específicamente, en la concepción de salud del pueblo mapuce. Para esta población, la salud tiene un enfoque holístico, que “trasciende el marco [...] [occidental], puesto que de lo que se trata es de poder integrar tanto los elementos físicos y biológicos con el ámbito psicológico” (Ibacache *et al.*, 2002, p 4). Asimismo, siguiendo a Ibacache *et al.* (2002), para estas comunidades, la salud es “el resultado del equilibrio entre la persona, el medio ambiente y lo sobrenatural, integrando este enfoque en el modelo armonía-desarmonía, en donde la salud se mantiene como una interdependencia entre [estos] elementos” (en Hasen Narváez, 2012).

De allí que este espacio de encuentro intercultural debe basarse en el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural de las co-

munidades intervinientes (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b]). Por este motivo, debe pensarse la interculturalidad como una política de salud, que valora “la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad” (Alarcón *et al.*, en Drake, 2014, p. 8), y que, además, requiere contribuciones de la antropología médica para entender y promover el respeto para esta diversidad.

Bajo este marco interpretativo, resulta claro que, al abordar la salud intercultural, debemos partir de considerar los distintos factores que intervienen en la pronunciación de las asimetrías de poder que padecen las comunidades indígenas<sup>72</sup>. Del mismo modo, debemos analizar cómo estos factores intervienen y afectan el desarrollo y la atención de su salud, desde la imposición de ciertas prácticas epistémicas, que se consideran validadas desde el saber (poder) hegemónico. En este sentido, cuando el planteo se focaliza en las mujeres indígenas, este panorama se complejiza aún más, debido a las diversas injusticias que, interseccionalmente, se entretejen y convergen en este colectivo. Entre los condicionantes que se forjan, se encuentran: clase social, etnia, género y edad<sup>73</sup>.

De esta manera, al concebir la situación particular de las mujeres indígenas, en el acceso a la atención sanitaria intercultural, entendemos que la tarea debe centrarse en reconocer dónde se producen las brechas

---

<sup>72</sup>Cuando intentamos precisar el concepto de salud intercultural, nos centramos, fundamentalmente, en las nociones que surgen a partir de dicotomías excluyentes como autonomía/paternalismo (Femenías y Vidiella, 2005). Puesto que las consecuencias que esta perspectiva produce, en la atención sanitaria de mujeres indígenas, promueve un abordaje sanitario que parte de la “minoridad” del paciente, lo reduce y atenta contra una atención centrada en el enfoque de justicia epistémica.

<sup>73</sup>Estos condicionantes serán abordados con mayor profundidad en el quinto capítulo.

para incorporar procesos de integración social. De ahí que es fundamental partir de reflexionar sobre la manifestación de estas brechas en la inequidad en el acceso a servicios y exclusión por razones culturales (Stivanello, 2015, p. 7). Sobre este aspecto, cobra un especial sentido el “epistemicidio”<sup>74</sup> (muerte de conocimientos alternativos), que produce la medicina occidental hegemónica sobre los saberes medicinales indígenas. Generalmente, esta desacreditación (injusticia epistémica) es producto del desconocimiento, o bien, de la subestimación de la cosmovisión indígena de la salud (Stivanello, 2015).

Por este motivo, adquiere una particular significación centrar las propuestas de atención sanitaria sobre la base de la construcción dialógica, a partir de consensos epistémicos. Sobre este punto, las comunidades mapuce, se plantean retos significativos para propiciar determinados aspectos en el abordaje de la interculturalidad, que deben ser contemplados para tender puentes que permitan una mirada sanitaria plural, amplia y respetuosa. De modo que, en materia de interculturalidad, estas comunidades formulan la necesidad de construir, en el ámbito sanitario, una interculturalidad contrahegemónica, erigida desde los pueblos. Evidentemente, este desafío se sostiene con el objetivo de edificar una interculturalidad que no se presenta para el exclusivo beneficio indígena, sino que se propone como un modelo de diálogo entre saberes, no solo entre mundos (indígena y occidental),

---

<sup>74</sup>Sousa Santos (2006), citado en Stivanello (2015, p. 7), plantea que la naturalización de las diferencias oculta jerarquías y la monocultura del saber y el rigor produce “epistemicidio”. En este sentido, Sousa Santos propone, por un lado, la ecología del reconocimiento, es decir, que debemos aceptar solo las diferencias que queden luego de que se eliminen las jerarquías, y, por otro lado, propone la ecología de los saberes, donde entren en diálogo los saberes indígenas con el saber científico.

sino también entre las diversidades (sociales y colectivas), que componen la compleja trama social en que vivimos (Azpiroz Cleñan, 2011).

No obstante, las comunidades mapuce comprenden que construir un diálogo intercultural en el terreno sanitario, al igual que en los demás ámbitos, resulta ser un camino arduo y extenso, puesto que admiten que hay un desconocimiento muy profundo respecto a su medicina, y que, generalmente, “se [la] confunde con el oscurantismo o la brujería” (*Río Negro*, 2018). Esta perspectiva, cargada de prejuicios, consigue afectar la aplicación de estos saberes ancestrales en el ámbito sanitario. Un ejemplo de ello es la ausencia del *maci*<sup>75</sup> (vocablo que suele pronunciarse como *machi*) en la atención médica primaria; es decir, actualmente, no está en funcionamiento, en el sistema de salud biomédico (hegemónico) argentino, la figura de autoridad máxima en la organización sanitaria mapuce. De allí que, si bien en Argentina cada tres meses un *maci* atiende en Neuquén, aún sigue teniendo gran lugar el acecho y la segregación de los pueblos originarios (*Río Negro*, 2018).

En este sentido, consideramos ciertamente importante centrarnos en la relevancia que ofrece la deliberación en la toma de decisiones en sociedades complejas y plurales. En la medida en que estos acuerdos se celebren en el encuentro epistémico, todas las decisiones que surjan de la deliberación estarán sostenidas en un marco de legitimidad más amplio. De ahí que este marco deliberativo, con base epistémica, propi-

---

<sup>75</sup>El *machi* es una autoridad que vela por el bienestar físico y espiritual del pueblo mapuce. Su rol es fundamental para sus vidas colectivas. Los *machis* los conectan con las fuerzas espirituales de su *mapu* (territorio). Su sabiduría es heredada de un ancestro, es decir, es un legado familiar. Dentro de la estructura organizacional de salud mapuce, hay otros efectores de salud, como los obstetras o los expertos en hierbas, que también tienen sus propias denominaciones.

ciará un escenario de acción en el que podrán modificarse y corregirse las situaciones conflictivas o no previstas que se planteen, siguiendo los lineamientos acordados entre los sujetos epistémicos involucrados.

De esta manera, se pone en evidencia que, cuando las decisiones se plantean de manera arbitraria sobre los sujetos, se gestionan modos de violencia y sometimiento, que devienen en injusticias epistémicas testimoniales<sup>76</sup> o hermenéuticas<sup>77</sup>. Tal como afirma Murguía Lores (2016), todas las injusticias “involucran la interacción entre identidades sociales, que se constituyen siempre mediadas por relaciones de poder, y heurísticas que conllevan prejuicios y/o estereotipos que conducen en muchas ocasiones a juicios erróneos” (p. 4).

Sobre este punto, Fricker<sup>78</sup> considera que las injusticias epistémicas parten de mecanismos que operan a nivel subdoxástico, además de que estos no implican ignorancia, sino que, en palabras de Murguía Lores (2016), involucran: 1) la evaluación inadecuada de la credibilidad

---

<sup>76</sup>Fricker plantea la injusticia testimonial como aquella que se produce “cuando un prejuicio conduce a un oyente a otorgar un nivel injusto de credibilidad al conocimiento de un hablante. Este desnivel puede ser deflacionario, con la consecuencia de que se niega la capacidad del hablante en su calidad de sujeto epistémico [...]. La injusticia que resulta de este fenómeno tiene efectos tanto en la jerarquía social, como en la confianza de los agentes respecto de sus capacidades” (Murguía Lores, 2016, p. 4).

<sup>77</sup>Tal como afirma Murguía Lores (2016): “La injusticia hermenéutica se refiere a la participación inequitativa en las prácticas de producción de significados y de la comprensión del mundo social compartido por sujetos epistémicos socialmente situados en contextos que involucran identidades sociales y relaciones de poder” (Fricker, 2008, p. 29, en Murguía Lores, 2016).

<sup>78</sup>Miranda Fricker centra sus reflexiones en problemas en los que convergen la epistemología, la ética y procesos sociales y políticos. Se trata, en palabras de la autora, de desarrollar una concepción completamente socializada de los sujetos epistémicos en sus relaciones de poder e identidad sociales (Fricker, 2008, en Dieleman, 2012).

que merece por parte de un oyente(s) el testimonio de un hablante(s); o bien 2) carencias en la articulación de significados sociales. No obstante, trátase de una clase de injusticia o de la otra, la consecuencia de ambas se traduce en el trato inequitativo de un miembro (individual o colectivo) de una sociedad, específicamente en su capacidad de sujeto de conocimiento (Murguía Lores, 2016, pp. 2-3).

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

De este modo, eventualmente, en la atención sanitaria a mujeres indígenas, en términos de Hasen Narváez (2012), se producen conflictos en “la comunicación y calidad de trato, por códigos culturales distintos, rituales, símbolos, rol de las familias y comunidades, percepciones sobre el cuerpo y el pudor de las mujeres indígenas muchas veces incomprensidos, o por estilos de crianza distintos” (pp. 17-24). Evidentemente, esta situación deriva en “la violación del requerimiento de reconocimiento mutuo que se deben los participantes en la deliberación, como condición para un procedimiento justo, además de que impediría el aprovechamiento social del conocimiento de quienes sufren esta clase de injusticias” (Murguía Lores, 2016, pp. 2-3).

Frente a esta situación, resulta imprescindible un cambio de paradigma que abrace el enfoque de justicia epistémica y promueva prácticas sanitarias interculturales. Indudablemente, este enfoque intercultural en salud requiere del desarrollo de procesos donde los propios pueblos indígenas y los sistemas biomédicos expresen la voluntad de encontrarse en una relación horizontal (Stivanello, 2015). Dentro de este marco, resulta interesante considerar la incorporación de la figura del facilitador intercultural, puesto que, siendo el nexo entre el equipo de salud y los pueblos indígenas, puede colaborar en el intercambio. Este no es un dato menor, debido a que el facilitador es, para las comunidades indígena, un agente de confianza, porque pertenece a estas comunidades y es avalado por ellas (Hasen Narváez, 2012, pp. 17-24). Notablemente, este encuentro debe estar atravesado por el objetivo de construir un espacio de reconocimiento y valoración de los conocimientos y saberes de los sistemas de salud, tanto occidental como indígena, siempre apuntando a una complementariedad de ambos mundos (Hasen Narváez, 2012).

En efecto, para contrarrestar las consecuencias de estas injusticias (epistémicas, sociales y, en última instancia, políticas), es pertinente y prioritario construir prácticas deliberativas de producción de significados compartidos entre los actores sociales participantes, sobre la base de los acuerdos y contrapuntos que se generan en las contiendas de las deliberaciones democráticas. Para ello, en el ámbito sanitario, entendemos la importancia de la promoción de las consultas previas, libres e informadas, como la construcción de un proceso colectivo y adecuado, desde el punto de vista cultural, que involucre, asimismo, la toma de decisiones, consultas de buena fe y participación informada, respecto del diseño, preparación, implementación, ejecución, y eva-

luación de toda política de salud, que implique directa o indirectamente a integrantes de pueblos indígenas (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b]).

En síntesis, a partir de lo desarrollado, podemos concluir que es de radical relevancia la adopción de un modelo de salud intercultural, en el cual entren en diálogo la medicina tradicional indígena con la medicina occidental o científica, con el propósito de establecer puentes, en los que se reconozcan y se revaloricen las diferencias. En este contexto de intercambios, donde se producen los consensos y disensos, es donde deben construirse los acuerdos de complementariedad necesarios que incorporen, además, los recursos medicinales utilizados por las comunidades indígenas en la curación, así como sus médicos tradicionales a los sistemas de salud (Stivanello, 2015, p. 7). En este caso, como fue planteado anteriormente, es interesante pensar en la figura del facilitador intercultural, como agente de confianza, que podría, eventualmente, promover canales de intercambio avalados por la comunidad. Finalmente, en este acercamiento entre los equipos de salud (medicina occidental) y los especialistas y terapeutas de la medicina tradicional indígena, deben cuidarse y respetarse de modo particular los conocimientos y la decisión de las mujeres indígenas<sup>79</sup>, a partir de crear espacios de verdadera escucha y reconocimiento epistémico y de género.

---

<sup>79</sup>Para este respeto y cuidado de la mujer indígena, resulta fundamental la formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural, puesto que esto supone mejoras en la competencia técnica y humana del personal institucional, e incide en el respeto, en el trato de los usuarios, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en el combate contra la exclusión, en la atención y la equidad en salud a los distintos grupos étnicos (Hasen Narváez, 2012, pp. 17-24).

## Derecho a la salud desde la pluralidad histórica

En este apartado, nos centraremos en la discusión sobre los criterios que se priorizan en el derecho a la salud desde la pluralidad histórica, situados en la complejidad de nuestra sociedad. Entendemos que esta complejidad es el marco en el que se desarrollan los procesos históricos de autoidentificación, que hermana a los pueblos indígenas. Respecto a este planteo, Carrasco (2002) afirma que lo que enlaza a los pueblos indígenas no es tanto la autoidentificación como el hecho de su *aboriginalidad*, es decir, la característica de ser los primeros habitantes –autóctonos– en los territorios que habitan. Lo que los convierte en antecesores de los sucesivos procesos de ocupación y domesticación jurídica (p. 390).

En este sentido, resulta interesante partir del diagnóstico (penosamente vigente) que plantea Carrasco (2002, p. 390), respecto a la situación actual de las comunidades indígenas en nuestro país. La autora afirma que dichas comunidades viven, mayoritariamente, como ciudadanos de segunda categoría en Estados nación modernos, esto se debe a que, frecuentemente, son excluidos *so pretexto* de ser portadores de lenguas, religiones, culturas y formas de vida percibidas como inferiores por la sociedad dominante.

Esta situación resulta muy controvertida, puesto que estas poblaciones marginadas social y económicamente, se enfrentan a diversas amenazas que imposibilitan el acceso a los bienes y servicios que el Estado dispone para la población del territorio argentino. Consecuentemente, se observa que la distribución de las amenazas re-emergentes a la salud y de sus factores de riesgo han exacerbado más las inequidades en salud hacia el interior de los países y entre ellos (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[a], p. 86).

De esta manera, la ampliación de las inequidades no es solo el resultado de las fallas de los sistemas de salud, sino más específicamente es la consecuencia de la falta de condiciones mínimas de vida, que propicien el desarrollo de las necesidades básicas individuales y sociales, producto de la injusta distribución económica en nuestro país. De ahí que el 60% de la mortalidad materna se produce en el 30% de la población más pobre de los países, y la brecha en la esperanza de vida entre los más ricos y los más pobres ha llegado a casi veinte años en algunos de ellos (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[a], p. 86).

Las comunidades indígenas no resultan ajenas a este panorama, puesto que estas forman parte de una gran proporción de habitantes que viven en condiciones de extrema precariedad. Según el primer informe relativo a la afectación de la pandemia del COVID-19 sobre los pueblos indígenas, realizado por el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC) (Nodal, 2020), en América Latina:

[...] la población indígena supera los 45 millones de personas, poco menos del 10% de la población total de la región, por lo cual, es la zona de mayor densidad demográfica indígena del planeta. Se registran 826 Pueblos Indígenas distintos, de los cuales unos 100 tienen carácter transfronterizo, es decir, que residen en al menos dos países de la región. (Párr. 4)

Este dato resulta ser notoriamente relevante, puesto que, como es sabido, los pueblos indígenas continúan en clara situación de desventaja, a pesar de haber construido mayor poder político, e incluso, de contar con la protección que los organismos internacionales les han brindado mediante la inclusión de este tópico y su reconocimiento en diver-

sos tratados internacionales. De allí que un estudio del Banco Mundial, realizado entre 1994 y 2004, da cuenta de los siguientes resultados:

Los indígenas se recuperan más lentamente de las crisis económicas. La brecha de pobreza de los indígenas es más profunda y disminuyó más lentamente durante los años noventa. Ser indígena aumenta la probabilidad de un individuo de ser pobre y esta relación se mantuvo más o menos igual al comienzo y al cierre de la década. Se han registrado pocas ganancias en la reducción de la pobreza de ingresos entre los indígenas durante la década señalada (1994 al 2004). (World Bank, [s.f.] )

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

Como afirmamos antes, el pueblo originario más numeroso de nuestro país es el mapuce<sup>80</sup>. Esta población, atravesada por distintos factores de vulnerabilidad, plantea una fuerte resistencia a las condiciones de exclusión que encuentran en las políticas impartidas por el Estado argentino. De ahí que los mapuce han logrado preservar su len-

---

<sup>80</sup>Actualmente, las comunidades mapuce habitan en las provincias de Neuquén, Río Negro y Chubut, con algunas comunidades dispersas en La Pampa y en la provincia de Buenos Aires. Asimismo, la organización de su población es heterogénea y depende, puntualmente, de las políticas indígenas que ha implementado cada provincia (Salgado, Gomiz y Huilipán, 2008, p. 7).

gua, sus danzas, su filosofía y sus costumbres, además de haber conseguido que la Constitución incluyera su “preexistencia” (Huilipán, 2017). Del mismo modo, estas comunidades, que luchan por construir un Estado multicultural, consiguieron reconstruir sus órganos de gobierno a partir de su propia noción de autonomía (Huilipán, 2017).

El pueblo mapuce posee sus propias prácticas medicinales, su educación y su sistema de justicia. Sin embargo, independientemente de compartir estas características generales, las comunidades mapuce se caracterizan por poseer gran diversidad en su territorio, y cada comunidad se organiza según su necesidad o su prioridad territorial (Azpiroz Cleñan, 2018). En el caso de la provincia del Neuquén, el pueblo mapuce, que actualmente cuenta con setenta comunidades, se nuclea bajo la organización de la Confederación Mapuce de Neuquén.

Según afirma Verónica Huilipán (2017), en los años sesenta, en la provincia del Neuquén, cuando había once comunidades mapuce, contaban con un instrumento de organización denominado Confederación Indígena Neuquina. Huilipán señala que:

En los 60 la que llamó a parlamento, a *traun*, fue una mujer, la *lamien* Carmen (Carmen Manqui, de la comunidad de El Huecú), vienen autoridades, varones y mujeres, hacen el *traun* y deciden avanzar hacia un sistema de organización que los represente.<sup>81</sup>

Sin embargo, según comenta Huilipán (2017), “el partido del poder en Neuquén, el Movimiento Popular Neuquino (MPN) de la familia Sa-

---

<sup>81</sup>Según Huilipán (2017): “Cada *traun*, sea una reunión comunitaria, sea en el centro cultural, en la organización, en la Confederación, en el Parlamento, es un espacio de autoformación. Son procesos de autoformación, y así personas que eran simples pobladores de una comunidad, hoy son *longko* o *werken* de su comunidad”.

pag, ya se había involucrado<sup>82</sup> en las comunidades”. Por este motivo, las comunidades mapuce no consiguieron ninguna reivindicación, puesto que, en los años siguientes, atravesaron su momento más crítico respecto al ejercicio de su identidad, porque fueron discriminados y echados de un ámbito mapuce por los propios mapuce (p. 4). Tal como afirma Huilipán (2017): “La Confederación Indígena era parte de una disputa entre la Iglesia y el gobierno. Unos nos querían evangelizar y los otros nos querían al servicio clientelar de sus necesidades partidarias” (p. 3).

De este modo, como consecuencia de lo ocurrido en los sesenta, en la siguiente década se creó la Asociación Mapuce *Newen Mapu*, que significa “fuerza de la tierra”. El objetivo de esta nueva organización, con tintes asistencialistas, era promover la identidad y colaborar con los mapuce que debían movilizarse por razones sanitarias o por trámites a la Casa de Gobierno o al Ministerio de Desarrollo Social, y deambulaban por la plaza, y dormían en pasillos de los hospitales (p. 3).

Posteriormente, a finales de los ochenta, en un tiempo de reivindicación identitaria en términos culturales, con el conocimiento de los fracasos anteriores<sup>83</sup>, las comunidades mapuce neuquinas consiguieron redefinirse y reorganizarse en la Confederación Mapuce de Neuquén. De ahí que, en los noventa, se alejaron de la urbanidad,

<sup>82</sup>Según Verónica Huilipán (2017), en los años sesenta, “el gobernador había empezado a ser ‘pariente’, de las comunidades porque empezó a meterse, hizo compadre a uno, comadre a la otra y empezó a tener ahijados por todos lados, esa fue su estrategia de intervención del MPN”.

<sup>83</sup>Huilipán plantea que, dentro de estos fracasos, se encuentra el funcionamiento del parlamento, puesto que afirma que este no era autónomo, porque estaban los *longkos* “representando” a las comunidades, pero en realidad los que manejaban las reuniones eran el director de Tierras, el ministro de Acción Social, el ministro de Salud y el secretario de Gobierno, entre otros representantes políticos del MPN.

para entregarse al proyecto de reconstruir la nación mapuce (p. 3). Así, con el compromiso político de reconstruir la nación y generar un acto simbólico que rompiera las fronteras estatales, el movimiento indígena generó una autoconvocatoria en Ecuador para el reencuentro de las naciones originarias del *Abya Yala*, a raíz de los festejos que organizaba España para el Quinto Centenario (p. 5). Respecto a dicho encuentro, Huilipán (2017) afirma:

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

En este período de reorganización, en la década de los noventa, las comunidades mapuce neuquinas se reconstruyeron en una nación y forjaron símbolos propios. Entre estos, surgió la *wenufoye*<sup>84</sup> (la bandera) y el *mapudungun* (la lengua, que estaba por desaparecer y resurgió por el empleo del grafemario)<sup>85</sup>. Evidentemente, este reordenamien-

---

<sup>84</sup>La *wenufoye* en el medio tiene un círculo amarillo que es el *kultrun* (el tambor mapuce), pero también es el sol y tiene cuatro partes, y en cada parte tiene un símbolo estelar (ver imagen en “Anexo”).

<sup>85</sup>La escritura del mapuce o *mapudungun*, lengua hablada en Chile y Argentina por los mapuce, está formada por alrededor de 15 alfabetos o grafemarios que se han usado desde el siglo XVII hasta la actualidad para registrarlo de forma escrita. Actualmente, se utilizan 26 letras, y cada sonido del *mapudungun* es representado por una sola letra. Así, por ejemplo, como adelantamos en las primeras citas de esta obra, la “c” se pronuncia “ch”. Del mismo modo, la lengua que hablan los mapuce tiene una vocal más que el castellano. El objetivo que persigue el pueblo mapuce al escribir mediante el grafemario

to buscó construir alternativas al capitalismo: sociedades multiculturales (Ecuador), sociedades interculturales (Chile), o bien un país plurinacional (Bolivia). En Argentina, sucedió algo similar, aunque estos temas recién están comenzando a surgir de manera incipiente, a partir del intento de transformar un Estado, que se presenta como racista y monocultural, en uno plurinacional. Pese a las diferencias en los avances conseguidos en cada Estado, en todos los casos, la tarea inmediata que se propone el pueblo mapuce se centra en *volver a ser* (Huipán, 2017).

Evidentemente, ese ansiado anhelo de pueblo mapuce, en clave de decolonización, que busca reconstruir su identidad, su historia y su ancestralidad, irrumpe con fuerza, a partir de reivindicar las ideas promulgadas por la Declaración sobre la Raza y los Prejuicios Raciales (1978):

La identidad de origen no afecta en modo alguno la facultad que tienen los seres humanos de vivir diferentemente, ni las diferencias fundadas en la diversidad de las culturas, del medio ambiente y de la historia, ni el derecho de conservar la identidad cultural. Todos los pueblos del mundo están dotados de las mismas facultades que les permiten alcanzar la plenitud del desarrollo intelectual, técnico, social, económico, cultural y político.

Para el logro de esta propuesta, las comunidades mapuce neuquinas elaboraron un proyecto de educación intercultural, que busca equiparar el conocimiento tradicional mapuce con el conocimiento académico, a partir de articular un nuevo currículo en el sistema edu-

---

apunta a usar las mismas herramientas con las que esta comunidad fue dominada, pero esta vez para descolonizarse (Huipán 2017).

cativo formal (Huipán, 2017). Sin embargo, este enfoque se proyecta sobre un marco de tensión no solo entre la tradición mapuce y la cultura occidental, sino también respecto a una resistencia interna entre lo arcaico, que caracterizaba el aspecto institucional de la confederación, con lo nuevo que se viene gestando en la actualidad (Huipán, 2017).

Pese a las tensiones, el avance de las comunidades mapuce para conseguir el reconocimiento y el respeto a sus costumbres se produce en distintos frentes. En la provincia del Neuquén, el trabajo se plantea a partir de la división de la provincia en cuatro zonas territoriales. Inicialmente, cada zona tenía su consejo zonal. Actualmente, los consejos son seis. De allí que, en cada consejo zonal, se trabajan tópicos específicos. Entre estos, se encuentran el reconocimiento del registro civil propio; la educación (propia y la transformación del sistema formal); el diálogo con la Dirección de Parques Nacionales para la conservación de la biodiversidad; los aspectos económico-productivos; el *Küme Felen* (el buen vivir); el idioma (con talleres, cursos y materiales didácticos); y, finalmente, también se trabaja la construcción política a nivel nacional, continental y mundial (Huipán, 2017).

Este accionar político, que, en gran parte, se encuentra empuñado y robustecido por el rol que han asumido las mujeres mapuce, genera un dinamismo interno que se levanta contra las formas de opresión que las han hostigado históricamente. En palabras de García Gualda (2013): “A partir de asumirse políticamente como mujeres e indígenas (y pobres) comienza a tejerse una nueva realidad para estas actrices, desplazándose los límites entre lo público y lo privado” (p. 55). Queda claro que este protagonismo político, del que las mujeres mapuce se han apoderado, se afianza con suma coherencia sobre la histórica lucha que vienen llevando los mapuce

en defensa de su concepción comunitaria del territorio y el trabajo colectivo, como componente articulador del entramado socioproductivo que los caracteriza como comunidad (García Gualda, 2015, p. 590).

Sin embargo, estas mujeres son conscientes de todo el trabajo que queda por delante respecto al reconocimiento y respeto cultural que deben gestar y reformular en el accionar político-cultural cotidiano. Por el mismo motivo, también parten de la necesidad de construir, desde la participación política, una relación horizontal, que respete, valore y considere los aportes de la cosmovisión mapuce y su perspectiva epistémica. Esto resulta fundamental, como medida primaria, para que estas comunidades puedan comenzar a edificarse, consiguiendo el respeto por su identidad y su concepción del buen vivir, dejando atrás, finalmente, la histórica discriminación y marginalidad a la que fueron sometidos, como producto de la conquista y posterior colonización.

Por este motivo, resulta sustancial para las comunidades indígenas de nuestro país, y para las mapuce en particular, que se produzca una construcción consensuada, pero, fundamentalmente, participativa, con representantes propios, en la disposición y creación de políticas públicas. Evidentemente, esto supone que estén en una situación que les permita tomar decisiones. Por ello, el reclamo de las comunidades mapuce, actualmente, se centra en la elaboración seria y crítica del próximo censo<sup>86</sup>, para contar con

---

<sup>86</sup>Con la elaboración seria y crítica del próximo censo, nos referimos a los reclamos que la comunidad expuso en el marco del Seminario Internacional de Pueblos Indígenas en el Censo 2020 (este seminario se realizó el 2 de septiembre de 2019, en el auditorio de la Cámara de Diputados de la Nación). Allí, Azpiroz Cleñan planteó la necesidad de participar activamente en el “diseño conceptual precensal, censal y postcensal”, programado para

una cifra certera de la cantidad de habitantes indígenas que pueblan la Argentina. En palabras de la referente mapuce Verónica Azpiroz Cleñan (2020b), una de las organizadoras del Tejido de Profesionales Indígenas<sup>87</sup>:

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

En este sentido, es interesante detenerse en las experiencias y los avances que otras comunidades indígenas latinoamericanas han podido generar a partir de ser consideradas en registros censales, puesto que esta incorporación pone en evidencia y en contemplación distintos elementos que resultan centrales para la autoidentificación étnica. En el caso de Colombia, Bolivia y Guatemala, estos logros se han plasmado en la construcción de planes sanitarios situados, que

---

el año 2020 (el cual no tuvo lugar, producto de la pandemia del COVID-19). Puesto que, según denuncian, no se han planteado mecanismos de consulta, ni metodologías para que las organizaciones indígenas, que son más de 1.500 comunidades, puedan tener voz y plantear propuestas superadoras, en las que, efectivamente, se encuentren incluidos.

<sup>87</sup>Tejido de Profesionales Indígenas es una red creada en julio del 2018, por iniciativa de ciudadanos argentinos pertenecientes a los pueblos originarios. Tiene el propósito de generar un diálogo de saberes entre el conocimiento ancestral y el conocimiento científico. Sus integrantes han pasado por distintas universidades del país, además, hablan su propia lengua, el castellano y algunos hablan otras lenguas extranjeras. En el grupo están representados diecinueve pueblos y nueve comunidades lingüísticas. Uno de los principales desafíos dentro de la red ha sido la posibilidad de hacer encuentros presenciales, debido a la gran extensión de la geografía argentina. Más información en Latinno [sitio web] <https://latinno.net/es/case/1164/>

responden a la mirada epistémica indígena de estas comunidades. Así, Azpiroz Cleñan (2019b) afirma que:

[En] Colombia tienen mapas geolocalizados con relación a cómo categorizan los pueblos originarios los procesos de salud-enfermedad. Por ejemplo, está pintado el mapa de todo Colombia de acuerdo a cómo cada pueblo concibe el proceso de salud-enfermedad. Así, hay zonas que están pintadas de gente que padece: mal de ojo, empacho, posparto, enfriamiento de coxis luego del posparto, o bien de apariciones de fuerzas que convocan a lo que ellos llaman los *mamos* o los médicos tradicionales a adoptar la capacidad de sanar.

De allí que la importancia de incorporar ciertos indicadores, propuestos por las comunidades indígenas, en el registro censal, radica en que estas comunidades puedan elaborar sus propios interrogantes, para poder interpelarse y responderse según su propia epistemología. Sumado a lo dicho, es imprescindible considerar que, tal como afirma Azpiroz Cleñan (2019b): “El censo tarda alrededor de tres años en dar los resultados, y si una lengua está en peligro de extinción, no se puede esperar este tiempo para tomar medidas”. Razonablemente, estar en conocimiento de estas situaciones les posibilita, a las comunidades indígenas de nuestro país, crear su propio sistema de información estadística con posterior independencia del censo (Azpiroz Cleñan, 2019b).

Respecto a la problemática sanitaria, la situación es análoga a la planteada con la posible extinción de una lengua. Precisamente, la similitud no se presenta solamente en términos de posible declive, sino, más cabalmente, en la factible lectura equívoca que se haga de los datos conseguidos. Puesto que, si no se atienden censalmente los determinantes sociales de la salud con criterios indígenas propios,

desde la participación activa de sus protagonistas (en la elaboración de criterios y valoración posterior de los datos obtenidos), lo único que se genera es una interpretación sesgada, producto del etnocentrismo. Claramente, esta simplificación parte de una preconceptualización respecto a las características de la situación sanitaria (social y cultural) particular de las comunidades indígenas.

El censo no debe centrarse en recabar información cuantificable respecto al acceso a la salud de las comunidades indígenas, puesto que esta información solo plantea un dato aislado respecto a la cantidad de personas indígenas que son atendidas y acceden al sistema biomédico de salud. Resulta claro que esta variable no manifiesta todos los determinantes sociales de la salud que intervienen en la falta de acceso. Es decir, no se plantea de manera explícita la carencia de acceso al agua o al territorio, ni tampoco los determinantes vinculados a la “afectación de los niños en situaciones de despojo o vulneración de derechos, respecto a la alimentación, al agua, a la seguridad de permanecer en su territorio” (Aziproz Cleñan, 2019b).

Es prioritario reflexionar respecto a los factores que afectan e intensifican la problemática sanitaria de las comunidades indígenas y rurales, porque estos determinantes sociales de la salud deben ser centrales para abordar la cuestión sanitaria, sin caer en un reduccionismo. De allí que el acceso a la salud debe ser cuantificado a partir de considerar, entre otras variables, “escasez de agua, asistencia médica deficiente o nula, ausencia de medios de transporte y comunicación, mínima asistencia educativa, ausencia de saneamiento ambiental, control inexistente de plagas y parasitosis animal y humana” (Carrasco, 2002, pp. 395-396).

Pensamos que poner en consideración la forma de recabar datos según variables propuestas por los participantes, con sus respectivos

criterios de interpretación, no solo es una manera de poner en cuestión los instrumentos poco representativos que se emplean, sino que también es un modo de evidenciar las características del abordaje intercultural que se propone desde la perspectiva eminentemente (de la intencionalidad) política. Puesto que, esta posibilita o niega dar voz a la realidad (histórica, económica, sanitaria) que vivencian estas comunidades, que han sido las más castigadas y marginadas, desde la colonización hasta este tiempo.

Por este motivo, en consonancia con el planteo de Gómez y Trentini (2020), asumimos como premisa fundamental que acceder a determinados derechos está vinculado con “la capacidad de encarnar imágenes ideales o estereotipos” (pp. 117-118). Dicho de otro modo, la conquista del acceso a ciertos derechos o intereses específicos, que se presentan, categóricamente, como derechos humanos básicos, por lo general, se ve obstaculizada por factores políticos, económicos y culturales, que obligan al sector vulnerado a tensionar las formas de expresión para que su voz sea tenida en cuenta. Precisamente, en este punto radica la importancia de que las identidades tengan la posibilidad real de ser reconocidas en la magnitud de su construcción histórica. De allí que, tal como afirman las autoras:

Cuando estos ideales o estereotipos son recuperados de manera acrítica invisibilizan las relaciones de poder y dominación y construyen al “otro” como una identidad total, con lo que borran diferencias y construyen una verdad evidente más allá de los vaivenes de la historia. (Gómez y Trentini, 2020, pp. 117-118)

Respecto a este constructo identitario, que se gesta como fruto de las resistencias que se producen entre la enfática distancia de po-

der, que portan las posiciones de clara dominación y las de profunda subordinación, resulta fundamental que las reivindicaciones culturales adquieran un papel de efectivo reconocimiento e insondable respeto<sup>88</sup>. De modo tal que promuevan el quiebre de los estereotipos de subalternidad, al que fueron arrojadas las comunidades indígenas de nuestro país. Sobre este aspecto, Gómez y Trentini (2020) afirman que: “Para quienes se reconocen como ‘indígenas’ o ‘pueblos indígenas’, la cultura continúa siendo una categoría cargada de contenidos cerrados en un orden interno, más allá de los cambios y procesos históricos” (pp. 117-118).

Consecuentemente, para promover el quiebre de los estereotipos de subalternidad, las comunidades indígenas de nuestro país plantean fuertes prácticas de activismo y visibilización, en las que las mujeres mapuce asumen el rol de denunciar la permanente violación de los derechos básicos de los pueblos originarios, así como la violencia (institucional, social, económica y cultural) y la situación de subordinación y opresión, en la que sus comunidades son despojadas de toda posibilidad de reafirmarse y re-enunciarse desde sus propios valores morales y culturales.

En este plano, resulta pertinente retomar la perspectiva que plantea Spivak (1996), respecto a la relevancia de completar el acto de habla, en

---

<sup>88</sup>Respecto a esta necesidad de reconocimiento y respeto de su cosmovisión, por la que luchan históricamente los pueblos indígenas latinoamericanos: “[Las] marcas diacríticas como la lengua, las ceremonias, la vestimenta son las que apoyan el diálogo intercultural, debido a que el concepto de ‘cultura’ –asociado a la ‘identidad’ de ‘los otros’– es fuertemente esencialista y no acepta contradicciones ni cambios, de modo que no tiene en cuenta que las identidades se construyen en contextos de dominación e intercambio que posibilitan o niegan determinados tipos de identificación” (Clifford, 1988, en Gómez y Trentini, 2020).

la circularidad de la formulación y su respectiva recepción. Cuando Spivak afirma que el subalterno no puede hablar, se refiere a que no puede ser oído, reconocido, comprendido. En este sentido, la autora piensa en un acto de habla fallido (en el sentido de Austin, 1962). Puesto que, según Spivak, cuando el subalterno no puede hablar, es decir que, incluso cuando el subalterno hace un esfuerzo para hablar, no es capaz de ser oído, o de completar un acto de habla (Spivak, 1996, pp. 287-308, [traducción propia]). En efecto, consideramos que en la habilitación real de puentes dialógicos es donde cobra importancia la enunciación, en tanto denuncia, para que devenga en la concesión y reparación de los derechos históricamente vulnerados, puesto que recoge el vigor del dolor anidado en estos relatos y experiencias.

Por este motivo, el presente trabajo plantea la necesidad de reflexionar respecto a la importancia de adoptar, en el ámbito de la salud neuquina de Las Coloradas, una concepción de justicia epistémica. Puesto que dicha concepción de justicia permite comprender la violencia que se produce, desde el plano epistémico, cuando se pretende plantear con neutralidad el hecho de considerar como valiosa la conservación de los rasgos originarios de una cultura, en detrimento de otras que nos interpelan desde las milenarias relaciones de género, etnia y clase, primordialmente cuando emerge un sujeto político que ejerce y demanda titularidad de derechos sobre su cuerpo (Feltri, 2006). De allí que la injusticia epistémica genera y naturaliza prácticas de subordinación y de subalternidad dominantes sobre otras cosmovisiones culturales.

De esta manera, consideramos que debe replantearse de manera crítica el rol que desempeñan los diversos dispositivos institucionales (escuelas, hospitales, hospicios, ejércitos, iglesias, registros civiles), respecto a la colonialidad del poder, del saber, del ser y del vivir. Pues-

to que la dominación que ejercen estos dispositivos, en la articulación entre capitalismo, patriarcado y colonialismo, es de gran envergadura. De allí que tienen la capacidad de plantear como subalternas otras prácticas y conocimientos, que son reenviados al estatus de folclore, curandería, saber tradicional, educación familiar, todo ello en inferioridad material, ideológica y simbólica respecto del conocimiento científico (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b], pp. 54-55). En este sentido, resulta fundamental comprender el estado de situación al que se somete a las comunidades indígenas, a las que se les impone una posición subalterna respecto a las necesidades básicas que estas presentan en el ámbito sanitario.

Tal como advierte Menéndez (1990, en Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b]), el proceso de salud/enfermedad/atención es un modo de constitución de los sujetos, de sus cuerpos y sus psiquis, y el padecimiento es un hecho social. Ambos están anudados a significados históricamente construidos, que, por medio de la “atención”, se instituyen modos de pensar e intervenir (pp. 54-55). En este aspecto, “medicar es un acto político, así como también lo son atender, intervenir, tratar, internar”. De allí que “estas prácticas y sus sustentos científicos (ideológicos) son procesos de saber/poder, anudamientos de control, habilitación y prohibición, normalización y legitimación de lo que puede hacerse con los padecimientos, quiénes deben hacerlo y cómo hacerlo” (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b], pp. 54-55).

En efecto, resulta fundamental, en el marco de la salud neuquina, partir de una concepción de justicia epistémica, basada en el diálogo intercultural y respetuoso. Puesto que la interculturalidad comienza a construirse modificando las prácticas cotidianas, en el contexto en el que se entrecruzan quienes están a cargo de hacer realidad las po-

líticas de salud y quienes resultan ser sus beneficiarios directos<sup>89</sup>. Por ello, es importante entender que la clave está en el nivel de atención primaria y en las acciones de promoción y cuidado, así como en los lazos sociales que se construyan a nivel comunitario con la población indígena (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b]). Precisamente, es en este encuentro, que debe partir de la alteridad, donde deben construirse políticas públicas de salud que respondan no solo a los valores morales y culturales de las comunidades indígenas mapuce, sino también a lo que dichas comunidades reconocen como necesidades sanitarias desde su cosmovisión.

---

<sup>89</sup>De ahí la importancia de médicos/as, enfermeros/as, profesionales, auxiliares de la salud, personal administrativo, agentes sanitarios, personal de apoyo, que trabajan diariamente desde la posta de salud más alejada e inaccesible hasta los grandes hospitales (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.[b], p. 74).

## | CAPÍTULO 4 |

### Sistema sanitario neuquino: desafíos de ayer y de hoy

Los ámbitos estatales de trabajo [...] deben ser analizados considerando las múltiples disputas existentes en su interior entre distintos grupos localmente situados.

Anabel Beliera

Comenzaremos con una breve historización respecto a los lineamientos políticos que definieron las bases ideológicas de las políticas públicas llevadas a cabo en la atención sanitaria neuquina. Desde inicios del siglo xx (entre 1910 y 1914), centrados en el higienismo<sup>90</sup>, como corriente filosófico-política de la época, y con vistas a la construcción de las nuevas sociedades territorianas, la región de Neuquén demandó y gestionó la edificación de un hospital<sup>91</sup>. Este proyecto fue aprobado con un decreto entre el gobernador Adalberto Pagano<sup>92</sup> y la Dirección

---

<sup>90</sup>“La memoria acerca de los modos de saber y hacer salud, como las formas arquitectónicas utilizadas, nos hablan de una etapa de construcción de la ‘utopía higienista’ (Kohl A. 2006), utopía liberal, paradigma funcional y en armonía con un sistema dominante, expresión de un modelo económico de desarrollo agroexportador, simiente del capitalismo en gestación” (Vega, 2013). Del mismo modo, esta perspectiva higienista se plantea en el marco de una moralidad que se erige como parámetro de intercambio monetario, como si ambos criterios (limpieza y moral) fuesen sinónimos, más allá del terreno sanitario, que nos permiten o nos niegan ser aceptados por el “mundo” para comerciar.

<sup>91</sup>Según Vega (2013), “la historia de la construcción de hospitales regionales se inicia en 1906, cuando la Ley 4963 destina el 25% de lo recaudado en la Lotería Nacional a la construcción de hospitales y asilos regionales”.

<sup>92</sup>El presidente Agustín P. Justo designó a Adalberto Pagano como gobernador del Te-

Nacional de Arquitectura. Sin embargo, tal como relata Vega (2013), la historia oficial neuquina recuerda que el Congreso Nacional aprobó en 1910 un subsidio para instalar un hospital en Neuquén<sup>93</sup>, pero que, por “maniobras políticas, lo desplazaron a la ciudad de Allen”<sup>94</sup>.

De este modo, entre tensiones y maniobras viciadas, se constituyó el pasaje del territorio nacional a la conformación de la provincia del Neuquén<sup>95</sup>. En ese mismo año asumió la gobernación Jorge Edelman y luego Alfredo Asmar, representantes de la Unión Cívica Radical Intransigente. En su mandato, se elaboró una Constitución, que contempló la creación de una Dirección General de Salud Pública y la división del territorio en jefaturas de zonas sanitarias. Esta implementación

---

territorio Nacional del Río Negro. Asumió el 11 de septiembre de 1932 y se mantuvo en el cargo hasta la revuelta militar del 4 de junio de 1943. Esos casi once años al frente de la gobernación siguen siendo, aún hoy, el registro de mayor permanencia de un gobernador rionegrino, aunque sin el respaldo del voto popular, que, por entonces, estaba vedado a los habitantes de los territorios (Espinosa, 2013).

<sup>93</sup>Según afirma Vega (2013): “Al aprobarse el subsidio del Congreso Nacional, Neuquén solo debía esperar el inicio de la obra. En 1913 se destinó \$251.828,07 moneda nacional para la realización del hospital regional, pero el destino fue Allen (Río Negro)”.

<sup>94</sup>Tal como afirma Vega (2013). “La construcción del hospital regional en Allen esconde una red de corrupción y negocios con la tierra”. Para más información sobre este tema, recurrir a: Taranda, Perren, Mases, Galucci y Casullo, (2008), *Silencio hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén*, de Educo, Universidad Nacional del Comahue.

<sup>95</sup>Recién en 1958, se provincializó el Territorio Nacional del Neuquén. Tal como relata Beliera (2016), “la provincia de Neuquén fue creada en el año 1955, cuando desde el gobierno nacional se tomó la decisión de dar autonomía a algunos de los denominados Territorios Nacionales”. No obstante, este proyecto de autonomía política no se hizo efectivo en ese período, debido al golpe de Estado nacional. De allí que, recién tres años después, se desarrollaron las primeras elecciones gubernamentales, en las que resultó electo el partido Unión Cívica Radical Intransigente (UCRI). Este partido (UCRI) fue derrotado en las elecciones siguientes (las del año 1962), por el partido denominado Movimiento Popular Neuquino (MPN), con Felipe Sapag como gobernador (Beliera, 2016, pp. 180-211).

consiguió efectivizar el traspaso y transferencia de los servicios sanitarios desde la jurisdicción nacional a la provincia (UNLA, s.f.[a]).

El clima que caracterizaba esta época se centró en un desarrollismo genérico<sup>96</sup>, que buscó impulsar la búsqueda de fuentes energéticas, erigiéndose como complejo industrial diversificado, sobre las bases desmoronadas del preliminar sistema agroexportador (Casullo, 2016, p. 250). En este sentido, los objetivos nacionales se enfocaron en descentralizar la perspectiva centro-periferia, promoviendo la creación de “polos de crecimiento” en distintos puntos de país, teniendo como contexto un fuerte influjo inmigratorio (p. 250).

Paralelamente, durante los años sesenta, en la provincia del Neuquén, surgió el Movimiento Popular Neuquino (MPN), en un marco político que promovía una mirada planificadora respecto a un desarrollo industrial, que aún no se condecía con las condiciones de vida que experimentaban los habitantes de estos territorios, puesto que estos modos de vida revelaban una evidente falta de avance en indicadores básicos de bienestar y sobrevivencia (Casullo, 2016, p. 251). Sin embargo, esta situación fue el escenario perfecto para que los jóvenes profesionales e idóneos que llegaban a la provincia tuvieran la posibilidad de insertarse prontamente en la trama social neuquina, en los diferentes ámbitos que se iban gestando, a la vez que la autonomía política de la provincia se iba consolidando<sup>97</sup>.

<sup>96</sup>Según Casullo (2016, pp. 253-4), en la agenda del gobierno de Frondizi, comenzaba, por entonces, a ganar espacio la necesidad de promocionar determinadas regiones estratégicas, como medio para dinamizar al conjunto del país. Los elementos más evidentes de este propósito lo conforman la creación del Consejo Nacional de Desarrollo (CONADE) y el auge de las regiones como instrumentos de planificación.

<sup>97</sup>Sobre este aspecto Casullo (2016) afirma que: “Se concretó un destacado crecimiento

En cuanto a la atención sanitaria, inicialmente, el abordaje se centró en un mensaje universalista, que presentaba el acceso a la salud desde un marco de derecho social inalienable. De esta manera, el aspecto sanitario cobró un fuerte protagonismo, que supo ser aprovechado, mediante las políticas de intervención social provincial, por el primer líder del Movimiento Popular Neuquino, el gobernador Felipe Sapag<sup>98</sup>. De ahí que, tal como afirma Di Liscia (2009), “se impulsó un modelo estatal intervencionista bajo el impacto del desarrollismo, tanto en sus vertientes democráticas como autoritarias, que a la vez asumía como hecho fundamental la descentralización y co-financiamiento del sistema” (p. 2). De esta manera, en el inicio de la década de los sesenta, se comenzó la construcción del Hospital Bouquet Roldán y el Hospital de San Martín de los Andes. Asimismo, se refaccionaron y ampliaron distintos establecimientos hospitalarios y centros de salud (UNLA, s.f.[a]).

Con el objetivo de promover el desarrollo y dar soluciones inmediatas en áreas tan delicadas como salud, educación y vivienda, en Neu-

---

de los planteles médicos: si en 1960 había tan solo 24, para 1966 su cifra llegaría a 133. No menos relevante era, a estos efectos, la incorporación de otros especialistas, en particular en las áreas de bioquímica, obstetricia y enfermería. En cuanto a la infraestructura, el gobierno realizó una importante inversión en la construcción de instalaciones sanitarias en diferentes puntos de la provincia” (p. 6).

<sup>98</sup>Véase Di Liscia, (2009, p. 186). Resulta interesante notar que, en 1970, Felipe Sapag había sido nombrado interventor en Neuquén bajo el gobierno de facto del general Juan Carlos Onganía, aunque ya había gobernado el territorio y sabía las necesidades urgentes que había cuando asumió como gobernador en 1963 (Cippitelli, 2020). De esta manera, cuando en marzo del año 1970, tras la renuncia de Rodolfo Rosauer, asume la gobernación Felipe Sapag, nombra como ministro de Bienestar de la provincia al médico Alberto Del Vas, que fue el propulsor de un nuevo plan de salud de línea “anticorporativista”. Asimismo, Del Vas designa a Néstor Perrone al frente de la Dirección General de Salud, al tiempo que intensifica el proceso de radicación en la provincia de sanitaristas y profesionales de la salud del resto del país (UNLA, s.f.[b]).

quén, se creó el Consejo Provincial de Sanidad<sup>99</sup>. Este organismo tenía por finalidad delimitar las grandes avenidas por donde circularía la asistencia sanitaria (Casullo, 2016, p. 253). Así, partiendo de un alarmante diagnóstico respecto de la situación sanitaria y social, con altos índices de mortalidad infantil y sin atención médica para grandes extensiones del territorio, el naciente MPN proponía un sistema de salud destinado a mitigar las diferencias regionales y sociales (Di Liscia, 2009, p. 186). En palabras de Sapag (1994), resultaba necesario “dotar a los centros asistenciales fijos y crear una asistencia ambulatoria que proteja la población y en especial a la niñez” (en Casullo, 2016, p. 254).

Ante la urgencia de resolver una situación acuciante, se generó un modelo sanitario que distribuía responsabilidades entre distintas asociaciones intermedias. En este sentido, se crearon el Instituto de Seguridad Social y la obra social para empleados públicos, como una consecuencia lógica de esta etapa (Di Liscia, 2009, p. 186). Del mismo modo, comenzó a producirse una vinculación más estrecha entre el Estado, como generador de recursos, y las prestadoras privadas (clínicas y profesionales), en tanto destinatarias de estos (p. 186). No obstante, en esta trama de acuerdos favorecedores del sector privado, el modelo sanitario presentado mostró evidentes avances<sup>100</sup>. De allí que, tal como afirma el doctor Osvaldo Pellín (2020): “En el primer año des-

<sup>99</sup>Evidentemente, este desarrollo se llevó a cabo entre 1958 y 1962, en un contexto político signado por una democracia restringida, en la que el peronismo estaba proscrito. Para mayor profundización del contexto histórico-político véase Casullo (2016, p. 253).

<sup>100</sup>Según relata Di Liscia (2009), este plan de salud fue considerado como uno de los mayores éxitos del gobierno provincial del Movimiento Popular Neuquino, y, por este motivo, fue utilizado políticamente como ejemplo de propuesta exitosa, tanto desde el punto de vista de la planificación técnica como de sus efectos sociales.

de que se aplicó el Plan de Salud en la provincia del Neuquén se evitó la muerte de 40 niños. Y en los años sucesivos la mortalidad infantil bajó a la mitad” (en Cippitelli, 2020).

De esta manera, este proyecto, que resultó ser clave para el desarrollo de la salud pública neuquina, en tiempos de dictadura, con la venia de Juan Carlos Onganía, se resguardó como un plan de salud verdaderamente original y distinguido, con fuerte impacto social. Esta situación permitió, por un lado, incrementar la cantidad de médicos, a partir de estudios especializados; y, por otro lado, planificar la infraestructura sanitaria, a partir de crear un número importante de hospitales y centros de atención de complejidad variable, centrados en la atención sanitaria de los sectores más vulnerables (Di Liscia, 2009, pp. 186-187).

Del mismo modo, finalizando los años setenta, se fundó la Sociedad de Medicina Rural del Neuquén, en la ciudad de Zapala. Desde sus primeros años, esta sociedad se posicionó como un espacio de agregación médica e intercambio científico, que nucleaba a los trabajadores de la salud, principalmente, a aquellos que se desempeñaban en ámbitos rurales y en estrecha relación con las comunidades de la provincia (UNLA, s.f.[b]).

Así, todas estas satisfactorias medidas suscitadas durante los años setenta, que resultaron ser contrarias a las políticas gestadas en el período de la dictadura militar<sup>101</sup>, fueron prolongadas durante las dos décadas que siguieron. No obstante, a pesar del notable desarrollo

---

<sup>101</sup>Tal como afirma Di Liscia (2009, p. 187), con la dictadura militar de 1976 se inicia un quiebre a nivel nacional de un modelo estatal intervencionista y social. Pero una mirada profunda sobre los aspectos centrales de una organización sanitaria provincial revela la permanencia de la actividad pública en la salud.

propulsado por estas políticas en el ámbito sanitario público neuquino, se produjo un profundo quiebre y retroceso en los años noventa. Evidentemente, este período, teñido por políticas neoliberales, significó una fuerte desinversión en el sistema público, con una marcada pérdida de recursos profesionales (Di Liscia, 2009, p. 187).

A partir de esta situación, los gobiernos siguientes sostuvieron un coherente proyecto de permanente declive y desfinanciamiento del sector público sanitario, que en nada se asemejaba al proyecto iniciado en los tiempos de la provincialización de Neuquén. De ahí que, tal como afirma Di Liscia (2009), “este nuevo juego, alentado por las corporaciones médicas, significó una profunda ruptura con el modelo de hospital del Plan de Salud y puso el acento en el traslado de recursos del erario público al sector privado” (pp. 187-188).

Partiendo de esta caracterización, actualmente, pueden distinguirse dos tipos de atención sanitaria: la primera refiere a la población carente de obra social y recursos, y la segunda, a la población con obra social (especialmente la de empleados públicos). Dicho de otra manera, la atención sanitaria estatal solo se presenta para el primer grupo, mientras que aquellos que pertenecen al segundo, son atendidos por el sector privado. De modo que este segundo grupo es el único que tiene posibilidades de incrementar su inversión y volumen de recursos de manera periódica (Di Liscia, 2009, pp. 187-188).

En efecto, actualmente, los hospitales públicos neuquinos han quedado sumidos a un rol que, lejos de ser planificado y dinámico, se caracteriza por su papel asistencial, a raíz del deterioro laboral, de las prestaciones y de la infraestructura pública (Di Liscia, 2009, pp. 187-188). Sin embargo, más allá del menoscabo de las condiciones actuales del sistema sanitario neuquino, las líneas de trabajo proyectadas para

el 2021 se enfocan en la descentralización del sistema por niveles de gestión, la jerarquización de los centros de salud (como primer nivel de atención), y el proceso de articulación y de una nueva estrategia respecto de las residencias profesionales (Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, 2019a). Veremos, más adelante, cómo se planifican estas políticas sanitarias en el marco del Plan provincial de Salud 2019-2023 puesto en marcha. Del mismo modo, analizaremos si este plan contempla lineamientos políticos (y presupuestarios) específicos respecto a la atención sanitaria intercultural de las comunidades indígenas de Neuquén.

### **Breve caracterización del sistema sanitario de Las Coloradas**

Como adelantamos en la introducción de esta obra, para caracterizar el sector sanitario del pueblo Las Coloradas, comenzamos por señalar que esta localidad se encuentra ubicada en el sudoeste de la provincia del Neuquén, Argentina, a unos 320 km de la ciudad de Neuquén<sup>102</sup> (ver mapa en “Anexo”). Asimismo, esta localidad se comunica con Zapala (que se encuentra a 140 km al noreste), por la Ruta Nacional 40, y con Junín de los Andes (90 km al sureste). La ruta provincial

---

<sup>102</sup>Según García Gualda (2017a): “El área de Las Coloradas [...] en los últimos años comenzaron a desarrollarse en el lugar una serie de proyectos orientados al turismo, impulsados por el Municipio y el Consejo Provincial para el Desarrollo (COPADE). Entre las iniciativas se destaca la construcción de una hostería municipal. A la par, se ha intentado instalar la empresa minera Southern Copper dedicada a la explotación, a cielo abierto, de oro, cobre y molibdeno. Esta empresa de capitales mexicanos, en 2015, buscaba poner en funcionamiento un megaproyecto denominado Las Nenas y La Voluntad en las cuencas de los ríos Catán Lil y Picun Leufu. Este avance de la ofensiva extractivista impulsó la organización y acción política de los/as vecinos/as de Las Coloradas y, fundamentalmente, de las comunidades mapuce afectadas de forma directa” (p. 196).

24 empalma con la 40 y es el acceso directo al municipio a través de 20 km de ripio. Las Coloradas cuenta con una población de 880 habitantes (según Indec, 2010), de los cuales 456 son varones y 424, mujeres<sup>103</sup>. Asimismo, Las Coloradas localidad rodeada de estancias privadas y comunidades mapuce<sup>104</sup>, es el único municipio del Departamento de Catán Lil. En este departamento, como anticipamos en la introducción de este libro, habitan cinco<sup>105</sup> comunidades mapuce: Cayupán, Felipín, Paineo, Cayulef y Rams (ver mapa en “Anexo”).

Por otra parte, Las Coloradas, junto con los establecimientos de San Martín de los Andes, Junín de los Andes y Villa la Angostura, conforman la zona sanitaria IV de Neuquén (ver gráfico 1). Esta zona, que tiene como cabecera a San Martín de los Andes, es la segunda más poblada de la provincia (63.979 habitantes) y atiende al sector sur (Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, s.f.).

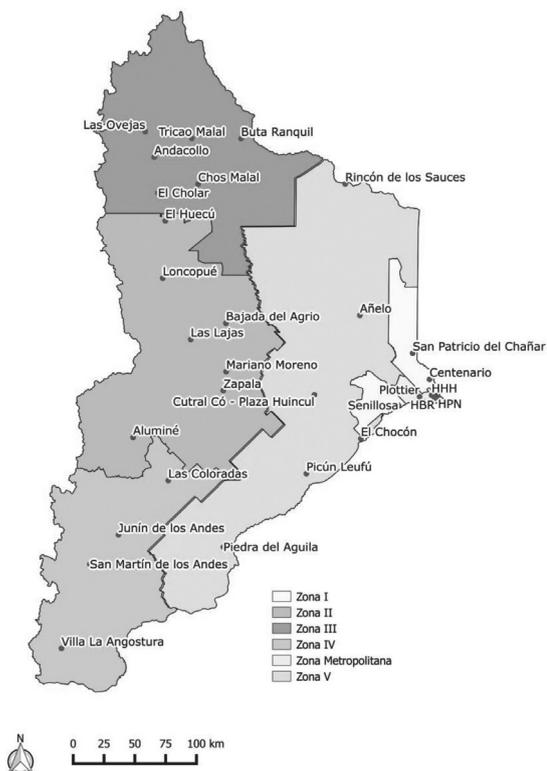
En materia sanitaria, este municipio cuenta con el Hospital Carlos Potente de Las Coloradas. Asimismo, en el departamento hay cuatro establecimientos sanitarios de complejidad I (postas sanitarias). Los recursos humanos se distribuyen de la manera en que se detalla en la

<sup>103</sup>No obstante, según los registros de informes sanitarios presentados por el Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, en marzo de 2018, la población de Las Coloradas supera los 1.800 habitantes.

<sup>104</sup>Según García Gualda (2017a): “Tierra adentro, en los márgenes de la urbanidad, estos territorios se erigen como zonas de sacrificio y los/as mapuce –empobrecidos, atravesados y disciplinados por prácticas clientelistas y violentas– son colocados por el Estado en el lugar de cuerpos sacrificables a favor del capital” (p. 197).

<sup>105</sup>Según el listado de comunidades indígenas con personería jurídica registrada o con relevamiento técnico, jurídico y catastral del 20 de agosto de 2020. Disponible en <http://datos.jus.gob.ar/dataset/listado-de-comunidades-indigenas/archivo/ed21e2f7-961f-4b19-8a00-0030c6cdd6ef>

tabla 1. En el caso del hospital de Las Coloradas, el equipo se encuentra conformado por 8 profesionales, 8 técnicos, 22 auxiliares/enfermeros y 7 de servicios operativos; además de contar con una dotación de catorce camas, y una guardia inaugurada a fines de 2019.



**Gráfico 1.** Zonas sanitarias del sistema de salud neuquino

Fuente: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (s.f.), p. 3.

**Tabla 1.** Recursos humanos del subsector público según agrupamiento (Neuquén, 2017)

ESTABLECIMIENTOS	TOTAL GENERAL	PROFESIONALES	TÉCNICOS	AUXILIARES	SERVICIOS
		M.Lic. E-Otros p.	Tec. + Enfer.	Aux. + Enfer	Operativos
<b>Total Provincial</b>	<b>8672</b>	<b>3040</b>	<b>1809</b>	<b>3128</b>	<b>695</b>
Hospital San Martín de los Andes	378	169	80	123	6
Hospital Junín de los Andes	321	109	48	133	31
Hospital Villa La Angostura	199	70	50	70	9
Hospital Las Coloradas	45	8	8	22	7
Jefatura Zona IV	23	15	2	5	1
<b>Zona Sanitaria IV</b>	<b>966</b>	<b>371</b>	<b>188</b>	<b>353</b>	<b>54</b>

Fuente: Dirección General de Información Sanitaria, 2018.

Del mismo modo, con la intención de observar la variable referida a la cantidad de profesionales en el sistema público sanitario de Las Coloradas, podemos notar que estos números variaron respecto a los presentados el año anterior (ver tablas 2 y 3). De allí que, según la última información publicada en 2018, por la Dirección General de Información Sanitaria, dependiente del Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, la localidad de Las Coloradas cuenta con una cantidad de profesionales (médicos y licenciados) y enfermeros que resulta ser menor o igual a la cantidad que poseía el año anterior. Este dato resulta ser de gran relevancia, debido a que, mientras el plantel de profesionales de la salud se mantiene estable o disminuido en cantidad, la población en este paraje se ha incrementado en un 1,5% del total en el transcurso de ese mismo año.

**Tabla 2.** Distribución de recursos humanos en la zona sanitaria IV del subsector público (Neuquén, 2017)<sup>106</sup>

ÁREAS PROGRAMÁTICAS	POBLACIÓN 2017 (1)	RECURSO HUMANO DEL SUBSECTOR PÚBLICO							
		MÉDICOS		ENFERMEROS		ODONTÓLOGOS		PSICÓLOGOS	
		Total	Por 10.000 hab.	Total	Por 10.000 hab.	Total	Por 10.000 hab.	Total	Por 10.000 hab.
<b>Total Provincial</b>	<b>637.913</b>	<b>1.290</b>	<b>20,2</b>	<b>2.192</b>	<b>34</b>	<b>175</b>	<b>2,7</b>	<b>138</b>	<b>2,2</b>
Hospital San Martín de los Andes	34.424	76	22,1	93	27,0	11	3,2	7	2,0
Hospital Junín de los Andes	17.258	43	24,9	66	38,2	8	4,6	6	3,5
Hospital Villa La Angostura	13.884	34	24,5	48	34,6	5	3,6	4	2,9
Hospital Las Coloradas	1.802	3	16,6	10	55,5	0	-	1	5,5
Jefatura Zona IV	-	4	-	3	-	1	-	0	-
<b>Zona Sanitaria IV</b>	<b>67.368</b>	<b>160</b>	<b>23,8</b>	<b>220</b>	<b>32,7</b>	<b>25</b>	<b>3,7</b>	<b>18</b>	<b>2,7</b>

Fuente: Dirección General de Información Sanitaria, 2018.

En consonancia con lo afirmado por el Ministerio de Salud provincial neuquino (Dirección General de Información Sanitaria, 2018), convenimos que “la densidad de personal sanitario por habitante es un indicador relevante que permite analizar los aspectos de distribución y acceso territorial de la población a la atención de salud” (p. 16). Si bien

<sup>106</sup>Para un correcto análisis de esta información, cabe recordar que este indicador está calculado solamente sobre la base de los médicos del subsector público de salud. Según el Ministerio de Salud neuquino, la Zona Sanitaria IV es la que presenta una distribución más homogénea en cuanto a la cantidad de médicos por 10.000 hab. por cada Área Programa (Dirección General de Información Sanitaria, 2017).

no existe consenso con respecto al nivel óptimo de agentes de salud por habitante y para su correcta interpretación, es claro que deben tomarse en cuenta múltiples factores, como la estructura de la población, los modelos de organización de efectores y servicios, y los modelos de utilización de estos por parte de la población, entre otros (p. 16).

**Tabla 3.** Distribución de recursos humanos en la zona sanitaria IV del subsector público (Neuquén, 2016)

ÁREAS PROGRAMÁTICAS	POBLACIÓN 2016 (1)	RECURSO HUMANO DEL SUBSECTOR PÚBLICO							
		MÉDICOS		ENFERMEROS		ODONTÓLOGOS		PSICÓLOGOS	
		Total	Por 10.000 hab.	Total	Por 10.000 hab.	Total	Por 10.000 hab.	Total	Por 10.000 hab.
<b>Total provincial</b>	<b>628.897</b>	<b>1.245</b>	<b>20</b>	<b>2.278</b>	<b>36</b>	<b>174</b>	<b>2,8</b>	<b>142</b>	<b>2,3</b>
Hospital San Martín de los Andes	33.937	71	20,9	103	30,4	10	2,9	8	2,4
Hospital Junín de los Andes	17.014	42	24,7	74	43,5	7	4,1	5	2,9
Hospital Villa La Angostura	13.688	35	25,6	49	35,8	4	2,9	5	3,7
Hospital Las Coloradas	1.776	3	16,9	11	61,9	2	11,3	1	5,6
Jefatura Zona IV	-	4	-	3	-	1	-	0	-
<b>Zona Sanitaria IV</b>	<b>66.415</b>	<b>155</b>	<b>23,3</b>	<b>240</b>	<b>36,1</b>	<b>24</b>	<b>3,6</b>	<b>19</b>	<b>2,9</b>

Población al 01/07/2016 según estimaciones del Ministerio de Salud con base en el Censo 2010.

Fuente: Dirección General de Información Sanitaria, 2017.

Por este motivo, considerando la variable de recursos humanos del subsector público sanitario correspondiente a Las Coloradas, resulta

claro que la cantidad de profesionales pertenecientes al hospital público y postas sanitarias (de tres médicos y solo un psicólogo) parece ser un número muy reducido para atender de manera adecuada a una población que supera los 1.800 habitantes. Más aún, si se espera que este personal sanitario trabaje con la formación, el compromiso y el respeto que reviste la atención intercultural de las cinco comunidades mapuce que residen en la localidad.

Por otra parte, a partir de considerar las distintas complejidades de los efectores, es evidente que resulta necesario contar con planteles no solo “mínimos”, sino también suficientes para cubrir las necesidades de atención de la población, aunque se trate, como en el caso de Las Coloradas, de un número reducido de habitantes. En este sentido, se ha ampliado la red de efectores en esta localidad a partir de la incorporación de un nuevo puesto sanitario (Dirección General de Información Sanitaria, 2018, p. 25).

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

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

humanos, tecnológicos, etc. (Dirección General de Información Sanitaria, 2018, p. 26). De esta manera, plantea que su objetivo parte de que, para satisfacer necesidades en materia de salud expresadas en forma de demanda, se requiere de una función de producción que combine los recursos de un modo eficiente a fin de obtener el mayor impacto social posible, y que sirva de instrumento para alcanzar la equidad (p. 26).

Por este motivo, la Dirección provincial de Prestaciones y Recupero Financiero se propone “recuperar”<sup>107</sup> el costo de los servicios de atención médico-asistenciales brindados a pacientes con alguna cobertura; promoviendo, de esa manera, la redistribución de esos fondos al subsector público, no solo evitando generar gastos extras al paciente, sino también garantizándole la gratuidad (Dirección General de Información Sanitaria, 2018, p. 28). Recordemos que, como se mencionó al comienzo del capítulo, en este aspecto, la provincia del Neuquén, producto del desfinanciamiento del sector público sanitario iniciado en los años noventa, y que continúa en la actualidad, tiene un fuerte distanciamiento entre los sectores sociales que acceden a la atención sanitaria estatal y los que acceden a la privada (es decir, todos los pacientes que poseen algún tipo de cobertura).

Por otra parte, respecto a la estructura poblacional, en Neuquén, se observa un marcado cambio, vinculado a tasas de natalidad en des-

---

<sup>107</sup>“En septiembre del 2016 se sancionó la nueva Ley n.º 3012 de Recupero Financiero de Servicios de Salud, destacando que después de 34 años se derogó la anterior Ley n.º 1352, del año 1982, de Arancelamiento Hospitalario, trabajando intensamente en las cuestiones operativas para su implementación; tanto en las gestiones que deben realizar los efectores del sistema público provincial de salud como en los procesos inherentes al cobro ejecutivo” (Dirección General de Información Sanitaria, 2018, p. 28).

censo y tasas de mortalidad que se mantienen estables o en descenso. Como consecuencia de esto, se evidencia, principalmente, una reducción en la población infantil y un aumento en la población de personas mayores. Según el censo 2010, “por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 36 niños entre 0 y 4 años; para 2017 la cifra proyectada descendió a 35 y se espera que para 2020 se sitúe en un valor de 33” (Dirección General de Información Sanitaria, 2018, p. 8).

Asimismo, de acuerdo con el *Libro de indicadores 2017*:

En 2017 la población proyectada menor de 15 años corresponde al 26,2% (167.260 personas) de toda la población, y se estima que para 2020 continúe descendiendo hasta representar el 25,5% de la población. Mientras tanto, el porcentaje de mayores de 65 años constituye el 8,2% de toda la población para el 2017, mostrando un incremento en 1,6 puntos porcentuales con respecto a 2010, y se proyecta que para 2020 esta proporción continúe aumentando hasta llegar a un 9,1%. (Dirección General de Información Sanitaria, 2018, p. 8)

En cuanto a los indicadores sociodemográficos abordados hasta el momento, en el área de Las Coloradas<sup>108</sup>, la información, presentada en 2018, por el Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, muestra correspondencia con lo que sucede en el resto de la provincia. Consecuentemente, la provincia argumenta que esto se debe a que, según las estimaciones realizadas por el Indec, la provincia del Neuquén tiene la

<sup>108</sup>De hecho, si se establece un análisis comparativo entre los nacimientos producidos en Las Coloradas en el último año publicado (2018) y el anterior, se produce una reducción de cuatro nacimientos en el año (que representan el 17,4% del total de nacimientos del año anterior). Sucede lo inverso con la población de los mayores de 65 años, puesto que, en el año 2018, se ha producido un leve incremento de esta población del 0,75%.

esperanza de vida más alta del país en mujeres y la segunda en varones (Dirección General de Información Sanitaria, 2018, p. 15).

Por último, resulta interesante abordar la última información publicada por la provincia del Neuquén respecto a los datos referidos, puntualmente, a los partos realizados en la localidad de Las Coloradas, debido a que es el tema que nos convoca en este trabajo en particular. Allí, veremos que el Sistema Informático Perinatal (SIP), que resulta ser un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales, permite monitorear el circuito de atención en las distintas zonas sanitarias y los riesgos potenciales poblacionales. Evidentemente, nosotros nos centraremos en la Zona IV (ver tabla 4).

Según el SIP, lo esperado es que el porcentaje de embarazos de alto riesgo no supere el 35%. A su vez, por regionalización de maternidades, en la provincia, los embarazos con patología, menores de 37 semanas de gestación o con sospecha de restricción del crecimiento intrauterino, con alta probabilidad de nacer con un peso menor a 2.500 gramos, deberían ocurrir en los hospitales cabecera zonales u hospitales y clínicas de alta complejidad neonatal (Dirección General de Información Sanitaria, 2018, p. 50).

En el caso de Las Coloradas, según puede observarse en la tabla 4, durante el último período publicado en 2018, ocurrieron once partos. Si bien, de estos, ninguno presentó patologías ni complicaciones, puede observarse que el control prenatal es reducido (45,5%) en los primeros meses de embarazo (hasta las 20 semanas), debido a que solo asistieron cinco de las once mujeres embarazadas. Mientras que el control aumenta casi en una cuarta parte (72,7%) en el último tramo del embarazo. Dicho de otro modo, controlan su estado de gravidez ocho mujeres del total. De esta manera, resulta claro que tres de esas

once mujeres no reciben control regular ni asistencia durante ningún momento del embarazo.

**Tabla 4.** Resumen de variables seleccionadas en embarazadas registradas en el SIP, subsector público de Neuquén (2017)<sup>109</sup>

ESTABLECIMIENTO	% LLENADO INCOM.	TOTAL NACIM. (1)	EMBARAZADAS									
			TOTAL EMB. (2)	%	CON PATOLOGÍA		CON CONTROL PRENATAL					
					CON CONT. PREN.		CAPT. ANTES 20 SEM.		5 Y + CONSULTAS			
					n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Total Provincial de Neuquén</b>	<b>18,0</b>	<b>5.005</b>	<b>4.953</b>	<b>100,0</b>	<b>1.989</b>	<b>40,2</b>	<b>4.811</b>	<b>97,1</b>	<b>3.564</b>	<b>74,1</b>	<b>4.258</b>	<b>88,5</b>
San Martín de los Andes	18,0	557	550	11,1	179	32,5	544	98,9	430	79,0	513	94,3
Junín de los Andes	33,0	228	227	4,6	67	29,5	221	97,4	166	75,1	197	89,1
Villa La Angostura	32,0	116	116	2,3	19	16,4	116	100,0	51	44,0	107	92,2
Las Coloradas	27,0	11	11	0,2	0	0,0	11	100,0	5	45,5	8	72,7
<b>Total Zona IV</b>	<b>-</b>	<b>912</b>	<b>904</b>	<b>18,3</b>	<b>265</b>	<b>29,3</b>	<b>892</b>	<b>98,7</b>	<b>652</b>	<b>73,1</b>	<b>825</b>	<b>92,5</b>

Fuente: Dirección General de Información Sanitaria, 2018.

Según plantea el Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén (Dirección General de Información Sanitaria, 2018), la recomendación de la OMS es que el porcentaje de cesáreas no debería superar el 19%, porque tasas superiores no se correlacionan con la disminución de la mortalidad materna ni neonatal, pero sí con mayor riesgo de complicaciones. En la provincia del Neuquén, para el período analizado, se

<sup>109</sup> (1) Total nacimientos por SIP y (2) Incluye al embarazo gemelar.

encuentra un 46.3% de nacimientos por cesárea. En el subsector público, este porcentaje es de 31.6%, mostrando un aumento en relación con los años previos y siendo el valor más alto de la tendencia analizada (1999-2017), y estas cifras se profundizan aún más en el ámbito privado, llegando al 68,3% (p. 54).

Por su parte, el Ministerio de Salud neuquino expresa que, desde el Departamento de Maternidad e Infancia, promueven la atención hospitalaria del parto “respetado”, adhiriendo al modelo de maternidad centrada en la familia, que ofrece una asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia, en el parto y el nacimiento; cumpliendo, de este modo, con requisitos funcionales, estructurales y organizativos, para garantizar a las personas las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia (p. 54).

Por este motivo, desde este ministerio, afirman que, en los últimos cinco años, se ha cuadruplicado el número de licenciadas en Obstetricia dentro del subsector público del sistema de salud. Según la OMS, este es el recurso idóneo para la asistencia integral de la mujer. Estas profesionales realizan el control del embarazo, la preparación del parto, el parto y la asistencia en puerperio. Asimismo, orientan en salud sexual y reproductiva, promocionan y promueven la lactancia y son generadores del nexo entre la mujer y el sistema (p. 54). Resulta evidente que estas líneas de trabajo deben perfilarse también para el logro de una atención de parto intercultural, en el que las mujeres mapuce puedan enunciar y construir dialógicamente, con la biomedicina, no solo un marco de acción que evite el riesgo de complicaciones maternas e infantiles vinculadas a la realización de procedimientos no necesarios, sino también un modelo de atención que responda a su cosmovisión cultural.

## **Infraestructura hospitalaria de Las Coloradas**

Generalmente, entre las dificultades que atraviesan las comunidades indígenas argentinas en el acceso al derecho a la salud, se destacan la falta de infraestructura en postas sanitarias, la escasez de personal médico (particularmente en lo que respecta a especialidades, como se abordó en el apartado anterior) y la falta de amplitud de días y horarios de atención (UFIS, 2020, p. 22).

En Argentina, no hay una planificación clara respecto a los problemas de infraestructura y equipamiento, ni sobre las limitaciones de acceso (geográficas, socioculturales, lingüísticas, económicas o climáticas), para mitigar los conflictos en el acceso a la salud de las comunidades indígenas, ni de las rurales, en general. Actualmente, cada una de las provincias retiene su autonomía en materia de salud. A su vez, coexisten unas 300 obras sociales. La desigualdad queda manifiesta cuando se observa que en la capital del país hay 10,2 médicos y 7,3 camas por cada 1.000 habitantes, frente a 1,2 y 1,1, respectivamente, para la provincia de Misiones (Tuchin, 2018).

A esta distribución desigual de recursos, profesionales de la salud y problemas de infraestructura, que se replican en todas las provincias del país, se le añaden los problemas vinculados a la falta de formación médica en las relaciones inter-epistémicas. Esta situación no resulta un tema menor si consideramos la relevancia que posee el respeto por los saberes y conocimientos ancestrales propios, en cuanto a las formas de sanarse y cuidar de la salud, para las distintas culturas que acceden al sistema sanitario. En este aspecto, es interesante notar que, en el caso de las mujeres mapuce, sus saberes tradicionales encuentran una profunda relación con la infraestructura hospitalaria en la que se llevan a cabo las curaciones.

Así, con base en esta necesidad manifestada por las comunidades indígenas de la región, se ha elaborado, conjuntamente con los equipos de salud del Hospital de Aluminé, las comunidades de Catán Lil y Ruca Choroi, un anteproyecto donde se desarrolla un puesto sanitario acorde a las necesidades de la población<sup>110</sup>. Para ello, la organización mapuce, teniendo como referencia las experiencias en salud intercultural existentes en Chile, ha planteado un intercambio de conocimientos sobre salud y medicina.

Por otra parte, según las comunidades mapuce-pewenche, las funciones de un puesto sanitario deben centrarse en la prevención y promoción de la salud, y en la proyección de trabajos comunitarios, que permitan generar confianza en la comunidad. Asimismo, deben incluir a los sanadores mapuce que visitan, la figura del *maci*, nombrada anteriormente, que cumple un rol primordial en la jerarquía sanitaria mapuce.

De esta manera, el puesto sanitario en las comunidades pewenche, como espacio sanitario intercultural, adecuado a la cantidad de gente y el clima, se diseñó para que prestara servicio para personas mapuce y no mapuce, con una oferta de salud intercultural y complementaria; es decir, además de la atención del equipo médico, se proyectó la intención de que contara con atención de terapeutas mapuce, para lo cual el espacio debía estar adecuado a ambos procedimientos técnicos (Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, 2014). Así, el cen-

<sup>110</sup>Este Centro de Salud Intercultural de Ruca Choroi se proyectó a partir de la construcción de los siguientes espacios y equipamientos: habitaciones para internación; consultorio de *maci* (el más grande, orientación E-O); consultorio para partera *puñeñelchefe*; consultorio de yerbatera *lawentuchefe*; consultorio de componedor de huesos *gütamchefe*; sala de espera circular; oficinas para administración; depósitos generales; lavadero y farmacia para entrega de remedios de biomedicina y *lahuen* (Río Negro, 2019).

tro de salud buscó construir un reglamento interno formulado por la comunidad y el equipo de salud, con una organización a cargo, idealmente colegiada entre los actores involucrados, que promoviera la comunicación y el buen acceso entre los usuarios y entre los sanadores (Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, 2014).

Precisamente, en nuestro país, el único proyecto con una infraestructura basada en una perspectiva intercultural es el que presenta el Hospital Intercultural Ranguñ Kien (medialuna en mapuce), de Ruca Choroi<sup>111</sup>. El diseño de este hospital surgió de los acuerdos realizados por integrantes del pueblo mapuce y del sistema de salud provincial (Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, 2014). De allí que los requerimientos<sup>112</sup> arquitectónicos y funcionales fueron propuestos por la comunidad para el centro de salud intercultural de Ruca Choroi, sobre la base de una previsión para los próximos 15 a 20 años, y en una perspectiva intercultural que ha sido discutida y trabajada durante el proceso de participación y movilización social en salud (Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, 2014).

Si bien este centro médico intercultural se encuentra inaugurado desde el 10 de noviembre de 2021, fueron varios los años que estuvo a la espera de su habilitación, debido a la falta de legislación que am-

---

<sup>111</sup>Se trata de una gigantesca estructura en forma de medialuna que mira hacia el nacimiento del sol (ver imagen en “Anexo”). Se encuentra en la cuenca de Ruca Choroi, donde viven unas 1.400 personas de las comunidades Epu Pehúen y Ruca Choroi. La asistencia sanitaria “occidental” la reciben en dos postas. Una está en Carri Lil, a poco más de un kilómetro de donde se emplaza el edificio del futuro centro de salud (Río Negro, 2019).

<sup>112</sup>Los requerimientos fueron expresados en un taller realizado el 4 de diciembre de 2009, del que participaron las comunidades Carrilil y Aigo, el equipo de salud de Aluminé y el Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén.

pare la conjugación de los cuidados sanitarios occidentales y mapuce. Fundamentalmente, en lo que respecta a contratación de recursos humanos, remuneración, y, además, lo relativo a cómo traer medicinas (plantas específicas de la región) desde el país vecino, sin que sean retenidas en la frontera (Durán, 2019). Esta situación es confusa, puesto que el Ministerio de Salud reconoce, mediante la Resolución n.º 1875/15, al equipo del centro de salud intercultural Ranguñ Kien y a la Comisión de Seguimiento<sup>113</sup>.

La importancia de considerar estos dilemas concretos, que, en materia jurídica, impiden o dificultan la inauguración de una obra edilicia, como este centro cultural, radica en señalar la contradicción que surge entre el marco legal (desarrollado en el segundo capítulo) y la aplicación de políticas públicas. Puesto que, en la última reforma de la Constitución de la provincia del Neuquén, del año 2006, la provincia reconoce la interculturalidad (art. 107). Sin embargo, en relación con el área de Salud de los Pueblos Indígenas, no se identifican programas específicos.

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

---

<sup>113</sup>Esta acción garantiza la continuidad de un proyecto que surgió en el año 2008.

En el caso particular de La Coloradas, recién en 2019, se consiguió una inversión económica para la puesta en valor de la guardia del único hospital de la localidad. Con esta inversión se realizó la ampliación del sector de guardia de emergencias, que incluyó dos consultorios, enfermería, shock room, baños públicos, así como la refuncionalización del área de gestión de pacientes, administración, dirección y de las áreas de comedor, lavadero y la ampliación de la farmacia. También se realizaron otras tareas de refacción y ampliación en el edificio, como las del hall de acceso, que ahora cuenta con antecámara y sanitarios públicos (LM Neuquén, 2019).

Si bien estas ampliaciones en el hospital de Las Coloradas resultan importantes para los habitantes de la comunidad, no es menos relevante que, considerando la gran proporción de población mapuce de la localidad, estas refacciones se centren en un enfoque intercultural. Pues, partiendo de la composición social, esta debería ser una óptica para considerar en los proyectos comunitarios por desarrollar en la localidad.

No obstante, pese a las consideraciones que planteamos como reivindicaciones necesarias en el abordaje respetuoso de la salud intercultural, resulta inminente atender al grado de desarrollo insuficiente que, actualmente, tiene Las Coloradas respecto a obras públicas mínimas sobre necesidades básicas para la sobrevivencia. Un claro ejemplo de este estado de situación se vincula con la falta de acceso al agua potable, que recién en el 2021 se abordó políticamente como situación que debe resolverse, para darles abastecimiento de agua a quince familias de la localidad<sup>114</sup>. Consecuentemente, resulta fundamental que

---

<sup>114</sup>Según *Neuquén Informa* (2020), los fondos desembolsados recientemente son los destinados a la comunidad Namuncurá en el departamento Catán Lil, cuya cabecera es Las

el Estado sustente y garantice no solo la resolución de estas carencias de carácter estructural, sino también la infraestructura y la adaptación intercultural de los distintos establecimientos de salud de esta localidad. En efecto, resulta claro que ambos aspectos resultan ser imprescindibles para propiciar una sociedad con mejores posibilidades sanitarias, que habilite, a su vez, el acceso a la salud de todos los habitantes de Las Coloradas, en general, y de los mapuce, en particular. De esta manera, es importante sentar las bases infraestructurales mínimas que redunden, por un lado, en la elevación de la esperanza de vida de la comunidad, y, por otro lado, en una atención sanitaria que favorezca el intercambio entre los distintos saberes, medicinales y culturales, basado en un enfoque de justicia epistémica, que permita, a su vez, construir un modo de interacción más justo y horizontal entre las comunidades indígenas y el personal médico<sup>115</sup> de Las Coloradas.

---

Coloradas, que pudo lograr el abastecimiento de agua para 15 familias (consumo domiciliario y para su producción agropecuaria), la posta sanitaria del paraje y un salón de ventas que posee la comunidad allí mismo. El intendente de Las Coloradas, Abel Matus indicó que: “Este año se ha notado el tema de la sequía. Hay muchos pozos, muchas vertientes que se han secado y este problema sigue creciendo. Que salga un proyecto de esta magnitud nos pone muy contentos, porque se va a poder dar solución a estas familias”. El monto total de esas obras es de 5.306.065 pesos, en su mayor parte financiados por el Programa de Inclusión Socio Económico en Áreas Rurales (Pisear) de Nación, pero con aportes del ministerio de Producción e Industria y también de la misma comunidad. Asimismo, estas obras serán acompañadas con asistencia técnica y capacitaciones para poder mejorar la actividad productiva de las familias.

<sup>115</sup>En cuanto a este aspecto, conviene aclarar que, si bien no nos enfocaremos en este trabajo por razones de extensión, consideramos que, para que la atención sanitaria sea verdaderamente intercultural, debe considerarse la formación de los profesionales de la salud en estos temas. Puesto que, para trabajar desde un enfoque intercultural, no es suficiente con la infraestructura hospitalaria, los planes de salud, ni los relevantes fundamentos que suscriben a estas prácticas. Es decir, si bien todos estos elementos son importantes, es inexorable una formación médica con este enfoque conceptual para que estos elementos entren en juego. En efecto, coincidimos con Beliera (2016) en que

## Plan provincial de Salud 2019-2023

Sin ánimos de reducir el análisis a la descripción de lo declarado por los documentos programáticos de gestión elaborados por las cúpulas estatales, resulta interesante indagar acerca de las características que plantea el último Plan provincial de Salud, presentado en Neuquén, en junio de 2019, para los años 2019-2023, con el objetivo de analizar si plantea un enfoque intercultural para el abordaje de la atención sanitaria de partos.

Precisamente, este plan se organiza en ocho ejes estratégicos de trabajo: cuatro centrados en las personas y la comunidad, para trabajar la salud y su relación con los cambios sociales, económicos, urbanos o ambientales; y los otros cuatro, basados en los equipos de salud y los recursos, orientados a incrementar la eficiencia de la red de salud (*Neuquén Informa*, 2019a).

Ahora bien, para caracterizar brevemente este plan, retomamos lo planteado por la ministra de Salud, Andrea Peve, quien, como presentamos anteriormente, confirmó las líneas de trabajo para el 2021, vinculadas a la descentralización del sistema por niveles de gestión, la jerarquización de los centros de salud, y el proceso de articulación y de una nueva estrategia respecto de las residencias profesionales. De esta manera, Peve enfatiza en la necesidad de pronunciar la descentralización, debido a que “la burocratización de procesos obstaculiza las gestiones y el propósito es recuperar la esencia histórica del siste-

---

“los ámbitos estatales de trabajo no pueden ser entendidos como espacios armónicos y uniformes, en donde el diseño de las políticas públicas se desenvuelva linealmente desde las altas capas de la burocracia hasta los trabajadores que las aplican, sino que deben ser analizados considerando las múltiples disputas existentes en su interior entre distintos grupos localmente situados” (pp. 180-181).

ma como tal y, para esto, se plantea potenciar las zonas sanitarias y entenderlas como unidad singular junto a sus efectores” (Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, 2019a).

Evidentemente, esta medida se plantea en correspondencia con la segunda propuesta, que atañe a la necesidad de jerarquizar los centros de salud. En este aspecto, se plantea la necesidad de fortalecer estos centros para evitar el desplazamiento hacia los hospitales y, así, humanizar la atención. De allí que, según Peve, para el plan provincial de salud 2019-2023, “el propósito es incrementar el despliegue territorial del primer nivel de atención, con la construcción de nuevos centros de salud y las remodelaciones necesarias sobre los que ya existen” (Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, 2019a).

Sumado a lo dicho, con relación a la última línea de trabajo planteada por el actual plan de salud neuquino, es decir, las residencias, la ministra Peve afirma que “la estrategia consiste en la ampliación de cupos en sedes existentes, que haya nuevas sedes y nuevas residencias, desarrollando equipos de trabajos provinciales y zonales”<sup>116</sup>. De esta manera, el objetivo de esta estrategia se focalizará, según la ministra de Salud, “en la mejora de la calidad de las condiciones de trabajo y en el arraigo de los residentes” (Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, 2019a).

De este modo, el último plan provincial, que promete rescatar la historia del sistema sanitario de la provincia, plantea como objetivo,

---

<sup>116</sup>Según la ministra de Salud, el eje n.º 5 del plan, que se refiere al talento humano de la red de salud, consigue impulsarlos a “trabajar plenamente en los diversos niveles de atención y a desarrollar un proceso continuo de captación, incorporación, permanencia, motivación y capacitación en general, y las residencias profesionales son un bastión reconocido de nuestro sistema” (Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, 2019a).

desde el plano programático, la estructuración de una propuesta estratégica integral, que impacte sobre la calidad de vida de la población y que, además, como se expresó antes, aborde las desigualdades sociales y territoriales en el acceso al sistema de salud. De ahí que la propuesta es una adaptación a las características territoriales, que se fundamenta en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, de la denominada Agenda 2030, impulsados por la Organización de Naciones Unidas (*Neuquén Informa*, 2019b).

Ahora bien, centrándonos, específicamente, en lo que este plan expresa de manera literal, podemos afirmar que esta propuesta plantea la atención de partos como parte de un proceso continuo que se centra en la atención de salud de la mujer (incluidas la adolescencia, el período preconcepcional, el embarazo, el parto y la niñez), aprovechando, de este modo, las interacciones naturales, y considerando aspectos preventivos y promocionales a partir de un enfoque integral, que toma en cuenta los determinantes biológicos, psicológicos, socioeconómicos y ambientales de la atención de las mujeres con relación a la gestación (Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén, 2019b, p. 43).

Asimismo, este encuadre, impulsado por el plan, persigue el objetivo de contribuir a la reducción de la mortalidad materno-infantil<sup>117</sup>, mejorar el acceso de mujeres y niños a una atención de salud de calidad, y promover el fortalecimiento de la participación de las mujeres y las familias en procesos de toma de decisiones y en el control de la calidad de los servicios (p. 43). No obstante, estos lineamientos referidos a los partos no se manifiestan expresamente vinculados a las mu-

---

<sup>117</sup>La provincia del Neuquén alcanzó, en 2018, índices históricos en lo referido a mortalidad infantil (5,44 por cada mil nacidos vivos) (p. 43).

jeros mapuce (o indígenas, en general). Este dato no es menor, debido a que los condicionantes en esta población, que es muy amplia en la región neuquina, deben incluir aspectos relacionados con el respeto por la identidad y la cosmovisión cultural que les es propia.

De ahí que, en materia de atención específicamente intercultural, este último plan neuquino de salud no enuncia, en su fundamentación, un abordaje sanitario que incluya de manera precisa este enfoque. En particular, este documento no vincula formalmente el enfoque intercultural con las prácticas médicas referidas al parto. No obstante, este plan desarrolla de manera general los ciclos de vida, y los presenta estrechamente vinculados con los diversos ejes estratégicos<sup>118</sup> que propone, haciendo referencia a un marco de diversidad cultural y étnica, con perspectiva de género (p. 24).

De esta manera, el enfoque que propone el plan se circunscribe a un abordaje genérico de la diversidad, presentándolo como un valor primordial que entiende que “las mujeres y los hombres no constituyen grupos homogéneos, y que se diferencian al abordarse según variables de edad, estado socioeconómico, educación, grupo étnico, cultura, orientación o cualquier otra condición sexual, discapacidad o ubicación geográfica” (pp. 24-25). Del mismo modo, cuando aborda su segundo eje estratégico, que se vincula con la maternidad e infancia, plantea que:

[En tanto] los primeros años de vida son claves para el desarrollo pleno de capacidades individuales, algunos de los temas u ob-

<sup>118</sup>Los ejes estratégicos que propone el Plan de Salud 2019-2023 son: 1. Bienestar integral y salud ambiental; 2. Maternidad e infancia; 3. Salud sexual y reproductiva; 4. Adultos y calidad de vida; 5. Talento humano de la red de salud; 6. Primer nivel de atención; 7. Red de mediana y alta complejidad, y 8. Tecnología en salud pública.

jetivos planteados en este eje se dirigen a reducir los niveles de mortalidad materna e infantil, promover maternidades seguras y centradas en la familia o procurar niveles positivos de bienestar integral de la población infantil. (P. 26)

Resulta claro que, si bien se enuncia el enfoque de la diversidad con perspectiva de género, esto no se manifiesta de manera evidente en los planteos específicos referidos al parto y a la maternidad. De ahí que, pese a afirmar que en la atención sanitaria se tendrá en cuenta la diversidad cultural y territorial, no se establece cuál será la forma de abordar este trabajo ni tampoco si se espera construir una atención que involucre una perspectiva dialógica, que sienta sus bases en la justicia epistémica. En efecto, el foco del plan está puesto en la reducción de los índices de mortalidad materno-infantil y en el logro de un sistema de salud regionalizado, basándose en “las necesidades de la población e identificando el grado de complejidad que cada institución requiera para brindar una atención de calidad para todas las gestantes y recién nacidos” (pp. 44-45).

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

ser una gran proporción de residentes de esta población, que han sufrido y sufren actualmente un fuerte socavamiento en el acceso a los bienes y servicios dispensados por la cultura y el poder hegemónico.

En efecto, para contextualizar el acceso a la atención sanitaria, es pertinente considerar la situación socioeconómica del pueblo mapuce desde un enfoque histórico, puesto que no pueden abordarse, de manera aislada, las condiciones de acceso a los bienes y servicios sanitarios, que son derechos humanos básicos, sin reparar en cómo afecta a estas comunidades, por ejemplo, las políticas flexibilizadoras de terricidios<sup>119</sup>.

De este modo, es evidente que, pese a los “puentes” que se tiendan para construir un enfoque intercultural en el acceso a la salud, inmediatamente, se produce una contradicción insoslayable entre el intento de tender estos “puentes” y las políticas públicas que, históricamente, han sentado sus bases en la imbricación existente entre la expansión del Estado argentino y la apropiación territorial<sup>120</sup>. No obstante, si bien reconocemos la relevancia de este aspecto para analizar

---

<sup>119</sup>Es primordial subrayar que, para las comunidades mapuce, la tierra simboliza la reivindicación medular, ya que la falta de territorio impide el ejercicio de otros derechos que hacen a su supervivencia como pueblo: derecho al desenvolvimiento a las propias pautas culturales, lengua, religión, organización social, y fundamentalmente, el derecho al desarrollo económico que posibilite condiciones de vida digna (Salgado, Gomiz y Huilipán, 2008, p. 18).

<sup>120</sup>Sobre este aspecto, Salgado, Gomiz y Huilipán (2008) afirman que estos procesos se producen mediante formas de legitimación de esa ocupación efectiva basada en una articulación entre *afirmación de la soberanía, extensión de la “argentinidad” y progreso*. De ahí que la herencia de esta ocupación estratégica territorial, que implicó la desterritorialización del pueblo, se desenvuelve en constantes conflictos por títulos y tenencias de tierras por parte de las comunidades, “propietarios de los campos”, pobladores asentados desde antiguo y el Estado Provincial, que decididamente sigue vendiendo al mejor postor las tierras denominadas “fiscales” (p. 11).

de una manera más apropiada la cuestión del acceso al derecho a la salud de las comunidades indígenas, no es menos cierto que excede las posibilidades del presente escrito. Por este motivo, sin desconocer ni negar estas situaciones que apremian verdaderamente el acceso y los posibles diálogos y acuerdos entre la cultura mapuce y la hegemónica, centramos nuestro abordaje en la atención sanitaria intercultural.

## | CAPÍTULO 5 |

### Hacia un abordaje intercultural en salud de las *pu mapuce zomo*<sup>121</sup>

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

Cuando nos centramos en la atención de la salud de las mujeres mapuce, no podemos hacerlo sin considerar la importancia que le otorgan las comunidades indígenas a su vinculación con la naturaleza y a la armonía que se genera entre la salud y la vida. De ahí que el abordaje de la salud de las mujeres y de los niños/as no puede realizarse de manera aislada, y su bienestar depende del bienestar de los progenitores (fundamentalmente, de la madre) y del pueblo, ya que también contribuyen en la dinámica de la comunidad. Las comunidades mapuce, en particular, construyen la palabra *Itrofil Moguen (Ixo-fij Mogen)*, que define a todas las diversas formas de vida. De ahí que entienden que la vida debe comprenderse en estrecha vinculación con “el territorio, la gente, todos los elementos que dan diversidad y conocimiento: el viento, el agua, la lluvia, el sol, la tierra que pisamos” (Huipán, 2017). Por ello, plantean que los principios rectores del sistema de vida *mapuce*; es decir, el *Kvme Felen*, se asienta en tres

---

<sup>121</sup>Este capítulo fue adaptado y publicado en *Resistencias. Revista de Filosofía de la Historia*, el 6 de abril de 2022, bajo el título “Justicia epistémica y participativa en el acceso sanitario de las mujeres de comunidades Mapuce. La atención sanitaria de partos”.

pilares interdependientes: “*Waj Mapu* (territorio), el carácter de Pueblo Originario o preexistente (identidad) y *Kizu Gvnewvn* (autonomía)” (Confederación Mapuce de Neuquén, 2010, p. 49). Y, a su vez, en palabras del pueblo mapuce:

Estos [tres] pilares nos conducen y remiten a la historia de nuestras luchas y resistencia como pueblo originario. [Están] presentes en nuestras prácticas, cobran fuerza y se alzan en nuestras reivindicaciones, haciendo saber que nuestra identidad aún está viva. (P. 49)

En consonancia con estos principios rectores que constituyen la identidad de la comunidad mapuce, a partir de las reivindicaciones conseguidas con su resistencia y sus luchas históricas, la Organización Panamericana de la Salud (2008) plantea la necesidad de reconocimiento y respeto a la cultura indígena. Del mismo modo, la OPS caracteriza la identidad de esta comunidad, afirmando que los pueblos indígenas:

Consideran la armonía individual ligada al universo como la fuente de la salud y el ideal de vida. Esos pueblos organizan el pensamiento en pares o dualidades, como “lo frío y lo caliente” o “lo masculino y lo femenino”, y poseen un gran respeto por los ancestros, los antepasados y los espíritus. (P. 34)

Con respecto al caso particular de las mujeres pertenecientes a una comunidad indígena, en nuestro país, en el último Censo 2010<sup>122</sup>, se es-

---

<sup>122</sup>En el Censo 2010 se incluyó la variable de pertenencia a una población indígena u originaria ya sea por adscripción o por descendencia, permitiéndonos contar a la fecha con datos más precisos sobre esta franja poblacional. No obstante, es importante señalar que, como otros relevamientos estadísticos del tipo, el censo está sujeto a problemas de representatividad, con lo cual no puede proporcionar información detallada de todas las variables, para todos los pueblos, sus regiones o área de residencia” (UFIS, 2017, p. 9).

timó que promediaban las 480.000 personas. En los datos obtenidos, se registró un total de 955.032 personas que se reconocen como pertenecientes o descendientes de alguna de las 32 etnias reconocidas en nuestro territorio, representando el 2,4% del total de población de Argentina. De ellos, el 50,4% son varones y el 49,6% mujeres, porcentajes que se invierten en la población general (UFIS, 2017, p. 9). Respecto a la distribución en las provincias, en el 2010, la mayor proporción de población originaria pertenece a las provincias: Chubut, Neuquén, Jujuy, Río Negro, Salta y Formosa, con porcentajes que van desde 8,7% a 6,1%<sup>123</sup>.

Según el Censo 2010 (Indec), el 49,8% de la población autorreconocida como perteneciente a pueblos originarios depende del Estado para satisfacer sus necesidades en salud (UFIS, 2017, p. 12). En el caso específico de las mujeres indígenas, según el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y el Consejo de Organizaciones Aborígenes de Jujuy (COAJ) (2016), los principales obstáculos para al acceso a la salud, que surgen espontáneamente de los relatos de estas mujeres, son materiales. Es decir, se inscriben en las barreras geográficas, en tiempo y distancia, empeoradas por falta de caminos accesibles y falta de transportes disponibles; así como en la falta de recursos económicos. A su vez, se ha evidenciado, históricamente, la desfavorabilidad de su situación en relación con las dificultades en el control sobre la reproducción y su incidencia en las tasas de fecundidad y mortalidad materno-infantil (Hopenhayn *et al.*, 2006).

<sup>123</sup>Los pueblos mapuce, toba y guaraní son los únicos que se ubican por encima del 10%; sumados, estos pueblos conforman el 45,9% de la población originaria argentina. Con valores entre 5% y 10% del total de población originaria, se encuentran los pueblos diaguita, kolla, quechua y wichí, que en conjunto conforman el 25% del total de la población originaria (ELA y COAJ, 2016).

De ahí que, cuando se plantea su situación concreta con respecto a la salud y a las políticas públicas que deben garantizarles el acceso a esta, surgen al menos dos posibilidades con respecto a las formas de programación y ejecución estatal. Por un lado, tal como plantea Feltri *et al.*, (2006), puede darse una concepción unilateral de planificación, según la cual la gestión y la planificación quedan del lado de los efectores (es decir, del propio Estado); o bien, puede sobrevenir otra, basada en la incorporación de la propia comunidad (o, más considerablemente, de los destinatarios de las políticas) como parte estratégica en la planificación y gestión de la atención en salud.

De modo que, en la primera opción, puede surgir que el Estado les imponga a las comunidades aborígenes distintas políticas públicas que pueden atentar contra su bienestar, su cultura y su concepción de mundo, a partir de tomar medidas tendientes a garantizar la promoción de los derechos de otros sectores sociales (terratenientes, por ejemplo). En el caso de las mujeres, este tipo de medidas podría vincularse no solo con la limitación de la concepción, sino, puntualmente, con la falta de gestión adecuada de las herramientas necesarias para abordar la interculturalidad en salud, violentando de esta manera el derecho al acceso a la salud.

Por el contrario, la segunda opción, se centra en la incorporación protagónica de los destinatarios de las políticas. De ahí que el derecho a la salud es entendido en la complejidad y pluralidad que incluye, puesto que “exige una idea de igualdad que socialmente no inferiorice, ni homogeneice culturalmente, e incorpore la dimensión de justicia epistémica” (de Ortúzar 2019, p. 15). La importancia de esta postura se halla en que, tal como afirma Chirif (2015), la interculturalidad

no se circunscribe a una definición única y homogénea<sup>124</sup>, sino que es construida por cada pueblo indígena “desde su realidad específica actual, influida por una colonización de cinco siglos y que ha causado impactos diferentes” (en Cárdenas *et al.*, 2017).

De este modo, el abordaje de salud intercultural en esta segunda perspectiva<sup>125</sup>, a la cual suscribimos, promueve la decisión libre de las mujeres en lo relativo a la concepción, a la vez que hace partícipe a toda la comunidad para que, a la luz del reconocimiento de su historia, de su situación política, social y de sus propias contradicciones internas, resuelvan y se autoconcedan las estrategias más deseables para definir su salud sexual y reproductiva (Feltri *et al.*, 2006). Considerando este aspecto, resulta primordial generar una aproximación conceptual respecto a los propios parámetros sanitarios y culturales de la atención de partos desde la perspectiva de la comunidad indígena mapuce, más precisamente, desde la voz de las mismas mujeres que protagonizan estas prácticas.

### Adaptación de partos

Frecuentemente, el cuidado de los/as hijos/as es una tarea designada, exclusivamente, a las mujeres. Sucede algo similar con las mujeres de las comunidades indígenas: “Quienes, para atender su propia

<sup>124</sup>El reconocimiento de los pueblos indígenas tiene una larga historia y muchos debates. Por muchos años se ha rechazado la idea de que los Estados adopten una definición formal de pueblos indígenas. Por ello, en el Convenio 169 se reafirma la importancia de la autoidentificación de los propios pueblos (OIT, Convenio 169, art. 1).

<sup>125</sup>Sin embargo, en el caso de Argentina, a partir de un estudio realizado a profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas en dos provincias argentinas (Córdoba y Mendoza), Aizenberg (2018) afirma que “todavía no se han generado aproximaciones en salud intercultural que hayan incorporado en profundidad una perspectiva de género”.

salud, a las consultas médicas acuden con las personas que de ellas dependen” (ELA y COAJ, 2016, p. 41). Esta situación refleja una realidad que incluso trasciende a determinada pertenencia cultural. Por ello, generalmente, no es considerada en la atención médica occidental.

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

Si bien más del 80% de las embarazadas se hizo al menos un control en un hospital o centro de salud, son pocas las que cumplen con el mínimo de controles que recomienda la Organización Mundial de la Salud (al menos cuatro). Estas cuatro provincias son, además, las que registran más partos domiciliarios sin personal calificado en el ámbito rural, donde las mujeres tienen más dificultades para llegar a los puestos sanitarios. (En Aizenberg, 2013)

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

Por este motivo, las comunidades indígenas expresan la necesidad de contar con mayor cantidad de agentes sanitarios, que brinden

atención médica en los establecimientos hospitalarios, desde un enfoque intercultural, fundamentalmente, en lo que atañe al parto, respetando la cosmología indígena y la señalética bilingüe, entre otros aspectos (Unicef, 2020). Estas exigencias son contempladas en la Ley n.º 25929 sobre Parto Humanizado, puesto que plantea:

Toda persona, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, parto y posparto o puerperio tiene derecho a ser tratada con respeto, amabilidad, dignidad y a no ser discriminada por su cultura, etnia, religión, nivel socioeconómico, preferencias y/o elecciones de cualquier otra índole. (Art. 2, inc. b)<sup>126</sup>

Sin embargo, las prácticas médicas occidentales (hegemónicas) obstaculizan el acceso a la salud de las mujeres indígenas cuando no contemplan sus propios saberes y conocimientos. Es decir, cuando ignoran sus propias formas de sanarse, de hacer un tratamiento; su estrecho vínculo con el territorio y con la Pachamama para su sanación (ELA y COAJ, 2016, p. 36), entre otros conocimientos imprescindibles para una atención sanitaria respetada. Entre estos saberes, la biomedicina ignora la centralidad que las comunidades indígenas le otorgan a la dimensión espiritual. La comunidad mapuce, por su parte, considera que:

Las personas tenemos cuatro dimensiones, una espiritual, una física-biológica, una afectiva y una mental; cuando hay un desequilibrio en alguno de estos planos te enfermás, cada persona tiene estas cuatro dimensiones que no están separadas, están interrelacionadas. [...] Una persona te puede hacer mal por envidia o

<sup>126</sup>De conformidad con lo establecido en la Ley n.º 26485 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”.

sin querer también te puede ojear, cuando nace un bebé nosotros creemos que durante el primer mes solo puede ver[lo] la familia directa, porque al ser tan chiquitos chupan la energía y necesitan un equilibrio, la falta como el exceso de amor es malo, le hace mal al bebé, que tiene un *newen débil*, y necesita identificarse con una energía positiva, buena, por eso no lo puede ver todo el mundo [...]. (Relato de mujer mapuce en Estrella, 2017, p. 167)

De lo dicho surge que las prácticas médicas deben partir de la concepción cultural que la comunidad indígena particular asuma respecto a la enfermedad y su cura. Esto promueve la posibilidad de realizar un abordaje sanitario intercultural, que se centre en el respeto de los saberes propios de dicha comunidad. En este sentido, para las comunidades mapuce, la enfermedad se concibe como:

[...] Una realidad extraña al organismo y opuesta a la salud. La enfermedad surgiría según sus creencias por tres grandes bloques de causas: a) por la penetración mágica de un elemento maligno en el cuerpo de la víctima; b) por la pérdida o evasión del alma. [Es decir], [p]or el debilitamiento del espíritu; c) por la posesión por el diablo o los malos espíritus. (Sanz, 1986, pp. 6-7)

Del mismo modo, el enfoque biomédico debe replantearse de manera profunda lo que respecta a la construcción de una perspectiva intercultural, fundamentalmente, cuando se trata del abordaje sanitario de partos de mujeres indígenas, puesto que la atención del parto no se reduce a un asunto médico ni científico, sino más bien debe entenderse como una cuestión cultural y política<sup>127</sup>.

---

<sup>127</sup>Cuando planteamos que el parto tiene una dimensión política, nos referimos al rol

Por ello, en consonancia con el planteo de Drake (2014), partiendo de que la cultura define el contexto en que una mujer percibe la experiencia del parto y la maternidad, resulta importante resaltar que: “Hay más rituales y prácticas culturales acerca de la maternidad que otros eventos de la vida” (Etowa, 2012, en Drake, 2014, p. 5). Esto, evidentemente, conduce a que los sistemas de salud públicos deban cuestionar, críticamente, la hegemonía de la perspectiva biomédica que los convoca, para replantear prácticas médicas vinculadas al parto, entendiéndolas como un fenómeno con significado cultural (Drake, 2014).

De este modo, según la cultura del pueblo mapuce, el parto y la maternidad tienen un significado que evoca a su intrínseca relación con la tierra. De ahí que, para su cosmovisión, la placenta simboliza el vehículo que ciñe la vida con los ancestros, mediante un lazo que se representa como motor de la vida y principio de la muerte. En palabras de las mujeres de estas comunidades:

Las devoluciones y/o enterramientos de las placentas son rituales propios de la cultura. Son realizados alrededor de un ojo de agua, donde está el *eltuwe*. [...] Al enterrar las placentas se sigue manteniendo unido el linaje materno con el territorio. [...] Las/os hijas/os nacidos con problemas de salud necesitarán durante su vida reconectarse con el territorio donde se entregó la placenta cuando aparezcan episodios de padecimientos para restablecer la salud. [...] Se elige ese espacio porque, desde que se nace, se empieza a morir. (Aziproz Cleñan, 2019a)

---

que las mujeres ocupan, históricamente, en las sociedades patriarcales. Esta situación no es menor cuando debemos analizar la atención sanitaria de partos.

De esta manera, en la cultura del pueblo mapuce, cada persona tiene un *Tuwün* (su origen territorial, su tierra) y un *Küpalme* (que es el tronco familiar o la herencia de los antepasados). Estos dos elementos sientan las bases que permiten construir un camino que determina no solo “hacia dónde se va”, sino también cuáles son los roles que, a futuro, podrá desempeñar el niño o la niña fortaleciendo su salud y su bienestar. En efecto, para estas comunidades, la entrega de la placenta a la “tierra” permite que la madre y la familia que la recibe puedan cerrar un importante ciclo abierto con la concepción y el período prenatal, mediante el entierro y la realización de una ceremonia que dará protección y fortaleza al niño y a la madre (Kallfü Nawel, mayo de 2020). Del mismo modo, esta ceremonia adquiere diversas variantes que se vinculan con el estado de salud y el sexo del recién nacido, así:

[...] Si el recién nacido es *wentru* (hombre), la placenta debe enterrarse debajo del árbol o palenque donde se amarra el caballo. De esta manera, se asegurará que el niño será un gran jinete, también será un hombre ágil, fuerte y con raíces profundas. Si es *zomo* (mujer), la recién nacida, se debe enterrar su placenta en una planta medicinal del territorio, así asegurará su conexión con la sabiduría de las plantas. [...] Es importante que esta planta esté cercana a la casa. (Kallfü Nawel, mayo de 2020)

De forma equivalente, tratándose del nacimiento de una mujer, primariamente, se solía enterrar la placenta debajo del fogón, debido a la relación de la hoguera, el hogar y el corazón de la familia. O bien, según Kallfü Nawel (2020), otro lugar clásico, que aún se emplea, resulta ser “donde cae la gotera que escurre del techo de la *Ruka*” (entrada de la casa), puesto que “allí se labraría un destino fecundo y abundante en

bienes para el hijo o hija”. De allí que “enterrar la placenta del último hijo [o hija] a la entrada de la casa (o *Ruka*) es una forma mágica de anti-concepción, pues así se le evitaría a la madre futuros nacimientos”. No obstante, según la cosmovisión mapuce, “en *Wallmapu*,<sup>128</sup> si la placenta se arroja a un campo de cultivo, lo tornará estéril”. Por ese motivo, debe ser enterrada profundamente (Kallfü Nawel, 2020).

Sumado a lo anterior, en la cosmovisión mapuce, hay otra característica que resulta ser central en la atención de partos. Nos referimos, específicamente, a la persona encargada de mirar apropiadamente la placenta, para darla vuelta y decirle a la familia cómo va a ser el niño y cómo será su carácter. Este rol es desempeñado por la *püñeñelchefe* (partera mapuce, matrona empírica). Además, la partera es quien manifiesta que “la placenta tiene pertenencia, ya que tiene el espíritu de la madre, el padre y el niño, por lo que debe tener una buena disposición final<sup>129</sup>” (Kallfü Nawel, 2020).

La labor de estas parteras mapuce, lejos de limitarse a la instancia del parto, se extiende a la provisión de medicación, cuidados y orien-

---

<sup>128</sup>*Wallmapu* es el territorio que los mapuce históricamente han habitado de distintas maneras, en el Cono Sur de América. Es decir, el territorio que comprendía desde el río Limarí, por el norte, hasta el archipiélago de Chiloé, por el sur –en la ribera sudoriental del océano Pacífico–, y desde la latitud sur de Buenos Aires hasta la Patagonia –en la ribera sudoccidental del océano Atlántico–.

<sup>129</sup>Una de las leyendas cuenta que al nacer Kalfukura (fue un cacique o lonco mapuce del siglo XIX, de origen moluche, pero cuya actividad militar y política se desarrolló principalmente en Argentina y en las áreas controladas por los pueblos indígenas de la región pampeana y de la Patagonia oriental) se le dio su placenta a un perro, y que este hasta el final de su muerte lo habría defendido. Según afirma Kallfü Nawel (2020), “en otras culturas la placenta, al ser suministrada en una micro dosis sublingual posparto inmediato, ayuda a la madre a recuperar energías. También que sus amnios, corion, cordón y cotiledones se preparan medicinas nutritivas para madre e hijo(a)”.

taciones en distintos momentos de la vida de la mujer y sus hijos. Esto se debe a que tiene amplios conocimientos sobre el uso de hierbas medicinales, que le permiten prever y sanar enfermedades asociadas al período del embarazo, parto y puerperio. Sumado a ello, la partera también se dedica al cuidado de la salud en la primera infancia de niños/as, y a diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, entre otros, los métodos anticonceptivos, la planificación familiar y la opción de abortar (Salazar, 2012, pp. 65-66).

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

Hay un remedio pa’ sujetar la *guagua*, ese remedio yo sé cuál es, hay unos remedios, cómo se llama, igual que... igual que cuánto se llama, *ragpüllü*, ese es tierra colorada, y otro igual que “*konkillo*”, pero no es *konkillo*, ese le da, lo hierve mi mami, lo hierve y toma, le da una botella pa’ que tome toda la mañana, pa’ que sujete la *guagua*. (Celinda Quintriqueo, en Salazar, 2012, p. 77)

De esta manera, queda claro que el rol de las *püñeñelchefe* es fundamental en distintos momentos del ciclo vital de una mujer mapuce. De ahí que, además de preparar a toda la familia para que todo resulte previsible en el momento del alumbramiento, se ocupan de velar por la mujer, para que consiga sentirse cómoda en su trabajo de parto.

Incluso, evitando la presencia de hombres durante este proceso (p. 88). Según relata Celinda Quintriqueo, mujer mapuce citada en Salazar (2012): “Pa’ nacer la *guasua* no podía nacer porque estaba un varón ahí, tenía que retirarse el varón” (p. 88)<sup>130</sup>. En este sentido, parece que los aspectos relativos al embarazo y al parto, en la cultura mapuce, resultan ser circunspectos al espacio privativo de las mujeres.

Ahora bien, si nos centramos específicamente en la experiencia concreta del parto, siguiendo las características del abordaje de este momento desde la cosmovisión de las mujeres de la comunidad mapuce, entenderemos la centralidad que se le otorga no solo a la partera, sino también al calor y a los masajes. Estos elementos, sin lugar a duda, no son contemplados por el enfoque biomédico que ofrecen los hospitales occidentales. Así, tal como cita Salazar (2012) en su tesis:

Se enferma la mamá que va a dar a luz, entonces empiezan a hacerle masaje, empiezan a calentarle los pies, le traen unos laureles así, le calientan todo la *quatita*, todo. El *triwe* es muy bueno, enton-  
ceh y lo hacen masaje y lo conversan aay, y ya luego viene enton-  
ces, ahí nadie lo está retando po’ no como en el hospital, y lo hacen  
masaje y le arreglan la *quatita*, y ya entonceh ya si está sufriendo  
mucho entonces se da una hierbita calentita [...]. Entonces ya lue-  
go después [...] como le viene el sueño, ya después luego viene la  
contracción otra vez y ya vuelven a hacer los masajes y le ponen  
ahí, entonces los pies le calientan bien y la cabecita le envuelven

<sup>130</sup>El relato se corresponde, según Salazar (2012), con el análisis de Sadler cuando explica que “hasta hoy, en la región de la Araucanía, el embarazo es, definitivamente, un asunto de mujeres, una subcultura de género y de cuidado que se traspa a través de generaciones por vía matrilineal” (p. 88).

bien. Entonces ya después nace la *guagua*. (Margarita Neiculeo, en Salazar, 2012, p. 90)

Evidentemente, la temperatura resulta ser un elemento de gran importancia para el parto de las mujeres mapuce, puesto que, según su cosmovisión, en el momento del parto, la mujer debe evitar exponerse a corrientes de aire frío. Consecuentemente, según Alarcón y Nahuelcheo (2008), el ambiente en donde se realice la atención del parto debe estar tibio y protegido de corrientes de aire. Respecto del corte y cuidado del cordón umbilical, las parteras relatan este procedimiento, afirmando: “Lo corto con una tijera o un cuchillo filoso limpio, lo amarro con una pitilla de saco, le coloco jugo de matico y lo tapo con una fajita de género limpio” (Alarcón y Nahuelcheo, 2008, p. 198).

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

[Apretarle] el estómago para que salga la placenta, le sobaba, si no salía la ayudaba con la mano, le daba *lawén* (hierbas medicinales) en tomas calientes, para que suelte la sangre que queda apelotonada, así soltaba restos de la placenta para que no le quede adentro. (Alarcón y Nahuelcheo, 2008, p. 197)

Sumado a lo dicho, es interesante notar que el proceso de los partos indígenas se caracteriza por la función que cumple la ejecución de los masajes, puesto que deben servir para acomodar al bebé, para que se encuentre en posición adecuada para nacer (Salazar, 2012, p. 92). Al

mismo tiempo, el cuidado que ofrece la *püñeñelchefe*, en el momento del parto, se dirige particularmente al correcto manejo de los fluidos corporales durante el parto. Así:

[...] si no hay cuidado y buen manejo de los fluidos corporales durante el parto, especialmente de la sangre y la placenta, estas pueden ser utilizadas por personas que le tienen envidia a la familia para producir daño y enfermedad a la mujer o al hijo. (Alarcón y Nahuelcheo, 2008, p. 197)

No obstante, más allá de lo descripto, y pese a la relevancia que tienen y han tenido las *püñeñelchefes*<sup>131</sup>, como encargadas de la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, han sido perseguidas, como agentes tradicionales de salud, por la hegemonía del sistema de salud estatal (Drake, 2014, p. 7). Incluso, estas parteras, que han atendido históricamente los partos de las mujeres mapuce en sus domicilios, durante el último tiempo, han visto su rol disminuido y modificado, debido a la institucionalización del parto (Citarella *et al.*, 2000; Sadler y Obach, 2006, citado en Drake, 2014, p. 7). De allí que, en la actualidad, los partos tradicionales realizados en los domicilios son casi inexistentes (Sadler y Obach, 2006, en Drake, 2014, p. 7).

<sup>131</sup>Además de la *püñeñelchefe*, los especialistas médicos mapuce han sido: los *ampives* (herboristeros empíricos sintomáticos); los *vileus* (trataban afecciones por insectos y parásitos); los *gutaves* o *gustaves* (cirugía y ortopedia, sangrías, heridas, abscesos, fracturas, esguinces, etc.), los *cupaves* (destripadores, examen de cadáveres); los *colmelaches* (parteros, versiones, manteos, etc.); el/la *machi* (generalmente femenina, aunque no siempre. Autoridad médica, religiosa y política); los “*méica*” (yuyeros, hueseros). Asimismo, los procedimientos empleados habitualmente se centran en: *Lahuentun*, *Machitun*, *Katatun* para expulsar el daño o *Kalkutun* (Arce, 2009, p. 42).

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

Consecuentemente, frente a las imposiciones culturales del sistema de salud hegemónico, las mujeres indígenas se posicionan y reafirman, de manera enfática, sobre su derecho a decidir acerca de cómo debe ser la atención sanitaria de sus cuerpos, subrayando la importancia de retomar y revalorizar los saberes medicinales y de cuidado de su propia salud sexual y reproductiva. Dicho en palabras de Azpiroz Cleñan (s.f.), una de las representantes mapuce:

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

Efectivamente, en esta crítica, pronunciada por Azpiroz Cleñan, se manifiesta la importancia de la preeminencia de los derechos colectivos de los pueblos, lo que nos conduce a una reflexión profunda sobre estos derechos en el plano sanitario. En particular, esto se debe a la fuerza que cobran estas reivindicaciones, en el interior de las culturas indígenas, en tanto “propuestas hacia una concepción de la salud desde la ‘autodeterminación’ y la autonomía deliberativa de los pueblos”<sup>132</sup> (Gómez y Sciortino, 2015, p. 52). Del mismo modo, no es menos cierto que el planteo de Azpiroz Cleñan, además de buscar una crítica cultural al sistema sanitario hegemónico, se centra en marcar contundentemente las implicancias que tiene la falta de consideración de los derechos de las mujeres, dejando en evidencia la minorización a la que es sometida la mujer mapuche (aunque esto no solamente es aplicable a la mapuche) en su calidad de decisora sobre cómo planificar su vida sexual y reproductiva, cómo hacer honor a los ritos ancestrales y, finalmente, cómo parir. De ahí que, según Salazar (2012):

[...] la toma de conciencia del poder que individual y colectivamente ostentan las mujeres, manifiesto en el manejo de *lawen* para el control reproductivo, ya sea proporcionado por una *püñeñelche* u otro/a agente de la salud, da cuenta de la autonomía que las mujeres mapuche pueden llegar a alcanzar en el camino hacia la recuperación de su completa dignidad como sujetos libres. (P. 69)

---

<sup>132</sup>En este sentido, según las autoras, “el aborto se propone como un ‘tema’ a debatir entre mujeres indígenas con relación a la **recuperación de ‘prácticas ancestrales’** y conocimientos que las madres y abuelas indígenas tienen sobre anticoncepción y control de la natalidad” (p. 52).

De lo dicho surge que tanto el sistema patriarcal como el médico hegemónico conllevan a la negación de las singularidades y particularidades no solo de las mujeres originarias y rurales, sino también de las prácticas y rituales específicos, de los saberes y conocimientos médicos indígenas (Cicchitti, 2020, p. 5). De esta manera, resulta claro que las comunidades indígenas se han visto avasalladas por prácticas occidentales en todos los ámbitos. Centrándonos en lo relativo a la salud materna, y al parto en particular, constituye una muestra de ello la pérdida de “acompañamiento y apoyo de mujeres experimentadas durante el parto; la lectura y disposición de la placenta; el cuidado con los fluidos corporales y la alimentación tradicional para recuperar las fuerzas de la mujer” (Alarcón y Nahuelcheo, 2008, p. 200).

En efecto, las mujeres indígenas han debido adaptarse a las imposiciones culturales del sistema político-sanitario hegemónico para poder acceder al derecho a la salud, como a otros tantos derechos: sociales, políticos, económicos, culturales y educativos. Por ende, resulta claro que no se trata solamente de una cuestión de derechos en términos de ciudadanía, sino también de la limitación de la libertad de *ser* (Cicchitti, 2020, p. 3).

En síntesis, entendemos la relevancia que tiene la capacitación de los profesionales médicos, y fundamentalmente de aquellos especialistas y doctores que trabajan en las postas sanitarias, puesto que, mayormente, es allí, en estas postas, a donde asisten las mujeres indígenas (mapuce, en nuestro caso), por encontrarse geográficamente más contiguas a la localización de sus viviendas, que son generalmente rurales. Esto conduce no solo a pensar en una mirada de atención sanitaria intercultural, sino también a la promoción del parto interculturalmente seguro, con la finalidad de reducir la mortalidad materno-infantil. Evidentemente, esto fomenta la

autonomía de la mujer indígena y su capacidad de decisión, respetando las formas de dar a luz y sus cuerpos-territorios. De esta manera, pensamos que, generando un contacto directo, dialógico, que respete las costumbres de la comunidad atendida, se articula la medicina académica con la medicina tradicional<sup>133</sup>. No obstante, independientemente de la propuesta, que tiene la finalidad de abrir caminos de pensamiento para el logro de un mejor abordaje sanitario, analizaremos en el próximo apartado cómo se manifiesta, en concreto, en el cuerpo de las mujeres indígenas, la interseccional opresión (genérica, clasista y étnica) que cae sobre ellas. Para ello, nos centraremos en diversas formas y experiencias de violencia, expresadas por sus propias protagonistas. Específicamente, haremos hincapié en la violencia vivenciada en el cuerpo de las mujeres mapuce a la hora de parir.

### **Experiencias de violencia**

Como hemos abordado, la situación de las mujeres, y en particular de las mujeres mapuce, se encuentra atravesada por distintas formas de violencia estructurales, que se vinculan con el despojo territorial, la criminalización, el empobrecimiento material, la colonización y la discriminación (Huipán, 2020a). A estos conflictos vivenciados por las mujeres mapuce, se le añade la violencia machista, hacia el interior de las comunidades. Según Huipán (2020b), este último tipo de violencia se debe a los “vicios” adquiridos por las diferentes formas

---

<sup>133</sup>Sobre la aplicación de este abordaje de partos culturalmente seguros, se han desarrollado experiencias en el Chaco Sudamericano, con las mujeres guaraníes. Han sido promovidas por la OMS y OPS, desde el año 2017 hasta la actualidad, en el territorio que comparten Argentina, Bolivia y Paraguay. Esta iniciativa subregional tiene como propósito reducir la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil, con empoderamiento social, enfoque intercultural, género y derecho, priorizando 400.000 habitantes de esa región, 30% de ellos indígenas (ops, 2019).

de la colonización y de sometimiento. De ahí que, en el seno de las comunidades indígenas, esta problemática se manifiesta mediante la violencia familiar, la violencia sexual y la misoginia.

Por otra parte, una de las violencias que intenta imponer el Estado a los pueblos indígenas de nuestro país, y que comienza a ser cada vez más preocupante, es la referida a la negación de la identidad y de la persona indígena. Según Huilipán (2020a), en el Noroeste argentino, en Jujuy más precisamente, a las personas indígenas se les niega la posibilidad de ser inscriptas en el registro estatal, con el argumento de que no son reconocidos como habitantes argentinos, a la vez que “son considerados como una amenaza por ser inmigrantes”.

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

Las mujeres *chané, qom, pilagá* como también nosotras, las mapuche, festejamos y celebramos la menarca de nuestras hijas. Hacemos fiesta a la fertilidad. Sin embargo, en varios territorios indígenas estas celebraciones han sido penalizadas por denuncias realizadas por maestras ‘con buena intención’ que han querido intervenir en una práctica cultural. Han satanizado la práctica al entender que eso era violatorio del derecho a la educación, porque las niñas/mujeres faltan cuatro días o una semana a la escuela para celebrar su fertilidad. Esa disputa de sentido es una disputa de valores culturales que no pueden saldarse en la esfera judicial, sino en la esfera política y política de las mujeres todas.

Evidentemente, para la resolución de estos conflictos, resulta prioritario generar un abordaje de trabajo intercultural, interinstitucional e interdisciplinario, con todas las jurisdicciones intervinientes: territorios comunitarios, municipios, provincias y organismos nacionales<sup>134</sup>. En este sentido, Huilipán (2020) afirma la importancia que tiene la autotcapacitación y la formación política de las mujeres indígenas, para el fortalecimiento<sup>135</sup> de las organizaciones, de las comunidades y de todas las personas indígenas. Coincidimos con este análisis, incluso, asumimos que estas problemáticas, que surgen de la interacción entre la diversidad étnico-cultural, el Estado y la salud (por tratarse de nuestro foco de análisis, aunque no se reduce únicamente a este ámbito), están surcadas por la incomunicación que se produce en el intercambio entre “saberes” y “conocimientos” epistémicamente tan disímiles (Portela Guarín, 2015, p. 162). De ahí que, según afirma Portela Guarín (2015):

[...] las comunidades activan epistemes-otras a la manera de hilos invisibles que propenden por la cohesión de sus integrantes, mantienen estructurado el tejido social, y ofician como fuerzas entrópicas que dan mucha fortaleza intraétnica; por su naturaleza no son reconocidos por los otros y tampoco es luchada por las comunidades para su reconocimiento; es de resaltar que son determinantes a la hora de la interacción entre sociedades. (P. 164)

<sup>134</sup>Asimismo, según Huilipán (2020a), es fundamental la articulación con el INAI (Instituto Nacional de Asuntos Indígenas) y los ministerios de Mujeres, Género y Diversidad; de Ambiente y de Educación.

<sup>135</sup>Huilipán enfatiza en la importancia de utilizar el concepto de “fortalecimiento” por sobre el término “empoderamiento”. Esta elección se debe a que empoderamiento surge de la concepción positivista de EE. UU. construida para el abordaje de los procesos referidos al trabajo sobre Latinoamérica.

No obstante, resulta claro que las distintas formas de violencias, a las que son sometidas las mujeres indígenas, se vinculan no solo con la intolerancia epistémica de la cultura hegemónica, sino más específicamente con la inacción política, que sostiene estos esquemas de violencia, consolidándolos y naturalizándolos. En este sentido, Gómez y Sciortino (2015) relatan diversas experiencias de violencia, expresadas por mujeres mapuce, en uno de los Encuentros de Mujeres<sup>136</sup> realizados en Las Coloradas<sup>137</sup>, de los que Sciortino participó, y afirman que muchas de estas experiencias, que emergieron “clandestinamente”, se encuentran vinculadas específicamente a “violaciones”<sup>138</sup>. De ahí que, según las autoras, estas situaciones ponen en evidencia “las estrategias de conformación de una agenda política direccionada, que subsume ciertas demandas o problemáticas a ‘una prioridad política’ predefinida e inamovible” (p. 53).

---

<sup>136</sup>Gómez y Sciortino (2015) afirman que, entre los debates que finalmente tuvieron lugar, se trató el tema del aborto como problemática concerniente a las mujeres originarias, puesto que la clandestinidad de esta práctica aumenta el riesgo de muerte de las mujeres que practican un aborto. Respecto a este complejo tema, las mujeres indígenas coincidieron en sostener que esta práctica “mata a las mujeres” (p. 53).

<sup>137</sup>En Neuquén y Mendoza, según afirman Gómez y Sciortino (2015), “la Iglesia católica se encuentra hace un par de años trabajando específicamente con mujeres indígenas en materia de derechos y emprendimientos productivos. [...] Se reúnen en la localidad de Las Coloradas [...]. Es allí donde se realizan encuentros locales de mujeres que a su vez se acompañan con trabajo de capacitaciones en las comunidades sobre derechos de las mujeres y emprendimientos productivos. Estas actividades se desarrollan en el marco de organización de la Fundación *Hueche* y la escuela rural fundada por maestros que llegaron a Las Coloradas alrededor de 1984 y se instalaron allí. Monseñor de Nevares fue su mentor y principal apoyo en la consolidación del proyecto (Sciortino, 2011; 2013)” (p. 58).

<sup>138</sup>Según relata Sciortino (2015), varias mujeres, durante el Encuentro de Mujeres, refieren al tema de la violencia, específicamente a las violaciones, y reconocen haber sido violadas en las ciudades. Incluso, se preguntan cuántas de ellas, tal vez, sean el resultado de violaciones.

De modo consecuente, Sciortino reconoce que no hay denuncias formales realizadas por estos actos por parte de las víctimas, y concluye que la dificultad de acceso a la justicia por parte de sectores vulnerables, por su condición de género, etnia, clase, resulta ser otro gran condicionante que explica la ausencia de estas denuncias (p. 53). Por otra parte, respecto a esta problemática que involucra a las violaciones que sufren las mujeres de la comunidad mapuce, la autora se pregunta por qué el riesgo de las violaciones no ocupa, a nivel de las reivindicaciones, el lugar de prioridad con que se manifiesta en los relatos de las mujeres durante el debate.

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

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

En las zonas en las que se asientan las industrias extractivas se consolida el imaginario binario basado en la figura del hombre provee-

donde lo masculino está asociado a la dominación. En esta recategorización de los esquemas patriarcales, el polo femenino queda ubicado en la idea de mujer dependiente, objeto de control y abuso sexual. (Gartor, 2014, p. 3, en García Gualda, 2017b, p. 90)

Este análisis resulta ciertamente relevante para comprender la situación de las mujeres mapuce y su tolerancia frente a la violencia machista sobre sus propios cuerpos. Incluso, según relata Federici (2010), no es casual que, en plena conquista de América, los cuerpos de las *zomo* (las mujeres indígenas) hayan sido objetos preciados y útiles para el despliegue de las técnicas de poder y de las relaciones de poder capitalistas (citada en García Gualda, 2017b). Dicho en otros términos: “La sexualidad vertida a través de la inseminación del cuerpo-territorio femenino fue una expresa manifestación de apropiación y dominio territorial, de esta forma el control *wigka* fue inscripto en los cuerpos de las mujeres mapuce” (Segato, 2004, en García Gualda, 2017b).

Evidentemente, consideramos que este escenario presentado en la conquista tiene su correlato actual en el contexto que propicia el extractivismo sobre el territorio habitado por los pueblos indígenas de la Patagonia. Puesto que esta práctica extractiva supone una nueva embestida contra los territorios indígenas, y, particularmente, contra las mujeres y sus cuerpos. Sobre este aspecto, García Gualda (2017b) afirma que:

[...] es absurdo ignorar que la *ruta del petróleo es la ruta de la trata con fines de explotación sexual* y que, a la par, el modelo extractivista supone la vigencia de cierta masculinidad hegemónica, es decir, refuerza los estereotipos propios de un orden de género patriarcal. (P. 90)

Es claro que, respecto a las formas de violencia que atraviesan el cuerpo-territorio de la mujer indígena, el análisis reviste una com-

plejidad y profundidad que excede la temática del presente libro. Sin embargo, es de notar que esta violencia sobre los cuerpos, se manifiesta también en los partos que las mujeres de las comunidades mapuce realizan en el sistema sanitario occidental. En este sentido, nos referimos a las situaciones de violencia obstétrica<sup>139</sup> que padecen estas mujeres a la hora de parir en nuestros hospitales públicos.

Estos vejámenes sobre el cuerpo y sobre el momento del parto han sido revelados por mujeres mapuce en distintas oportunidades, expresando el trato deshumano que han experimentado. Así, Sanz (1986) relata la experiencia de una mujer mapuce que tenía tres hijos y había quedado embarazada del cuarto, y, por consejo de sus vecinos, fue a parir a un hospital occidental. De esta manera, según comenta la autora:

Estando ya en la habitación con fuertes contracciones (tendríamos que pensar en cómo puede sentirse una mujer trasladada de una chabola o choza a la habitación de una clínica) la enfermera vio con sorpresa que había desaparecido de la habitación. Cundió la alarma. Todos empezaron a buscarla. La encontraron en el cuarto de baño a oscuras y en cuclillas intentando parir a su hijo. Rápidamente la trasladaron al paritorio. Llena de luces, con las piernas en alto, el cuerpo al descubierto, la mujer dejó de manifestar ningún tipo de emoción (entró en una crisis) mirando fijamente un punto en el techo, sin manifestar ningún signo de dolor ni hacer ningún esfuerzo por parir a su hijo. Los médicos le ‘robaron’ a su hijo. Solo

---

<sup>139</sup>Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley n.º 25929 (Observatorio de Igualdad de Género, 2018).

una hora después del nacimiento pudo mirarlo y tomar contacto con él. Nadie se había preocupado por averiguar cómo viven las mujeres mapuches la relación con su cuerpo, con sus hijos, sus costumbres sexuales. Esta mujer se vio posiblemente inmersa en un mundo que le era ajeno e invadida en su espacio sin entender qué es lo que ocurría, y prefirió la crisis. (Pp. 39-40)

Indudablemente, esta experiencia pone en evidencia no solo la falta de consideración de los saberes y conocimientos propios de la mujer, centrados en su enfoque epistémico, sino también la falta de cuidado y protección de la mujer en tanto paciente que se encuentra dando a luz. Resulta claro que la violencia obstétrica es también violencia simbólica. Esto se debe a que esta “se ejerce, sin mediación de la fuerza física, sobre un agente social con su complicidad, puesto que el agente dominado no es consciente de su estado de sumisión” (Casal-Moros y Alemany-Anchel, 2014, p. 62). De ahí que la paciente “no se siente obligad[a] a actuar y pensar de la forma en que lo hace, porque hacerlo significaría ir en contra del orden lógico o ‘natural’ de las cosas”<sup>140</sup> (p. 62). En efecto, la violencia obstétrica resulta invisible porque, claramente, como afirma Michelle Sadler (2004, pp. 15-66, en García, 2018), “se muestra por el discurso hegemónico como ‘necesaria’ para ‘ayudar’ a las personas: de ese modo, las mujeres se sienten obligadas a obedecer y a no cuestionar a los profesionales”.

---

<sup>140</sup>Este orden natural de las cosas, según Fernández (2005), es transmitido a través de símbolos, como son gestos, actitudes, posturas corporales, etc., cuyo significado es comprendido e interpretado dentro de la propia cultura (u otras), y es transmitido de generación en generación mediante la educación (en Casal-Moros y Alemany-Anchel, 2014, p. 62).

Empero, es conveniente resaltar que esta forma de violencia no siempre pasa desapercibida por las mujeres que la padecen. Una muestra de ello, se expresa en el relato que desarrolla García Gualda (2017a) cuando narra la experiencia vivida por una mujer mapuce en Las Coloradas, respecto a su trabajo de parto, sin asistencia, dentro de su hogar, en una comunidad apartada. Así, la autora expresa que esta mujer le describió cómo transcurrió la espera de casi dos días, hasta haber sido trasladada hacia el Hospital de Zapala<sup>141</sup>, que atiende casos con mayor complejidad médica que el Hospital local de Las Coloradas. De allí que, según lo narrado, la autora expresa que:

Una vez allí el médico decidió, sin consultarla, que debía practicar una maniobra manual para “acomodar al bebé”, el cual estaba en posición podálica. Así, “con la mano” el médico “giró al niño” dentro del útero materno. Nada extraño si consideramos [...] que para el Estado (el médico es un agente estatal) se trata de cuerpos sacrificables, de segunda. “Médico *e mierda*” le gritó la mujer atiborrada de dolor. Y él, un varón no indígena símbolo de la ciencia y, por ende, de la civilización occidental y del capitalismo, procedió a demostrar su poder ante tremendo acto subversivo: “*El médico, el médico entonces me pegó una piña*”. (García Gualda, 2017a, pp. 207-208)

Evidentemente, este último relato muestra algunas de las formas de violencia que se inscriben en el cuerpo de las mujeres indígenas y que obstaculizan, en el plano concreto, todas las posibilidades de generar una atención médica intercultural, mediante una construcción dialógica, que favorezca el derecho al acceso a la salud, centrado en un

---

<sup>141</sup>Este hospital se encuentra a 140 km al noreste, por la Ruta Nacional 40, de su localidad Las Coloradas.

enfoque de justicia epistémico. De ahí que resulta claro que la mujer mapuce, enfocada en el fortalecimiento de su identidad y el ejercicio de su autoidentificación, ha sido (y es) vulnerada por las políticas sanitarias que no le han permitido el acceso al derecho a la salud, respetando su cosmovisión y la puesta en práctica de su conocimiento en el ámbito de la medicina (Gómez y Sciortino, 2015).

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

En síntesis, a partir de lo analizado en el capítulo, resulta claro que todas las prácticas ancestrales, relacionadas con el parto y la maternidad, tienen para las comunidades mapuce un profundo anclaje cultural que debe ser escuchado, respetado y considerado por la medicina hegemónica. No obstante, sin descartar la importancia que esto reviste para la construcción de una relación sanitaria desde un diálogo intercultural, resulta muy trascendente resaltar, tal como se desarrolló en el capítulo anterior, que las prácticas médicas actualmente están orientadas enfáticamente a la reducción de las tasas de mortalidad materna. Evidentemente, esta situación trae aparejada la

institucionalización de todas las prácticas sanitarias que, como hemos analizado en este último apartado, muchas veces se encuentran impregnadas de actitudes de destrato, promoviendo fuertes escenarios de violencia. En efecto, consideramos que esta institucionalización debe ser entendida a partir de deliberar sobre estos aspectos, y también sobre los precedentes que esta situación generó en la comunidad mapuce chilena. De ahí que algunos estudios han analizado los efectos de la institucionalización y la medicalización del parto en Chile en la población mapuce y se descubrió una falta de reconocimiento social y cultural relacionado con la atención de partos de las mujeres indígenas, que fueron controladas dentro del sistema de salud oficial<sup>142</sup>. En fin, resulta prioritario que la inclusión de las mujeres originarias y rurales al sistema público no solo se centre en el respeto por sus tradiciones y saberes ancestrales, sino también que, efectivamente, les brinde información para mejorar el conocimiento y el acceso a servicios, con el claro objetivo de promover un enfoque de derechos humanos y reducir muertes maternas, embarazos no deseados durante la adolescencia y adultez, y, también, la vulnerabilidad a las enfermedades de transmisión sexual, entre otras problemáticas (Cicchitti, 2020).

---

<sup>142</sup>Evidentemente, esto conduce a que debamos interpelarnos acerca de la relevancia que tiene la institucionalización, en cuanto a sus efectos, puesto que, en las experiencias relatadas (en el apartado anterior), se han perdido muchas prácticas y costumbres tradicionales de las comunidades mapuce relacionadas con el parto (Sadler y Obach, 2006; Alarcón y Nahuelcheo, 2008; Quidel y Pichinao, 2002, en Drake, 2014, p. 5).

## | CONCLUSIONES |

En esta obra nos propusimos abordar la atención intercultural de las mujeres mapuce en los servicios de salud de Las Coloradas, provincia del Neuquén. Para ello, nos planteamos como objetivo general analizar, críticamente, si, en la situación concreta de la atención sanitaria de parto de las mujeres mapuce, prevalece el respeto por sus derechos culturales. A su vez, como objetivo específico, buscamos dilucidar las cuestiones relacionadas con el marco normativo de la atención de las mujeres mapuce en los servicios de salud neuquinos de Las Coloradas.

De esta forma, desde un marco filosófico, estudiamos si la atención de la salud materno-infantil de las mujeres mapuce, en esta localidad, era intercultural. Para ello, examinamos si existían prácticas de partos interculturales (género, etnia y clase) y si participaban, y de qué modo lo hacían, las mujeres de estas comunidades indígenas en las políticas de salud intercultural. Finalmente, la propuesta buscó justificar la implementación de políticas públicas para promover, en Neuquén y en el resto de nuestro país, el derecho a la salud desde la pluralidad histórica de la diversidad cultural y con perspectiva de género.

De este modo, la hipótesis de trabajo se centró precisamente en afirmar que la adopción de una concepción de justicia epistémica, basada en el diálogo intercultural, posibilita la construcción de políticas públicas de salud que respondan a los valores morales y culturales de la comunidad indígena mapuce. De allí, que, para el abordaje de esta hipótesis, partimos de conocer la situación concreta de la atención sanitaria de parto de mujeres mapuce en Las Coloradas, en el marco

de la salud intercultural. Asimismo, para ello, primeramente, establecimos el marco teórico de análisis de la problemática, centrándonos en un enfoque ético normativo, con perspectiva de género. Examinamos, también, el marco político y jurídico, que respalda a la salud intercultural internacionalmente, en nuestro país y en Neuquén, en particular.

Así, desde el marco ético normativo con los encuadres de Doyal y Gough (1991), por un lado, y los de Nussbaum y Sen (1995), por el otro, nos centramos en los conceptos de necesidades básicas y capacidades humanas, para sentar las bases respecto a las obligaciones de los Estados para con el desarrollo de estas capacidades humanas (y necesidades básicas). De este modo, ofrecemos, desde este encuadre, las bases filosóficas para una explicación de los principios constitucionales fundamentales que deberían ser respetados e implementados por los gobiernos de todas las naciones, como mínimos indispensables para cumplir la exigencia de respeto hacia la dignidad humana (Nussbaum, 1998). De allí que, a partir de posicionarnos en el enfoque de justicia social que ofrecen Doyal y Gough (1991), nos permitimos establecer las bases normativas necesarias para promover el reconocimiento universal de los derechos humanos, y, a su vez, generar corresponsabilidad ética de todos los agentes para su cumplimiento efectivo. Este marco teórico nos resulta fundamental si anhelamos construir un enfoque intercultural en la atención médica, como forma de favorecer el acceso al derecho a la salud de los pueblos indígenas. Evidentemente, este planteo requiere del compromiso ético y formativo de todos los agentes involucrados, en pos de lograr una construcción epistémica, dialógica y horizontal entre los saberes y los conocimientos occidentales y los tradicionales.

Sumado a lo dicho, consideramos que el enfoque de Doyal y Gough es ineludible porque promueve políticas preventivas e integrales, a la

vez que protege intereses objetivos y propicia la amplitud de elecciones de planes de vida. Este aspecto se ve enriquecido con la propuesta de Nussbaum y Sen, puesto que este enfoque atiende de modo particular las capacidades y opciones de las mujeres, abordando, asimismo, los obstáculos concretos a los que se enfrentan la mayoría de las mujeres en su vida. De esta manera, es prioritario que los gobiernos atiendan a una base mínima legal para garantizar un piso de justicia social, que les permita a las personas desarrollarse de forma digna, debido a que, si no lo hacen, las confina a vivir por debajo del umbral, en una situación injusta y trágica. Particularmente, esto se evidencia más enfáticamente en el caso de las mujeres.

Por este motivo, desarrollamos, como tercer enfoque teórico, un análisis desde la perspectiva feminista latinoamericana, que conseguimos confrontar con la mirada que ofrecen dos mujeres autoidentificadas como mapuce, respecto a su rol y situación. De esta manera, constatamos que el abordaje de las mujeres en Latinoamérica, y, puntualmente, en Argentina, requiere de un análisis que amplíe sus horizontes no solo a la opresión patriarcal, sino a todos los tipos de opresión que han vejado históricamente a las mujeres: las raciales, las coloniales, las de las metrópolis con sus periferias, entre tantas otras. Esta perspectiva nos permitió un acercamiento más situado respecto a las experiencias vivenciales que las mujeres mapuce de Las Coloradas relatan sobre sus formas de vida y sobre la atención sanitaria que reciben en esta localidad.

Por otra parte, para analizar la aplicación del enfoque intercultural en la atención sanitaria, nos resultó significativo contrastar lo plasmado en el marco teórico normativo y en los enfoques de género con todo lo estipulado por el marco político y legal existente. Para ello, indagamos en las normas jurídicas y en las decisiones políticas

que las promovieron y sustentaron, tanto en la provincia del Neuquén, en nuestro país, como en los diversos tratados internacionales que adoptamos constitucionalmente, respecto al marco de referencia y de acción respaldatorio sobre la atención sanitaria intercultural. Pudimos constatar la fuerte vinculación entre los marcos ético-normativos desarrollados en el primer capítulo y los principios fundamentales plasmados en estas normas jurídicas. Sin embargo, también pudimos comprobar que estos marcos jurídicos encuentran modalidades de aplicación, en el plano situacional de la atención sanitaria intercultural concreta, que se caracterizan por ser homogeneizantes y paternalistas.

Por ello, orientamos el análisis hacia las nociones que surgen cuando intentamos precisar el concepto de salud intercultural, fundamentalmente en lo que respecta a la relación entre la salud y las mujeres indígenas. Indagamos, de esta manera, acerca de las características que sugiere el abordaje de la salud de mujeres indígenas, en comunión con su cosmovisión, atendiendo a la concepción de bienestar y a la dinámica de la comunidad.

Desde este planteo, establecimos una breve caracterización de la salud intercultural y de la situación de partos de las mujeres mapuce de nuestro país, enfocada, específicamente, en la localidad Las Coloradas, de la provincia del Neuquén. Para ello, iniciamos el recorrido a partir de las características de organización del sistema de salud argentino (fragmentación, descentralización, superposición) y de las características de los programas de salud aplicados en la provincia del Neuquén desde el surgimiento del sistema sanitario neuquino hasta la actualidad.

Esta situación nos permitió examinar la vulneración que sufren las mujeres mapuce respecto a las condiciones materiales de atención médica, a partir del cotejo de las variables estadísticas publicadas por

el Sistema de Salud Provincial, centrándonos, específicamente, en el caso de Las Coloradas. Para comprobar esta información, analizamos desde las voces de las mujeres mapuce, no solo sus costumbres ancestrales respecto a la atención de partos, sino más precisamente las barreras que soportan en el acceso a la salud al someterse a prácticas biomédicas que no contemplan sus propios saberes y conocimientos. Pudimos evidenciar, asimismo, las diversas situaciones de violencia estructural que atraviesan y se instalan en el cuerpo de las mujeres mapuce, puntualizando, finalmente, en relatos sobre la violencia obstétrica vividos por estas mujeres en Las Coloradas. A partir de allí, circunscribiendo el análisis, subrayamos la relevancia que reviste la construcción de una justicia epistémica para promover un modelo descentralizado y participativo, centrado en el diálogo intercultural. Consideramos que, desde el enfoque de la justicia epistémica, la salud intercultural debe centrarse en el reconocimiento y respeto por estos saberes ancestrales.

Resulta evidente que se les debe garantizar a las poblaciones vulnerables, en general, y a las mujeres mapuce, en particular, no solo el reconocimiento formal de sus derechos colectivos de autodeterminación (consentimiento comunitario) en normativas y declaraciones internacionales; sino también la promoción de bases reales para que no se produzcan relaciones asimétricas y de vulnerabilidad, que sostienen las relaciones de dominación y explotación. Por ello, consideramos primordial garantizar que los beneficios de estas reglamentaciones, materializadas en políticas públicas concretas, sean gozados por todas las comunidades (de Ortúzar, 2019).

Por ello, consideramos que el abordaje intercultural de la atención de salud en mujeres mapuce neuquinas debe plantearse a partir de

la construcción de una ética pública<sup>143</sup>, que involucre un interjuego entre las diversas culturas étnicas de nuestro país. Justamente, toda formulación de políticas debe encuadrarse en la edificación de una definición amplia de bien público, que contemple la situación de asimetrías y vulnerabilidades históricas presentes en las distintas comunidades de nuestro país, especialmente en las indígenas.

De esta manera, en concordancia con de Ortúzar (2019), consideramos que es la revalorización de conceptos propios como el “buen vivir”, proveniente de la tradición indígena, lo que nos permite replantear la finalidad social de la justicia en salud. Precisamente, porque el “buen vivir”, para las comunidades mapuce, se refiere a la vinculación equilibrada entre las personas y en armonía con la naturaleza. De allí que no basta con el acceso igualitario a los hospitales para atender la enfermedad, ni tampoco con la implementación de mecanismos de coordinación del financiamiento y prestación de los servicios de salud<sup>144</sup>, tal como postula el marco de la estrategia nacional de la Cobertura Universal de Salud (cus). Estas propuestas resultan inviables sin examinar previamente los determinantes sociales<sup>145</sup> que experimentan las comunidades indígenas y que atentan contra la concepción del “buen vivir”.

<sup>143</sup>De Ortúzar (2019) afirma que la ética pública no es otra cosa que un punto de intersección entre la filosofía política, la ética y las disciplinas a las cuales se aplica.

<sup>144</sup>Rubinstein explica que esta estrategia tiene tres ejes: la cobertura territorial con equipos de salud familiar; el fortalecimiento de los sistemas de información como la historia clínica electrónica; y comenzar a definir entre el ministerio nacional y las provincias cuáles son las cuestiones en las que no están dispuestos a tolerar disparidades sanitarias (Tuchin, 2018).

<sup>145</sup>La ventaja de evaluar estos determinantes radica en reconocer la responsabilidad del Estado en salud (de Ortúzar, 2018).

De modo que, para pensar en el derecho al acceso a la salud, debemos hacerlo en el marco de las “desigualdades sociales que repercuten en las desigualdades de salud, y cómo estas se profundizan a partir de la recesión y políticas de ajuste impuestas por el mismo Estado y los organismos internacionales (FMI)” (de Ortúzar, 2018). Según la OPS (2008), la relación entre las variables de pobreza y etnicidad se plantea siempre en proporción directa. Del mismo modo, las condiciones de pobreza y la posibilidad de superarla se agravan por los altos índices de analfabetismo. En el caso de Neuquén, según afirma García Gualda (2013), “la carencia de políticas públicas, las prácticas clientelares llevadas a cabo por el Movimiento Popular Neuquino y la corrupción, han conducido a que, aproximadamente, el 60% de la población mapuce se encuentre en situación de pobreza (ODHPI, 2008, p. 12)” (p. 56).

Esta situación debe contemplarse de manera prioritaria a la hora de proyectar la promoción e implementación de políticas públicas destinadas a la población mapuce. De la misma manera, debe considerarse, de modo específico, la situación concreta de las mujeres de este pueblo<sup>146</sup>, puesto que “sus posibilidades de acceso al empleo se ven obstaculizadas debido al alto índice de analfabetismo, la discriminación y la violencia laboral contra las mujeres” (García Gualda, 2013, p. 56).

Pese a los impedimentos que presenta este escenario, en el que confluyen la opresión a las mujeres y las políticas de ajuste, se han generado espacios de participación y lucha por parte de las mujeres mapuce. De

---

<sup>146</sup>Según afirma García Gualda (2013), “la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas, durante el período 2004-2005, [expone que] sobre un total de 30.445 mujeres mayores de 10 años, el 8% eran analfabetas. Por estas razones, la mayoría de las mujeres provenientes de pueblos originarios se emplean en trabajos generalmente precarios (o en negro), y/o en el peor de los casos en trabajo esclavo” (p. 56).

allí que Azpiroz Cleñan (2020a) afirma que “todos los procesos de opresión y vaciamiento de la palabra, de la participación política, del empobrecimiento que sufren las poblaciones por la aplicación de las políticas de ajuste, de recesión, de acumulación de riqueza en manos de unos pocos” generan una reacción que necesita ser escuchada para ser puesta en la mesa de debate de la sociedad no indígena, atendiendo a “cuáles son las propuestas superadoras ante la crisis en términos de poder, pero que se traduce en crisis económicas, climáticas, ambientales”.

Resulta importante considerar que, si bien las mujeres mapuce han sufrido históricamente estas situaciones de precariedad, a partir del proceso iniciado en los años noventa, con el surgimiento de los movimientos sociales contrahegemónicos<sup>147</sup>, estas mujeres se han posicionado como protagonistas fundamentales de su lucha y reafirmación cultural y territorial. Incluso, tal como afirma García Gualda (2013), “es a partir de asumirse políticamente como mujeres mapuce que comienza su nuevo rol dentro del conflicto socioterritorial en la provincia del Neuquén” (pp. 56-57).

No quedan dudas de que para pensar en la construcción de una sociedad más democrática, justa y equitativa, las propuestas estatales respecto a la atención sanitaria intercultural deben atender y escuchar las voces de las mujeres mapuce, como representantes políticas válidas,

---

<sup>147</sup>Los movimientos sociales contrahegemónicos surgen como respuesta a la globalización neoliberal suscitada durante la década de 1990. De hecho, en este contexto, se produjo la incorporación –forzada– de las mujeres al mercado laboral (producción), sin por ello librarlas de sus tareas relacionadas al ámbito de lo doméstico (reproducción). Esto condujo a la profundización del proceso de feminización de la pobreza, que no hace más que reproducir la subordinación social de las mujeres en el modelo patriarcal/capitalista (García Gualda, 2013, pp. 57-8).

que se han levantado frente a un largo proceso de opresión y sujeción que las mantuvo invisibilizadas sistemáticamente (desde el plano académico occidental y desde el patriarcal) como agentes subalternas<sup>148</sup>. En efecto, se debe partir de este objetivo central en la construcción de políticas públicas sanitarias, para crear este espacio que busque diálogos de saberes entre el conocimiento científico y el conocimiento ancestral. Fundamentalmente, con la intención de que, en los espacios de los diseños de políticas públicas, las comunidades mapuce puedan manifestarse en una relación de simetría (Azpiroz Cleñan, 2020a), que responda a los tres enfoques que resumen sus históricas reivindicaciones: derechos colectivos, derechos de las mujeres y derechos humanos.

En fin, resulta indiscutible que todas las propuestas de diseño de políticas públicas enfocadas hacia las poblaciones históricamente vulneradas deben originarse a partir de las necesidades concretas que estas enuncian. Para ello, es claro que se requiere un trabajo planificado, juicioso y estructural, que sienta sus bases en propuestas de carácter intercultural, interinstitucional e interdisciplinario, como se expresó en el quinto capítulo, y que se constituya a nivel de todas las jurisdicciones intervinientes: los territorios comunitarios, municipios, provincias y organismos nacionales (Huilipán, 2020a). Del mismo modo, no es menos importante que se contemplen y se diseñen los marcos reglamentarios que propicien, en materia jurídica, la aplicación fe-

---

<sup>148</sup>Resulta claro que el universalismo etnocéntrico occidental ha penetrado al conocimiento en todas sus esferas y, por ello, persiste una marcada tendencia al predominio y desarrollo de ciertos feminismos hegemónicos, dotados de un conocimiento insuficiente de las mujeres no-blancas, de las “otras subalternas” (Mohanty, 2008, en García Gualda, 2015, p. 586).

haciente de las políticas públicas establecidas<sup>149</sup>. Prioritariamente, en el desarrollo de políticas destinadas a implementar infraestructura apropiada en postas sanitarias, y en aquellas que promuevan una distribución equitativa de médicos con formación intercultural.

Ambos aspectos resultan primordiales, en el marco del diseño de políticas públicas destinadas al favorecimiento del derecho al acceso a la salud de las mujeres mapuce de Las Coloradas. Esto es así debido a las barreras, obstáculos y dificultades concretas que afrontan diariamente estas mujeres para acceder al sistema sanitario público. Nos referimos tanto a las barreras materiales como a las culturales<sup>150</sup>. De ahí que, en cuanto a las dificultades materiales, como afirma Cicchitti (2020), uno de los principales problemas es la distancia geográfica, debido a que la mayoría de las comunidades originarias residen en zonas rurales, alejadas de los puestos de salud y hospitales. Claramente, esta situación obliga a pensar, por un lado, en la necesidad de medios de traslado, en la falta de caminos accesibles y en la falta de transportes disponibles. Por otro lado, en la posibilidad de contar con los recursos económicos necesarios para traslados, atención médica de

<sup>149</sup>Un ejemplo de estas inconsistencias legales fue planteado con el caso del Centro de Salud Intercultural Ruca Choroí, en el cuarto capítulo.

<sup>150</sup>Evidentemente, respecto al planteo de las barreras que obstaculizan el acceso a una vida digna (es decir, el acceso al trabajo, a la educación, a la salud, al medioambiente) por parte de las mujeres mapuce, en este escrito, nos centramos específicamente en las que tienen incidencia inmediata en la salud. Sin embargo, corresponde reconocer la vulneración, discriminación y violencia que vivencian estas mujeres, producto de barreras tales como “la colonización ejercida por las compañías de explotación petrolíferas, minerales, forestales y de tierras”; la falta de políticas públicas de desarrollo; y el consecuente empobrecimiento y marginación sociocultural de las comunidades mapuce neuquinas, entre tantos otros factores condicionantes (Instituto de Promoción de Estudios Sociales de Navarra [IPES Elkartea], s.f.).

especialistas, trámites burocráticos, compra de medicamentos, costeo de tratamientos indicados, entre otros. Es interesante subrayar, en consonancia con el planteo de Cicchitti (2020), que estos indicadores se intensifican y complejizan aún más cuando los extrapolamos a las mujeres indígenas, debido a las dificultades de “acceso a la cobertura de salud privada, ya sea a través de sistemas de medicina prepaga u obras sociales”. Resulta claro que esta desigualdad en el plano material se vincula con la imposibilidad que tienen las mujeres indígenas para insertarse en el mundo laboral (con todos los beneficios que esto trae aparejado, tratándose de un trabajo registrado).

En cuanto a las barreras culturales, se pueden mencionar la falta de información y conocimiento necesarios, por parte de las mujeres indígenas, para defender sus derechos de acceso a la salud; las sistémicas situaciones de violencia estructural hacia estas mujeres, plasmadas en la discriminación por su identidad y pertenencia étnica; y la falta de consideración por parte de las políticas sanitarias, como hemos visto en el cuarto capítulo, de adecuaciones culturales (barreras idiomáticas, por ejemplo)<sup>151</sup> o de enfoque de género<sup>152</sup>.

---

<sup>151</sup>Desde este planteo, debe analizarse la posibilidad de consentir a la paciente indígena a realizar un parto en su casa, y, simultáneamente, se le debe ofrecer respeto por su alimentación y cuidado propio, conforme a las costumbres históricas de la cultura indígena; a la vez que se le debe brindar la información adecuada y comprensible a su lengua (ELA y COAJ, 2016).

<sup>152</sup>Según plantea Cicchitti (2020): “Las dificultades en el acceso a la información, como así también a las prestaciones de salud sexual y reproductiva, se traducen en que las mujeres indígenas presentan tasas de fecundidad más altas que las del resto de la población. El elevado número de hijos e hijas, sumado a que, una alta proporción de mujeres son madres antes de los 19 años de edad, son la combinación perfecta para que estas jóvenes y mujeres originarias queden excluidas del sistema educativo y laboral formal”.

Consecuentemente, estas barreras inciden en el crecimiento de las tasas de mortalidad materno-infantil, como resultante de la sumatoria entre los embarazos no planificados a temprana edad<sup>153</sup> y la falta de acceso al sistema público de salud en el momento del parto. Por este motivo, es fundamental que las políticas públicas se centren en un enfoque que garantice un sistema de salud intercultural, feminista y de derechos humanos, que responda a las necesidades históricas reafirmadas y re-enunciadas por las mujeres indígenas mapuce.

En síntesis, consideramos prioritario promover propuestas de diseño de políticas públicas, para el sistema sanitario, que reconozcan y disminuyan las consecuencias de la opresión interseccional que afecta a las mujeres mapuce en el acceso al derecho a la salud. Evidentemente, estas propuestas de políticas públicas de salud intercultural deben centrarse en un enfoque integrado por las dimensiones: género, etnia y clase social, con la finalidad de que permitan comprender y resolver las dificultades y los obstáculos que las mujeres mapuce deben soslayar para acceder a la atención médica intercultural de sus partos. No obstante, siguiendo a Cicchitti (2020), entendemos que este acceso al derecho a la salud no debe reducirse a una indefectible inserción en un mundo occidentalizado, ajeno e indiferente ante la herencia ancestral originaria.

Por ello, proponemos una política de salud intercultural relacionada con el parto de las mujeres mapuce para establecer, de este modo, métodos que, en el interior del sistema de salud público, les permitan

---

<sup>153</sup>Sobre este aspecto, Cicchitti (2020) afirma que: “La falta de métodos anticonceptivos y pastillas de emergencia en los hospitales y puestos de salud es más que evidente tras el ajuste en el ámbito sanitario, ya sea a nivel nacional, con el cierre de programas relacionados con la salud sexual y reproductiva, y [también con] la reducción en las partidas presupuestarias para las áreas de género y mujer”.

realizar partos respetuosos, y que también promuevan la autonomía de las mujeres mapuce para decidir sobre su propia salud (Drake, 2014, p. 6). Entendemos que plantear, diseñar y desarrollar políticas públicas para incrementar el acceso equitativo a los servicios integrales de salud resulta un verdadero desafío<sup>154</sup>. Por este motivo, estas políticas deben implicar, además, una reducción de los enormes costos asociados a la atomización financiera, bajo la figura de un Estado garante del bienestar de la población (Belló y Becerril-Montekio, 2011, p. 107). Con el claro objetivo de garantizar el acceso a beneficios comunes universales, con un evidente retraimiento del gasto de bolsillo del paciente.

Del mismo modo, las políticas sanitarias deben centrarse en la federalización del sistema, para promover el acceso sanitario equitativo de toda la población del territorio argentino, mediante la provisión de recursos materiales y humanos a los CAP, como también mediante la disposición de las prestaciones de mayor nivel de complejidad. Evidentemente, cada provincia deberá operar sobre su realidad particular, buscando identificar ejes comunes, para avanzar hacia una segunda instancia regional y nacional. En este contexto, tal como afirman Belló y Becerril-Montekio (2011), “se requiere que el Estado nacional cree las condiciones para que se debata la implantación de sistemas provinciales integrados o esquemas de aseguramiento social en salud por jurisdicción” (p. 107).

---

<sup>154</sup>Dentro de este desafío, debe considerarse la capacitación del personal, para que produzca un impacto positivo, puesto que esto deberá incidir en cambios importantes en la prestación de los servicios, mejorando la relación médico-paciente y paciente-institución de salud, es decir, brindar atención con sensibilidad intercultural (Hasen Narváez, 2012, pp. 17-24).

A partir de lo desarrollado, examinando la construcción de un abordaje sanitario integral y federal, surge la necesidad de plantear un abordaje intercultural centrado en tres criterios de análisis y aplicación, que prioricen el derecho a la salud desde la pluralidad histórico-cultural, situados en la complejidad de nuestra sociedad. El primero de ellos es el marco conceptual para la formulación de políticas, centrado en un enfoque interseccional, que articule las tres esferas que son un eje indispensable e inexcusable para el análisis (etnia, género y clase social). El segundo criterio está orientado hacia la formación médica intercultural y en justicia epistémica. Y el tercero se centra en el diálogo intercultural con la medicina indígena.

De lo dicho surge que, para el abordaje intercultural de salud en mujeres indígenas, resulta fundamental plantear estos tres criterios, que sirvan de base en tanto marcos adecuados<sup>155</sup> para la formulación de políticas públicas. El primer criterio involucra un enfoque integrado que considere la relación entre género y etnia, incorporando también la dimensión de clase social, lo que permite denunciar situaciones de discriminación, segregación y desigualdad de oportunidades (Rangel y Valenzuela, 2004). Es importante analizar de modo vinculante las tres esferas: género, etnia y clase social, porque son “sistemas interconectados de relaciones y significados”, que oprimen de manera simultánea a los grupos sociales, desde distintos sistemas de dominación (Rangel y Valenzuela, 2004). De modo que resulta necesario, para abordar interculturalmente la salud en las mujeres mapuce, plantear un enfoque interseccional en salud (género, etnia, clase social, edad, diversidad sexual) para lograr una evaluación integral de los impactos sociales esperados a nivel sanitario.

---

<sup>155</sup>Según el sentido acuñado por Nancy Fraser y Axel Honneth (2006).

Paralelamente, como segundo criterio, deben replantearse la prácticas profesionales, fundamentalmente en lo concerniente a la incorporación de asignaturas referidas a la interculturalidad y a la justicia epistémica durante la formación, como también en cuanto a las temáticas interculturales prioritarias en los modelos de investigación médica, en las universidades y centros de investigación.

Del mismo modo, y como tercer criterio, en el plano social y comunitario, deben establecerse las bases de respeto y reconocimiento que permitan el acceso a la salud para las mujeres indígenas. Para ello, la ciencia y la medicina “oficial” deben interactuar y dialogar con la medicina indígena, mediante la incorporación de agentes sanitarios como facilitadores en las comunidades. De esta manera, con la interacción y el diálogo intercultural, se podrá promover el acceso a infraestructuras hospitalarias integrales y a prácticas médicas interculturales (atención primaria de la salud y partos respetados), evitando “caer en la parcialización, y en la discriminación de las mujeres indígenas”, priorizando, de esta manera, que el acceso a la salud “sea desde la integralidad y armonía, y no se convierta en una violencia más hacia propias formas de vivir” (ELA y COAJ, 2016, p. 36).

Ahora bien, sabemos que en muchos países de América Latina se han redefinido políticas y modelos de atención a la salud, sin conseguir mejorar las condiciones de salud de las poblaciones a quienes se dirigían. Sin embargo, entendemos, en consonancia con Almeida Filho (1992), Sy (2008), Remorini y Palermo (2015, p. 252), que esto se debe a la incongruente “base conceptual en el diseño, planificación, organización y administración de los servicios de salud”, que se corresponden casi exclusivamente con una perspectiva epidemiológica convencional, sin contemplar la naturaleza histórica y sociocultural de los problemas de salud.

En efecto, consideramos que nuestra propuesta es conducente a mejorar la atención intercultural de partos de las mujeres mapuce de Las Coloradas porque parte de evidenciar las fisuras del sistema estatal, y, posteriormente, busca construir, desde esta base, propuestas de políticas públicas que promuevan mecanismos emancipatorios<sup>156</sup> y favorecedores del acceso a derechos humanos para estas comunidades vulneradas. Evidentemente, frente al contexto de creciente marginalidad y vulneración de derechos y oportunidades que promueve el capitalismo, las propuestas de políticas públicas que se centren en ampliar los canales participativos de la democracia, necesariamente, resultan ser superadoras. En este sentido, coincidimos con el planteo de Rita Segato (2010), respecto a la necesidad de exaltar la ampliación de derechos promoviendo la formulación de canales de deliberación y construcción colectiva, desde un Estado vasto y democrático. De allí que, tal como afirma la autora, un Estado resulta ser efectivo cuando, lejos de imponer su propia ley, se convierte en restituidor “de la jurisdicción propia y del fuero comunitario, garante de la deliberación interna, coartada por razones que se vinculan a la propia intervención y administración estatal” (p. 8).

---

<sup>156</sup>Esta propuesta dialoga con los interrogantes propuestos por Ameghino (2011), en relación con distintas líneas de cuestionamiento esbozadas por Borón (2007, p. 27), acerca de las posibilidades de democratizar la democracia, sin salir del capitalismo. Estos interrogantes son: ¿Será posible potenciar las fisuras del sistema de dominación estatal para convertir estas políticas en mecanismos emancipatorios o se trata de un nuevo modo de construcción hegemónica en busca de gobernabilidad? ¿Podrían estas novedosas experiencias estar dando cuenta de un comienzo de revalorización de la interculturalidad en las instituciones de gobierno y de profundización democrática, que sean el inicio de un futuro Estado intercultural? (p. 85).

A modo de cierre, nos interesa destacar que todos estos temas conducen hacia un largo y necesario debate en torno a democratizar la democracia. Por ello, realizamos una propuesta acerca de la formulación de los marcos adecuados requeridos para promover políticas públicas en salud orientadas a un abordaje intercultural. Consideramos fundamental, para el desarrollo de políticas públicas referidas a la atención de partos con abordaje intercultural de las mujeres mapuce de Las Coloradas, elaborar propuestas que se afirmen en los tres aspectos formulados. Es decir, que involucren: (I) un abordaje interseccional de los esquemas opresivos (género, clase y etnia); (II) que desarrollen propuestas formativas interculturales, con enfoque de justicia epistémica, para los profesionales de la salud (en formación y activos); y, por último, (III) que se generen los espacios de construcción dialógica de saberes y conocimientos, con base en el respeto y el reconocimiento, entre la medicina ancestral y la medicina occidental, a partir de diversas instancias de participación, de construcción y socialización de saberes. Consecuentemente, estos criterios se plantean en la necesidad de priorizar el derecho a la salud intercultural de las mujeres mapuce desde la pluralidad histórico-cultural, situados en la complejidad de nuestra sociedad.

Sin más, esperamos que esta obra genere aportes para la deliberación sobre las prácticas sanitarias interculturales en nuestro país, y abra, a su vez, posibles líneas de investigación que contribuyan al enriquecimiento de las planteadas en este escrito.

## | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS |

- Aguilar, D. y Lacsma, A. (2004). Introduction. En Aguilar, D. y Lacsma, A. (eds.). *Women and globalization*. New York: Humanity Books.
- Aguirre, S. (2021). De la “extinción” a las “comunidades nuevas”. Reconstitución comunitaria indígena: Paicil Antrio y Campo Maripe (Neuquén). *Quinto Sol*, 25(2), ISSN 1851-2879, pp. 1-29.
- Aizenberg, L. (2013). Salud indígena: una reflexión crítica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural. *Astrolabio*, (11). <https://doi.org/10.55441/1668.7515.n11.5583>
- ----- (2018). Hacia una aproximación en salud intercultural y de género. Reflexiones en torno a la migración de mujeres bolivianas en dos provincias de Argentina. Universidad Nacional de San Juan. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Ediciones; *RevIISE*; 11; 4-2018; pp. 85-98.
- Alarcón, A. M. y Nahuelcheo, Y. (2008). Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *Revista de Antropología Chilena*, Chungara, 40(2), pp. 193-202.
- Ameghino, N. (2011). ¿Interculturalidad hegemónica o emancipatoria? Una aproximación a la gestión intercultural en Neuquén, Argentina. *Interculturalidad y crisis del Estado nación*, 6(11), pp. 83-108.
- Anderson, J. (2004). Categorías de diferencia, trayectorias de desigualdad: superar la pobreza femenina diversa en América Latina. En Valenzuela, M. y Rangel, M. (edit.), *Desigualdades entrecruzadas: pobreza, género, etnia y raza en América Latina*. Santiago de Chile: OIT.
- Arce, J. (Coord.) (2009). Jornadas Regionales de Interculturalidad para la equidad en la atención de la salud, Junín de los Andes.
- Ballesteros, M. S. (2017). El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo

xx a la actualidad. *Millcayac-Revista digital de Ciencias Sociales*, 4(6), 169-174. Disponible en <http://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/886>

- Beliera, A. (2016). Pensar al Estado como ámbito de trabajo. Reflexiones a partir de la experiencia de trabajadores de salud pública de Neuquén (2005–2013). *Estudios Sociales del Estado*, 2(3), pp. 180-211.
- Belló, M. y Becerril-Montekio VM. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Publica Mex*, 53 supl. 2: S96-S108.
- Belmartino, S. y Bloch, C. (1980). La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo. *Cuadernos Médico-Sociales n.º 14*.
- Betancourt, J. R. (2003). Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Academic Medicine*, 78(6), pp. 560-569.
- Boltvinik, J. (2003). La teoría de las necesidades humanas de Doyal y Gough, *Comercio Exterior*, 53(5).
- Cárdenas et al. (2017). Interculturalidad en salud: reflexiones a partir de una experiencia indígena en la Amazonía peruana. *Anthropologica/Año xxxv*, n.º 39, pp. 151-169. Disponible en <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/anthropologica/article/view/18742/19638>
- Carrasco, M. (2002). Una perspectiva sobre los pueblos indígenas en Argentina. En CELS, *Derechos humanos en la Argentina. Informe 2002. Hechos 2001*. Argentina: Siglo XXI. Disponible en <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/derechos-humanos-en-la-argentina-informe-2002-hechos-2001/>
- Casal-Moros, N. y Alemany-Anchel, M. J. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index de Enfermería*, 23(1-2), pp. 61-64. Disponible en <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100013>
- Castellanos Llanos, G. (2011). Los discursos de la globalización, la industria de la belleza y el concepto de mujer y género. *Anuario de Hojas de Warmi*, n.º 16.

- Casullo, F. (2016). Lo saludable de tener a mano un intelectual en el Estado: Antonio Del Vas y el Plan de Salud Neuquino. En Gomes, G.; Vicente, M. (comp.), *Trayectorias de intelectuales en el Estado, actas de jornadas de discusión*. San Fernando, pp. 250-271.
- Chiara, M. (2018). *La salud gobernada: política sanitaria en la Argentina 2001-2011*. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Cicchitti, A. (2020). El lugar de las mujeres indígenas. Género y diversidad sexual. *Soberanía Sanitaria*. Disponible en <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-lugar-de-las-mujeres-indigenas/>
- Colmenarejo, R. (2016). Enfoque de capacidades y sostenibilidad: aportaciones de Amartya Sen y Martha Nussbaum. *Ideas y Valores*, 65(160), pp. 121-149.
- Crespo, R. F. (2008). *On Sen and Aristotle*. Buenos Aires: Working Paper Series IAE.
- Cuyul, A. et al. (2011). Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Rev Argent Salud Pública*, 2(7), pp. 12-18.
- de Ortúzar, M. G. (2011). *Desigualdad social y salud*. VIII Jornadas de Investigación en Filosofía.
- ----- (2017). El desplazamiento del poder en salud... Hacia un nuevo horizonte. *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*, n.º 20, pp. 47-63. Disponible en [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” vs. “Derecho a la salud”. Un análisis ético y político sobre lo “universal” en salud en “tiempos de restauración conservadora”. *REVISe, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 12(12), pp. 103-116. Disponible en <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/279/pdf>.
- ----- (2019). *Teorías de justicia y salud* [Maestría en Filosofía, clases 1-12]. Bernal: UNQ.

- de Ortúzar, M. G. y Médici, A. (2019). El “derecho a la salud” como derecho humano: abordaje conceptual transdisciplinar. En Cristeche, M. y Lanfranco Vázquez, M. (coords.), *Investigaciones sociojurídicas contemporáneas*. La Plata: Malisia.
- Dieleman, S. (2012). An Interview with Miranda Fricker. *Social Epistemology*, 26(2), 253-261.
- Dieterlen, P. (2001). Derechos, necesidades básicas y obligación institucional. En *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*. Buenos Aires: Clacso.
- Di Liscia, M. S. (2009). Notas bibliográficas: “Silencio hospital. Una historia de la salud pública en Neuquén” de Demetrio Taranda, Joaquín Perren, Enrique Mases, Lisandro Galucci y Fernando Casullo. *Estudios Sociales*, 37(1), 185-188. <https://doi.org/10.14409/es.v37i1.2648>
- Doyal, L. y Gough, I. (1991). *A theory of human need*. Londres: MacMillan.
- Doyal, L. (1995). *What makes women sick? Gender and the political economy of health*. Londres: Macmillan.
- Drake, E. (2014). El significado cultural del parto: perspectivas de mujeres mapuche. *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1844. Disponible en [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/1844](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1844)
- Drasbek, C. y Rojas, R. (2008). Presentación en: Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). *Proyecto de la Salud del Recién Nacido, Niño y Joven Área de Salud Familiar y Comunitaria Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- 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: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras.

- Feltri, A. et al. (2006). Salud reproductiva e interculturalidad. *Salud Colectiva*, 2(3), pp. 299-316.
- Femenías, M. L. y Vidiella, G. (2005). El derecho de las mujeres a la salud. *Perspectivas Bioéticas*, 10(18).
- Femenías, M. L. (2011). Feminismos latinoamericanos: una mirada panorámica. *La manzana de la discordia*, 6(1), pp. 53-59.
- ----- (2019). *Itinerarios de teoría feminista y de género. Algunas cuestiones histórico-conceptuales*. Bernal: UNQ.
- Fiss, O. (1993). ¿Qué es el feminismo? *Doxa* 14, pp. 319-335.
- Fraser, N. y Honneth, Axel (2006). ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico. Madrid: Morata.
- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica* (Ricardo García Pérez, Trad.). Barcelona, CT: Herder.
- García, E. M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales* [tesis doctoral]. España: Universidad Autónoma de Madrid.
- García Gualda, S.M. (2013). Las otras actrices políticas de la provincia de Neuquén: las Mapuce. *Identidades*, “Dossier Primer Encuentro Patagónico de Teoría Política”, pp. 54-59.
- ----- (2015). Cuerpos femeninos/territorios feminizados: las consecuencias de la conquista en las mujeres mapuce en Neuquén. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 4(1), pp. 586-611.
- ----- (2017a). *Tejedoras de futuro: La participación política de las mujeres mapuce en el conflicto territorial de Neuquén (1995-2015)* [tesis de Doctorado en Ciencias Sociales]. Mendoza: UNCuyo.
- ----- (2017b). *Kvme felen y el retorno de la complementariedad: el “utópico” desafío mapuce frente a las políticas extractivistas y la violencia de género*. *Clave Comahue*, 22, pp. 83-100. Universidad Nacional del Comahue. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.

- Gollan, D. (2018). Una desvalorización que comenzó en 2016. En “La destrucción del estado y de la salud como derecho”, edición especial de la revista *Soberanía Sanitaria*, año 2, pp. 4-6.
- Gómez, M. y Sciortino, S. (2015). Mujeres indígenas, derechos colectivos y violencia de género: intervenciones en un debate que inicia. *Revista de la Carrera de Sociología. Entramados y Perspectivas* 5(5). Buenos Aires, UBA, Facultad de Ciencias Sociales. Disponible en <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/entramadosyperspectivas/article/view/1494>
- Gómez, M. y Trentini, F. (2020). Mujeres mapuches en Argentina: acciones colectivas, formas de resistencia y esencialismo estratégico. En Ulloa, A. (editora), *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. Disponible en [https://www.humanas.unal.edu.co/2017/investigacion/application/files/5515/8941/6904/Mujeres\\_indigenas\\_Adelanto.pdf](https://www.humanas.unal.edu.co/2017/investigacion/application/files/5515/8941/6904/Mujeres_indigenas_Adelanto.pdf)
- Gough, I. (2007/08). El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas [Trad. Nagore, L. y Silva, S.]. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*, n.º 100, CIP-Ecosocial/Icaria. Disponible en <https://www.fuhem.es/media/ecosocial/file/Cohesi%C3%B3n%20Social/Necesidades,%20consumo%20y%20bienestar/GOUGH,%20IAN%20el%20enfoque%20de%20las%20capacidades.pdf>
- Guichot-Reina, V. (2015). El «Enfoque de las capacidades» de Martha Nussbaum y sus consecuencias educativas: hacia una pedagogía socrática y pluralista. *Teoría de la Educación*, 27, pp. 45-70.
- Gutmann, A. (2009). Introducción. En Taylor, C., *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*. México: FCE.
- Hopenhayn, M.; Bello, A. y Miranda, F. (2006). Los pueblos indígenas y afrodescendientes ante el nuevo milenio. *Serie de Políticas Sociales*, n.º 118. Santiago de Chile: Cepal.

- Hasen Narváez, F. (2012). Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena. *Ciencia y Enfermería*. XVIII(3), pp. 17-24.
- Ibacache J, Morros Martel L, Trangol Namuncura M. (2002). Salud mental y enfoque socioespiritual-psico-biológico. Una aproximación ecológica al fenómeno de la salud-enfermedad desde los propios comuneros y especialistas terapéuticos mapuches de salud. *Working Paper Series 11*. Ñuke Mapuforlaget. Disponible en <http://www.mapuche.info/mapuint/sssmap020911.pdf>
- Ibacache Burgos, J.; Chureo, F.; McFall, S. y Quidel Lincoleo, J. (2001). Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los mapuche de Makewe-Pelale. Washington D.C.: OPS, OMS. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Disponible en [http://fitomedicina.org/old/archivos/aps\\_\\_\\_mapuches\\_de\\_chile.pdf](http://fitomedicina.org/old/archivos/aps___mapuches_de_chile.pdf)
- Kreplak, N. (s.f.). Política sanitaria. Fundación Soberanía Sanitaria. *Soberanía Sanitaria*. Disponible en <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/politica-sanitaria/>
- Lerner, S. y Szasz, I. (coords.) (2008), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. México: El Colegio de México.
- Lorenzetti, M. (2009). *La construcción de la salud intercultural como campo de intervención*. VII Jornadas de Salud y Población del Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.
- ----- (2017). Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*, 10(11).
- Luna, F. y Salles, A. (2008). *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. España: Fondo Cultura Económica.
- Martínez-Becerra, P. (2015). El «enfoque de las capacidades» de Martha Nussbaum frente al problema de la ética animal. *Veritas*, n.º 33, pp. 71-87.
- Martos, M.V. E. P. y Fonseca, R.M.G.S. da (1996). Género y políticas de salud de la mujer en América Latina: caso Perú (Parte I). *Rev. Esc. Enf. USP*, 30(1), p.44-57.

- Menéndez, E. L. (1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS.
- ----- (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciênc. saúde coletiva*, 21(1), pp.109-118.
- Muñoz del Carpio Toia, A. (2019). *Ética en la investigación con comunidades indígenas*. Problemas de ética de la investigación. Especialización en Bioética. Flacso.
- Murguía Lores, A. (2016). Injusticias epistémicas y teoría social. *Dilemata*, 8(22), pp. 1-19.
- Nussbaum, M. (1998). Capacidades humanas y justicia social. En defensa del esencialismo aristotélico. En Riechmann, Jorge (comp.) *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- ----- (2000). *Women and human development: the capabilities approach*. CUP.
- ----- (2007). *Las fronteras de la justicia*. Barcelona: Paidós.
- Oyarce, A. (2008). *La identificación étnica en los registros de salud: experiencias y percepciones en el pueblo Mapuche de Chile y Argentina*. Colección Documentos de Apoyo. Santiago de Chile: Cepal.
- Pateman, C. (1996). “Sexual contract” y Pateman, C, “Críticas feministas a la dicotomía público privado”. En *Perspectivas feministas en teoría política*. Barcelona: Paidós.
- Paulo Maya A. y Cruz Sánchez M. (2018). De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo. *Rev. Univ. Industrial Santander Salud*, 50(4), pp. 366-384.
- Portela Guarín, H. (2015). Epistemes-otras: un desafío para la salud pública en Colombia. En Langdon, E. J. y Cardoso, M. D. (organizadoras). *Salúde indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Rangel M. y Valenzuela, M. E. (2004). *Desigualdades entrecruzadas: pobreza, género, etnia y raza en América Latina*. Proyecto Género, Pobreza y Empleo

en América Latina. Chile: Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe.

- Remorini, C. y Palermo, M. L. (2015). Salud materno-infantil y políticas públicas para pueblos originarios. En Langdon, E. J. y Cardoso, M. (organizadoras), *Políticas comparadas em saúde indígena na América Latina*. Florianópolis: Ed. da UFSC.
- Rodríguez Garat, C. D. (2020). El “intelectual colectivo” y la construcción de una nueva hegemonía. *Revista Filosofía UIS*, 19(2), 161–179. Disponible en <https://doi.org/10.18273/revfil.v19n2-2020009>
- ----- (2021). Abordajes teórico-normativos en torno a políticas sanitarias y a problemáticas vivenciadas por mujeres mapuce en la atención sanitaria. *Divulgatio. Perfiles académicos de Posgrado*, 6(16), 1–29. Disponible en <https://doi.org/10.48160/25913530di16.192>
- ----- (2022). Justicia epistémica y participativa en el acceso a la salud de mujeres de comunidades mapuce. Atención de la salud del parto. *Resistencias. Revista de Filosofía de la Historia*, 3(5), e21060. Disponible en <https://resistencias.religacion.com/index.php/about/article/view/60/114>
- Salazar, A. (2012). *El oficio de la püñeñelchefe: memorias del parto en los relatos de tres mujeres mapuche de la comunidad Curaco Ranquil* [tesis de maestría]. Santiago de Chile: Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, Centro de Estudios de Género y Cultura en América Latina.
- Salgado, J. M. y Gomiz, M. M. (2010). *Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas: su aplicación en el derecho interno argentino* [2° ed.]. Neuquén: Observatorio de Derechos Humanos de Pueblos Indígenas.
- Salgado, J. M., Gomiz, M. M. y Huilipán, V. (2008). Introducción. La discriminación racial. En: *Informe de situación de los derechos humanos del pueblo mapuce en la provincia del Neuquén*. Neuquén: Observatorio de Derechos Humanos de Pueblos Indígenas.
- Sanz, F. (1986). *Salud y mujer mapuche*. Bilbao: Universitat de Barcelona.

- Sciortino, M. S. (2010). Encuentro de Mujeres en Las Coloradas (Neuquén): voces prácticas localizadas. Ponencia presentada en la VIII Reunión de Antropología del Mercosur.
- ----- (2011). Saberes y prácticas situadas: la experiencia de las mujeres mapuches en los Encuentros de Mujeres (Las Coloradas-Neuquén). En Femenías, L. M. y Soza Rossi, P. (Coords.). *Saberes situados/Teorías trashumantes*. La Plata: Editorial Dunken.
- Segato, R. (2010). Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial. Hacia un pensar interpelado y disponible. En Quijano, A. y Mejía Navarrete, J. (eds.): *La cuestión descolonial*. Lima: Universidad Ricardo Palma-Cátedra América Latina y la Colonialidad del Poder.
- ----- (2016). Patriarcado: del borde al centro. Disciplinamiento, territorialidad y crueldad en la fase apocalíptica del capital. En *La guerra contra las mujeres*, Madrid: Traficantes de Sueños.
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. En Nussbaum M. y Sen A. (eds.), *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press.
- Sommer, S. (2008). Apéndice. Mujeres en América Latina: algunos desafíos éticos. En Luna, F. y Salles, A. *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*. España: Fondo de Cultura Económica.
- Spivak, G. (1996). Subaltern talk: interview with the editors. En Landry D. y MacLean G. (eds.), *The Spivak Reader*. New York: Routledge.
- ----- (2009). ¿Pueden hablar los subalternos? [Traducción y edición crítica de Manuel Asensi Pérez]. Barcelona: MACBA.
- Stivanello, B. (2015). Aportes al debate de la interculturalidad en salud. *Margen*, 76.
- Sy, A. y 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*. VI Jornadas Nacionales de Investigación Social sobre la Infancia, la Adolescencia, la Convención Internacional de Derechos del

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

- Tambini, G y de Fabio, J. (2008). Prólogo. En *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de Atención Integradas a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (UAI/EPI)*. Organización Panamericana de la Salud.
- Taylor, C. (2009). *El multiculturalismo y la política del reconocimiento*. México: FCE.
- Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En Garay, O. (Coordinador), *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica: civil y penal*. Buenos Aires: La Ley.

### Documentos oficiales

- Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (2010). Indec.
- Constitución de la Nación Argentina (1994). Art. 42, art. 75, inciso 22, y art. 75, inciso 17.
- Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de Unesco (2005).
- Declaración sobre la raza y los prejuicios raciales (1978).
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005).
- Decreto 455/2000. Marco estratégico-político para la salud de los argentinos.
- Decreto 908/2016. Cobertura Universal de Salud.
- Informe de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008).
- Ley n.º 23302/1985 de Asuntos Indígenas.
- Ley n.º 24.956/1998 Censo Aborigen.
- Ley n.º 25929/2004 de Parto Humanizado.

- Ley n.º 26529/2009 Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado.
- Ley n.º 26485/2009 Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Resolución 1036-E/2016. Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.

### Material de internet

- Azpiroz Cleñan, V. (s.f.). Las mujeres de palabra florida. *Revista Crítica*. Disponible en <http://www.revistacitrica.com/-mujeres-de-palabra-florida.html>
- ----- (2011). Organización Mapuche epu Bafkeh, Argentina. I Foro Regional de Recursos Humanos para la Salud y pueblos indígenas: el desafío de la Interculturalidad. Paraná.
- ----- (2018). Proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo desde los pueblos originarios [entrevista]. *Radio Mestiza*. Universidad Nacional Arturo Jauretche. <http://radio.unaj.edu.ar/vero-azpiroz-clenan-mapuche-doctorada-en-salud-nos-cuenta-su-vision-del-proyecto-de-aborto-legal/>
- ----- (2019a). El racismo y la transgresión de la ética mapuche. *Página 12*. Disponible en <https://www.pagina12.com.ar/179366-el-racismo-y-la-transgresion-de-la-etica-mapuche>
- ----- (2019b). La necesidad de la presencia indígena en el Censo 2020 [entrevista]. *Radioteca*.
- ----- (2020a). El movimiento indígena está de pie [entrevista]. *Radio Kermes*. Disponible en <https://www.radiokermes.com/conversaciones/1823-el-movimiento-indigena-esta-de-pie>
- ----- (2020b). Crecés con el mandato de no decir que sos indígena [entrevistada por Lorena Oliva]. *La Nación*. Disponible en <https://www.>

lanacion.com.ar/comunidad/veronica-azpiroz-clenan-creces-mandato-no-decir-nid2388251/

- Cippitelli, M. (2020). El Plan de Salud de Neuquén en el recuerdo de un pediatra. Osvaldo Pellín rememora el inicio del plan que cambió a la provincia. *LM Neuquén*. Disponible en <https://www.lmneuquen.com/el-plan-salud-neuquen-el-recuerdo-un-pediatra-n684387>
- Confederación Mapuce de Neuquén (2010). *Propuesta para un KVME FELEN MAPUCE*. Neuquén. Disponible en: <https://cutt.ly/qFf14tg>
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2018). *Violencia obstétrica: práctica invisible y sistemática*. Observatorio de Igualdad de Género. Disponible en <https://genero.defensoria.org.ar/2018/06/08/violencia-obstetrica-practica-invisible-y-sistemática/>
- Dirección General de Información Sanitaria (2018). *Libro de indicadores 2017*. Disponible en <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2019/08/Libro-de-Indicadores-2018.pdf>
- Dirección General de Información Sanitaria (2017). *Libro de indicadores 2016*. Disponible en <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2019/08/Indicadores-Salud-2017.pdf>
- ELA (Equipo Latinoamericano de Justicia y Género) y COAJ (Consejo de Organizaciones Aborígenes de Jujuy). (2016). *Mujeres indígenas en la provincia de Jujuy. Hacia un abordaje integral sobre el acceso a los derechos* [informe]. Embajada de Noruega. Disponible en <https://cutt.ly/vFf1fk9>
- Espinosa, C. (2013). Adalberto Pagano, aquel gobernador del Territorio que dejó un conjunto de obras de vigencia actual. Disponible en <http://perfilesespinosa.blogspot.com/>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2010). *Los pueblos indígenas en Argentina y el derecho a la educación. Los niños, niñas y adolescentes indígenas de Argentina: diagnóstico socioeducativo basado en la ECPI*. Buenos Aires: Unicef.
- ----- (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Inter-cultural. Conceptualización e implementación del modelo*. Buenos Aires: Unicef.

- Gomiz, M. y Alonso, G. (2016). Investigan cómo las mujeres mapuches sintetizan la lucha política [entrevista]. *El exterminio de la Patagonia*. Disponible en <https://www.elextremosur.com/nota/investigan-como-las-mujeres-mapuches-sintetizan-la-lucha-politica/>
- Huilipán, V. (2017). “Tienen que hacerse cargo de que la realidad somos nosotros también” [entrevistada por Américo Schwartzman]. *La Vanguardia*. Disponible en <https://lavanguardiaigital.com.ar/index.php/2017/01/23/tienen-que-hacerse-cargo-de-que-la-realidad-somos-nosotros-tambien/>
- ----- (2020a). Desde el Ministerio de las mujeres, Verónica Huilipán enfrentará la violencia contra las hermanas originarias [entrevistada por Angélica Mendoza]. *Indymedia Argentina*. Disponible en <https://argentina.indymedia.org/2020/07/08/desde-el-ministerio-de-las-mujeres-veronica-huilipan-enfrentara-la-violencia-contra-las-hermanas-originarias/?fbclid=IwAR2pk01d9KGZcgvPIXISOdM23NAZpC9SLbmY7eK4h89Gf4hE-yfpzIRNi0w>
- ----- (2020b). Verónica Huilipán, la dirigente indígena que llegó al Ministerio de las Mujeres [entrevistada por Pablo Bassi]. *Canal Abierto*. Disponible en <https://canalabierto.com.ar/2020/07/03/veronica-huilipan-la-dirigenta-indigena-que-llego-al-ministerio-de-las-mujeres/#:~:text=Por%20Pablo%20Bassi%20%7C%20Ver%C3%B3nica%20Huilip%C3%A1n,como%20la%20CTA%2C%20en%202008>
- Idep Salud (s. f.). Por qué decimos no a la cus | Movimiento por el Derecho a la Salud. Disponible en <https://idepsalud.org/porque-decimos-no-a-la-cus-movimiento-por-el-derecho-a-la-salud/>
- IPES Elkartea (s.f.). *Mapuches: los derechos de los pueblos indígenas*. Disponible en <http://www.ipesderechoshumanos.org/actividades/mapuches-derechos-pueblos-indigenas>
- Kallfü Nawel (2020). *Küziñ: Placenta*. Publicación de Facebook. Disponible en <https://www.facebook.com/photo?fbid=686145068864336&set=a.128795211265994>

- *La Izquierda Diario* (2020). Emergencia sanitaria. Con los hospitales al borde del colapso, proponen la centralización del sistema de salud de Neuquén. Disponible en <http://www.laizquierdadiario.com/Con-los-hospitales-al-borde-del-colapso-proponen-la-centralizacion-del-sistema-de-salud-de-Neuquen>.
- *LM Neuquén* (2019). El hospital de Las Coloradas ya tiene sala de emergencias. Recuperado de <https://www.lmneuquen.com/el-hospital-las-coloradas-ya-tiene-sala-emergencias-n669482>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación (s.f.). *Listado de comunidades indígenas 2019*. Disponible en <http://datos.jus.gov.ar/dataset/listado-de-comunidades-indigenas/archivo/ed21e2f7-961f-4b19-8a00-0030c6cdd6ef>
- ----- (2019a). Entrega de carpetas de relevamiento territorial a comunidades de Neuquén. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/entrega-de-carpetas-de-relevamiento-territorial-comunidades-de-neuquen>
- ----- (2019b). *Parto respetado e interculturalidad* [informe]. Disponible en <https://www.argentina.gob.ar/noticias/parto-respetado-e-interculturalidad>
- Ministerio de Salud de la Nación (s.f.[a]). *Módulo 5: Políticas de Salud. Curso en Salud social y comunitaria*. Disponible en [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)
- ----- (s.f.[b]). *Interculturalidad y salud. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención* [Documento 179]. Disponible en [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001067cnt-eps-interculturalidad-salud\\_2017.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001067cnt-eps-interculturalidad-salud_2017.pdf)
- ----- (2012). El derecho a la salud. 200 años de Políticas Sanitarias en Argentina. Disponible en <https://www.msal.gob.ar/index.php/ayuda/385-el-derecho-a-la-salud-200-anos-de-politicas-sanitarias-en-argentina>

- Ministerio de Salud de la provincia del Neuquén (s.f.). *Organización sectorial. El sistema de salud provincial está compuesto por el sistema público de salud, el ámbito privado y el de obras sociales*. Disponible en <https://www.saludneuquen.gov.ar/organizacion-sectorial/>
- ----- (2014). *El pueblo mapuche y el sistema de salud provincial*. Disponible en <https://www.saludneuquen.gov.ar/centro-de-salud-intercultural/>
- ----- (2019a). Se realizó un encuentro sobre políticas de Salud 2020. Disponible en <https://www.saludneuquen.gov.ar/%ef%bb%bfse-realizo-un-encuentro-sobre-politicas-de-salud-2020/>
- ----- (2019b). Plan Provincial de Salud 2019-2023, La promoción de la salud, eje de todas las acciones. Disponible en <https://www.saludneuquen.gov.ar/wp-content/uploads/2019/06/Plan-Salud-Nqn-2019-2023.pdf>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (s.f.). *Módulo 3. Servicios de Salud 2016*. Gobierno de la provincia del Neuquén. Disponible en <https://www.saludnqn.gov.ar/salasiuacion/archivos/publicaciones/para%20pantalla%20modulo%203.pdf>
- *Neuquén Informa* (2019a). Gutiérrez participó de la sexta Jornada de Trabajo Territorial de Salud. Disponible en <https://www.neuqueninforma.gov.ar/gutierrez-participo-de-la-sexta-jornada-de-trabajo-territorial-de-salud/>
- ----- (2019b). Se presentó el Plan Provincial de Salud para los próximos cinco años. Disponible en <https://www.neuqueninforma.gov.ar/se-presento-el-plan-provincial-de-salud-para-los-proximos-cinco-anos/>
- ----- (2020). La comunidad Namuncurá y Las Coloradas celebran la concreción de la obra que abastecerá de agua al paraje Santa Rosa. Disponible en <https://www.neuqueninforma.gov.ar/la-comunidad-namuncura-y-las-coloradas-celebran-la-concrecion-de-la-obra-que-abastecera-de-agua-al-paraje-santa-rosa/>
- *Nodal* (2020). Piden un encuentro de gobiernos de la región para enfrentar la pandemia en territorios indígenas. Disponible en <https://www.nodal.gov.ar/>

am/2020/04/coronavirus-en-america-latina-organizacion-llama-a-en-cuentro-de-gobiernos-para-enfrentar-la-pandemia-el-abya-yala/

- Observatorio de Igualdad de Género (2018). *Violencia Obstétrica: práctica invisible y sistemática* [informe]. Disponible en <https://genero.defensoria.org.ar/2018/06/08/violencia-obstetrica-practica-invisible-y-sistemati-ca/https://genero.defensoria.org.ar/2018/06/08/violencia-obstetrica-practica-invisible-y-sistemati-ca/>
- OMS [World Health Organization] (2006). *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*. France.
- OPS (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Disponible en <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>
- ----- (2019). *La salud de las mujeres y los niños primero en el Chaco Sudamericano. Priorizando la salud de las mujeres y los niños en el Chaco Sudamericano*. OPS/ OMS. Disponible en <https://www.paho.org/es/historias/salud-mujeres-ninos-primero-chaco-sudamericano>
- Río Negro (2018). *La medicina intercultural, una parte de la enseñanza de la enfermería*. Disponible en <https://www.rionegro.com.ar/la-medicina-intercultural-una-parte-de-la-ensenanza-de-la-enfermeria-EK5837251/>
- ----- (2019). *El hospital intercultural de Ruca Choroi todavía está paralizado*. Disponible en <https://www.rionegro.com.ar/salud-intercultural-en-ruca-choroi-un-sueno-paralizado-por-el-desafio-963194/>
- Tuchin, F. (2018). *Las grandes desigualdades del sistema sanitario en Argentina. La segmentación y la fragmentación son los grandes problemas de la salud pública: barreras geográficas y culturales dificultan el acceso*. *El País*. Disponible en [https://elpais.com/elpais/2018/05/28/planeta\\_futuro/1527542153\\_576805.html](https://elpais.com/elpais/2018/05/28/planeta_futuro/1527542153_576805.html)
- UFIS (2020). *Marco de planificación para pueblos indígenas. Proyecto BIRF AR-8853*. Disponible en [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/UFIS\\_2020.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/UFIS_2020.pdf)
- Unicef (2020). *Guía para la implementación de una maternidad segura con enfoque intercultural. Experiencia en la provincia de Misiones*. Gobierno de Misio-

nes. Disponible en <https://www.unicef.org/argentina/media/9726/file/Guia%20enfoco%20intercultural.pdf>

- UNLA (s.f.[a]). Sistema de Salud del Neuquén. Instituto de Salud Colectiva. Disponible en [http://isco.unla.edu.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&layout=edit&id=334](http://isco.unla.edu.ar/index.php?option=com_content&view=article&layout=edit&id=334)
- ----- (s.f.[b]). Publicaciones de la Sociedad de Medicina Rural del Neuquén (1980-2006). Instituto de Salud Colectiva. Disponible en [http://isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentaci%C3%B3n-Pensar-en-Salud-\(CeDoPS\)/Sistema-de-Salud-de-Neuqu%C3%A9n/Publicaciones-de-la-Sociedad-de-Medicina-Rural-del-Neuqu%C3%A9n-\(1980-2006\)](http://isco.unla.edu.ar/fondos-cedops/Fondos-del-Centro-de-Documentaci%C3%B3n-Pensar-en-Salud-(CeDoPS)/Sistema-de-Salud-de-Neuqu%C3%A9n/Publicaciones-de-la-Sociedad-de-Medicina-Rural-del-Neuqu%C3%A9n-(1980-2006))
- Vega, G. (2013). *Silencio... hospital. Proyecto Allen*. Disponible en <http://www.proyectoallen.com.ar/3/?p=3919>
- World Bank (s.f). *Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004*. Versión electrónica disponible en: <http://web.worldbank.org/archive/website00660A/WEB/OTHER/49F77-15.HTM?Opendocument>

## Capítulo 1

*Comparación entre las listas presentadas por cada enfoque ético-normativo: Doyal y Gough, por un lado, y Nussbaum y Sen, por el otro.*

	<b>Necesidades Doyal y Gough</b>	<b>Capacidades funcionales humanas centrales Nussbaum</b>
<b>Objetivos universales</b>	Prevención de graves daños Participación social Participación crítica	Integridad física Afilación A Control sobre el entorno A: político
<b>Necesidades básicas</b>	Supervivencia Salud física Capacidad cognitiva y emocional  Comprensión cultural: profesores Oportunidad para participar Autonomía crítica	Vida Salud corporal Sentidos, imaginación, pensamiento Emociones Afilación B Sentidos, imaginación, pensamiento Afilación A y B Razón práctica Sentidos, imaginación, pensamiento
<b>Características de los satisfactores universales</b>	Alimentos y agua Alojamiento protector Entorno no perjudicial Control de natalidad y nacimientos seguros Cuidado sanitario apropiado Infancia segura  Relaciones primarias significativas Seguridad física Seguridad económica Educación apropiada	Salud corporal Salud corporal ¿? Salud corporal Integridad corporal ¿? Integridad corporal Emociones Emociones  Integridad corporal Control sobre el entorno B: material Sentidos, imaginación, pensamiento

	<b>Necesidades Doyal y Gough</b>	<b>Capacidades funcionales humanas centrales Nussbaum</b>
<b>Precondiciones sociales</b>	Derechos civiles/políticos y participación política	Afiliación B: protección c/ la discriminación Control sobre el entorno A: política También aparece en: Sentidos, imaginación, pensamiento Razón práctica
	Derechos económicos/sociales	Control sobre el entorno B: material También aparece en: afiliación A: instituciones que alimentan la afiliación
<b>(Otros)</b>	¿? ¿? ¿?	Afiliación A: otros Otras especies Capacidad para jugar

**Fuente:** Gough, 2007/8, p. 192.

### ***Funciones humanas básicas (Nussbaum)***

Las funciones humanas básicas que, según Nussbaum, deberían ser aseguradas a cada persona en virtud de su dignidad humana son las siguientes:

- 1. Vida.** Poder vivir hasta el término de una vida humana de una duración normal; no morir de forma prematura o antes de que la propia vida se vea tan reducida que no merezca la pena vivirla.
- 2. Salud física.** Poder mantener una buena salud, incluida la salud reproductiva; recibir una alimentación adecuada; disponer de un lugar adecuado para vivir.
- 3. Integridad física.** Poder moverse libremente de un lugar a otro; estar protegido de los asaltos violentos, incluidos los asaltos sexuales y la violencia doméstica; disponer de oportunidades para la satisfacción sexual y para la elección en cuestiones reproductivas.

4. **Sentidos, imaginación y pensamiento.** Poder usar los sentidos, la imaginación, el pensamiento y el razonamiento, y hacerlo de un modo «auténticamente humano», un modo que se cultiva y se configura a través de una educación adecuada, lo cual incluye la alfabetización y la formación matemática y científica básica, aunque en modo alguno se agota en ello. Poder usar la imaginación y el pensamiento para la experimentación y la producción de obras y eventos religiosos, literarios, musicales, etc., según la propia elección. Poder usar la propia mente en condiciones protegidas por las garantías de la libertad de expresión tanto en el terreno político como en el artístico, así como de la libertad de prácticas religiosas. Poder disfrutar de experiencias placenteras y evitar los dolores no beneficiosos.
5. **Emociones.** Poder mantener relaciones afectivas con personas y objetos distintos a nosotros mismos; poder amar a aquellos que nos aman y se preocupan por nosotros, y dolernos por su ausencia; en general, poder amar, penar, experimentar ansia, gratitud y enfado justificado. Que nuestro desarrollo emocional no quede bloqueado por el miedo y la ansiedad. (Defender esta capacidad supone defender formas de asociación humana de importancia crucial y demostrable para este desarrollo).
6. **Razón práctica.** Poder formarse una concepción del bien y reflexionar críticamente sobre los propios planes de la vida. (Esto implica una protección de la libertad de conciencia y de la observancia religiosa).
7. **Afiliación. A.** Poder vivir con y para los otros, reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, participar en diversas formas de interacción social; ser capaz de imaginar

la situación de otro. (Proteger esta capacidad implica proteger las instituciones que constituyen y promueven estas formas de afiliación, así como proteger la libertad de expresión y de asociación política); **B.** Que se den las bases sociales del auto-respeto y la no humillación; ser tratado como un ser dotado de dignidad e igual valor que los demás. Eso implica introducir disposiciones contrarias a la discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, etnia, casta, religión y origen nacional.

**8. Otras especies.** Poder vivir una relación próxima y respetuosa con los animales, las plantas y el inundo natural.

**9. Juego.** Poder reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas.

**10. Control sobre el propio entorno.** **A.** Político. Poder participar de forma efectiva en las elecciones políticas que gobiernan la propia vida; tener derecho a la participación política y a la protección de la libertad de expresión y de asociación. **B.** Material. Poder disponer de propiedades (ya sean bienes mobiliarios o inmobiliarios), y ostentar los derechos de propiedad en un plano de igualdad con los demás; tener derechos a buscar trabajo en un plano de igualdad con los demás; no sufrir persecuciones y detenciones sin garantías. En el trabajo, poder trabajar como un ser humano, ejercer la razón práctica y entrar en relaciones valiosas de reconocimiento mutuo con los demás trabajadores (Nussbaum, 2007, pp. 88-89).

---

**Fuente:** Guichot-Reina, 2015, pp. 50-51.

### Capítulo 3

#### *La wenufoye (bandera mapuce)*



**Fuente:** Marchando con la *wenufoye* en alto (foto de Marcela Aguirre). Obtenida de <https://lavanguardia.com.ar/index.php/2017/01/23/tienen-que-hacerse-cargo-de-que-la-realidad-somos-nosotros-tambien/>

## Reconocimiento de ocupación territorial de familias mapuce de Las Coloradas

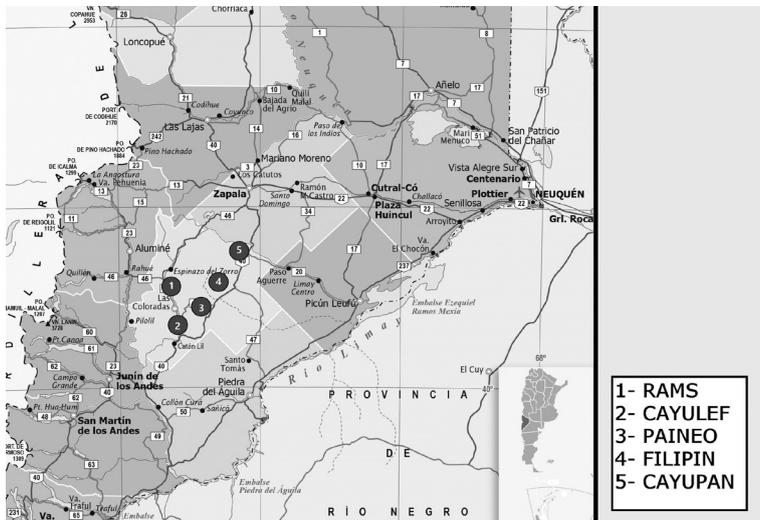


**Fuente:** <https://www.argentina.gob.ar/noticias/entrega-de-carpetas-de-relevamiento-territorial-comunidades-de-neuquen>

Las comunidades Mellao Morales, Antiñir Pilquiñan y Huayquillán, de la zona norte, y las agrupaciones indígenas Paineo, Rams, Cayupan y Felipín, de la zona centro de la provincia, recibieron con mucha emoción las carpetas que reconocen la ocupación actual, tradicional y pública del territorio que habitan (30 de mayo de 2019).



## Comunidades mapuce en Las Coloradas, provincia del Neuquén



Fuente: Aguirre (2021).

## Hospital Intercultural Ranguñ Kien



Fuente: Río Negro (2019).

## Capítulo 5

### *Violencia obstétrica*

Compartimos parte del informe titulado *Violencia obstétrica: práctica invisible y sistemática*, de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2018), que retoma información recabada por el Observatorio de Violencia Obstétrica autogestivo, de la organización feminista Las Casildas, sobre las diferentes situaciones a las que son sometidas las mujeres al momento del parto.

Los índices son alarmantes y preocupantes, incluso se realizan prácticas que están siendo cuestionadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las mujeres que participaron de esta encuesta cuentan que todas sufrieron un alto índice de maltrato verbal, esta situación afecta de manera negativa el bienestar de la persona gestante y el proceso de trabajo de parto. (P. 2)

Las mujeres manifestaron:

- 4 de cada 10, que les hicieron sentir que ellas o sus bebés corrían peligro;
- 4 de cada 10, no sentirse contenidas, ni poder expresar sus miedos al momento del parto;
- 3 de cada 10, que les habían negado la posibilidad de estar acompañadas al momento del parto;
- 7 de cada 10, no poder moverse libremente sobre el trabajo de parto;
- 5 de cada 10, tener monitoreo fetal continuo;
- 7 de cada 10, que les rompieron artificialmente la bolsa;
- 8 de cada 10, haber tenido episiotomía;
- 5 de cada 10, mujeres haber tenido partos inducidos;

- 3 de cada 10, haber tenido cesáreas;
- 7 de cada 10, no saber qué prácticas realizaron sobre su hijo/a, ni haber brindado consentimiento para ello;
- 4 de cada 10, no haber recibido asesoramiento para amamantar;
- 4 de cada 10, que les ofrecieron darle mamadera a su hijo/a;
- 4 de cada 10, no fueron informadas sobre la evolución del trabajo de parto, su bienestar y el de su bebé.

Prácticas, situaciones o condiciones de atención que incurren en violencia obstétrica:

- Cesárea 15%
- Medicalización/Patologización 42%
- Trato deshumanizado 82%
- Privacidad e intimidad 19%
- Problemas edilicios 5%
- Falta de información 44%
- No respeto a la decisión de la mujer 34%
- Negar acompañante 16%
- Contacto con hijo/a 28%
- Neonatología 14%

Porcentajes de denuncias por provincias:

- Tucumán 1,12%
- Tierra del Fuego 1,12%

- Santiago del Estero
- Santa Fe 2,25%
- Salta 1,12%
- Neuquén 1,12%
- Mendoza 3,37%
- La Pampa 2,25%
- Formosa 2,25%
- Entre Ríos 4,49%
- Córdoba 3,37%
- Chubut 5,62%
- Chaco 1,12%
- CABA 37,08%
- Buenos Aires 34,46%

**Fuente:** Violencia Obstétrica: Práctica invisible y sistemática. Observatorio de Igualdad de Género. Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018 (pp. 2-4).

## **Cuerpos-territorios de las mujeres mapuce** Testimonios de opresión y de resistencia

Todas las prácticas ancestrales relacionadas con el parto y la maternidad tienen para las comunidades mapuce un profundo anclaje cultural. ¿Qué sucede cuando la mujer mapuce va a parir a un hospital público del sistema de salud hegemónico? ¿Se respeta su cosmovisión? ¿Se valoran sus saberes? ¿Se la escucha? En este libro, Cintia Rodríguez Garat aborda la atención sanitaria de parto de las mujeres mapuce en la localidad de Las Coloradas, provincia del Neuquén, y se pregunta si en esta práctica prevalece el respeto a sus derechos culturales. Esta es la puerta de entrada a un profundo análisis de la situación de opresión interseccional que han padecido históricamente las mujeres mapuce, producto de múltiples discriminaciones, con eje en las relaciones de género, clase y etnia.

El estudio busca justificar la implementación de políticas públicas, basadas en una concepción de justicia epistémica, para promover en Neuquén y en el resto del país el derecho a la salud desde la pluralidad histórica de la diversidad cultural y con perspectiva de género.